

na zgłaszane przez nich skargi. Autor podkreśla, że wszelkie pozycjonowanie personelu oparte na mechanizmach władzy, polegające na zmuszaniu siłą, przejawiające się w zastraszaniu, tyranizowaniu, przymusie moralnym – w literaturze anglojęzycznej określane terminem *coercion* – wykluczają umacnianie.

Zdaniem Linhorsta (s 68, 69, 86) umacnianie osób chorujących psychicznie „dzieje się” w kontekście indywidualnym i społecznym. W tym pierwszym ważne są elementy, które prowadzą do tego, aby w przydatny dla siebie sposób uczestniczyć w określonej aktywności: do pokonania objawów psychopatologicznych – „oswojenia” ich, posiadania lub nabywania potrzebnych umiejętności, pobudzania gotowości psychologicznej (motywacji, woli, asertywności), będącej przeciwieństwem apatii i fatalizmu oraz wyuczzonej bezradności.

Zdaniem autora warunki zewnętrzne (kontekst społeczny) dotyczą jakości kontaktów z pracownikami opieki psychiatrycznej, jak również pozostałymi członkami środowiska pacjenta. Również tutaj, tak jak w samoumacnianiu elementem wspólnym jest to, aby w przydatny dla siebie sposób brać udział w określonej aktyw-

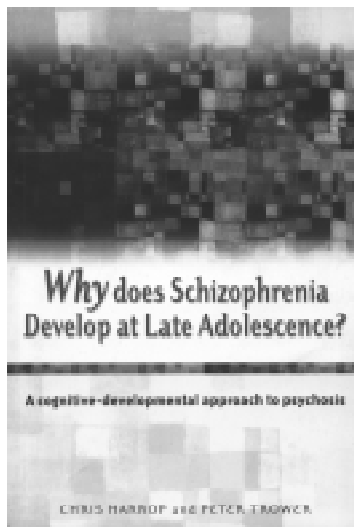
ności. Właściwe relacje obejmują wzbudzanie wzajemnego zaufania i szacunku, zachęcanie (stymulowanie) do wspólnego działania, zapewnienie możliwości wyboru. Służy temu przekonanie pacjentów o wiedzy i kompetencjach pracowników psychiatrii, o działaniu w najlepiej pojętym interesie pacjenta. Konieczna jest akceptacja uniwersalnej zasady, że wzajemne relacje polegają na „dawaniu i braniu”, przynoszą pożytek obu stronom, w tym przypadku zdrowienie pacjentom, satysfakcję zawodową personelowi. Nowatorskie podejście Linhorsta do idei umacniania zakłada, że umacnianie dotyczy również personelu.

Umocnienie oraz związany z nim model zdrowienia – odzyskiwania zdrowia (*recovery model*) są czasami traktowane jako konstrukty leżące poza głównym nurtem psychiatrii. Wprowadzenie ich do praktyki polskiej psychiatrii może wzbogacić problematykę badawczą, być może pozwoli na zmianę kształtu systemu ochrony zdrowia psychicznego, pozytywnie wpłynie na jakość opieki.

Marta Anczewska  
I Klinika Psychiatryczna IPiN

\* \* \*

**Harrop C, Trower P. *Why does schizophrenia develop at late adolescence? A cognitive-developmental approach to psychosis.*** John Wiley & Sons. Chichester; 2003, s. 222, ISBN 0-470-84878-2



Wydana w Wielkiej Brytanii książka, napisana przez dwóch psychologów klinicznych, terapeutów i wykładowców uniwersyteckich, adresowana jest do bardzo szerokiego spektrum odbiorców – zarówno do profesjonalistów jak też i do pacjentów i ich rodzin. Prostym językiem, posługując się licznymi przykładami, autorzy pokazują sytuację chorego, mechanizmy rozwoju psychozy oraz wybór oddziaływań terapeutycznych. Pacjent nazywany jest klientem i traktowany jako osoba potrzebująca pewnego rodzaju usługi, a nie interwencji podejmowanej za niego. Szczególny nacisk położony jest na jego odpowiedzialność i gotowość podejmowanie decyzji w procesie terapeutycznym.

