

idea, że słowo leczy; była to zmiana, którą uważano za wielkie zwycięstwo, za epokową zmianę w psychiatrii. Mnie zaś wydawało się, że ta nowa nauka oparta na słowie nie jest niczym innym, jak powrotem do magii (...) Ze smutkiem obserwowałem, jak psychiatria traci możliwość posługiwania się narzędziami, możliwość pomiaru (s. 155).

Jednak doświadczenie z Soave (po wprowadzeniu prawa Basaglii) pozwala Andreoliemu zmodyfikować niektóre przekonania:

- wprowadza jasny podział między szaleństwem a zbrodnią sugerując, że zagrożenie nie jest immanentnie związane z chorobą psychiczną,
- odkrywa relację z chorym poza murami szpitala, zauważa, że instytucja przeszkadza w nawiązaniu relacji. Nazywa to *odkryciem wariata – można było zacząć mówić o chorym i z chorym, zainteresować się tym co robi, kim jest.* (...) *My, lekarze, zaczęliśmy spotykać się, aby rozmawiać o poszczególnych przypadkach i naprawdę wchodzić w kontakt z pacjentami* (s. 203).
- Ocena Andreolego dotycząca aktualnej opieki psychiatrycznej we Włoszech jest zasadniczo pozytywna. Proponuje poszerzenie opieki, które oczywiście wymagałoby zwiększenia nakładów na opiekę psychiatryczną. Uważa, że powinno się zwiększyć się ilość łóżek dla przyjęć nagłych, oddziałów dziennych, tworzyć wspólnoty terapeutyczne, spółdzielnie pracy, ponadregionalne struktury dla chorych stwarzających zagrożenie.

Interesujące jest, że Andreoli nie będąc całkowicie wyzwolony z cieni przeszłości przeprowadza radykalną krytykę szpitala psychiatrycznego. Zakład psychiatryczny jest miejscem, gdzie *Szaleństwo uważano za najgorszy przejaw życia, za imago mortis* (s. 24). Na początku swojej drogi psychiatrycznej odkrywa, że *Niektóre osoby żyły w zakładzie psychiatrycznym od piętnastu-dwudziestu lat, a całe ich życie zawierało się na połowie strony w bezdusznych słowach, tak jakby dotyczyły one towaru w sklepie. Karta szpitalna była epitafium danego pacjenta, a także świadectwem, że ludzkość potrafi zamknąć i ograniczyć życie człowieka do kilku zaledwie słów, bez zrozumienia jego istoty.* (s. 37) ... *z chorymi się nie rozmawiało: ograniczano się do określenia stopnia zagrożenia z ich strony i przydzielano ich do odpowiedniego pawilonu* (s. 132).

O swoim doświadczeniu ze szpitala psychiatrycznego w Marzanie, gdzie pracował do 1980 roku pisze: *Po zmierzaniu się ze wszystkimi problemami organizacyjnymi dotyczącymi tego, co otaczało pacjenta, po wykonaniu wszystkich koniecznych zabiegów za pomocą „maszyn”, należałoby zająć się także chorym. Nic takiego jednak nie następowało. Nie było na to czasu* (s. 156).

Podsumowuje: *Na pewno zakłady psychiatryczne w takiej postaci, w jakiej istniały należało zamknąć, jak najbardziej się za tym opowiadam, gdyż z ludzkiego punktu widzenia były to miejsca, które istnieć nie powinny, jednak należało to przeprowadzić inaczej* (s. 208).

Andreoli opisuje historie pacjentów leczonych poza zakładem psychiatrycznym, nazywa je żywotami „nieprzeżytymi”, „pozbawionymi”. Żywoty pacjentów szpitala psychiatrycznego można by określić jako „unieważnione”. Andreoliemu brakuje umiejętności zobaczenia żywotów „przeżytych”. Brakuje mu umiejętności rozpoznania wagi przywrócenia pacjentowi podmiotowości, historii osobistej, relacji społecznych i uznania jego praw, których pozbawia go instytucja psychiatryczna. Nie jest to czynnik terapeutyczny, ale tylko kontekst, w którym specjalista może próbować znaleźć propozycję leczenia.

*Psychiatria jest snem o leczeniu, marzeniem o opiece nad tymi, którym źle się żyje na tym świecie. Psychiatra jest snem, z którego przebudzenie jest koszmarem* (s. 254) pisze Andreoli. To jest psychiatria osoby niecierplivej.

