

OLGA ŻUKOWICZ 
Uniwersytet Gdański

NIEPEWNOŚĆ, NIEPOKÓJ, NADZIEJA... – ROLA CHOREGO I BYCIE CHORYM W PUBLICZNEJ I PRYWATNEJ OCHRONIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Streszczenie

Artykuł poświęcony jest analizie narracyjnej badań przeprowadzonych w formie ankiety on-line dotyczącej doświadczeń pacjentów z procesu leczenia zdrowia psychicznego w publicznych i prywatnych ośrodkach ochrony zdrowia. W ankiecie, która składała się głównie z pytań otwartych, wzięło udział 57 respondentów. Badania stanowią punkt wyjścia do refleksji nad kondycją współczesnego pacjenta bądź klienta poszukującego wsparcia i skutecznych metod, według specjalistów oraz instytucji, leczenia zaburzeń, chorób psychicznych, a także rozwiązania konfliktów rodzinnych. Analiza tematyczna wypowiedzi pacjentów pozwoliła na wyodrębnienie czterech głównych wątków: (1) niepewność jako dominanta w relacji ze specjalistą; (2) zdrowie psychiczne jako wypadkowa zasobów finansowych; (3) brak czytelnej procedury prowadzenia farmakoterapii i psychoterapii; (4) kryzys psychiczny jako ambiwalentne wydarzenie społeczne. Warte uwagi jest – co potwierdziły wypowiedzi respondentów – zjawisko wzrostu krytycznych postaw pacjentów, które wpływa na zmianę relacji pacjent–lekarz.

Słowa kluczowe: psychoterapia, pacjent, klient, system opieki zdrowia psychicznego, zdrowie psychiczne, antypsychiatria

WSTĘP

W psychoterapeutycznym podejściu systemowym jedno z podstawowych założeń brzmi: „nikt nie jest nośnikiem patologii”, co w konsekwencji oznacza, że jednostka uważana za chorą czy zaburzoną manifestuje jedynie pewne symptomy. Nie świadczy to o zaburzeniu funkcjonowania niej samej, ale systemu, w którym żyje [Tryjarska 2006: 29]. Nie jest to jednak narracja, która zdominowała myślenie o pacjencie czy chorym. Thomas Szasz [2011: 179–181] podkreśla, że historia psychiatrii to odczłowieczona opowieść o stale powiększającej się liście chorób psychicznych:

W przypadku patologii i w przypadku choroby jako koncepcji o charakterze naukowym osoba cierpiąca nie ma znaczenia [...] osoba chora psychicznie może być niebezpieczna dla siebie lub innych osób, a moralnym i zawodowym obowiązkiem psychiatry jest ochrona pacjenta przed nim samym i ochrona społeczeństwa przed pacjentem¹.

Trzeba uwzględnić kontekst, w którym, po 50 latach od swojego pionierskiego dla ruchu antypsychiatrycznego tekstu *Mit choroby psychicznej* [por. Szasz 1960], pisze ten amerykański psychiatra. To Stany Zjednoczone, gdzie praktyka psychiatryczna jest ściśle regulowana przez klasyfikację zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) i finansowana ze środków stanowych. Zdaniem tego psychiatry upolityczniona i zmedykalizowana psychiatria zupełnie zdehumanizowała relację pacjent–lekarz, czyniąc tego pierwszego podporządkowanym i bezwolnym wobec opresyjnego systemu. W polskiej ochronie zdrowia funkcjonuje obecnie klasyfikacja ICD-11². W dokumencie tym osobny rozdział poświęcono zaburzeniom psychicznym. Sami autorzy z grupy rewizyjnej ICD-10 zwrócili uwagę na kliniczną użyteczność klasyfikacji i jej realny wpływ na życie chorych. Choroba niesie globalne obciążenie dla jednostek zwłaszcza w krajach o niskim i średnim dochodzie [Gaebel, Zielasek, Reed 2017: 171]. W związku z powyższym krytykę psychiatrii wystosowaną przez Szasza można również odnieść do polskich warunków. Lekarze i psycholodzy pracujący w ramach NFZ mają obowiązek wpisywania jednostek diagnostycznych i kodowania zgodnie z tym dokumentem. Dodatkowym aspektem jest kwestia rozliczania świadczeń i kształtowanie polityki refundacyjnej. W zależności od wpisanego kodu i rodzaju świadczonej usługi pracownik ochrony zdrowia

¹ Przedruk artykułu w *Psychiatria po dyplomie* 9(12): 10. <https://podyplomie.pl/publish/system/articles/pdfarticles/000/010/175/original/7-15.pdf?1472562350>.

² Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych przygotowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). W momencie drukowania artykułu nie ma polskiej wersji językowej ICD-11. Polska ma pięcioletni okres przejściowy na wdrożenie dokumentu.

otrzymuje inne wynagrodzenie³. Sposób finansowania i praktyka diagnostyczna mogą w istotny sposób wpływać na sytuację chorego.

W związku z powyższym celem pracy jest odpowiedź na pytanie, co przeżywa i jak postrzega proces leczenia pacjent szukający pomocy w związku z kryzysem psychicznym lub zaburzeniem psychicznym w publicznych i prywatnych instytucjach medycznych.

Autorka na podstawie odpowiedzi z ankiety internetowej dotyczącej doświadczeń w procesie zdrowienia w ramach publicznej i prywatnej ochrony zdrowia psychicznego analizuje doświadczenia i postawy pacjentów w walce o „zdrowie psychiczne”, w dążeniu do różnie pojmowanej równowagi emocjonalnej. Analiza wypowiedzi respondentów prowadzi do ostrożnych refleksji, co przeżywa współczesny pacjent/pacjentka. Czego potrzebuje w procesie zdrowienia, jakie ograniczenia dostrzega i przede wszystkim, jak funkcjonuje w systemie ochrony zdrowia psychicznego, uwzględniając aspekty motywacyjne, zdrowotne i finansowe.

ORIENTACJA TEORETYCZNA

Ramą teoretyczną dla analizowanego materiału badawczego jest koncepcja medykalizacji dewiacji Conrada [1992] (i istniejącej równolegle demedykalizacji) rozumianej jako jeden z mechanizmów kontroli społecznej, która skupia się na monitorowaniu, eliminacji bądź minimalizowaniu działań dewiacyjnych poprzez praktyki medyczne i oddziaływanie autorytetów. Autor wyodrębnił trzy formy kontroli medycznej: medyczną technologię, współpracę oraz ideologię rozumianą jako konceptualizacja stanu psychicznego w kategoriach medycznych [Conrad 1975, 1979, cyt. za: Nowakowski 2015: 38–39]. W kontekście niniejszego badania pozwoli to odczytać konkretne zjawiska opisywane przez pacjentów w szerszej perspektywie przemian współczesnej medycyny. Ponadto dla pogłębienia analizy w podrozdziale „Kryzys psychiczny jako ambiwalentne doświadczenie społeczne” posłużono się koncepcją „piętna” Ervinga Goffmana [2005 (1963 – wydanie pierwsze)]. Wpisując powyższą teorię w ramy medykalizacji, można się zastanowić, na ile współczesne dążenie do diagnozowania stanów psychicznych, które ma służyć dobraniu adekwatnego i skutecznego planu leczenia, niesie ze sobą również ryzyko stygmatyzacji. Określenia osób chorych takie jak „border”, „schizofrenik” czy „chadowiec” (od ChAD – choroby afektywnej dwubiegunowej) mogą nieść ze sobą piętno nawet po znacznej

³ Por. Załącznik do zarządzenia nr 25/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

poprawie w funkcjonowaniu. Same objawy choroby mogą być stygmatyzujące i separować chorego od otoczenia [Tyszkowska, Podogrodzka 2013: 1016]. Teoria Goffmana dotycząca problematyki dewiacji i konformizmu w przypadku tych badań umożliwi zidentyfikowanie strategii interakcyjnych pacjentów ze środowiskiem, zwłaszcza rodziną, dla której choroba jednego z jej członków oznacza zaburzenie *status quo*.

RELACJA PACJENT–SPECJALISTA NA TLE ZMIAN SPOŁECZNYCH

Przemian w psychiatrii i psychologii nie sposób rozpatrywać w oderwaniu od procesów społeczno-politycznych, które, począwszy od lat 70. XX w., doprowadziły do zasadniczych zmian w opiece zdrowotnej. Odpowiedzią na ówczesny kryzys finansowy stała się idea neoliberalizmu, której fundament stanowiły: nieskrępowana przedsiębiorczość jednostki, prywatyzacja podmiotów państwowych, wolny rynek, ograniczenie roli państwa do funkcji strażnika nieskrępowanego handlu [Nowakowski 2015: 48]. Państwa zachodnioeuropejskie stopniowo zaczęły ciąć wydatki na świadczenia publiczne i zrzucać się na funkcji opiekuńczej na rzecz ekspansji rynków. Dopiero lata 80. XX w. przyniosły dużą falę krytyki tego modelu i nakreśliły początek teoretycznej i praktycznej zmiany w relacji lekarz–pacjent. Głównym założeniem nowych kierunków, najpierw partnerskiego, a następnie systemowo-partnerskiego, jest ujmowanie człowieka jako części szerszych struktur [Zembala 2015: 38]. Oba modele zakładają, że pacjent wraz z rodziną (jeśli jest taka konieczność) stanowi podmiot, a zadaniem lekarza jest identyfikowanie problemów i zagrożeń. Wspólnie z pacjentem wypracowują diagnozę i planują terapię [Jarosz, Kawczyńska-Butrym, Włoszczak-Szubzda 2012: 216]. Jednocześnie w ramach modeli partnerskich występują modele oparte na idei konsumeryzmu⁴ i promocji zdrowia, co generuje pytania dotyczące używania właściwej terminologii i określeń preferowanych przez osoby leczące się i przez personel⁵. Pacjent może być również klientem, konsumentem, świadczeniobiorcą usług medycznych, beneficjentem, podopiecznym czy „osobą z zaburzeniami

⁴ W tym podejściu relacja lekarz–pacjent tworzy zorganizowany system zachowań, których pacjent (konsument) musi się uczyć, aby efektywnie negocjować usługi. Postawa lekarza jest bardziej partnerska, doradcza, a postawę klienta charakteryzuje aktywne zdobywanie wiedzy i ocena rezultatów terapii [Gałuszka 2013: 42–47].

⁵ W przypadku psychiatrii język jest szczególnie ważny ze względu na możliwość wystąpienia sanizmu – stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi. W kanadyjskich, jak i w polskich badaniach przeprowadzanych w jednostkach opieki psychiatrycznej najbardziej preferowanym określeniem jest „pacjent” [por. Sharma i in. 2000: 203–209; Anczewska i in. 2011: 35–44].

psychicznymi” w zależności od kontekstu społeczno-ekonomicznego i modelu instytucjonalnego [Anczewska i in. 2011: 40–41].

