

Gabbard GO, Beck JS,
Holmes J (red.)

**Oxford Textbook
of Psychotherapy**

Oxford University Press,
Oxford, 2005, s. 534

ISBN 0-19-852064-6

Książka ukazała się na rynku wydawniczym w 2005 roku. Jest zbiorem zagadnień z zakresu psychoterapii. Zawiera 43 rozdziały pisane przez specjalistów z wyróżnianych dyscyplin. Zamierzeniem autorów podręcznika było stworzenie pozycji, pozostającej w zgodzie z najnowszą wiedzą teoretyczną, a zarazem jak najszerszej przedstawiającej praktyczne aspekty prezentowanych zagadnień.

Książka dedykowana jest osobom pracującym jako psychoterapeuci, studentom psychologii i medycyny oraz osobom na co dzień pracującym z osobami z zaburzeniami psychicznymi. Podręcznik został podzielony na sześć obszernych modułów tematycznych.

Moduł pierwszy wprowadza czytelnika w założenia teoretyczne podstawowych kierunków psychoterapii. Zostały tu omówione uwarunkowania historyczne, podstawy teoretyczne, główne techniki oraz rozumienie problemów w kontekście poszczególnych szkół psychoterapii. W części pierwszej można odnaleźć również rozdziały poświęcone podstawowym formom pomocy psychologicznej takim jak: terapia grupowa, terapia małżeńska oraz arteterapia, opisywanych z perspektywy wybranych kierunków terapeutycznych.

Moduł drugi stanowi omówienie podstaw psychoterapii w pracy z zaburzeniami psychicznymi. Celem tej części książki jest przedstawienie form pracy z osobami chorymi w kontekście terapii. Rozdziały rozpoczynają się krótkim omówieniem zaburzeń i stopniowo przybliżają czytelnikowi możliwe formy pomocy. W części tej można odnaleźć wskazówki praktycznych interwencji, ale również ostrzeżenia dotyczące możliwych pułapek terapeutycznych.

Trzecia część publikacji poświęcona została terapii zaburzeń osobowości. Moduł ten opisuje zaburzenia głównie z perspektywy psychodynamicznej oraz poznawczo-behawioralnej. W tej części autorzy szczególnie kładą nacisk na subtelne techniki pracy, jak również szczególnie uwrażliwiają na możliwe błędy terapeutyczne.

Moduł czwarty ujmuje psychoterapię w kontekście psychologii rozwoju człowieka. Kolejne rozdziały rozpoczynają krótkie wprowadzenie w zarys norm rozwojowych oraz pojawiające się ewentualne patologie. Wyróżnione zostały cele i możliwości pracy w ramach określonych grup rozwojowych. Omówienie teo-

retyczne tej części publikacji, znajduje poparcie w prezentowanych studiach przypadków.

Na szczególną uwagę zasługuje moduł piąty, w którym autorzy poruszają trudny temat pracy wśród grup zróżnicowanych kulturowo i społecznie. Można w tej części odnaleźć wskazówki do pracy z osobami z problemami somatycznymi jak również do pracy z osobami o odmiennej orientacji seksualnej. Zwraca się również uwagę na różnice płciowe między terapeutą a klientem.

Moduł szósty porusza ważne dylematy pracy z pacjentem, które towarzyszą terapii. Szczególny nacisk został położony na etyczne aspekty terapii oraz współpracę podczas leczenia farmakologicznego. Część ta zwiera nowe odkrycia z zakresu neurologii i ich implikacje wobec podejść terapeutycznych.

Oxford Textbook of Psychotherapy jest nowoczesnym przewodnikiem poruszającym główne obszary terapii. Pomimo wstępnych deklaracji autorów, nie można oprzeć się wrażeniu, że w sposób wyczerpujący opisane zostały jedynie dwa kierunki psychoterapii. Większość rozdziałów zawiera jedynie opisy metod pracy w ujęciu psychodynamicznym i poznawczo-behawioralnym. Spojrzenie takie daje możliwość szerokiego zrozumienia prezentowanych technik w kontekście pracy terapeutycznej, jednak równolegle pomija wiele ważnych kierunków wykorzystywanych w pracy z klientem. Szczególnie odczuwany jest brak omówienia perspektywy humanistycznej, tak zwanego trzeciego filaru psychoterapii.

Podręcznik w sposób akademicki porusza dylematy psychoterapii. Dla praktyków może stanowić wyłącznie bazę do dalszych poszukiwań interesujących kwestii, gdyż omówienie problemów jest powierzchowne i daje możliwość zrozumienia jedynie podstaw prezentowanych zagadnień. Autorzy wielokrotnie unikają rozważań nad złożonością problemów natury zaburzeń.

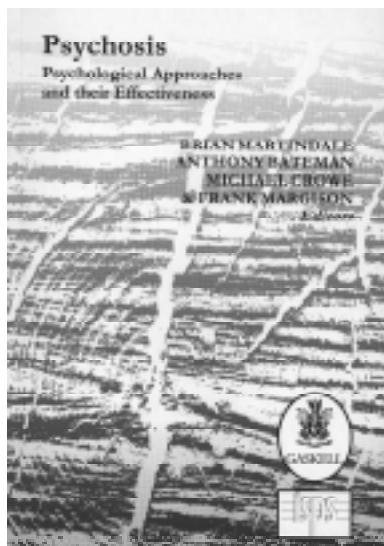
Pomimo wszystko główny cel jaki stawiali sobie autorzy na wstępie książki, został osiągnięty. Postulowali oni, że w dobie psychoterapii eklektycznej, powszechne jest zgubienie zasad i odniesień. Z tą myślą tworzyli podręcznik, w którym można odnaleźć korzenie wykorzystywanych metod i odnieść je do zakładanych przez ich twórców problemów. W obawie przed stosowaniem niewłaściwych technik w pracy z poszczególnymi zaburzeniami, pragnęli stworzyć pozycję wykorzystywaną zarówno jako przewodnik praktyczny jak i teoretyczny.