Dla mnie psychiatria jest możliwością zachowania chociaż fragmentu snu – snu o autonomii, uczestnictwie w społeczeństwie, możliwości wyleczenia. Jeżeli jak pisze Andreoli szaleństwo jest doświadczeniem, relacją i kontekstem *Nie istnieje wariat, istnieje doświadczenie szaleństwa* (s. 272), *Szaleństwo jest więc zachowaniem, które wylania się w relacji człowieka ze światem* (s. 273) należy zaoferować propozycję zawierającą w sobie doświadczenie, relację i kontekst. W szpitalu psychiatrycznym nie istnieje doświadczenie, ani relacja. *Jeżeli bowiem staramy się ponownie prze-myśleć, czym jest zakład psychiatryczny (...) to jawi się on jako miejsce, które szaleństwo rodzi* (s. 273).

Giuseppe Tibaldi

Centro Studi e Ricerche in Psichiatria – ASL4, Torino  
email: beppet@torinofacile.it

\* \* \*

**Kingdon DG, Turkington D. Cognitive therapy of schizophrenia.** Guilford Press, New York, London; 2005, s. 219, ISBN 1-59385-104-9. Series: Guides to individualized evidence-based treatment (Series Editor: Persons JB).



Książka dotyczy zastosowania terapii poznawczej w schizofrenii. Jej autorami są David G. Kingdon, profesor psychiatrii University of Southampton oraz Douglas Turkington, psychiatra pracujący w Royal Victoria Infirmary w Newcastle-upon-Tyne w Wielkiej Brytanii.

Książka kierowana jest przede wszystkim do terapeutów poznawczych pracujących z pacjentami z rozpoznaniem schizofrenii lub innych jednostek chorobowych, w których obraz

wpisują się objawy psychotyczne. Niewątpliwie może również stanowić cenne źródło informacji dla tych czytelników, którzy nie są zainteresowani terapią poznawczą samą w sobie, będąc jednak na początku drogi zawodowej uczą się jak rozmawiać z pacjentami, czym się kierować i czego wystrzegać, aby stworzyć prawidłową relację terapeutyczną. Przytoczone w książce przykłady dialogów terapeuta–pacjent mogą się okazać w tej kwestii bardzo pomocne. Zaletą książki jest to, że autorzy poza wieloma konkretnymi przykładami interwencji terapeutycznych dokładnie opisują proces konceptualizacji przypadku, na podstawie którego zostały zaplanowane dane interwencje.

W jednym z pierwszych rozdziałów autorzy przedstawiają historie choroby czworga pacjentów. Aby uniknąć konieczności używania w kontakcie z pacjentami terminu „schizofrenia” (w związku z całym bagażem negatywnych skojarzeń, jakie ze sobą niesie) autorzy sugerują wprowadzenie klasyfikacji umożliwiającej przyporządkowanie obrazu choroby charakterystycznego dla danej osoby do jednej z czterech podgrup klinicznych :

- psychoza związana z nadwrażliwością,
- psychoza związana z używaniem środków psychoaktywnych,
- psychoza w następstwie traumatycznych przeżyć,
- psychoza związana z lękiem.

Każdy z czworga przedstawionych bohaterów reprezentuje jedną z wyżej wymienionych podgrup. Kolejne rozdziały książki dotyczące poszczególnych etapów terapii i stosowanych interwencji zakończone są indywidualnym dla każdego z pacjentów podsumowaniem, opisującym reakcje pacjentów na podejmowane przez terapeutów działania i zmiany, którymi one skutkowały.

Olbrzymią wagę autorzy przywiązują do nawiązania prawidłowej relacji terapeutycznej oraz uzyskania prawidłowego zaangażowania pacjenta w terapię. Poświęcony temu zagadnieniu jeden z rozdziałów w bardzo treściwy i jednocześnie przejrzysty sposób opisuje, kiedy możemy spodziewać się trudności w nawiązaniu kontaktu z pacjentem, jaką postawę należy przyjąć aby przełamać jego nieufność lub jakich błędów unikać, aby nie zniszczyć tego, co w kontakcie udało się dotychczas osiągnąć. Przytoczone przykłady rozmów pokazują jak wypośredkować pomiędzy postawą zbyt konfrontacyjną a postawą pozornego „bycia w zмовie” z pacjentem. Obie te postawy autorzy wymieniają jako jedną z najczęstszych przyczyn nieprawidłowej relacji terapeuta–pacjent.

Bardzo interesująco przedstawia się rozdział dotyczący konceptualizacji i tworzenia w oparciu o nią planu terapii. Autorzy przedstawiają cztery (odpowiednio dla każdego pacjenta) przejrzyste diagramy konceptualizacji. Zaznaczają jednocześnie, iż pacjent powinien aktywnie w tym procesie uczestniczyć.