Konflikt opłacalności z nieopłacalnością finansową określonych terapii wyparł refleksję nad interesem pacjenta i moralną działalnością medycyny. Ilustracją dla tej tezy jest opieka psychiatryczna, w ramach której zwiększa się stosowanie leków na depresję, stany lękowe czy nadpobudliwość ze względów finansowych [Nowakowski 2015: 71]. Długofalowe wsparcie psychologiczne jest kosztowne, zarówno w publicznym, jak i prywatnym sektorze. Lekarze i pacjenci preferują zatem farmakoterapię jako metodę skuteczną terapeutycznie i redukującą koszty, nawet jeśli coraz więcej badaczy wskazuje na zjawisko *overprescription of antidepressants*, czyli zbyt częstego przepisywania leków antydepresyjnych [Alduhisy 2018: 241–243]. Innym przykładem dyktatu rynku w medycynie jest zjawisko receptomatów, czyli wirtualnych klinik medycznych wystawiających e-receptę bez konieczności konsultacji z lekarzem prowadzącym⁶. Znakiem tych przemian jest również utrata autorytetu lekarzy na rzecz innych podmiotów medycznych, takich jak firmy farmaceutyczne, doradcy dietetyczni, przedstawiciele medycyny alternatywnej, psychoterapeuci bez przygotowania klinicznego czy wreszcie pacjenci. Sprzęgnięta z kapitalizmem kultura indywidualizmu budowała w członkach społeczeństw zachodnich przekonanie, że jednostka jest zobowiązana wziąć odpowiedzialność (finansową) za swoje życie, rozwój i zdrowie, w tym zdrowie psychiczne. Natomiast wzmocniana przez powyższe prądy kultura terapeutyczna zbudowała z pomocą m.in. psychologów, psychiatrów, badaczy narrację mówiącą, że każde kryzysowe zdarzenie w życiu człowieka, nawet postrzegane wcześniej jako normatywne, np. żałoba, powinno być rozwiązywane za pomocą terapii. To bezpośredni efekt procesów medykalizacji polegającej na „interpretowaniu coraz większego zbioru stanów ludzkiego ciała, umysłu oraz zachowań w kategoriach medycznych i traktowanie ich jako problemów medycznych, a nie na przykład społecznych, politycznych, egzystencjalnych czy religijnych” [Conrad 2007, cyt. za: Kaczmarek 2018: 1].

PRZEGLĄD DOTYCHCZASOWYCH BADAŃ NA TEMAT DOŚWIADCZEŃ PACJENTÓW OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO SZUKAJĄCYCH POMOCY U SPECJALISTÓW

Badania jakościowe przeprowadzane wśród pacjentów ochrony zdrowia psychicznego nie są czymś nowym. Niewiele jednak z nich dotyczy wyzwań takich jak finansowanie leczenia czy radzenie sobie z reakcjami otoczenia na wieść o chorobie,

⁶ Por. Skwierawska i in. 2021.

przed jakimi stoją pacjenci w kontekście leczenia zdrowia psychicznego. W szczególności brakuje badań, które analizowałyby doświadczenia pacjentów z pierwszej ręki w celu ustalenia, jakich emocji doświadczają w całym procesie leczenia od momentu zauważenia u siebie cierpienia psychicznego aż po zakończenie leczenia. Jaki jest ich stosunek do specjalistów, jaka była reakcja bliskich na doświadczany przez nich kryzys i wreszcie, jakich przeszkód doświadczają na drodze ku zdrowiu psychicznemu. Kryteria selekcji źródeł były następujące: artykuły przedstawiają wyniki badań jakościowych – wywiadów, a grupą badaną są pacjenci, którzy dzielą się swoimi doświadczeniami leczenia zaburzeń lub choroby psychicznej w szpitalu psychiatrycznym bądź ambulatoryjnie. Według najlepszej wiedzy autorki dotychczasowe studia dotyczyły m.in. praktyk leczenia w szpitalu stacjonarnym wspomagających powrót pacjenta do zdrowia [Eldal i in. 2019: 88–96], doświadczeń pacjentów z pobytu w szpitalu psychiatrycznym [Borge, Fagermoen 2009: 193–205], znaczenia ciągłości leczenia w ochronie zdrowia psychicznego [Ware i in. 1999: 395–400], jakości usług medycznych w szpitalu [Lilleheie i in. 2020]. Badano także narrację osób z konkretną diagnozą psychiatryczną – schizofrenią [Davidson 2003], chorobą afektywną dwubiegunową [Fisher i in. 2018: 66–79] czy depresją w kontekście presji czasu podczas konsultacji lekarskich [Pollock, Grime 2002]. Przeprowadzono również wywiady dotyczące pomocnych interwencji lekarza pierwszego kontaktu [Buszewicz i in. 2006: 496–503]. Być może najbliższej, jeżeli chodzi o obszar tematyczny, tym badaniom jest do studium, którego wyniki można znaleźć w artykule: *Young men, help-seeking, and mental health services: Exploring barriers and solutions*, w którym poruszano m.in. problematykę barier w leczeniu, reakcji otoczenia na chorobę [Lynch, Long, Moorhead 2018: 138–149]. Jednak badanie to przeprowadzono na grupie młodych mężczyzn (18–24 lata) w Irlandii, a założeniem niniejszych badań jest dobór próby heterogenicznej.

BADANIA WŁASNE

Orientacja metodologiczna

W paradygmacie interpretacyjnym opisy zjawisk społecznych tworzy się z poziomu doświadczeń jednostek. Zadaniem badaczy tego nurtu jest zatem zrozumienie ich poszczególnych interpretacji otaczającego świata [Łuszczuk 2008: 23]. W tym badaniu również punktem wyjścia była osobista narracja – wywoływana przez pytania otwarte w ankiecie. Wyjście od szczegółowej sytuacji, jaką jest proces leczenia w ochronie zdrowia, pozwala przyjrzeć się stanom emocjonalnym, jakich

doświadcza chory przed, w trakcie i po zakończeniu leczenia. W tym sensie jest to podejście fenomenologiczne, ponieważ w tekście podkreśla się aktywną świadomość pacjenta [Łuszczuk 2008: 18]. Subiektywne refleksje umożliwiają także prześledzenie, w jaki sposób jednostka negocjuje znaczenia ogólnie przyjętych pojęć takich jak: „pacjent”, „diagnoza”, „relacja terapeutyczna” czy „terapia”.

Cel badania

Celem ankiety było poznanie doświadczeń i spostrzeżeń pacjentów dotyczących własnego procesu leczenia w związku z kryzysem psychicznym lub zaburzeniem psychicznym w publicznych i prywatnych instytucjach medycznych. Sformułowano następujące pytania badawcze, które były podstawą do skonstruowania ankiety:

- Jakich stanów emocjonalnych doświadczają osoby w trakcie poszukiwania specjalistów zdrowia psychicznego?
- Jakie zmienne wpływają na decyzję pacjenta o podjęciu i podtrzymaniu leczenia w obszarze zdrowia psychicznego?
- Jak dostępność specjalistów przekłada się na funkcjonowanie emocjonalne i społeczne pacjentów?

Próba badawcza

W ankiecie wzięło udział 57 osób. Autorzy i autorki wypowiedzi są osobami, które doświadczyły kryzysu psychicznego, leczenia psychiatrycznego lub/i procesu psychoterapeutycznego⁷. Wśród respondentów znalazły się trzy osoby, które uznały, że ich doświadczenia wykraczają poza obszar pytań postawionych w ankiecie. Zostawiły adres mailowy, zaznaczając, że są gotowe udzielić szerszych odpowiedzi. Tę dodatkową korespondencję dodano do wyników badań⁸. Ankieta miała charakter anonimowy, jednak ze względu na specyfikę niektórych wypowiedzi anonimizacją zostały objęte również nazwy szpitali i instytucji pomocowych, nazwiska lekarzy oraz nazwy miejscowości. Respondenci podawali powody skorzystania z pomocy specjalisty, co w ujęciu klinicznym można potraktować jako formę protodiagnozy⁹, interpretację własnego

⁷ Grupa badana nie jest jednorodna, jeśli chodzi o rodzaj doświadczeń ze specjalistami ochrony zdrowia psychicznego. Część osób podjęła tylko psychoterapię, część korzystała z pomocy zarówno psychiatry, jak i psychologa (psychoterapeuty), w tej grupie są także osoby, które ze względu na trudności administracyjne wciąż czekają na konsultacje. Przywołując konkretne wypowiedzi, jeśli było to możliwe, zaznaczono, jaki rodzaj wsparcia otrzymali respondenci.

⁸ W tekście zaznaczono, że są to wypowiedzi dodatkowe, poza ankietą.

⁹ Protodiagnoza – składnik modelu psychospołecznego diagnozy klinicznej będący rozpoznaniem problemu jednostki przez jej otoczenie społeczne: „proces poznawczy zachodzący

stanu psychofizycznego za pomocą terminologii medycznej, a nie jako diagnozę lekarską. Zwłaszcza że w wypowiedziach rozmówców pojawiły się odniesienia do wypowiedzi przyjaciół, członków rodziny, współpracowników dotyczących stanu psychicznego danej osoby. Dlatego też nie systematyzowano respondentów według kryteriów zaburzenia psychicznego, nawet jeśli część rozmówców korzystała z leczenia psychiatrycznego, w przypadku którego postawienie diagnozy jest warunkiem rozpoczęcia leczenia [Sochańska-Fraćkowiak 2019: 376]. Niemniej to rozróżnienie jest ważne dla niniejszej analizy, ponieważ wypowiedzi uczestników badania będą ujmowane w ramach dwóch pojęć: *illness* i *sickness*. Pierwsze z nich określa chorobę jako subiektywne poczucie „bycia chorym”. Jest to o tyle zasadne, że wśród przyczyn szukania pomocy pojawiły się stany emocjonalne, reakcje na wydarzenia życiowe, których ujmowanie w kategoriach klinicznych jest już dyskusyjne: obniżenie nastroju, trudne relacje z mamą, kryzys w związku. Drugie z nich oznacza chorobę w znaczeniu społecznym. Rola chorego byłaby efektem negocjacji pomiędzy osobą chorującą, instytucją leczniczą a otoczeniem [Wróblewski 2013: 76]. Autorka nie miała możliwości skorzystać z tradycyjnej metody doboru losowego, w związku z tym dokonała doboru celowego. Link z ankietą opublikowano w mediach społecznościowych, na grupach: senioralnych, studenckich, mniejszości seksualnych, terapeutów LGBTQ+. Wybór tych grup podyktowany był badaniami wskazującymi, że osoby te mogą doświadczać zaburzeń psychicznych i jednocześnie korzystać z pomocy specjalistów. W przypadku osób w wieku podeszłym często mówi się o zaburzeniach depresyjnych o wieloczynnikowym podłożu i ryzyku samobójstw [Bidzan 2011: 31–35]. Z kolei wśród populacji studenckiej problem zaburzeń psychicznych ma już charakter epidemiczny [Storrie, Ahern, Tuckett 2010: 1–6]. Natomiast członkowie społeczności LGBTQ+ to osoby narażone w sposób szczególny na dyskryminację i stygmatyzację, które mogą stanowić źródło poważnego stresu [Iniewicz, Niebudek 2020: 85]. Decyzja o włączeniu do grupy psychoterapeutów była podyktowana przypuszczeniem, że te osoby z racji uprawianej profesji będą miały większy wgląd w swoją sytuację leczenia. Jednak ze względu na to, że nie była zbierana informacja o zawodzie, nie wiadomo, ile osób z takim doświadczeniem faktycznie uczestniczyło w badaniu.