Podkreślali, że często spotkać się można z tworzeniem przez terapeutów własnych szkół, rozwijanych na bazie głównych filarów, jednak często mylnie stosowanych.

Jak twierdzą, pułapką takiego podejścia może być zagubienie i nieadekwatne wykorzystywanie technik, w stosunku do potrzeb klienta. Podręcznik ten skonstruowano więc tak, by jasno określić techniki pracy w odniesieniu do konkretnych problemów.

Zaproszeni do współpracy autorzy, to eksperci z zakresu prezentowanych dyscyplin nauki. Często określają kierunki rozumienia problemów i pracy terapeutycznej. Obcowanie z takimi autorytetami w zakresie psychoterapii na stronach omawianej książki stanowi przyjemność, jednak pozostawia poczucie niedosytu informacji, gdyż przy tak szerokim omówieniu problemu psychoterapii wobec tak wielu grup, temat często był jedynie sygnalizowany.

Magdalena Zakolska
Instytut Psychiatrii i Neurologii



B. Martindale,
A. Bateman, M. Crowe,
F. Margison (Eds.)

**Psychosis:
Psychological
Approaches and
their Effectiveness.**

Putting Psychotherapies
at the Centre
of Treatment

Gaskell (for the International Society for the Psychological Treatments of the Schizophrenia and other Psychoses), London, 2000, s. 306,

ISBN 1-901242-49-8

Do końca lat 50-tych XX wieku psychoterapia była traktowana jako optymalna forma leczenia osób chorych na schizofrenię i pokrewne psychozy. Od tego czasu w wielu miejscach na świecie psychoterapia właściwie zniknęła z horyzontu metod leczenia psychoz. Mimo że dysponujemy coraz lepszymi metodami psychofarmakologicznymi, zagubienie psychologicznego i osobowego wymiaru leczenia spowodowało, że pracownicy opieki psychiatrycznej w pewnym stopniu utracili umiejętność rozumienia swoich pacjentów i odpowiadania na ich ludzkie potrzeby.

Redaktorzy książki postawili sobie za cel zrehabilitowanie psychoterapii jako metody skutecznej w leczeniu psychoz. W związku z tym jest to jedna z ważniejszych publikacji, jakie ukazały się na rynku w ostatnich latach. Jak uważa John Cox, ówczesny prezes brytyjskiego *Royal College of Psychiatrists* książka dotyka centralnych problemów nowoczesnej psychiatrii. Autorzy polemizują z tymi, którzy chcą na psychiatrię patrzeć jedynie z perspektywy nauk neurobiologicznych. Nie zgadzają się także ze zwolennikami „medycznego” modelu diagnostycznego. Uważają, że psychoterapia powinna być fundamentem każdej terapii pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi. W kolejnych rozdziałach książki znani i kompetentni autorzy szeroko przedstawili różnorodne oddziaływania psychoterapeutyczne, począwszy od metod poznawczych poprzez dynamiczne, humanistyczne aż po edukacyjne.

Ph. Garety i wsp. przedstawili imponujący rozwój metod poznawczo-behawioralnych stosowanych w terapii psychoz. Początkowo stosowane były jedynie u pacjentów z przewlekłe utrzymującymi się objawami pozytywnymi. Obecnie znane są już wyniki badań, które potwierdzają skuteczność tych metod również w terapii ostrych psychoz. Z przedstawionych danych jednoznacznie wynika, że w rękach doświadczonych terapeutów są to metody skuteczne w leczeniu wielu objawów psychotycznych.

P. Harward i wsp. omówili terapię, której centralnym problemem jest stosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich (*compliance therapy*). Większość pacjentów odnosi korzyść z regularnego stosowania leków przeciwpsychotycznych. Pozytywne efekty farmakoterapii umożliwiają im podjęcie racjonalnej dyskusji na temat problemów codziennego życia i leczenia. Autorzy podkreślają konieczność stworzenia nieosądzającej relacji terapeutycznej. W metodzie tej wykorzystywane są techniki motywującego wywiadu i poznawczo-behawioralne.

W. McFarlane przedstawił metodę pracy z rodzinami pacjentów ze schizofrenią, która zasadza się na modelu psychoedukacyjnym. Zrywa jednak z zasadą koncentrowania się na złym funkcjonowaniu rodziny, wyszukiwaniu w niej błędów i winy. Autor przedstawił zasady modelu edukacyjnego, a następnie omówił metodę wspólnej pracy z kilkoma rodzinami. Podejście takie odwraca powszechną wśród tych rodzin tendencję do izolowania się. Autor

przedstawia wyniki, które wskazują na zdecydowanie większą skuteczność metody pracy z kilkoma rodzinami w porównaniu z pracą z pojedynczą rodziną. Wyraźna różnica na korzyść modelu pierwszego dotyczy redukcji częstości nawrotów i hospitalizacji, a także lepszych wyników rehabilitacji zawodowej.

