

Rae Unzicker w tekście: *Samodzielność – indywidualna podróż ku szaleństwu i z powrotem* rozprawia się z warunkami hospitalizacji – naga w izolacji, na pokrytym ceratą, zaplamionym materacu, w oparach moczu, potu i zaschłych łez. Zieleń ścian tak charakterystyczna dla wszelkich instytucji skojarzona z zieloną trumną, w której pod sufitem, sześć metrów nad nią wisi goła, zakratowana żarówka, wzmocnione stalą drzwi z małym okienkiem z pleksi, zakratowane okna. Po dziesięciu latach zmagania z systemem opieki psychiatrycznej, etykietą chorej psychicznie i brakiem nadziei odnalazła swoje miejsce w rodzinie zastępczej. Kiedy ją opuściła podjęła pracę, wyszła za mąż. W zasadzie wiodła udane, satysfakcjonujące życie. Jednakże objawy choroby nawracały z określoną częstotliwością – nic z tego nie rozumiała, chciała jedynie umrzeć. Przez przypadek związała się z ruchem na rzecz byłych pacjentów, dzięki otrzymanej tam pomocy odnalazła i zrozumiała siebie. Jest od lat jego aktywną orędowniczką. Niestety nie spodziewa się odnowy psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Uważa, że we wszystkich jej formach dominują autokratyczne, okrutne rządy personelu, który nie wierzy w powodzenie swoich działań zawodowych. Zdaniem autorki osoba pacjenta psychiatrycznego staje się w tym systemie „nikim”, istnieje w „próżni”. Dzięki ruchowi na rzecz praw pacjentów, ci którzy przetrwali opiekę psychiatryczną mogą ogłosić sobie i innym: „Jestem”.

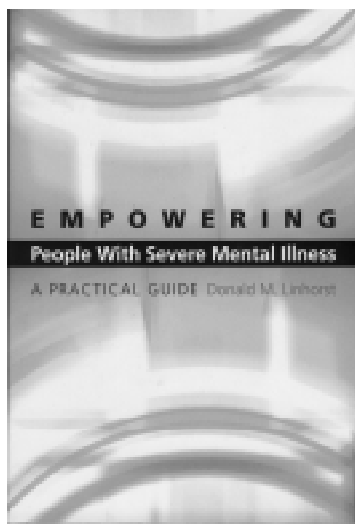
Bezcenną wartością recenzowanej książki jest jej autentyczność: przekaz niepokornych myśli, chęci buntu i złości na własny los, politycznie niepoprawnych uwag pod adresem funkcjonującego systemu opieki, niekiedy chropowaty język. Pracownikom psychiatrycznej opieki zdrowotnej zapoznanie się z jej treścią pozwala na uzyskanie nowej perspektywy w relacjach z pacjentami. Im samym pomaga w uzyskaniu nadziei oraz w dążeniu do samostanowienia i aktywnego uczestniczenia w życiu społecznym.

Marta Anczewska

I Klinika Psychiatryczna IPiN

* * *

Linhorst DM. *Empowering People With Severe Mental Illness. A Practical Guide.* Oxford University Press. Oxford; 2006, s. 353, ISBN 0-19-517187-X



Z dostępnej literatury przedmiotu i obserwacji klinicznych wiadomo, że stygmatyzacja i dyskryminacja wywierają negatywny wpływ na życie rodzinne, zawodowe i sytuację ekonomiczną osób z zaburzeniami psychicznymi, spychają je na margines społeczeństwa. Piętno choroby psychicznej powoduje szereg negatywnych konsekwencji: wpływa na utratę pozycji społecznej, powoduje izolację społeczną, sprzyja instytucjonalizacji, utrudnia proces zdrowienia, pośrednio wpływa na nasilenie zaburzeń psy-

chicznych. Wśród osób napiętnowanych społecznie pojawiają się negatywne emocje, które zmniejszają motywację do leczenia. W konsekwencji chorzy izolują się, stają się bierni, nie czują się pełnoprawnymi i pełnowartościowymi członkami społeczeństwa. Profesjonalna pomoc ludziom cierpiącym wyszła już poza model czysto medyczny. W wymiarze społecznym chodzi o umożliwienie pełnego funkcjonowania w społeczeństwie, pełnienia odpowiedzialnych ról, zaangażowania w sprawy społeczności. W wymiarze indywidualnym znaczenie ma motywacja i poczucie samostanowienia.