Analiza danych demograficznych wskazuje, że wśród respondentów większość stanowiły kobiety (n = 35), co pokrywa się z profilem socjo-

w społeczeństwie, który ma na celu wyodrębnienie wśród jego członków tych, którzy nie są w stanie poprawnie regulować swoich stosunków z otoczeniem i którzy w wyniku wstępnego rozpoznania trafiają do odpowiednich specjalistów” [Beisert, Kapała, Marcinek 2013: 57–60].

demograficznym w raporcie „Badanie ewaluacyjne Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016–2023”. Taki stan rzeczy autorzy tłumaczyli większą skłonnością kobiet do angażowania się w badania społeczne, a także większą refleksyjnością w obszarze zdrowia psychicznego. Wśród respondentów znalazły się dwie osoby, które w pytaniu o płeć wpisały własną charakterystykę: „osoba niebinarna” oraz „wolałabym nie określać”. Wśród badanych dominują osoby z wyższym wykształceniem ($n = 50$), w wieku 27–40 lat ($n = 40$) i mieszkające w miastach powyżej 500 tys. ($n = 45$), co pozwala przypuszczać, że od początku dysponowały pewnym kapitałem kulturowym i łatwiejszym dostępem do infrastruktury medycznej: wiedziały, gdzie szukać pomocy w związku ze swoim problemem i miały potencjalnie szybszy dostęp do specjalisty. Jednak nie należy tych zasobów łączyć z większym wglądem emocjonalnym¹⁰. Przeważają osoby, które korzystały wyłącznie z prywatnej opieki medycznej ($n = 25$), następną grupą to badani korzystający z modelu mieszanego ($n = 20$), mniejszość to pacjenci korzystający wyłącznie z publicznych placówek ($n = 12$). Ze względu na znaczną dysproporcję pomiędzy grupami zrezygnowano z porównania leczenia w poszczególnych sektorach. Niemniej w niektórych wypowiedziach pojawia się wprost ocena jakości usług medycznych w obu typach placówek.

Narzędzie badawcze

Po zapoznaniu się z literaturą nakreślono obszary badawcze, do których zostały stworzone pytania. Ich treść, zrozumiałość i adekwatność do przedmiotu badań została skonsultowana z sędziami kompetentnymi. Ankieta zawierała prócz metryczki głównie pytania otwarte. Ze względu na intymny przedmiot badań i okoliczności – badanie było przeprowadzane w trakcie czwartej fali pandemii COVID-19¹¹ – zdecydowano się zostać przy elektronicznej formie zbierania danych. Decyzja metodologiczna o połączeniu ze sobą w jednej ankiecie doświadczeń leczenia psychiatrycznego i psychoterapeutycznego wynikała z obserwacji, że

¹⁰ Zdolność uświadamiania sobie, analizy i rozumienia własnych przeżyć, reakcji, motywów postępowania zapewniająca pełniejszą nad nimi kontrolę [por. Encyklopedia PWN. *bd.*].

W podejściu psychodynamicznym jednym z najważniejszych celów terapii jest wgląd źródłowy w przyczyny powstawania zaburzenia. Jeśli zostanie on trafnie zidentyfikowany, to może doprowadzić nawet do ustąpienia symptomów. Natomiast w podejściu poznawczym wgląd oznacza pojawienie się nowej percepcji problemu, umożliwiającej zrozumienie jego istoty.

¹¹ Na podstawie danych o liczbie zakażeń koronawirusem w Polsce, zaczerpniętych z portalu medonet.pl, przyjęto następujący czas trwania pandemii: od 17 listopada 2021 (kiedy oficjalna liczba zakażeń przekroczyła 20 tys. dziennie) do 24 lutego (kiedy liczba zakażeń spadła poniżej 20 tys. dziennie) [Medonet 2022].

często te procesy przebiegają równolegle albo naprzemiennie w zależności od terminów specjalistów i źródła finansowania leczenia. W polskich warunkach psychiatrzy rzadziej są jednocześnie psychoterapeutami; jak wynika z zebranego materiału, te funkcje są rozłączne. Podobna argumentacja towarzyszyła decyzji o zestawieniu odpowiedzi osób korzystających z publicznych i prywatnych placówek. Ponieważ część pacjentów, co zostało potwierdzone w niniejszym badaniu, leczy się, korzystając z usług medycznych zarówno w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, jak i prywatnych środków.

Pytanie wprost o diagnozę lekarską byłoby pytaniem zbyt odślanającym, mogącym prowadzić do wtórnej stygmatyzacji i niemającym w zasadzie wartości dla tej analizy badawczej. Dlatego ankiety nie zawierały zmiennej diagnostycznej, chociaż niektórzy badacze [Lakdawala 2015: 84] twierdzą, że rodzaj zaburzenia może determinować postawę pacjenta w relacji lekarz–pacjent, jak i wpływać na oczekiwania wobec leczenia. Niemniej część respondentów na pytanie o powody zgłoszenia się do specjalisty deklarowała doświadczanie objawów, których nazewnictwo pochodzi z klasyfikacji zaburzeń psychicznych, takich jak: zaburzenia osobowości, zaburzenia odżywiania, choroba afektywna dwubiegunowa, dystymia, stany lękowe, depresja, depresja spowodowana nieuleczalną chorobą neurodegeneracyjną, zaburzenia osobowości borderline, agorafobia, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, zespół stresu pourazowego (w tym przypadku był to lekarz).

Kwestie etyczne

Może budzić wątpliwości, na ile tego rodzaju narzędzie badawcze pozwala na zebranie wartościowego materiału. Jednak wrażliwy charakter danych wskazywał, że dla części respondentów wypełnianie elektronicznego kwestionariusza będzie formą mniej inwazyjną, a przez to bezpieczniejszą dla stanu psychicznego respondentów. Nie udało się uniknąć błędu, który mógł doprowadzić do znacznej zmiany nastroju osób badanych. Opisuując przeprowadzone przez siebie jakościowe analizy narracji biograficznych osób doświadczających kryzysu psychicznego i leczenia psychiatrycznego, socjolożka i psycholożka Monika Frąckowiak-Sochańska [2019: 267] przyznała, że świadomie odwoływała się do biografii zastanych z powodów etycznych: „mogłabym wprowadzić dodatkową destabilizację bez możliwości jej zniwelowania”. W przypadku tego kwestionariusza poproszono respondentów o komentarze dotyczące samego badania. Oprócz pozytywnych wypowiedzi pojawiły się głosy, które świadczą o tym, że badanie mogło mieć charakter zbyt inwazyjny:

Wiele pytań referuje do trudnych momentów albo nieprzyjemnych okoliczności leczenia. Podczas wywiadu można z niektórych pytań zrezygnować lub przeformułować je. [...] W przypadku kwestionariusza ankietowany zostaje z pytaniami (a także emocjami i ew. dyskomfortem) sam¹².

Bolesna podróż sentymentalna¹³.

Pytania wymagały ode mnie wysiłku. Cofnięcia się w przeszłość. Odpowiedzi nie przychodziły mi ot tak¹⁴.

W narracjach innych respondentek również ujawnił się wątek przykrych doświadczeń. Cytowana autorka ma nadzieję, że opowiedzenie o nich może stać się impulsem do zmian strukturalnych:

[...] Mam nadzieję, że przyczyni się do większego uświadomienia ludzi u władzy i do pozytywnych zmian w systemie¹⁵.

Mam nadzieję, że głosy takie jak mój zostaną uwzględnione w artykule. Jest bardzo wielu ludzi pokrzywdzonych przez środowisko psychoterapeutyczne i może pora, by zacząć o tym mówić¹⁶.

Przebieg badań

Badania zostały przeprowadzane on-line za pomocą formularza ankiety Google. Odpowiedzi były zbierane od 22 listopada 2021 r. do 16 lutego 2022 r. Ze względu na podwójną rolę autorki – psycholożki badaczki i praktyczki – rygorystycznie przestrzegano zasady dobrowolności uczestnictwa na każdym etapie prowadzenia badania¹⁷. Ponadto uczestnicy badań nie mogą być w stosunku zależności do osoby prowadzącej badania¹⁸.

Metody analizy danych

Do opracowania wypowiedzi respondentów wykorzystano analizę tematyczną narracji. To metoda identyfikacji, analizy i raportowania wzorców (tematów)

¹² Osoba badana nr 21. We wszystkich cytowanych wypowiedziach zachowano oryginalną pisownię.

¹³ Osoba badana nr 33.

¹⁴ Osoba badana nr 8.

¹⁵ Osoba badana nr 1.

¹⁶ Osoba badana nr 25.

¹⁷ Por. punkt 32 Kodeksu etyczno-zawodowego psychologa: <http://www.ptp.org.pl/modules.php?name=News&file=print&sid=29>.

¹⁸ W momencie pisania artykułu autorka jest zatrudniona w szkole średniej w woj. pomorskim. Żeby zachować standardy etyki badawczej i nie wchodzić w podwójną zależność, autorka nie włączała nauczycieli ani uczniów tej szkoły do badania.

w materiale badawczym, która porządkuje i klasyfikuje szczegółowo dane. Często dochodzi również do interpretacji poszczególnych tematów w ramach badania [Boyatzis 1998, cyt. za: Braun, Clarke 2006: 7]. Analiza prowadzona w ramach interpretatywnych zwraca uwagę na to, „co zostało zaprezentowane, opowiedziane, ale również w kontekście tego, co zostało przemilczane czy niedopowiedziane” [Kulas 2014: 113]. Narracje stanowią istotny element wyjaśniania przez ludzi ich działań i otaczającej rzeczywistości oraz są świadectwem budowania sensu, szczególnie w przypadku trudnych wydarzeń [Trzebiński 2001: 17–42].

NIEPEWNOŚĆ JAKO DOMINANTA WSPÓLPRACY ZE SPECJALISTĄ

Przekonanie o tym, że występujące objawy wymagają konsultacji specjalisty, nie zawsze pokrywa się z reakcją emocjonalną na podjęcie leczenia. Kluczowym wątkiem badanych wypowiedzi jest pojawienie się uczucia niepewności, niepokoju i zdenerwowania. Emocje te opisują następujące wypowiedzi osób doświadczających m.in. depresji:

Czułam niepewność. Wstydziłam się mówić głośno o swoich problemach. Bałam się, że będę osądzana, a ostatecznie – zlekceważona¹⁹.