I. Baguley i wsp. przedstawili problem skuteczności szkolenia personelu medycznego w zakresie psychoterapii. Okazało się, że chociaż szkoleni pracownicy przyswoili sobie w stopniu zadowalającym niezbędną wiedzę i umiejętności, to struktura organizacji i zakorzenione zwyczaje uniemożliwiły im wykorzystanie zdobytej wiedzy w praktyce.

N. Kanas dokonał przeglądu badań klinicznych dotyczących terapii grupowej w schizofrenii z okresu ostatnich 20 lat. Została potwierdzona skuteczność terapii grupowej niezależnie od kierunku: edukacyjnego, psychodynamicznego czy interpersonalnego. Na podstawie dokonanego przeglądu i własnych doświadczeń autor stworzył zintegrowany model terapeutyczny – w zależności od fazy choroby proponuje pacjentom odmienne cele terapeutyczne i odpowiednio dobrane metody pracy. Autor uważa, że terapia grupowa powinna być jednym z elementów kompleksowej terapii. W porównaniu z grupą kontrolną, terapia grupowa w proponowanej przez niego formie dała zdecydowaną poprawę samopoczucia pacjentów, ich relacji interpersonalnych, a także umiejętności radzenia sobie z objawami psychotycznymi.

L. Davidson i wsp. przedstawili nowoczesny model terapii grupowej funkcjonujący w ramach opieki środowiskowej, który okazał się skuteczny w zapobieganiu nawrotom i ponownym hospitalizacjom. W stworzeniu tego modelu wykorzystano osobiste doświadczenia pacjentów. Autorzy wykazali, że w zapobieganiu częstym nawrotom nieskuteczne jest podejście medyczne, które koncentruje się na edukacji pacjentów w zakresie rozpoznawania indywidualnych objawów ostrzegawczych i prodromalnych. Autorzy odwołując się do osobistych doświadczeń pacjentów, odkryli, że szczególnie ważne są trzy czynniki: (1) społeczna izolacja; (2) utrata morale (*demoralisation*) z poczuciem bezsilności, fatalizmu i apatii w obliczu objawów chorobowych i problemów życiowych; (3) zerwanie kontaktu z ambulatoryjną opieką psychiatryczną, środowiskową lub odwykową spowodowane niezadowolaniem pacjentów z formy związku z tymi placówkami. Wykorzystując te wyniki, autorzy stworzyli skuteczny model interwencji psychospołecznych.

W. Fenton i L. Mosher przedstawili skuteczność i koszty standardowego leczenia szpitalnego w porównaniu z leczeniem w małych 6–8 osobowych rezydenckich ośrodkach opieki kryzysowej. W systemie leczenia rezydenckiego wykorzystywano zarówno leki, jak i oddziaływanie psychospołeczne, dążąc do tego by w jak najmniejszym stopniu ograniczać kontakt pacjenta z jego środowiskiem. W badaniu przeprowadzonym w jednym z ośrodków tego typu (McAuliffe Haase, Rockland, USA) wykazano, że koszty leczenia w domach rezydenckich były o 37% niższe, leczenie to było lepiej tolerowane przez pacjentów i nie wykazano różnic w skuteczności klinicznej obu form leczenia w 6-miesięcznej obserwacji poszpitalnej. Wykazano również, że aż 87% przyjmowanych pacjentów mogło być leczonych w warunkach domów rezydenckich.

R. Siani i O. Siciliani przedstawili interesujące wyniki pracy przeprowadzonej przez włoskich psychoterapeutów, którzy zaadaptowali model psychoanalityczny do terapii pacjentów z psychozą. Autorzy podkreślają konieczność starannego budowanie zaufania i udzielania pacjentowi koniecznego wsparcia. Prowadzą terapię pacjenta poprzez kilka etapów wykorzystując różnorodne sposoby oddziaływania w zależności od stopnia zaawansowania terapii. W centrum terapii stawiają relację pacjenta z terapeutą, uzyskując stopniową reorganizację i wzmocnienie ja (*self*) pacjenta. W ciągu 2 lat terapii autorzy uzyskali uderzającą poprawę stanu klinicznego pacjentów w porównaniu z grupą kontrolną leczoną farmakologicznie. Co ciekawe do badania włączono również pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń osobowości typu borderline i z rozpoznaniem nerwicy uzyskując podobną bezwzględna poprawę w tych grupach (mierzoną procentowo skalą KAPP – *Karolinska Psychodynamic Profile*).

Grupa J. Culberga przedstawiła wyniki eksperymentalnego pilotażowego badania przeprowadzonego w ramach *Parachute Project* w Szwecji. Porównaniu poddano dwie grupy pacjentów: jedna leczono w sposób rutynowy, drugą natomiast – zgodnie z zasadami opieki dostosowanej do potrzeb pacjenta (*need-adapted care*). Autorzy szczegółowo przedstawili sześć zasad opieki dostosowanej do potrzeb pacjenta: (1) wczesna interwencja najlepiej w warunkach domowych; (2) psychoterapeutyczne interwencje kryzysowe w okresie ostrej psychozy; (3) terapia dynamiczna lub kognitywna, zorientowanie na rodzinę i w miarę potrzeby terapia wspierająca lub systemowa; (4) łatwa dostępność i możliwość długiego kontynuowania terapii (nawet do pięciu lat); (5) stosowanie optymalnych, najmniejszych skutecznych dawek neuroleptyków, a w miarę możliwości unikanie neuroleptyków na rzecz benzodiazepin; (6) dostosowana do potrzeb pacjenta opieka nocna. Jest to strategia odmienna niż powszechnie przyjęte w krajach Zachodu podejście biologiczne, w którym w przypadku braku efektu terapeutycznego radykalnie zwiększa się dawki neuroleptyków. W omawianym badaniu początkowo podawano wyłącznie benzodiazepiny, a w razie konieczności najmniejsze możliwe dawki neuroleptyków, dzięki czemu praktycznie żaden z pacjentów nie wymagał leczenia antycholinergicznego. Stwierdzono, że w porównaniu w leczeniu standardowym pacjenci objęci programem wymagali zdecydowanie krótszej hospitalizacji, a neuroleptyki mogły być stosowane rzadziej i w mniejszych dawkach. Ponadto, zaobserwowano, że mniejsza była grupa pacjentów korzystających ze zwolnień lekarskich, lub otrzymujących stałą rentę z powodu niepełnosprawności.