Książka zbudowana jest z czterech części, mających bardzo jasną i przejrzystą strukturę. Przedstawiają one kolejno: rozwój schizofrenii jako choroby, związek psychozy i procesu budowania własnego ja (*self forming*), wyniki własnej pracy badawczej nad terapią behawioralno-poznawczą psychozy oraz proponowane strategie terapeutyczne.

Chociaż autorzy sugerują profesjonalistom rozpoczęcie lektury od ostatniego rozdziału, ważne wydaje się poznanie hipotez dotyczących mechanizmów rozwoju psychozy w wieku dojrzewania. Przyglądając się objawom oraz zaburzeniom na poziomie neuroprzekątnictwa, autorzy zadają sobie pytanie: co było pierwsze – jajko, czy kura? (zaburzenia psychotyczne czy biologiczne?). Jak sami podkreślają, postulują teorię całkiem odwrotną, idącą „pod prąd” dotychczasowego myślenia, zakładającego ujawnianie się

objawów wskutek deficytów przekątnikowych w mózgu. Uważają, że wystąpienie zaburzeń na poziomie przekątnictwa neuronalnego w większości lub nawet we wszystkich przypadkach psychozy jest spowodowane przez objawy psychotyczne, przy współistnieniu wrażliwego podłoża biologicznego. Swoją teorię popierają badaniami neurobiologicznymi na szczurach, które traciły specyficzne komórki mózgowia w wyniku długotrwałego stresu. Zgodnie z ich teorią, to objawy schizofrenii powodują powstawanie zmian w mózgu, które jedynie modelują charakter objawów.

Teorie dotyczące roli neuroprzekątników w rozwoju schizofrenii zostały potwierdzone licznymi badaniami naukowymi, natomiast przyczyna powodująca zaburzenie równowagi tychże nadal pozostaje niejasna. Dotychczasowe teorie biologiczne (np. Hingley 1992, Frith 1992, Hemsley 1987) tłumaczą powstawanie objawów psychicznych zaburzeniami natury biologicznej. Autorzy próbują udowodnić, że istnieje wiele modeli, w których reakcja psychiczna na bodziec powoduje istotną odpowiedź biologiczną i twierdzą, że w rozwoju psychozy znaczenie ma ciągła interakcja czynników psychicznych i biologicznych. Prześledźmy taki przykład: *gdybyśmy, czytając właśnie ten tekst, odwróciwszy się ujrzeni sporego osobnika mierzącego w nas siekierką, wywołałoby to niechybnie jedną z dwóch reakcji obronnych – walki lub ucieczki, jednak tym samym stracilibyśmy koncentrację na czytanej tekście.* Wg autorów, taki stan przeżyć emocjonalnych można porównać do stanów psychotycznych, w których wypowiedzi pacjenta opisywane są jako rozkojarzone. Autorzy opowiadają się za stwierdzeniem Bentalla (1990) kwestionującego schizofrenię jako jednolitą jednostkę chorobową. Zgodnie z nim proponują przyjrzenie się tej grupie zaburzeń od nowa, choćby na zasadzie porównywania podobnego z podobnym, czyli grupowania chorych pod względem podobieństwa objawów.