Olbrzymi stres, mnóstwo obaw, potworny lęk, że terapeutka nie będzie chciała ze mną pracować (w nocy poprzedzającej pierwszą konsultację śniło mi się, że terapeutka mówi, że jestem tak beznadziejnym przypadkiem, że nie podejmie się tego)²⁰.

Respondentki przedstawiają swoje uprzedzenia wobec relacji pacjent–specjalista. Największa obawa wiąże się z postawą lekarza, który może okazać się protekcyjny i arogancki. Strach przed uprzedmiotowieniem generuje kolejne trudne do zniesienia uczucia. Wątek reifikacji pacjenta pojawia się także w wypowiedzi pacjenta, który doświadczył w międzyczasie nawrotów choroby:

Trafiłem do psychiatry z problemami. W zasadzie do psychiatrki, debilki, szalonej, która nacierdała we mnie lekami i próbowała robić psychoterapię przyjmując mnie w domu w szlafroku. Serio. Chuja to pomogło, przestałem chodzić a potem jak mnie pierdoliło to trafiłem do wojskowego psychiatry, który był trepem. Byłem potem u niego na oddziale, ale on znów nie widział tam żadnych spraw na terapię tylko raczej leki, bo jak ci się odkleja to należy zakleić i chuj. Czy byłem pacjentem czy klientem... nie wiem. Byłem czymś co się ogląda i wypisuje receptę. Na oddziale tym była pani psycholog i też lekarka prowadząca mnie na oddziale mówiły, że psychoterapia...wypis, przerwa, ale branie leków raczej...i jeb, załamka...²¹

¹⁹ Osoba badana nr 6.

²⁰ Osoba badana nr 4.

²¹ Osoba badana nr 44, dodatkowa wypowiedź.

Szpital opisany jest tutaj jako instytucja totalna, gdzie medycy w ramach społecznej kontroli pełnią funkcję nadzorców, a nie osób niosących adekwatną pomoc [Conrad 1979: 5]. Jednym ze skutków modelu leczenia opartego na ośrodkach zdrowia psychicznego i szpitalach psychiatrycznych jest „psychiatria drzwi obrotowych”. Określenie to oznacza to, że duża część pacjentów po zakończeniu leczenia w ośrodku po pewnym czasie wraca z podobnymi objawami. Charakter relacji pacjent–specjaliści jest wyraźnie asymetryczny, a lekarz zajmuje w niej zdecydowanie dominującą pozycję. Pacjent w takich warunkach traci poczucie bezpieczeństwa. Jest wyłączony z opracowania planu leczenia, nie może zatem być pewien, w jaki sposób będzie przebiegało jego leczenie. Jest to egzemplifikacja modelu Parsonsa [Ostrowska 2009: 236–238], zgodnie z którym lekarz autorytatywnie prowadzi terapię i wie najlepiej, co jest dla pacjenta najlepsze. Zaś pacjent powinien pozostać w pełnej gotowości do podporządkowania się wymogom leczenia. Studia empiryczne dowodzą, że satysfakcja z jakości opieki zdrowotnej jest przede wszystkim funkcją jakości kontaktu, jaki lekarz nawiązuje z pacjentem [Sixma i in. 1998: 82–90]. Zbudowanie relacji terapeutycznej w paradygmacie behawioralnym i poznawczym opiera się głównie na wzajemnym zaufaniu i wzbudzeniu w pacjencie przekonania, że specjalista, z którym się spotyka, jest wiarygodny i kompetentny [Czabała 2000: 82]. Pomimo silnej korelacji pomiędzy współpracą terapeutyczną a wynikiem leczenia w różnych kontekstach ustalenie przyczynowości dotyczącej relacji terapeutycznej i efektów psychoterapii jest trudne. Wynika to z głównych cech aktorów w ramach przymierza terapeutycznego²², tj. pacjenta i psychoterapeuty, oraz faktu, że współzależności pomiędzy przymierzem a rezultatami nie da się eksperymentalnie kontrolować [Afolabi, Adebayo 2017: 214]. Część respondentów miała pozytywne doświadczenia z relacji ze specjalistą, świadczące o upodmiotowieniu pacjenta i pozostawieniu mu decyzyjności:

Jak pacjent. Dużo empatii i zaangażowania ze strony lekarza²³.

Widziałam siebie jako pacjentkę, ale traktowano mnie częściej jako klientkę. Byłam zaskoczona że ktoś traktuje mnie jako osobę decyzyjną, gotową do rządzenia swoim życiem. To było ważne doświadczenie. Moje uczucia były uprawomocniane²⁴.

W kontakcie ze specjalistą czułam się jak pacjent. Najważniejsze dla mnie jest poczucie bezpieczeństwa i zaufanie i te dwa aspekty były spełnione. Ważne było też to, że otrzymałam

²² Przymierze terapeutyczne jest różnie definiowane, m.in jako więź emocjonalna, także forma zgody między terapeutą a pacjentem odnośnie do celów strategii terapeutycznych [Hatcher, Barends 2006, cyt. za: Afolabi, Adebayo 2017: 212], niemniej wszystkie główne szkoły psychoterapii podkreślają jej leczący wpływ [Czabała 2000: 83].

²³ Osoba badana nr 14.

²⁴ Osoba badana nr 9.

szczegółowy opis tego jak będzie wyglądać terapia. Wszystko co mówiłam było ważne, czułam się wysłuchana i rozumiana²⁵.

Dwie powyższe wypowiedzi pokazują, jak preferowany model relacji z lekarzem wpływa na satysfakcję ze współpracy ze specjalistą. Czucie się pacjentem może mieć także inne podłoże. W tym wypadku wynika ze zmedykalizowanego dyskursu, jaki osoba, która zgłosiła się po pomoc z powodu depresji potęgowanej przez alkohol, tworzy wokół swojego zaburzenia:

Czułam się pacjentem, o swoim problemie myślałam w kontekście chorobowym, zła gospodarka hormonalna w mózgu, coś co trzeba wyleczyć, również farmakologicznie²⁶.

Znajomość źródeł choroby i świadomość, jak przebiega proces leczenia, to jedno z cech charakterystycznych postawy „pacjenta-eksperta”, o którym mówił Frank Furedi [2006, cyt. za: Nowakowski 2015: 76] w kontekście przemian pacjentów z obiektów badań w świadomych uczestników.

Bałam się i wstydziłam. Nie byłam pewna też jak długo będzie mnie stać na prywatne wizyty, dlatego czułam dużą niepewność²⁷.

Powyższy fragment traktuje o niepewności spowodowanej ograniczonymi środkami finansowymi. Jest to doświadczenie wielu pacjentów, którzy z uwagi na intensywność objawów chorobowych decydują się na usługę specjalistów z prywatnego sektora, aby szybciej uzyskać pomoc. Jednocześnie towarzyszy im obawa, że nie stać ich na długoterminowe leczenie. W związku z tym pacjenci mogą przerywać leczenie. W tym kontekście istotne znaczenie ma powiązanie zdrowia psychicznego z zapleczem finansowym pacjentów.

ZDROWIE PSYCHICZNE JAKO WYPADKOWA ZASOBÓW FINANSOWYCH

Od pandemii COVID-19, która uwidoczniła problemy kadrowe w ochronie zdrowia, na medycznych portalach branżowych, a następnie na informacyjnych, zaczęły pojawiać się artykuły dotyczące tzw. stomatologizacji psychiatrii, w tym psychiatrii dziecięcej²⁸. Dla pacjenta oznacza to wydłużone czekanie na pomoc albo opłacanie wizyt ze środków prywatnych. Analiza odpowiedzi respondentów na pytanie: „Czy zdecydował(a)byś się w przypadku nawrotu choroby/zaburzeń

²⁵ Osoba badana nr 1.

²⁶ Osoba badana nr 35.

²⁷ Osoba badana nr 10.

²⁸ Potoczne określenie pojawiające się w mediach oznaczające przeniesienie leczenia pacjenta z sektora publicznego do prywatnego. Por. Puls medycyny [2021], Medexpress [2020].

ponownie zwrócić się do specjalistów?” wykazała, że finanse to jeden z głównych aspektów warunkujących podjęcie lub kontynuowanie leczenia:

Jeżeli możliwości finansowe by mi na to pozwoliły, to tak²⁹.

Gdybym miał kasę to chodziłbym na psychoterapię na jakiś czas, co jakiś czas. Pomagało mi to ogarnąć wiele spraw³⁰.

Inna osoba podkreśla dodatkowe problemy z tym związane:

Aspekt finansowy jest niezwykle istotny. Zamiast skupić się na leczeniu, skupiasz się na zdobyciu dodatkowych środków na to, żeby się leczyć³¹.

Niektóre kontrakty ustalane między pacjentem a psychoterapeutą zakładają, że spotkania są stałe i w związku z tym, że terapeuta rezerwuje czas dla konkretnej osoby, spotkania są płatne bez względu na to, czy się odbywają³². Dwie respondentki zwracają uwagę na pewien paradoks z tym związany:

Kosztowało to dużo, musiałam płacić nawet gdy byłam chora i nie mogłam przyjść. Musiałam dostosowywać urlopy i grafik w pracy do terapii. Pracowałam zmianowo i żeby przychodzić, brałam dużo nocnych zmian. Często przychodziłam po około 3 godzinach snu, nie mogłam się skupić i byłam zmęczona. Terapeutka oczywiście analizowała wtedy mój stan, niestety w oderwaniu od nieprzespanej nocy³³.

Wizyty u psychiatry oraz stała terapia u psychologa raczej nie są dla ludzi z problemami finansowymi. Jeśli chodzi o organizację, nie mam zastrzeżeń. Lecz trudno wytrwać w terapii. Stąd być może nowość polegająca na tym, że nawet, gdy nie jestem na terapii, płacę za nią. Ale jest to wtedy tylko motywacja finansowa. I nie wiem co o tym myśleć³⁴.

Ta sama respondentka relacjonuje, że kwestia samodzielnego finansowania terapii wpłynęła ostatecznie na decyzję o jej zakończeniu:

Rodzaj terapii, który był dla mnie wreszcie satysfakcjonujący, ale niestety próg finansowy (płatność za terapię które się nie odbyły i stres z tym związany) wygrał³⁵.

Powyższe wypowiedzi respondentek dotyczące wpływu zabezpieczenia finansowego na motywację do współpracy i przebieg terapii znajdują odzwierciedlenie

²⁹ Osoba badana nr 10.

³⁰ Osoba badana nr 44.

³¹ Osoba badana nr 17.