O. Johannssen i wsp. omówili przeprowadzone w Norwegii badanie TIPS (*Early Treatment and Identification of Psychosis*). Przedstawiono strategię wykorzystywane w edukacji społeczeństwa w zakresie rozpoznawania wczesnych objawów psychozy. W ramach badania przeprowadzono szeroko zakrojoną kampanię informacyjną, której celem była edukacja społeczeństwa na temat schizofrenii. Pierwszoplanowym celem tego typu działań jest umożliwienie osobom z psychozą jak najwcześniejszego podjęcia leczenia, gdyż redukuje to chorobowość i nasilenie objawów choroby. Czas trwania nieleczonej psychozy wynosi przeciętnie 1–2 lat, a czas trwania nieleczonej choroby około 3 lat. Oznacza to, że pacjenci mogą przez wiele miesięcy cierpieć z powodu poważnych objawów psychotycznych (urojenia, omamy, nasilone zaburzenia myślenia) i nie zostaje to rozpoznane przez otoczenie jako problem zdrowotny, w związku z czym pacjenci nie otrzymują odpowiedniego leczenia. Autorzy badania wykazali, że jest możliwe dramatyczne, kilkukrotne skrócenie czasu trwania choroby przed rozpoczęciem leczenia w wyniku przeprowadzonej kampanii informacyjnej. Dzięki uzyskanej wiedzy grupy osób, które wcześniej nie interweniowały wobec objawów chorobowych, kierowały pacjentów na konsultację.

Y. Alanen i wsp. przedstawili historię rozwoju modelu terapii psychoz dostosowanej do potrzeb pacjenta (*need-adapted care*). Model taki jest już powszechnie przyjęty w Finlandii i stopniowo wprowadzany w innych krajach skandynawskich. Interwencje terapeutyczne są indywidualnie dobierane dla każdego pacjenta w zależności od aktualnej sytuacji. Leki stosowane są w miarę potrzeby, a główny nacisk położony jest na oddziaływania psychoterapeutyczne i socjalne. Konieczne jest zintegrowanie różnych form leczenia: psychoterapii, farmakoterapii i rehabilitacji. Położony jest również nacisk na konieczność wczesnej interwencji i zaangażowania w leczenie rodziny pacjenta. Dzięki tym doświadczeniom udowodniono, że jest możliwe zorganizowanie wysokiej jakości opieki psychiatrycznej opartej na psychoterapii dostępnej dla całej populacji pacjentów. Wykazano również, że jest możliwe przeprowadzenie gruntownego szkolenia psychoterapeutycznego dla całego personelu zaangażowanego w leczenie pacjentów w dużym regionie kraju. Co więcej pokazano, że można w krótkim czasie zmienić panującą kulturę terapeutyczną. Wykazano również, że skuteczne leczenie dla wielu pacjentów nie musi być z założenia oparte na farmakoterapii, o ile dostępna jest psychoterapia. Wyniki te stawiają

pod znakiem zapytania powszechnie przyjęty w krajach zachodnich (szczególnie w USA) redukcjonistyczny model leczenia, ograniczający zadania psychiatrii do ustalenia rozpoznania i włączenia odpowiedniej farmakoterapii z pominięciem wymiaru interpersonalnego. W wyniku zastosowania tego modelu uzyskano zmniejszenie długoterminowych hospitalizacji, zmniejszenie liczby hospitalizacji, zmniejszenie zachorowalności na schizofrenię.

W ostatnim, trzynastym rozdziale, P. McGorry przedstawia zasady holistycznej wczesnej interwencji u pacjentów z pierwszym epizodem psychozy. Metoda ta łączy różnorodne formy oddziaływania: psychoterapeutyczne, biologiczne i psychospołeczne. Autor przedstawił zasady prowadzenia terapii poprzez jej kolejne etapy w zależności od fazy choroby i indywidualnych potrzeb pacjenta. Stosowana może być terapia indywidualna, grupowa lub rodzinna. Wykazano, że aktywne podejście psychospołeczne w pierwszym epizodzie psychozy u młodych pacjentów ma pozytywny wpływ na funkcjonowanie psychospołeczne pacjenta, redukcję dawek neuroleptyków i zmniejszenie liczby samobójstw.

W książce przedstawiono ponadto wiele innych aktualnych informacji na temat etiopatogenezy, kliniki i leczenia zaburzeń psychotycznych. Warto ją polecić szkolącym się lekarzom, ale także specjalistom psychiatrom i innym osobom pracującym w ośrodkach opieki psychiatrycznej. Podejście interpersonalne w leczeniu pacjentów z psychozą zasługuje na dostrzeżenie i docenienie. Konieczne szkolenia i superwizja mogłyby być, z korzyścią dla pacjentów, w kalkulowane w budżet ośrodków medycznych, a opisane metody terapii chyba powinny należeć do umiejętności każdego psychiatry.