Kolejnym ważkim pytaniem jest: co takiego dzieje się w wieku dojrzewania, że na schizofrenię szczególnie często zapadają młodzi mężczyźni? (wg WHO: 6 razy częściej, średni wiek 15–35 lat; okres prodromalny 1–2 lata). W badaniu kohortowym 16-latków, w którym poszukiwano objawów prodromalnych wykazano (McGorry 1995), że takie objawy jak: magiczne myślenie, niezwykle doznania zmysłowe, zblednięcie lub nieadekwatność afektu, brak inicjatywy, izolacja/wycofanie społeczne i znaczne zaniedbania higieniczne występują aż u co drugiego badanego. Zatem okazało się, że aż 50% badanych spełniało szerokie kryteria zaburzeń z kręgu objawów prodromalnych schizofrenii. Czyli inaczej mówiąc *typowy nastolatek jest absolutnie nietypowy.*

Autorzy, odwołując się do znanych wszystkim przeżyć z okresu dorastania podkreślają, że większość z objawów psychoz, niezrozumiałych na pierwszy rzut oka, nie różni się aż tak bardzo od doświadczeń typowych dla wieku adolescencji. Wymieniają następujące procesy kształtujące człowieka w tym czasie.

1. *Konflikt i renegocjacja ról w rodzinie* – początek procesu indywiduacji, oddzielenie od rodziców i szukanie afiliacji w grupach rówieśniczych.
2. *De-idealizacja* – arogancja, bunt, ciągłe testowanie rodziców i obalanie ich autorytetów, proces nabywania autonomii, w tym autonomii emocjonalnej. Wśród pacjentów cierpiących z powodu psychoz właśnie stopień rozwoju niezależności emocjonalnej odpowiada poziomowi 13-latka.
3. *Depresja i strata*: „*bóg jeden wie jak strasznie się czuję*”: takie stany emocjonalne pojawiają się nieuchronnie w czasie dojrzewania na skutek utraty poczucia bezpieczeństwa i związku z rodzicami, równoległe z rozwojem autonomii. Depresja i anhedonia to powszechne zjawiska u pacjentów – autorzy twierdzą, że powstają jako wynik potrzeby autonomii i buntu przeciwko rodzicom.
4. *Egocentryzm, wielkościowość, samoświadomość* – stereotypowy, zaabsorbowany sobą i własnymi przeżyciami nastolatek – to osoba przekonana o własnej omnipotencji, znaczeniu, wyjątkowości. Często zachowanie przybiera formę gry, opisu przed wyimaginowaną publicznością (Elkind 1979). Poziom egocentryzmu jest najwyższy w 13–15 r. z., następnie ulega stopniowemu ograniczeniu. W okresie dojrzewania formuje się nowa umiejętność – myślenia o myśleniu; rozumienia i odbierania świata, poznawania innych ludzi oraz tego, co myślą (też o nas). W psychozach obserwujemy *skrajny egocentryzm*, można powiedzieć nawet, że *egocentryzm definiuje schizofrenię* – nadludzkie właściwości, posłannictwo, telepatia, oddziaływania odnoszące („cały świat mówi o mnie, do mnie...”). Istnienie głosu można wtedy rozumieć jako skrajny przejaw urojeń odnoszących („mówią do mnie”). Pacjent zostaje złapany w pułapkę własnych projekcji dotyczących tego, co inni ludzie myślą na jego temat.
5. *Własne znaczenie, unikalność i niezniszczalność* („legenda osobista”) – nastolatki piszą namiętnie pamiętniki, nie biorą pod uwagę możliwości śmierci czy chorób, patrząc na siebie jakby przez różowe okulary. Proces dorastania i kształtowania się, to czas uczenia się o sobie i innych, nabywania zdolności rozumienia i akceptacji. Wydaje się nieprzypadkowe, że fundamentalnymi doznaniem psychoz są doświadczenia niezniszczalności, unikalności, pojmowania rzeczywistości w kategoriach specjalnych i odczytywania wydarzeń błahych jako niosących ukryte znaczenie.
6. *Poszukiwanie „nowych bogów”* – po stracie idealnych rodziców potrzeba posiadania ideału osobowego pozostaje niezaspokojona. W psychozach spotykamy się ze zjawiskiem wypełnienia tej pustki poprzez różnego typu wszechmocne byty, pozostające w kontakcie z pacjentami, przemawiające do nich głosami lub też stosujące innego rodzaju manipulacje („nasyłają myśli, rozkazują”).
7. *Doznania podobne do psychotycznych* – są to zaburzenia myślenia i postrzegania z kręgów psychotycznych; występowanie tego zjawiska słabnie wraz z wiekiem.