³² Kontakt pomiędzy terapeutą a pacjentem/klientem nazywany jest popularnie settingiem – z ang. „ramą, strukturą, która uszczegóławia warunki techniczne spotkań (płatność, czas trwania, miejsce spotkań)”. W m.in. podejściu psychodynamicznym setting jest formą rutyny, mającej zapewnić klientowi poczucie stabilności i bezpieczeństwa.

³³ Osoba badana nr 54.

³⁴ Osoba badana nr 8.

³⁵ Osoba badana nr 8.

w opinii samych specjalistów. W poniższej narracji psychoterapeutka, krytykując prowadzenie terapii w ramach samorządowego projektu na rzecz zdrowia psychicznego, zwraca uwagę na jej klasystowski wymiar:

Psychoterapeuta bardzo chętnie siądzie w gabinecie z osobą z zaburzeniami, ale świadomą, nastawioną na zmianę. Może z nią pracować rok, dwa lata. [...] I to jest luksus. Natomiast klient z pomocy społecznej, niezmotywowany, dotknięty wielokrotnym wykluczeniem... To jest ubóstwo, to jest bezrobocie, bardzo często bezdomność, niewydolność wychowawcza, uzależnienia [...] więc o czym my mówimy, o paru godzinach wsparcia specjalistycznego? Tam trzeba pracować z całą rodziną. Animacyjnie, edukacyjnie, terapeutycznie, treningowo³⁶.

Psychoterapia okazuje się efektywnym procesem wtedy, kiedy terapeuta współpracuje z osobami zasobnymi, ustatkowanymi, z zabezpieczonymi warunkami socjalnymi. Powyższe narracje można odnieść do badań w skali globalnej, w których istnieje silny związek depresji i ubóstwa w krajach o niskich i średnich dochodach, zwłaszcza wśród kobiet [Lund i in. 2010: 517–528]. W tej sytuacji pacjent musi mieć świadomość, że jego zdrowie (psychiczne) kosztuje, a państwo nie może partycypować w finansowaniu pełnego leczenia [Antoszevska 2018: 45]. Dla przeciętnego pacjenta oznacza to wydłużenie procesu diagnozy i leczenia. Dodatkowym problemem jest brak wdrożenia odgórnie jednoznacznych procedur leczenia zaburzeń psychicznych, co tylko zwiększa zagubienie i zaniedbanie pacjentów w procesie zdrowienia.

BRAK CZYTELNEJ PROCEDURY PROWADZENIA PSYCHOTERAPII I FARMAKOTERAPII

Proces terapeutyczny może być skomplikowany i wymagający dla obu stron, nie tylko ze względu na rodzaj symptomów zaburzenia psychicznego, istotny jest również czas trwania objawów. Przewlekły charakter wielu schorzeń i chorób psychicznych, a także nawroty obniżonego nastroju po stosunkowo stabilnych okresach zniechęcają pacjentów do leczenia [Małus i in. 2018: 90]. Kolejnym czynnikiem zaburzającym ten proces jest słabe ustrukturyzowanie sesji i brak przejrzystych procedur postępowania. Jedna z osób badanych tak opisuje dłu-goletni proces leczenia:

Brak diagnozowania pacjenta/klienta, brak zawierania kontraktu terapeutycznego, brak ewaluacji pracy specjalisty, brak narzędzi i technik, pomijam nurty CBT (poznawczo-behawioralne – przyp. OŻ). Omnipotencja i specyficzny brak panowania nad emocjami u specjalistów. Potrafiłam wyprowadzić z równowagi każdego, [...] większość nie umiała sobie z tym

³⁶ Raport ewaluacyjny z realizacji Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016–2023 przygotowany przez Ośrodek Badań i Analiz Społecznych, s. 34.

radzić. Trudnością jest nieprzygotowanie psychologów i terapeutów do mierzenia się z osobami, które naprawdę pomocy potrzebują – nie są grzeczne, ładnie trzymające się ramek, a naprawdę chore. [...] Pomijam już tych, którzy zaszkodziło, bo ich było 2. Ale pozostałych kilkadziesiąt sztuk - nie nauczyli mnie niczego. Strata czasu i pieniędzy³⁷.

Autorka tej wypowiedzi w dzieciństwie była kierowana do specjalistów z powodu zaburzeń emocji i zachowania, później otrzymała diagnozę zaburzenia osobowości typu borderline. W tej narracji dostrzegalna jest perspektywa, w której terapeuci i psycholodzy nie są sojusznikami w procesie leczenia, a stanowią raczej przeszkodę.

Pacjent-konsument jest coraz bardziej świadomy swoich praw i jednocześnie wymagający. Ma prawo swobodnego wyboru tej placówki, która w najwyższym stopniu zaspokoi jego potrzeby. Ocenia kompetencje specjalistów, przede wszystkim publicznie, np. na portalu *znany lekarz* czy w opiniach Google. Na wolnym rynku usług medycznych związanych ze zdrowiem psychicznym placówki publiczne w oczach większości respondentów są dużo mniej konkurencyjne, jeśli chodzi o jakość leczenia. Świadczy o tym następująca wypowiedź:

[...] W publicznej placówce był tylko niższy poziom świadczonych usług. Instytucje publiczne mają mniej specjalistów i terminów. Na leczenie się stosunkowo długo czeka. Lekarz ma dla Ciebie wyliczony, krótki czas, którego często nie starcza na omówienie dokładnie problemu. Podejście psychiatrów jest dosyć konserwatywne. Rzadko korzysta się z wspomagających metod leczenia o udowodnionej skuteczności klinicznej (jak np. medytacja, joga, wpływ diety itd.). Lekarze rzadko interesują się stylem życia. Spisują objawy i dobierają leki, a potem je zmieniają – jeżeli pierwsze średnio zadziałały³⁸.

Pacjentka, która przy pierwszej terapii zgłosiła się po pomoc z powodu współuzależnienia od choroby alkoholowej swojego ówczesnego partnera, a przy drugiej – z powodu problemów z ciążą i nawracających stanów lękowych, zwraca uwagę, że sama placówka może stygmatyzować i pogarszać funkcjonowanie:

W publicznej placówce czułam się jak pacjent. Terapeuta przyjmował w ośrodku, w którym były prowadzone zajęcia dla alkoholików. Kilkukrotnie zdarzyło mi się mijać ich na korytarzu w drodze do gabinetu. Czułam się okropnie, jakbym należała do ich świata, była jedną z nich, a przecież chodziłam na terapię z innego powodu. I ten zapach... taki przetrawiony pot, paskudne sale, na tablicy w gabinecie były zapisane jakieś hasła motywacyjne z poprzedniej grupy. To nie działało dobrze, bo czułam się, jakbym sama była chora³⁹.

Na rosnącą świadomość pacjentów można spojrzeć w ramach koncepcji *empowered patient* (pacjent upodmiotowiony), w której pacjent jest zaangażowany,

³⁷ Osoba badana nr 15.

³⁸ Osoba badana nr 5.

³⁹ Osoba badana nr 13.

zainteresowany wiedzą o zdrowiu, diagnostyką i zdolny do podejmowania autonomicznych decyzji w relacji z lekarzem (terapeutą) [Antoszevska 2018: 48]. Źródłem tej postawy jest z jednej strony zagubienie pacjentów w publicznej i prywatnej ochronie zdrowia, z drugiej strony potrzeba aktywności i brania współodpowiedzialności za efekt terapii osób leczących się. Ta sama respondentka wspomina w innym miejscu, jak istotne znaczenie ma ustrukturyzowanie procesu leczenia:

W publicznej placówce zabrakło ustalenia zasad i celu leczenia. Prywatnie ustaliłyśmy cel terapii, zasady. To bardzo ważne⁴⁰.

Ciekawy kontrapunkt dla powyższego modelu stanowi stwierdzenie Marka Jarosza, że percepcja klinicysty nie jest wolna od pewnych ram ideologicznych czy kierunków intelektualnych:

Klinicysta [...] zwykle związany z pewną szkołą psychiatryczną, orientacją [...] psychopatologii, z pozycji sobie bliskiej stara się widzieć pacjenta. Pozycja ta w pewnej mierze wyznacza kierunek myślenia diagnostycznego i rodzaj poczynań terapeutycznych. Psychiatra skłaniający się np. do umiarkowanego behawioryzmu przywiązuje duże znaczenie do obserwacji chorego, w tym także do rejestrowania sposobu i treści jego wypowiedzi [Jarosz 1990: 233].

Należy podkreślić, że psychoterapia, mimo że różnie definiowana, jest postępowaniem zaplanowanym i przemyślanym, mającym na celu leczenie zaburzeń [Urban, Ford 1990, cyt. za: Czabała 2000: 14]. Odstępstwa zgłaszane przez pacjentów wynikają zatem częściej z błędu w sztuce niż z samego charakteru tej dyscypliny. Wątpliwości wśród respondentów budzi także sposób diagnozowania i leczenia przez psychiatrów:

Jeśli chodzi o psychiatrów, niestety mam wrażenie, że eksperymentują na pacjentach. Nie ten lek, to spróbujmy innego, kolejnego itp. itp. Nie znają tak naprawdę pacjenta. To psycholog może poznać tak naprawdę pacjenta, ale po jakimś dłuższym czasie⁴¹.

Byłam w szpitalu na obserwacji, psychiatra przyszła na oddział, zebrała ode mnie wywiad i przepisała leki. Nic szczególnego. Standardowa procedura medyczna⁴².

Lekarze rzadko interesują się stylem życia. Spisują objawy i dobierają leki, a potem je zmieniają – jeżeli pierwsze średnio zadziałały⁴³.

Można tu zauważyć rozczarowanie postawą lekarza, którego interesują symptomy, a nie całościowe i wnikliwe spojrzenie na życie pacjenta. Na podstawie

⁴⁰ Osoba badana nr 13.

⁴¹ Osoba badana nr 8.

⁴² Osoba badana nr 20.

⁴³ Osoba badana nr 5.

powyższych wypowiedzi można zrekonstruować oczekiwania pacjentów wobec psychiatrii. Należą do nich: (1) prowadzenie pogłębionego wywiadu; (2) proponowanie metod niefarmakologicznych; (3) podejście holistyczne do leczenia. Są to propozycje pochodzące z zakresu medycyny alternatywnej, co do której – wobec jej dużej popularności – badacze nie są pewni, czy stanowi ona przejaw medykalizacji czy demedykalizacji [por. Nowakowski 2015: 97–103]. Decydując się na leczenie psychiatryczne, pacjenci nie zawsze mają świadomość, że sprowadzenie ich problemów i doświadczeń do objawów, a następnie wdrożenie farmakoterapii jest kwestią ugruntowania psychiatrii w paradygmacie biomedycznym. Przykładem tego jest poniższa wypowiedź:

Moje przeżycia były sprowadzane do samych objawów, jakbym zachorowała jak anginę. [Czułam się – przyp. OZ] Jako pacjent i nie było to przyjemne⁴⁴.