Sławomir Pietrak
Instytut Psychiatrii i Neurologii



Chadwick PK

**Schizophrenia:
The positive
perspective**

In search of dignity
for schizophrenic people

Brunner – Routledge,
Hove and New York,
2002, s. 220

ISBN 0-415-14288-1

Książka Chadwicka znajdzie zapewne bardzo szerokie grono adresatów. Może być interesująca zarówno dla specjalistów zajmujących się problemem schizofrenii, jak i dla studentów. Przyjemna forma sprawia, że praca ta może także znaleźć czytelników również wśród osób z tzw. białego personelu i laików. „Schizofrenia: pozytywna perspektywa” ukazuje zaburzenia psychotyczne z innej niż dotąd popularyzowane perspektywy, perspektywy osobistych doświadczeń osoby chorej. Celem autora jest spojrzenie na psychozę poprzez pryzmat pozytywnych aspektów choroby, co wielu odbiorcom może się wydać kontrowersyjne. Autor, który sam jej doświadczył stara się udowodnić, że doświadczenie przekroczenia granicy między zdrowiem a chorobą (z gruntu umownej), łączy się zarówno z głębokim cierpieniem, jak i z nabyciem innego rodzaju wrażliwości, zdolności czy umiejętności. Próbuje zatem odpowiedzieć na pytanie, kim są osoby cierpiące na schizofrenię, czy istnieje wyraźna granica między zdrowiem a chorobą, jeśli tak,

to co daje doświadczenie jej przekroczenia. Poszukuje przy tym, w przeciwieństwie do typowego podejścia w psychiatrii, które koncentruje się na deficytach, ograniczeniach i dysfunkcjach łączonych z chorobą, jej pozytywnych aspektów. Najważniejszą konkluzją jego argumentacji jest fakt, że tego rodzaju nastawienie może uchronić specjalistów przed uprzedzeniami w kontakcie z chorymi i dostarcza nowych narzędzi w pracy z nimi. Chadwick szuka w pacjentach nieoczekiwanych momentów jasności umysłu i pogłębienia myśli, które rzadko kiedy występują u zdrowych osób. Pyta o wrażliwość społeczną, zdolność do empatii i kreatywność osób chorych, nazywając za Karlssonem tak ujmowaną chorobę „superfrenią”. Tak rozumiana choroba daje inne implikacje do diagnozy, leczenia i rehabilitacji psychiatrycznej. Chadwick słusznie zauważa, że przez personel wielu szpitali osoby dotknięte schizofrenią postrzegane są jako bezwolne, bierno, nie umiejące radzić sobie z codziennymi zadaniami życiowymi. Pacjenci zaś wchodzą w narzuconą im rolę wychodząc naprzeciwko oczekiwaniom personelu. Taka postawa nie pozwala im wykazać się rzeczywistymi możliwościami, a tym bardziej stać się autonomicznymi jednostkami po opanowaniu ostrej fazy choroby.

Warto podkreślić, że Chadwick jest zwolennikiem prądu wywodzącego się z brytyjskiej psychologii umieszczającego normę, schizotypię i schizofrenię na kontinuum. W jego duchu zatem dokonuje interpretacji i stawia hipotezy naukowe.

Autor odnosi się także do problemu stygmatyzacji osób chorych psychicznie. Ma nadzieję, że praca przyczyni się do rozpowszechnienia wiedzy o chorobie, która jak sądzi jest najsilniejszym orężem do walki z dyskryminacją społeczną osób chorych na schizofrenię. Krytykuje termin „schizofrenia”, który uważa za zbyt szeroki i mylący. Podkreśla jednak pozytywne efekty, jaki przyniosła mu diagnoza i jej świadomość. Diagnostyczna etykieta zwiększyła u niego motywację do pogłębienia wiedzy na temat choroby, a także do regularnego przyjmowania leków. Może też mieć znaczenie terapeutyczne i pozwolić wybaczyć sobie trudne do zaakceptowania zachowania w psychozie, chroniąc przed samoobwinianiem się.

Na wstępie autor przytacza opublikowane dotąd badania dotyczące pozytywnych aspektów funkcjonowania intelektualnego, emocjonalnego i społecznego osób ze schizofrenią, które stanowią podstawę do teoretycznych rozważań autora, konkluzji wynikających z anamnezy a także własnych badań empirycznych. Pierwszą część książki określa mianem fenomenologicznej. Przytacza w niej 3 życiorysy osób, którym przypisuje osobowość schizotypową (warto tu nadmienić, że osoby te nie miały nigdy postawionej diagnozy psychiatrycznej), a także własny epizod psychotyczny, którego doświadczył w latach 70. Niniejsze rozdziały są niezwykle barwne i poruszające, szczególnie te opisujące własne doświadczenia autora. Pozwalają ujrzeć objawy psychotyczne jako realne doświadczenie osoby poszukującej własnej tożsamości a także odpowiedzi na podstawowe pytania egzystencjalne. W takim ujęciu ich biografie stają się bardziej zrozumiałe, dziwaczne zachowania bardziej racjonalne, a nade wszystko ludzkie. Autor podejmuje tu także rozważania na temat umysłowych uwarunkowań psychotyczności. Na podstawie własnych doświadczeń i relacji osób trzecich opisuje sposób, w jaki synchroniczność występowania określonych wydarzeń skłania do nadinterpretacji i nadmiernego włączania. Temu procesowi sprzyja tendencja do luźnych i bardziej odległych skojarzeń. Zdarzenia mające miejsce w otaczającej rzeczywistości zdają się być bardziej znaczące. Zmienia się w końcu postawa wobec świata, ukierunkowana wówczas na potwierdzanie wcześniej postawionych hipotez, co uwrażliwia jeszcze bardziej na zjawisko synchroniczności.