Autorzy wyjaśniają podstawowe założenia terapii poznawczej podkreślając, iż osoba z rozpoznaniem schizofrenii, podobnie jak każda inna, porządkuje świat i nadaje znaczenie wydarzeniom na podstawie przekonań powstałych na podstawie wcześniejszych doświadczeń (czasami dysfunkcyjnych). Kluczowy więc dla terapii poznawczej model ABC wiążący wydarzenia (*Activating events*), przekonania (*Beliefs*) i wynikające z nich konsekwencje (*Consequences*) jest właściwy również dla osób z rozpoznaniem psychozy.

Dużo uwagi autorzy poświęcają psychoedukacji oraz jej szczególnej formie – normalizacji. Celem psychoedukacji jest poprawa wglądu pacjenta głównie w zakresie: roli stresu w powstawaniu objawów psychotycznych, ponownej atrybucji objawów, potrzeby leczenia farmakologicznego, zaakceptowania faktu choroby, jak również poprawa samooceny i redukcja poczucia wyobcowania.

Celem normalizacji jest przybliżenie świata przeżyć osoby chorej do świata przeżyć osób zdrowych. Jedną z metod jest podkreślenie faktu, iż osoby zdrowe psychicznie przebywające w szczególnych warunkach (silny stres, deprivacja sensoryczna, choroby somatyczne i wiele innych) mogą również doświadczać objawów psychotycznych. Tego rodzaju wiedza może korzystnie wpłynąć na samoocenę pacjentów psychiatrycznych, którzy na co dzień doświadczają zjawiska stygmatyzacji i dyskryminacji, ponieważ postrzegani są przez otoczenie poprzez pryzmat ich dziwnych, niezrozumiałych i niecodziennych doznań oraz zachowań.

Kolejny rozdział książki poświęcony jest strategiom postępowania z urojeniami. Objaw ten autorzy szczegółowo omawiają w kontekście wydarzeń poprzedzających jego wystąpienie, rozpatrując treść urojeń w kategoriach zniekształceń poznawczych. Czytelnik może znaleźć w tym rozdziale wskazówki dotyczące prób poddawania w wątpliwość słuszności założeń wypowiedzianych przez pacjenta treści urojeniowych lub w przypadku urojeń utrwalonych – dokładny opis techniki zwanej „metoda strzałki w dół”, umożliwiającej odkrywanie leżących u ich podstawy dysfunkcyjnych przekonań i schematów poznawczych.

Kolejny rozdział poświęcony jest doznaniom omamowym. Model poznawczy przedstawiony przez autorów traktuje halucynacje (analogicznie do objawów OCD) jako własne automatyczne myśli pacjenta. Kluczowym w terapii wg autorów jest dokonanie ich reatrybucji. Założeniem jest, aby pacjent, pomimo charakteru omamów, często niezgodnego z jego systemem wartości, uznał je za wytwór własnego mózgu. Proponowane strategie radzenia sobie z omamami (częściowo analogiczne do metod stosowanych w OCD) opisane zostały w rozdziale w sposób bardzo przystępny i obszerny. Dotyczą: farmakoterapii, metod kontroli behawioralnej doznań, określania mechanizmów spustowych (np. dziennik głosów), wzmacniania asertywności w stosunku do głosów (odgrywanie ról, ekspozycje wyobrażeniowe), czy też postępowania wbrew schematowi poznawczemu. Ponadto, w dalszej części podręcznika obszernie omówiono zagadnienie automatyzmów ideacyjnych i czynnościowych, oraz urojeń odnoszących. W przypadku urojeń odnoszących, ważne wydaje się podkreślenie, konieczności zbadania umiejętności pacjenta w zakresie odczytywaniu informacji niewerbalnych, czy przedyskutowanie z nim roli kontaktu wzrokowego w prawidłowej ocenie intencji osób otaczających.

Książka napisana została językiem bardzo przystępnym (chwilami pełnym humoru).

Ogromną jej zaletą jest przejrzysta konstrukcja. Omawiane zagadnienia usystematyzowane zostały w formie punktów i czytelnych tabel, dzięki czemu czytelnik może szybko i bez trudu wrócić do interesujących go tematów.

Podręcznik zawiera stworzone dla pacjentów, pomocne w procesie psychoedukacji materiały, które dołączone zostały na końcu książki w postaci kilku załączników. Dodać należy, iż autorzy wyrazili zgodę na ich powielanie i rozpowszechnianie.

Podsumowując – książka ta jest godną polecenia lekturą dla szerokiego grona czytelników.

Monika Dąbrowka-Winiarska  
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie  
I Klinika Psychiatryczna