Ten model leczenia zaburzeń psychicznych zakłada, że kluczową rolę w podtrzymywaniu symptomów stanowią wewnętrzne neurochemiczne mechanizmy organizmu. W konsekwencji czynniki społeczne traktowane są jako drugorzędne, a jedyną metodą oddziaływania stają się środki farmakologiczne [Górski 2018: 52].

KRYZYS PSYCHICZNY JAKO AMBIWALENTNE DOŚWIADCZENIE SPOŁECZNE

Celem niniejszego podrozdziału jest próba opisu reakcji na kryzys psychiczny z perspektywy relacji łączącej jednostkę z jej najbliższym otoczeniem. Ramą teoretyczną dla analizy materiału jest koncepcja „piętna” Ervinga Goffmana [2005]. Powyższa teoria wciąż wykazuje użyteczność do opisu szerokiego wachlarza zachowań – reakcji na osobę, która posiada pewną specyficzną, na tle grupy, cechę. Osoby w kryzysie psychicznym mogą być wciąż obiektem dyskryminacji czy też stygmatyzacji. Badanie przeprowadzone w 14 europejskich krajach⁴⁵ wskazuje, że wzrasta świadomość, że piętno może być najważniejszą przeszkodą w świadczeniu opieki psychiatrycznej i rozwoju programów zdrowia psychicznego [Beldie i in. 2012: 2–3]. Brak spójności w leczeniu konkretnych chorób, rozbieżność pomiędzy zwolennikami różnych szkół psychiatrii oraz rosnąca konkurencja pomiędzy firmami farmaceutycznymi to czynniki, które przyczyniają się do pogłębienia problemu stygmatyzacji w psychiatrii [Beldie i in.

⁴⁴ Osoba badana nr 25.

⁴⁵ W badaniu wzięli udział naukowcy i praktycy z Austrii, Belgii, Czech, Danii, Holandii, Polski, Portugalii, Rumunii, Słowacji, Słowenii, Turcji, Szwecji, Chorwacji i Norwegii, którzy przedstawili strategie antydyskryminacyjne dotyczące osób dotkniętych chorobą psychiczną.

2012: 2–3]. Goffman [2005: 33] używał pojęcia piętna na „określenie atrybutu dotkliwie dyskredytującego”. Przy czym podkreślał, że nie tyle atrybuty – ponieważ ich status jest relatywny – co język relacji jest kluczowy dla uchwycenia tego zjawiska. Podobnie w tym wypadku: nie tyle atrybut, jakim byłoby leczenie psychiatryczne czy podjęcie terapii, ile sposób konstruowania wypowiedzi przez aktorów jest tu istotny. Badacz wyróżnił piętno, które ujawnia się pod postacią m.in. alkoholizmu, zaburzeń psychicznych czy prób samobójczych. Aby zachować spójność nazewnictwa, za autorem *Człowieka w teatrze życia codziennego* osoby bliskie rozmówcom, ze środowiska zawodowego, jak również rodzinnego, zostaną nazwane „normalsami”⁴⁶.

Z zebranego materiału zostały wyróżnione typy reakcji na linii jednostka–otoczenie, które wiążą się z:

– pogardą, niedowierzeniem:

Matka histeryzowała, źle zareagowała, były wyrzuty typu „czemu mi to robisz?”, „nie jesteś wariatką”, obawiała się co rodzinie powie itp.⁴⁷

– personalizacją:

Złość i negacja potrzeby; partner odebrał to, jako akt wymierzony w niego⁴⁸.

– postawą pasywno-agresywną:

Mam status „niezbyt rozgarniętej”⁴⁹.

– zrozumieniem:

Partner, współpracownicy, rodzice – wszyscy bardzo wspierająco. Rodzicom powiedziałam najpóźniej, na początku byli zaskoczeni, trochę przestraszeni, ale teraz cieszą się, że korzystam z pomocy⁵⁰.

Zdarzają się też inne postawy: jednostka, mimo że nie spełnia pokładanych w niej nadziei, nie ma poczucia winy czy zobowiązania wobec grupy [Goffman 2005: 37]. Odrzuca zaoferowaną pozorną opiekuńczość grupy i bierze odpowiedzialność za swoje decyzje. Tym bardziej utwierdza się w przekonaniu o ich słuszności, im bardziej widzi efekty swoich działań. Tak o swojej drodze, przy jednoczesnej konfrontacji z bliskimi normalsami, opowiada jedna z respondentek, która zgłosiła się do psychoterapeutki z problemem poczucia zagubienia:

⁴⁶ Osoby nieobciążone piętnem; tym samym nie stają się obiektem negatywnych przekonań i nie padają ofiarą różnych form dyskryminacji [Goffman 2005: 35].

⁴⁷ Osoba badana nr 20.

⁴⁸ Osoba badana nr 2.

⁴⁹ Osoba badana nr 19.

⁵⁰ Osoba badana nr 4.

Tak. Jestem zadowolona. Mam narzędzia, żeby pomagać sobie na codzien i w razie kryzysu. Pomogło dorosnąć dało szansę na przejście przez ten proces, który „przeskoczyłam”, a był istotny dla dalszego rozwoju. [...] Niedowierzenie, uznanie ze to „dla słabych”, że przesadzam i nie doceniam starań mojej rodziny wobec mnie⁵¹.

Ważne jest uwzględnienie perspektywy członków rodziny, dla których może to być również sytuacja kryzysowa. Badania pokazują, że edukacja rodziny rzadko skoncentrowana jest na podniesieniu samooceny, która często jest poważnie naruszona przez chorobę jednego z jej członków [Beldie i in. 2012: 24]. Jednak bez względu na ocenę bliskich cierpienie zawsze jest osobistym doświadczeniem, stanowi także impuls do zmiany podstawowych wartości i zbudowania refleksyjnej postawy wobec schematów kulturowych [Frąckowiak-Sochańska 2019: 396]. Zażyłe relacje mogą implikować niejednoznaczne uczucia. Goffman [2005: 8] przywołuje badania nad dziecięcym obozem integracyjnym, aby stwierdzić, że bliskość nie musi redukować pogardy do osób o innej konstrukcji psychicznej⁵².

W poniższych wypowiedziach respondentki przedstawiają sceptyczną postawę bliskich, ale zwracają również uwagę na kwestię świadomości społecznej w zakresie depresji i metod jej leczenia:

To było 10 lat temu, więc wtedy depresja, zaburzenia lękowe nie były zbyt poważnie traktowane. Jaka depresja? Pewnie spadek energii, powinnam sobie znaleźć hobby i się wziąć w garść – takie porady otrzymywałam. Usłyszałam również, że jestem hipochondryczką. [...] Tego nie widać, to nie jest choroba. Unikanie tematu, zmieszanie i zawstydzenie⁵³.

Wiedzieli, ale stosowali standardowe techniki typu „stań przed lustrem i powiedz sobie, że możesz wyjść z domu”. Sytemu nie wyjaśni się czym jest głód. To było bardzo deprymujące [...] Do dzisiaj (po ponad 15 latach) moja najbliższa rodzina uważa, że sobie to wszystko wymyśliłam, żeby w ekstrawagancki sposób wyrzucić pieniądze w błoto...⁵⁴

Na tle relacji respondentki doświadczającej agorafobii z jej bliskimi widoczny staje się mechanizm sprzężenia zwrotnego, zgodnie z którym silniejsze objawy lęku powodowały większą aktywność normalsów w udzielaniu „dobrych rad” [Frąckowiak-Sochańska 2019: 413]. Wsparcie rodziny było jednak nieadekwatne i powodowało paradoksalnie wzmacnianie symptomów zaburzenia. Niewypozazona w wiedzę rodzina może czuć zawód, że jej działania nie spotykają się

⁵¹ Osoba badana nr 24.

⁵² Goffman powołuje się na nieopublikowaną pracę, w której opisano zachowanie nieupośledzonych dzieci, które nie były bardziej skłonne do zaakceptowania swoich upośledzonych fizycznie kolegów wraz z upływem czasu [por. Goffman 2005].

⁵³ Osoba badana nr 5.

⁵⁴ Osoba badana nr 17.

z pozytywną recepcją jednostki. Z kolei osoba chorująca czuje się niezrozumiana i osamotniona. Dochodzi do zablokowania komunikacji i rośnie ryzyko wycofania się z relacji. Inna respondentka, która zgłosiła się do specjalisty z powodu „zaburzeń osobowości”, również opowiada o tym, jak jej rodzina podważyła skalę problemu i kompetencje specjalistów:

Reakcja różna. Ale niestety częsta reakcja typu: po co psycholog, psychiatra, to naciągacze. Nic Ci nie pomogą. Lepiej wygadać się koleżance bądź koleździe i nie truć się psychotropami⁵⁵.

Nieufność wobec lekarzy i lekarstw wpisuje się w szersze zjawisko ograniczania autonomii lekarzy i zarazem wzmacniania roli pacjentów w procesie medykalizacji [Nowakowski 2015: 76–77]. Jednak mimo krytyki procesu leczenia przez rodzinę respondentka kontynuowała leczenie i zapytana, czy w przypadku nawrotu zgłosiłaby się ponownie do specjalisty, odpowiada jednoznacznie:

Tak. Leki czasem są konieczne i ułatwiają funkcjonowanie, a terapia dużo uzmysławia. Nie sprawia, że staję się inna, że już nie mam danych problemów, ale umiem sobie z nimi radzić. Raz lepiej raz gorzej, ale umiem⁵⁶.

Jak wynika z powyższej narracji, ostatecznie pacjentka uznała proces leczenia za uzasadniony. Decyzja o terapii jednego z członków rodziny jest formą zaburzenia dotychczasowego *status quo* i może prowadzić do pejoratywnych reakcji ze strony najbliższych:

Matka zaczęła opowiadać ludziom, że jestem „czubem”. Generalnie spotykało mnie wiele nieprzyjemności⁵⁷.

O ile osoba szukająca pomocy zastanawia się, w jakim stopniu terapia wpłynie na jej funkcjonowanie, o tyle osoby z jej otoczenia mogą również zadawać sobie pytania, jak leczenie wpłynie na jej zachowanie czy osobowość: „czy dalej będzie tym samym człowiekiem?”, „czy można traktować ją tak samo jak dawniej?” [Sochańska-Fraćkowiak 2019: 415]. Osoba badana, która brała udział w psychoterapii grupowej i przebywała na oddziale dziennym poradni zdrowia psychicznego, tak przedstawia reakcje bliskich i zmianę, jaka dokonała się w funkcjonowaniu domowym:

Moja decyzja o terapii budziła ciekawość, ale też obawy, że terapia wpłynie na dotychczasowe relacje. [...] Lepiej wyrażam swoje uczucia i to czego potrzebuje w relacji⁵⁸.

⁵⁵ Osoba badana nr 8.

⁵⁶ Osoba badana nr 8.

⁵⁷ Osoba badana nr 25.

⁵⁸ Osoba badana nr 40.