W drugiej bardziej empirycznej części autor zmierza się z dotychczasowymi badaniami i szuka ich implikacji dla terapii. Celem autora jest więc synteza podejścia artystycznego (jak sam go nazywa) i naukowego, „serca i umysłu”, które wg niego tworzy wielowymiarowe postrzeganie choroby. Perspektywa osobista wiąże się jednak nie tylko z pogłębieniem analizy, ale także z zasadzkami, których trudno autorowi uniknąć. Tak jak „serce z umysłem”, chęć potwierdzenia własnych poglądów i hipotez niekiedy ściera się

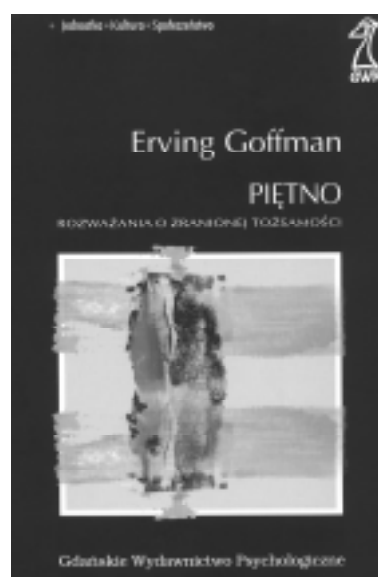
z obiektywizmem i rzetelnością naukowego podejścia, co daje się odczuć zwłaszcza w rozdziale poświęconym własnym badaniom Chadwicka. Autor wysuwa tam bardzo śmiało hipotezy nieoparte wystarczającymi przesłankami. Twierdzi np., że osoby ze schizofrenią cechuje większa łatwość generowania twórczych wyobrażeń, uzasadniając to ich podobieństwem do perceptów. Ponieważ u osób w tej grupie istnieje trudność w selekcji bodźców z otoczenia, a reguły procesu percepcji są traktowane przez autora jako tożsame z regułami powstawania wyobrażeń, te drugie także muszą docierać do umysłu bez żadnych ograniczeń. Idąc tym tropem autor dochodzi do wniosku, że schizotypia traktowana jako kontinuum ułatwia twórcze myślenie. Stwierdzeniem to wydaje się zbyt odważnym w stosunku do zgromadzonych przez Chadwicka danych. Z drugiej strony niektóre założenia traktuje jako oczywiste. Np. zdolność do empatii jest wg niego dyspozycją charakterystyczną dla osób ze schizofrenią, co wydaje się stwierdzeniem dość kontrowersyjnym.

Książkę zamykają rozdziały poświęcone implikacjom dla terapii i rehabilitacji osób ze schizofrenią. Jest to swego rodzaju esencja całej pracy. Zawierają zwięzłe i praktyczne wskazówki wynikające z opisu przypadków, własnych przeżyć autora, doświadczeń uczestników grup terapeutycznych. Chadwick namawia tu zwłaszcza do wyjścia poza czysto naukowe podejście. Na przykład gdy urojenia i halucynacje potraktujemy jako po części prawdziwe, w sensie indywidualnego doświadczenia pacjenta, pozwoli nam to na rozpoznawanie ich egzystencjalnego znaczenia. Pacjent czuje się traktowany bardziej podmiotowo, co zwiększa jego motywację, pewność siebie i zdolność do radzenia sobie. Ponieważ takie podejście pogłębia naszą wiedzę o osobie, kontakt z nią staje się bardziej zindywidualizowany, łatwiej wówczas o model terapeutyczny zgodny z jej doświadczeniem.

Szczególnie cenne wydają się rozdziały poświęcone pobytowi Chadwicka w oddziale psychiatrycznym. Autor opisuje warunki w jakich funkcjonował, odnosi się do kontaktów z personelem i innymi pacjentami. Ta subiektywna relacja ze szpitala może się dla wielu okazać inspirująca i skłaniająca do refleksji.

Generalnie książkę Chadwicka można uznać za interesującą i poszerzającą spojrzenie na zaburzenia psychotyczne. Mimo, że pada w niej wiele bardzo mocnych i dyskusyjnych stwierdzeń pozwala na pogłębienie wiedzy na temat doświadczenia choroby.

Justyna Waszkiewicz
Instytut Psychiatrii i Neurologii



Goffman E

Piętno.
Rozważania
o zranionej tożsamości

Gdańskie Wydawnictwo
Psychologiczne,
Gdańsk, 2005, s.198,

ISBN 83-89574-74-8

Piętno Ervinga Goffmana ukazuje się w Polsce po z górą czterdziestu latach od pierwszego wydania w języku angielskim. Z pewnością jest to zaległość warta nadrobienia, gdyż mimo upływu lat

trudno znaleźć publikację dotyczącą stygmatyzacji nieodwołującą się do tej klasycznej pozycji. To właśnie Goffman spopularyzował pojęcie „piętna społecznego” i chyba jako pierwszy tak wnikliwie zanalizował i opisał proces stygmatyzacji.