Podsumowując, można powiedzieć, że *adolescencja jest szczególnym okresem życia człowieka, kiedy normalność jest raczej „nienormalna”*.

Ludzie cierpiący z powodu psychoz wydają się uwięzieni w pułapce najtrudniejszych doświadczeń życiowych, procesu stawania się sobą (nie rozwijają niezależności od rodziców lub pomimo oddzielenia się, nie wytwarzają powiązań z grupami rówieśników). Autorzy nazwali to zjawisko *zablokowaną dorosłością*. Przyczyny powstania takiej blokady upatrują w następujących zjawiskach:

- tzw. „zbyt dobrzy” rodzice – bunt przeciwko nim staje się zbyt trudny, nielojalny
- rodzice zastraszający (model dominujący agresywny, z często występującymi nadużyciami seksualnymi w rodzinie) – przełamanie roli osoby podporządkowanej jest wtedy zbyt trudne
- paraliżując strach towarzyszący nawiązywaniu relacji z rówieśnikami – oddzielenie od rodziców i przeraźliwie samotni, łaknący przyjaźni i miłości partnerskiej, marzący o randkach...
- nieuchronność zegara biologicznego, który działa pomimo istniejących problemów sfery psychicznej, też rodzi frustrację. Przytacza się tu zależność poziomu hormonów płciowych i występowania objawów psychotycznych (przy negatywnej korelacji dla estrogenów).

Wystarczająco wysoki poziom blokady może generować problemy natury psychicznej, których najpoważniejszym przejawem jest rozwój psychozy. Wyjaśnieniem działania mechanizmu każdej z blokad jest głębokie załamanie w zakresie tworzenia własnego ja, *stawiania się sobą*. Budowanie własnego, osobowego ja jest najpoważniejszą, egzystencjalną potrzebą człowieka (*motyw egzystencjalny*). Szekspirowskie „być czy nie być?” zaczyna stawać się jednym z kluczowych pytań w okresie adolescencji (Rosenberg). Samoświadomość, wiedza o byciu sobą, osobowym „ja”, nie jest dana z góry, natomiast jest wynikiem procesu ciągłego stawiania się *w relacji z innymi*; jest więc dlatego krucha, wrażliwa i może podlegać procesom niszczącym i osłabiającym ją. Świadomość jest zawsze świadomością czegoś/kogoś. Budowanie własnej osobowości (tu autorzy powtarzają za Sartrem i Goffmanem) jest podobne do odgrywania roli w sztuce, gdzie osoba wciąż próbuje się zaprezentować przed publicznością. Aby tego doznać, wypróbujmy na sobie następujące doświadczenie: *wyobraźmy sobie, że stoimy w holu i oglądamy przez dziurkę od klucza, co dzieje się za drzwiami, widziany obraz absorbuje nas absolutnie. Nagle słyszymy kroki.... Pojawia się uczucie wstydu. Bycia obiektem zauważonym, przylapanym przez kogoś innego* (Sartre). Tak właśnie pojawia się świadomość siebie.

Ponieważ tworzenie siebie jest właśnie procesem odbywającym się w odniesieniu do innych; podlega on ich naciskom i życzeniom – jest to *motyw moralny*. Motyw egzystencjalny, jak i moralny, mogą jednak urosnąć do rangi *imperatywu* zakłócającego proces stawiania się sobą. Gdy motyw egzystencjalny osiągnie natężenie imperatywu, powoduje ciągłe koncentrowanie się na procesie auto-aktualizacji, wręcz kompulsyjnego auto-tworzenia, za każdą cenę i bez ograniczeń. Gdy zaś spotykamy się z *imperatywem moralnym*, dochodzi do pełnej kontroli, narzuconej jednostce z zewnątrz. Pomiędzy motywem egzystencjalnym i moralnym istnieje ciągle konflikt, tak jak pomiędzy potrzebą stawiania się sobą dla siebie, a kimś dla innych. Rozwiązywanie tych istniejących w człowieku konfliktów jest istotą jego stawiania się – w zgodzie ze sobą i z szacunkiem dla innych.