Obawa przed reakcją normalsów doprowadza również do zachowania informacji o leczeniu w tajemnicy (*hiding* – Goffman). Respondentka, która podjęła psychoterapię z powodu: niskiej samooceny, problemów z relacjami z ludźmi, obniżonego zadowolenia z życia, zwraca uwagę na niewielką wiedzę psychologiczną swoich bliskich:

W rodzinie wiedziała tylko moja siostra i niektórzy znajomi. Rodzina nie wierzy w leczenia psychologiczne i nie ma o tym pojęcia oraz degraduje temat, uważa, że to wymysły i potrafi wyśmiać temat⁵⁹.

Zmaganie się z zaburzeniami psychicznymi odbywa się często w wyizolowanym gronie. Informacja o terapii jest wiadomością przekazywaną tylko zaufanym osobom. W wypowiedziach pojawiają się też wątki świadczące o tym, że korzystanie z pomocy specjalistów zdrowia psychicznego nie musi mieć charakteru dyskredytującego:

Wiedziało i wie dużo osób. Widzę, że opowiadanie o terapii ośmiela innych ludzi do tego, żeby przyznali się, że sami korzystają z takiej formy pomocy. Są też tacy, którzy są ciekawi i pytają. Nie spotkałam się z jakimś bardzo negatywnym podejściem⁶⁰.

W powyższej wypowiedzi widać, że autorka, która doświadczyła leczenia zarówno w publicznej, jak i państwowej ochronie zdrowia psychicznego, przyjęła na siebie rolę „inicjatorki”: swoją opowieścią zaprasza innych do podzielenia się podobnymi doświadczeniami. Inne respondentki wspominają o tym, że choć doświadczały zaburzeń nastrojów, przemilczały fakt leczenia:

Moja rodzina nie wie o tym, że chodziłam na terapię⁶¹.

Długo nikt nie wiedział. Potem zdziwieni, ale w sumie bez komentarzy⁶².

Goffman rozumiał *passing* jako osvajanie z piętnem. Podkreślał, że ze względu na liczne korzyści płynące z tego, że jest się uznanym za normalna, prawie wszyscy, którzy mają możliwość pominięcia swojego piętna, zrobią to rozmyślnie przy każdej okazji [Goffman 2005: 113]. O specyficznym rodzaju „pomijania”, w którym zarówno otoczenie, jak i chory czynią problem niewidocznym, opowiadają respondentki:

⁵⁹ Osoba badana nr 3.

⁶⁰ Osoba badana nr 13: Powody podjęcia leczenia: „w 2017 do publicznej placówki leczenie uzależnień z powodu współuzależnienia od choroby alkoholowej mojego ówczesnego partnera. W 2020 ogólnie, tzn. problemy z ciążą, przerwane leczenie farmakologiczne związane z zajściem w ciążę, problemy z poczuciem własnej wartości, nawracające stany lękowe”.

⁶¹ Osoba badana nr 10.

⁶² Osoba badana nr 11.

Raczej neutralnie, nikogo to nie interesowało⁶³.

Nikt nie wiedział, bo nikogo nie interesowało. Jeśli ktoś wiedział, też go niespecjalnie interesowało⁶⁴.

Wciąż osoby z zaburzeniami psychicznymi bywają izolowane i postrzegane przez pryzmat swojej choroby, a ich indywidualne cechy stają się drugorzędne. Choroba psychiczna staje się głównym kontekstem, który definiuje osobę, budując jej negatywny wizerunek. Proces terapeutyczny jest doświadczeniem społecznym także w tym sensie, że zdrowie jednostki rezonuje na jej otoczenie. W poniższych wypowiedziach respondentów podkreślany jest wyraźnie pozytywny skutek leczenia:

Poprawiło moje relacje z partnerami. Leczenie pozwoliło mi umieć sobie zrobić rok przerwy od relacji, w którym skupiłam się na relacji z sobą. Teraz od 3 lat mam partnerkę i jestem szczęśliwsza. Odseparowałam się od rodziców i w mniejszym stopniu ich patologia wpływa na moje codzienne życie. Potrafię lepiej stawiać granice i bronić się, kiedy wracam do domu rodzinnego⁶⁵.

Jest ciężko, ale dzięki terapii nie popełniłam samobójstwa, mam stałą pracę⁶⁶.

Myślę, że najbardziej widocznym i znaczącym efektem jest to, że jeszcze żyję. A czy jestem z tego zadowolona, to też zależy od dnia⁶⁷.

W dwóch ostatnich narracjach respondenci wskazują, że terapia przeciwdziałała samobójstwom, mimo że wciąż codzienne funkcjonowanie sprawia im trudności. To pokazuje, że medykalizacja może być zasadna i nieść ze sobą konkretne korzyści, tak jak w tym wypadku: ochronę życia i szansę poprawy zdrowia psychicznego [Kaczmarek 2018: 1]. Wobec takich stwierdzeń wskazane byłoby dopytać, jakie elementy terapii były kluczowe według pacjenta w powrocie do względnie satysfakcjonującej równowagi emocjonalnej.

OGRANICZENIA BADAŃ WŁASNYCH

Powyższe badania mają liczne ograniczenia, które powinny być wzięte pod uwagę przy projektowaniu przyszłych badań nad sytuacją pacjentów w ochronie zdrowia psychicznego. Zaleca się przeprowadzenie badań na jednorodnej grupie pacjentów, np. konkretnej grupie zawodowej lub społecznej, aby łatwiej

⁶³ Osoba badana nr 26.

⁶⁴ Osoba badana nr 15.

⁶⁵ Osoba badana nr 9.

⁶⁶ Osoba badana nr 7.

⁶⁷ Osoba badana nr 4.

kontrolować ewentualne zakłócenia. Zabrakło pytania o postawioną przez specjalistów diagnozę. Zwłaszcza że rodzaj zaburzenia i stosowana farmakoterapia mogą znacząco wpływać na komunikację w procesie leczenia [Górna, Jaracz, Rybakowski 2012: 157]. Wątpliwości może budzić sama konstrukcja badania, która wykluczała rozmowy z respondentami. Poglębione wywiady mogłyby dostarczyć bardziej rozbudowanych narracji, które można byłoby wpisać w ogólną historię życia lub odnieść do perspektywy czasowej, co pozwoliłoby pełniej zrozumieć doświadczenie danej osoby i nadać mu spójność [Bluck, Habermas 2000, cyt. za: Jezierski 2021: 261–262]. Słabszą stroną badania jest brak znaczącej zmiennej, jaką jest diagnoza postawiona przez lekarza. Zastrzeżenie może budzić również fakt, że w badanej próbie znalazły się osoby pracujące jako psychoterapeuci, czyli posiadające wiedzę na temat zaburzeń psychicznych i możliwych strategii zaradczych. Wymaga zatem zastanowienia, na ile specjalista wejdzie w rolę chorego i jak wpłynie to na proces leczenia. Autorzy badania, w którym psychiatrzy dzielili się swoimi doświadczeniami z bycia pacjentami, wskazują, że to nie indywidualne postawy wpływają na relację lekarz–pacjent, a sam charakter kultury medycznej, która generuje dużą czujność na błąd kliniczny i ogranicza osobisty kontakt [Stanton, Randal 2016: 1–9].

PODSUMOWANIE

Obraz wyłaniający się z badań nie jest jednorodny. Uwidacznia się również jego aberracyjny charakter, niewynikający jednak z natury problemów psychicznych, a z nieprawidłowości samego systemu leczenia. W narracjach pacjentów pojawiają się wątki samodzielnego finansowania leczenia zdrowia psychicznego. Decyzje związane są m.in. z ograniczoną liczbą specjalistów w publicznych placówkach zdrowia psychicznego. Presja ekonomiczna u części chorych wpływa na liczbę sesji i determinuje wybór psychoterapeuty czy psychiatry [Czabała 2000: 113]. Ze względu na objętość tekstu aspekty finansowe i strukturalne mogły tu być omówione jedynie skrótowo⁶⁸. Inną cechą wyłaniającą się z wypowiedzi respondentów byłaby autoteliczność, rozumiana tutaj jako pominięcie zasadniczej funkcji, dla której ten system został stworzony – leczenia pacjenta.

⁶⁸ Od lat na psychiatrię w Polsce przeznaczana się zbyt niskie dotacje. Wydatki z budżetu NFZ zaplanowane na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień na 2020 r. wyniosły 2 756 778 zł, a po uwzględnieniu rezerwy migracyjnej – 3 153 602 zł, co oznacza ok. 9-proc. wzrost wydatków w stosunku do 2019 r. Jest to jednak wzrost z bardzo niskiego pułapu. Wydatki na psychiatrię stanowią zaledwie 3,04 proc. wydatków NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej, co jest bardzo niską wartością w porównaniu z 6–8 proc. w krajach Europy Zachodniej [Polityka zdrowotna 2020].

Pacjenci są świadomi tego, że system nie istnieje sam dla siebie. Jedna z respondentek, opierając się na własnym długoletnim procesie leczenia, dochodzi do takich wniosków:

Z perspektywy czasu to błędem było, iż nikt nie skierował mnie na CBT (terapia poznawczo-behawioralna – przyp. OŻ) (ona ma techniki więc może być użyteczna w nauce umiejętności i korektach funkcjonowania osób z zaburzeniami) i nie zapewnił wsparcia środowiskowego przede wszystkim zamiast wypychać na terapię. Nie byłam w stanie tego zmienić, [...] bo byłam chora i bezbronna i nie kierowałam się rozumem. I tak jest z wieloma więc to zadanie systemu – chronić chorych⁶⁹.

Powyższa wypowiedź pokrywa się z przemyśleniami psychiatry Marka Jarosza [1990: 175], który twierdzi, że specjaliści wciąż za mało potrafią pomagać tym, którzy pomocy potrzebują, a znacznie łatwiej przychodzi im wspierać zaradnych.

Należy powstrzymać się od oceny, czy poszczególne osoby mają prawo szukać pomocy specjalistów, chodzi raczej o zauważenie specyficznych mechanizmów medykalizacji życia codziennego i patologizacji naturalnych stanów emocjonalnych związanych z etapami rozwojowymi, konfliktami zawodowymi i rodzinnymi [Frąckowiak-Sochańska 2019: 74–75]. Sami klinicyści przyznają, na przykładzie epizodu depresyjnego, że jego rozumienie jest z jednej strony nadużywane, kiedy każde obniżenie nastroju czy kryzys prowadzi do diagnozy depresji. Z drugiej strony pacjenci doświadczają również bagatelizowania swojego stanu przez otoczenie. Część osób postrzega depresję jako oznakę słabości i uznaje, że wystarczy się zmobilizować, aby się z nią uporać [Murawiec 2017: 340].