Zmarły w 1982 roku Erving Goffman należy do najpopularniejszych i najbardziej wpływowych socjologów drugiej połowy XX wieku. Posługiwał się oryginalną metodą, którą sam określał jako etnograficzną, a jego twórczość jest trudna do jednoznacznego zakwalifikowania. Zwykle zalicza się go, choć nie bez zastrzeżeń, do przedstawicieli tzw. interakcjonizmu symbolicznego. W środowisku psychiatrów szczególnie oddźwięk uzyskały zwłaszcza dwie jego książki – *Asylums* (1961), traktująca o tzw. instytucjach totalnych, do których autor zaliczył min. szpitale psychiatryczne, i właśnie *Piętno*. Obie zdobyły znaczny rozgłos na fali popularności ruchu antypsychiatrycznego, jednakże wiele zawartych w nich twierdzeń i spostrzeżeń pozostało aktualnych do dziś i nadal stanowi inspirację dla licznych badaczy zajmujących się społecznym kontekstem chorób psychicznych.

Goffman używa terminu „piętno” na określenie atrybutu dotkliwie dyskredytującego, czyniącego jego posiadacza osobą mniej pożądaną społecznie, postrzeganą jako naznaczona, niepełnowartościowa. Taki atrybut ustanawia szczególną niezgodność między pozorną (oczekiwaną) a rzeczywistą tożsamością jednostki, która to rozbieżność w konsekwencji zaburza jej społeczną tożsamość. Co więcej, zdaniem Goffmana, ludzie wolni od piętna, nie odbiegający negatywnie od innych – tzw. „normalsi” (*the normals*), w gruncie rzeczy nie wierzą, że osoba napiętnowana jest w pełni człowiekiem, skutkiem czego jest ona poddawana różnym formom dyskryminacji, co skutecznie obniża jej życiowe szanse. Autor podkreśla jednak, że piętno społeczne ma charakter relacyjny – ściśle mówiąc nie jest cechą, lecz pewnym związkiem między atrybutem a stereotypem, ponieważ znaczenie różnych cech zależy od kontekstu społecznego a atrybut, który piętnuje jednego posiadacza, może podkreślać zwyczajność innego. Posługuje się jednak taką uproszczoną definicją „piętna” ze względów praktycznych, gdyż istnieją takie atrybuty, jak np. choroba psychiczna, które niemal zawsze mają charakter dyskredytujący.

Goffman wyróżnia trzy rodzaje piętna społecznego: brzydotę cielesną i rozmaite deformacje fizyczne, wady charakteru przypisywane słabej woli, nienaturalnym namiętnościom, dogmatycznym przekonaniom, nieuczciwości, etc. (np. zaburzenia psychiczne, pobyt w więzieniu, nałogi, homoseksualizm, bezrobocie) oraz grupowe piętno rasy, narodowości i wyznania.

Po zdefiniowaniu podstawowych pojęć Goffman bada i pokazuje z różnych perspektyw destrukcyjny, wyobcowujący wpływ piętna, poddaje wszechstronnej analizie sytuację społeczną osób napiętnowanych, ich reakcje, uczucia, sposoby radzenia sobie, problemy z tożsamością a także postawy i reakcje normalsów. Jednak tym, co interesuje go najbardziej i na czym skupia swoją uwagę jest to, co się dzieje między napiętnowanymi i normalsami w czasie kontaktów mieszanych – twarzą w twarz, w bezpośredniej fizycznej współobecności – gdyż wtedy, jak twierdzi, obie strony konfrontują się z przyczynami i skutkami piętna.

Ważnym rozróżnieniem, które Goffman wprowadza, jest podział nosicieli piętna na osoby zdyskredytowane (*the discredited*), tzn. takie, których ułomność jest znana i widoczna od razu oraz dyskredytowalne (*the discreditable*), czyli takie, których odmienność nie jest znana lub od razu rozpoznawalna. Dla tych pierwszych szczególnie istotnym problemem jest radzenie sobie z napięciem w kontaktach społecznych wywołanych przez ich dostrzegalne piętno, zakłócające przebieg interakcji, natomiast dla drugich kluczową kwestią jest kontrolowanie informacji na temat swojej ułomności – mówiąc inaczej, osoby dyskredytowalne stają nieustannie wobec problemu czy, jak, komu, gdzie lub kiedy ujawnić swój skrywany sekret. Autor poświęca wiele uwagi problemowi zarządzania nieujawnionymi i dyskredytującymi informacjami, który to proces określa jako pomijanie piętna (*passing*) oraz podaje liczne przykłady technik kontroli informacji stosowanych

przez osoby napiętnowane. Pomijanie piętna pozwala często uniknąć dyskredytacji, jednak odbywa się to zwykle dużym kosztem. Ceną jest ciągle napięcie, niepokój, obawa, że tajemnica może w każdej chwili zostać ujawniona a dotychczasowe życie może ulec zniszczeniu. Osoby ukrywające wstydlive informacje często zmuszone są do prowadzenia podwójnego życia i stałego utrzymywania wzmoczonej czujności – nieustannego kontrolowania i analizowania nawet najbardziej banalnych sytuacji społecznych, które dla normalsów mają charakter rutynowy i przebiegają w zasadzie automatycznie.