Trzy podstawowe schematy powstające na skutek zakłócenia tworzenia własnego „ja” prowadzą wg autorów do powstania następujących konstruktów osobowych:

- „*niewystarczające ja*” – brak wiedzy i umiejętności społecznych nie pozwala na budowanie zadawalającego obrazu siebie w relacjach (motyw egzystencjalny), choć jednocześnie nie są pomijane potrzeby innych (motyw moralny);
- „*niepewne ja*” – motyw egzystencjalny osiąga poziom imperatywu absolutnego. Napotykać odrzucenie, negację, brak potwierdzeń ze strony otoczenia, osoba nie osiąga etapu stania się podmiotem; pozostaje w stanie ciągłej niestabilności i niepewności poczucia siebie – w psychoanalizie zjawisko to zwane jest „narcystyczną wrażliwością”.
- „*wyobcowane/pochłonięte ja*” – budowanie własnego ja odbywa się w warunkach afirmacji udzielanej tylko w przypadku wypełniania wymagań otoczenia. Dochodzi do zahamowania rozwoju ja i oddania kontroli innym (imperatyw

moralny). Stan taki można porównać do bycia kukielką w rękach sztukmistrza – nie dziwi wtedy, że myśli, wizje i uczucia jawią się nie jako własne, a obce czy nasłane; utracone zostaje poczucie sprawczości. Są trzy metody ucieczki z tego stanu: wycofanie, budowanie fałszywego ja, lub odśnięcie innych od siebie.

Co zatem można zrobić, by pomóc klientom (pacjentom)? Autorzy proponują terapię zorientowaną specyficznie na konkretny problem, dającą możliwość wyjścia ku innym, poza krąg wewnętrznych przeżyć. Sugerują terapię indywidualną opartą na modelu behawioralno-poznawczym, uwzględniającą charakter problemu (zablokowaną adolescencję, ograniczone tworzenie własnego ja, objawy psychozy, wraz z przekonaniami i emocjami leżącymi u ich podłoża). Praca opiera się na schemacie ABC – czynnik aktywujący (A) wyzwala przekonania (*Beliefs*), które z kolei w konsekwencji wywołują reakcję emocjonalną i behawioralną – (*Consequences*). Opisany jest schemat pracy nad poszczególnymi blokadami, z opisem krok po kroku terapii indywidualnej konkretnych osób.

Jeden z ostatnich rozdziałów książki poświęcony jest samopomocy w przezwyciężaniu objawów psychotycznych. Przedstawione są między innymi takie techniki, jak: ograniczanie czasu poświęcanego objawom, przerzucanie uwagi, redukcja lęku związanego z objawami, stosowanie bodźców zakłócających, wzrost własnej aktywności, zmiana nastroju, pozytywne myślenie, relaks i inne.

Autorzy kończą swoją książkę optymistycznym stwierdzeniem, że model terapii behawioralno-poznawczej pozwala mieć nadzieję, że psychozy nie są aż tak niepodatne na leczenie jak się nam wydaje.

Książka godna jest polecenia szerokiemu gronu ludzi obcujących z fenomenem zachowań psychotycznych, tym bardziej, iż nie posiada znamion lektury ściśle naukowej, jest natomiast napisana żywym, dowcipnym językiem, można rzec, że „czyta się ją jednym tchem”. W moim odczuciu warto ją jak najszybciej przetłumaczyć i oddać do użytku polskim odbiorcom.

Bożena Bogumił-Bielasik  
II Klinika Psychiatryczna IPiN