Wśród pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej i pacjentów coraz więcej zwolenników znajduje koncepcja umacniania (*empowerment*), która wywodzi się z psychologii społecznej (Rappaport, 1981). Autor uważa, że jest to właściwa metafora dla szerokiego i wielopłaszczyznowego podejścia do doświadczenia choroby psychicznej i funkcjonowania w roli chorego w społeczeństwie. Dotychczasowe oddziaływania często ograniczają udział chorego jedynie do przestrzegania zaleceń specjalistów (leczenie) bądź koncentrują się na pokonywaniu trudności (radzenie sobie) lub nabywaniu umiejętności (rehabilitacja). Umocnienie (*empowerment*) umożliwia aktywny udział pacjenta w procesie leczenia i rehabilitacji – daje świadomość kompetencji, wzmacnia poczucie godności, prowadzi do zaakceptowania choroby. Poprzez

samopomoc i działanie na rzecz innych pozwala na włączenie się w życie społeczne. Przy ustalaniu polityki zdrowotnej pozwala pacjentom na udział w jej tworzeniu, przyznaje prawa do opiniowania świadczonych usług.

Konstrukt „umacnianie” był przedmiotem analizy wielu badaczy – był redefiniowany, jako pojęciowo zbyt obszerny, krytykowany za trudność w zoperacjonalizowaniu. Obecnie jest rozumiany jako koncepcja złożona. Obejmuje szereg fenomenów dotyczących zmian w społecznym odbiorze chorób psychicznych, zreformowania działania i założeń w opiece medycznej i socjalnej, a także zmian intrapsychicznych i behawioralnych samych chorych, jak również innych osób. Łączy w sobie zarówno proces, jak i rezultat. Dla zrozumienia idei umacniania ważne jest to, że osoba nie jest poddawana umacnianiu, ona umacnia się sama, przy udziale innych osób.

Postulaty umacniania obejmują między innymi: podmiotowe, zindywidualizowane traktowanie pacjenta, koncentrację na jego mocnych stronach, walkę z ograniczeniami wynikającymi z niekorzystnych warunków środowiska, aktywny udział chorego na wszystkich etapach pomocy, możliwość wyboru sposobu leczenia i rehabilitacji, motywowanie do przejęcia odpowiedzialności za własne zdrowie i życie, poszerzanie wiedzy i rozwijanie umiejętności pacjentów, wspomaganie nieformalnych sieci społecznych.

Oceniana książka jest obszerną monografią dotyczącą praktycznego wdrażania idei umacniania w psychiatrycznej opiece zdrowotnej. Książka podsumowuje dotychczasową wiedzę na ten temat, jest kontynuacją przemyśleń i obserwacji autora wynikających z doświadczenia trzynastu lat pracy w państwowym szpitalu psychiatrycznym oraz środowiskowej opiece psychiatrycznej, jak również pracy naukowej i dydaktycznej w Uniwersytecie Saint Louis. Cztery pierwsze rozdziały poświęcone są historii uprzedzeń i społecznego „podporządkowania” chorych psychicznie, przymusowi w psychiatrii oraz zdefiniowaniu koncepcji umacniania. W dalszych ośmiu określone wcześniej zasady umacniania autor traktuje jako szablon, który przykłada do wszystkich działań służących ich wdrożeniu. Dokonuje się ono na różnych etapach opieki zdrowotnej – w procesie leczenia, prowadzenia przez pacjentów badań naukowych, uczestnictwie w zarządzaniu placówką. Realizuje się również poprzez wprowadzenie odpowiedniego systemu mieszkaniowego, uzyskanie zatrudnienia, działania na rzecz planowania i ustalania polityki zdrowotnej, jak również poprawy jakości świadczonych usług w psychiatrycznej opiece zdrowotnej.

Linhorst sądzi, że umacnianiu – przejęciu kontroli nad własnym życiem i leczeniem służy między innymi upodmiotowienie. Przejawem tego jest przestrzeganie praw pacjentów, podchodzenie z szacunkiem do ich potrzeb i wymagań, odpowiednie reagowanie

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-

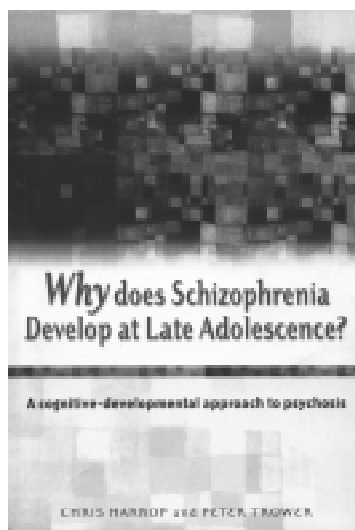
ności. Właściwe relacje obejmują wzbudzanie wzajemnego zaufania i szacunku, zachęcanie (stymulowanie) do wspólnego działania, zapewnienie możliwości wyboru. Służy temu przekonanie pacjentów o wiedzy i kompetencjach pracowników psychiatrii, o działaniu w najlepiej pojętym interesie pacjenta. Konieczna 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. Przeglądając 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.*