Oczywiście tylko wyjątkowo osoba napiętnowana staje samotnie wobec nieakceptującego jej, wrogiego świata – zwykle odkrywa, że istnieją wokół niej ludzie uznający jej godność i traktujący ją jako zasadniczo normalną istotę ludzką, pomimo jej własnych wątpliwości. Goffman wyróżnia dwie kategorie takich „współczujących” (*sympathetic others*). Pierwsza grupa to nosiciele tego samego piętna – „swoi” (*the own*), druga to „zorientowani” (*the wise*), czyli normalsi, którzy z racji swej szczególnej sytuacji zostają wtajemniczeni w sytuację osób napiętnowanych i są życzliwie wobec nich nastawieni. W stosunku do chorych psychicznie „zorientowanymi” mogą być na przykład członkowie ich rodzin, przyjaciele, a także pracownicy psychiatrycznej służby zdrowia. Jednak autor pokazuje, że relacje napiętnowanych zarówno ze „swoimi”, jak i z „zorientowanymi” również nie przebiegają gładko i naznaczone są nieuchronną ambiwalencją.

Twierdzi on, że piętno noszone przez daną osobę obciąża do pewnego stopnia także osoby powiązane z nią w strukturze społecznej tak, że są one traktowane pod pewnymi względami jako jedność. W ten sposób np. rodziny chorych psychicznie dzielą część dyskredytacji ich bliskich. Ta tendencja piętna do rozprzestrzeniania się jest jednym z głównych powodów, dla których unika się takich relacji.

Według Goffmana osoby napiętnowane mają podobne doświadczenia związane z uczeniem się swojego położenia oraz przechodzą zbliżone zmiany w koncepcji siebie – mają podobną karierę moralną. W czasie tego procesu osoba nosząca piętno poznaje i internalizuje stanowisko normalsów, czyli uwarunkowane kulturowo przekonania społeczne i wyobrażenia, co to znaczy być napiętnowanym. W kolejnej fazie jednostka uczy się, że jest nosicielem danego piętna i doświadcza, jakie są tego konsekwencje. Następnie autor opisuje różne wzorce przebiegu tego procesu w zależności od tego, jaka jest relacja czasowa i sposób oddziaływania na siebie tych wstępnych faz. Inaczej przebiega kariera moralna osób z piętnem wrodzonym, a inaczej osoby, która nabywa piętno w późniejszym okresie życia. Szczególne problemy z poczuciem tożsamości może mieć osoba, która w późnym okresie życia dowiaduje się, że – mówiąc językiem Goffmana – zawsze była osobą dyskredytowalną, gdyż musi ona właściwie na nowo zdefiniować siebie i całą swoją przeszłość.

Goffman dowodzi, że osoba napiętnowana musi nieuchronnie przeżywać pewną ambiwalencję w stosunku do własnego Ja. Wynika to z faktu, że nosiciel piętna dzieli z normalsami przekonania o tożsamości. Nabywa więc i stosuje wobec siebie standardy identyfikacji, których nie może spełnić. W głębi duszy jest przekonany, że jest takim samym człowiekiem jak wszyscy, a równocześnie on sam i inni ludzie definiują go jako kogoś odmiennego. Autor opisuje różne strategie zarządzania piętnem oraz upowszechniane przez profesjonalistów kodeksy postępowania i filozofie życiowe mające służyć rozwiązaniu tej sprzeczności, jednak pokazując ich negatywne konsekwencje sugeruje, że sprzeczność ta jest nieusuwalna i jest przeznaczeniem osoby napiętnowanej.

Goffman w wielu miejscach zastrzega, że mówiąc o napiętnowanych i normalsach nie ma na myśli konkretnych osób, chodzi mu raczej o pewne perspektywy, o role w interakcji.

Ponadto uważa on, że w zasadzie każdy ma swoją ułomność, która w pewnych okolicznościach może rzucić się w oczy, tworząc wstydliwą lukę między pozorną a rzeczywistą tożsamością społeczną. Istnieją bowiem takie normy, np. dotyczące urody, których

niemal każdy na jakimś etapie swojego życia nie spełnia. W takim ujęciu stygmatyzacja jest procesem powszechnym, występującym wszędzie tam, gdzie istnieją normy dotyczące tożsamości.

„Piętno” nie jest suchym, wyzutym z emocji studium naukowym. Liczne cytaty i świadectwa autobiograficzne osób w różny sposób napiętnowanych sprawiają, że rozważania Goffmana są cały czas bliskie realnemu życiu. Autor bardziej niż teoretykiem jest bowiem przenikliwym obserwatorem, potrafiącym dostrzec to, co istotne w najbardziej banalnych, wydawałoby się, sytuacjach codziennych. Można powiedzieć, że daje on prymat realności i faktom przed teorią. Dzieło Goffmana nie przedstawia być może spójnej i kompletnej teorii stygmatyzacji, stwarza raczej ogólne ramy

pojęciowe dla poruszanej problematyki, niewątpliwie jednak pozwala czytelnikowi unaocznić sobie sytuację osób noszących piętno społeczne, wczuć się w ich położenie i przejąć ich losem. Warto jednak pamiętać także o pewnych ograniczeniach ujęcia Goffmana, zawęził on bowiem swoją perspektywę do bezpośrednich kontaktów społecznych („twarzą w twarz”), nie uwzględniając np. strukturalnych, instytucjonalnych uwarunkowań stygmatyzacji. Był to jednak świadomy zamiar autora, wynikający z jego zainteresowań i przyjętej metody.

*Piotr Świtaj
Instytut Psychiatrii i Neurologii*