Odpowiedzi respondentów pozwoliły odpowiedzieć częściowo na pytania badawcze i wyodrębnić znaczące, powtarzające się tematy. Przede wszystkim według uczestników badania tym, co znacznie utrudnia leczenie zdrowia psychicznego w Polsce, jest samofinansowanie lub częściowe finansowanie wizyt u specjalistów, którzy przechodzą do sektora prywatnego. Długi czas oczekiwania na wizytę w publicznej placówce ochrony zdrowia to kolejny czynnik, który skłania pacjentów do płacenia za terapię. Z powodu wysokich stawek część z nich po pewnym czasie porzuca leczenie. Przeszkodą, z którą muszą się mierzyć respondenci, jest również ambiwalentna reakcja otoczenia na podjęcie terapii i/lub farmakoterapii. Leczenie psychiatryczne lub/i psychoterapeutyczne stopniowo traktowane jest jako równe innym specjalizacjom medycznym, a znaczna grupa badanych otrzymała wsparcie od rodziny, co wskazuje na rozszerzanie się zjawiska medykalizacji na cały przebieg życia psychicznego jednostki bez względu na to, czy powodem szukania pomocy jest choroba czy kryzysy

⁶⁹ Osoba badana nr 15.

rozwojowe. Jednocześnie wciąż część leczących się ukrywa przed najbliższymi wizyty u specjalistów zdrowia psychicznego w obawie przed niezrozumieniem ich cierpienia psychicznego, obojętnością lub „niedowierzaniem, uznaniem, że to «dla słabych»”⁷⁰. Samo podjęcie leczenia wśród części respondentów generuje również uczucia niepewności i niepokoju. Pojawia się lęk, czy dany specjalista okaże się osobą kompetentną i wyrozumiałą, czy obie strony będą w stanie zawiązać „przymierze terapeutyczne”. Ze względu na małą próbę badania sytuacja pacjentów ochrony zdrowia psychicznego w Polsce wymaga dalszych badań, rozbudowanych zwłaszcza o metody obserwacji i studium przypadku, zarówno w kontekście leczenia konkretnych zaburzeń psychicznych, jak i form niesienia pomocy.

BIBLIOGRAFIA

- Afolabi Olusegun E., Fatai A. Adebayo.** 2017. „Wyjaśnienie zależności pomiędzy przymierzem terapeutycznym a efektami terapii: rola pośredniczącego wpływu wieku i płci w leczeniu uzależnień u osób nieletnich”. *Resocjalizacja Polska* 13: 211–231. <https://doi.org/10.22432/pjsr.2017.13.14>.
- Alduhishy Muath.** 2018. “The overprescription of antidepressants and its impact on the elderly in Australia”. *Trends Psychiatry and Psychotherapy* 40(3): 241–243. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0077>.
- Anczewska Marta, Piotr Świtaj, Justyna Waszkiewicz, Anna Indulska, Katarzyna Prot, Joanna Raduj, Maciej Palyska.** 2011. „Pacjent, klient, czy... – określenia preferowane w psychiatrycznej opiece zdrowotnej”. *Psychiatria Polska* 45(1): 35–44. http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_1_2011/Anczewska35_PP1_2011.pdf [dostęp: 19.04.2022].
- Antoszewska Beata.** 2018. *Ku człowiekowi. Doświadczenie relacji z pacjentem w narracjach lekarzy. Wybrane zagadnienia pedagogiki leczniczej*. Kraków: Impuls.
- Beisert Maria, Alicja Kapala, Przemysław Marcinek.** 2013. „Badanie psychologiczne w diagnozowaniu seksuologicznym”. *Seksuologia Polska* 11(2): 56–64. https://journals.viamedica.pl/seksuologia_polska/article/view/36482/32118 [dostęp: 19.04.2022].
- Beldie Alina, Johan A. den Boer, Cecilia Brain, Eric Constant, Maria Luisa Figueira, Igor Filipic, Benoît Gillain, Miro Jakovljevic, Marek Jarema, Daniela Jelenova, Oguz Karamustafalioglu, Blanka Kores Plesnicar, Andrea Kovacsova, Klara Latalova, Josef Marksteiner, Filipa Palha, Jan Pecenek, Jan Prasko, Dan Prelipceanu, Petter Andreas Ringen, Norman Sartorius, Erich Seifritz, Jaromir Svestka, Magdalena Tyszkowska, Johannes Wancata.** 2012. “Fighting stigma of mental illness in midsize European countries”. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47: 1–38. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0491-z>.
- Bidzan Leszek.** 2011. „Depresyjne zaburzenia nastroju u osób w wieku podeszłym”. *Medycyna Wieku Podeszłego* 1(1): 31–41. https://journals.viamedica.pl/medycyna_wieku_podeszlego/article/view/18751/0 [dostęp: 19.04.2022].

⁷⁰ Osoba badana nr 23

- Borge Lisbet, May Solveig Fagermoen.** 2009. "Patients' core experiences of hospital treatment: Wholeness and self-worth in time and space". *Journal of Mental Health* 17(2): 193–205. <https://doi.org/10.1080/09638230701505996>.
- Braun Virginia, Victoria Clarke.** 2006. "Using thematic analysis in psychology". *Qualitative Research in Psychology* 3(2): 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>.
- Buszewicz Marta, Nancy Pistrang, Chris Barker, John Cape, Jonathan Martin.** 2006. "Patients' experiences of GP consultations for psychological problems: a qualitative study". *British Journal of General Practice* 56(528): 496–503.
- Conrad Peter.** 1992. "Medicalization and social control". *Annual Review of Sociology* 18: 209–232. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>.
- Czabala Czesław Jan.** 2000. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: PWN.
- Davidson Larry.** 2003. *Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York: New York University Press.
- Eldal Kari, Marius Veseth, Eli Natvik, Larry Davidson, Ase Skjølberg, Dorte Gytri, Christian Moltu.** 2019. "Contradictory experiences of safety and shame in inpatient mental health practice – A qualitative study". *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 33(4): 791–800. <https://doi.org/10.1111/scs.12674>.
- Encyklopedia PWN.** bd. Wgląd (hasło). <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/wglad;4010404.html>. [dostęp: 1.10.2022].
- Fisher Alana, Vijaya Manicavasagar, Louise Sharpe, Rebekah Laisaar-Powell, Ilona Juraskova.** 2018. "A qualitative exploration of patient and family views and experiences of treatment decision-making in bipolar II disorder". *Journal of Mental Health* 27(1): 66–79. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1276533>.
- Frąckowiak-Sochańska Monika.** 2019. *Spoleczne konstruowanie kategorii zdrowia, choroby i zaburzenia psychicznego w społeczeństwie późnej nowoczesności*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM. <https://doi.org/10.14746/amup.9788323236726>.
- Gaebel Wolfgang, Jürgen Zielasek, Geoffrey M. Reed.** 2017. „Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: Koncepcje, metodologie oraz obecny status”. *Psychiatria Polska* 51(2): 169–195. <https://doi.org/10.12740/PP/69660>.
- Galuszka Mieczysław.** 2013. „Medycyna i zdrowie w społeczeństwie konsumpcyjnym: makdonaldyzacja opieki zdrowotnej versus ryzyko zdrowotne”. *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Sociologica* 45: 35–49.
- Goffman Ervin.** 2005. *Piętmo*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Górna Krystyna, Krystyna Jaracz, Janusz Rybakowski.** 2012. *Pielęgniarstwo Psychiatryczne*. Warszawa: PZWL.
- Górski Karol.** 2018. „Co pacjenci mogą robić z tabletkami? Studium przypadku osób cierpiących na zaburzenia lękowe”. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego. Prace Etnograficzne* 46(1): 51–75. <https://doi.org/10.4467/22999558.PE.18.003.8684>.
- Iniewicz Grzegorz, Anna Niebudek.** 2020. Stres mniejszościowy – czynnika ryzyka i czynniki chroniące. W: *Orientacja seksualna. Źródła i konteksty*, W.Ł. Dragan, G. Iniewicz (red.), 85–96. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders.** 2011. "A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioral disorders". *World Psychiatry* 10: 86–92.
- Jarosz Marek.** 1990. *Lekarz psychiatra i jego pacjent*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

- Jarosław Mirosław J., Zofia Kawczyńska-Butrym, Anna Włoszczak-Szubzda.** 2012. „Modele komunikacyjne relacji lekarz–pacjent–rodzina”. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 18(3): 212–218.
- Jeziński Kamil.** 2021. Postrzeganie dzieciństwa w biegu dorosłego życia. W: *Psychologia narracyjna: O mądrości, miłości i cierpieniu*, E. Dryll, A. Cierpka, K. Małek (red.), 247–277. Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487461.rozdzial12>.
- Kaczmarek Emilia.** 2018. „Kiedy medycyna wykracza poza swoje właściwe granice?”. *Filozofia w Praktyce* 4: 1–5. <https://filozofia.wpraktyce.pl/kiedy-medycyna-wykracza-pozza-swoje-wlasciwe-granice/> [dostęp: 19.04.2022].
- Kulas Piotr.** 2014. „Narracja jako przedmiot badań oraz kategoria teoretyczna w naukach społecznych”. *Kultura i Społeczeństwo* 4: 111–130. <https://journals.pan.pl/dlibra/publication/132667/edition/115922/content/kultura-i-spoleczenstwo-2014-no-4-narracja-jako-przedmiot-badan-oraz-kategoria-teoretyczna-w-naukach-spolecznych-kulas-piotr?language=pl> [dostęp: 20.04.2022].
- Lakdawala Paresh D.** 2015. “Doctor–patient relationship in psychiatry”. *Mens Sana Monographs* 13(1): 82–90. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25838726/> [dostęp: 22.04.2022].
- Lilleheie Ingvild, Jonas Debesay, Asta Bye, Astrid Bergland.** 2020. “Informal caregivers’ views on the quality of healthcare services provided to older patients aged 80 or more in the hospital and 30 days after discharge”. *BMC Geriatrics* 20(1): 97. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1488-1>.
- Lund Crick, Alison Breen, Alan J. Flisher, Ritsuko Kakuma, Joanne Corrigan, John A. Joska, Leslie Swartz, Vikram Patel.** 2010. “Poverty and common mental disorders in low and middle-income countries: A systematic review”. *Social Science and Medicine* 71(3): 517–528. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.027>.
- Lynch Louise, Maggie Long, Anne Moorhead.** 2018. “Young Men, Help-Seeking, and Mental Health Services: Exploring Barriers and Solutions”. *American Journal of Men’s Health* 12(1): 138–149. <https://doi.org/10.1177/1557988315619469>.
- Luszczuk Władysława.** 2008. „Normatywny i interpretacyjny paradygmat w badaniach pedagogicznych”. *Pedagogika* 3: 13–26. <https://www.sbc.org.pl/dlibra/publication/25008/edition/22112/content> [dostęp: 20.04.2022].
- Malus Aleksandra, Beata Galińska-Skok, Beata Konarzewska, Agata Szulc.** 2018. “How do patients perceive ambulatory psychiatric care and what are their needs?”. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 25(1): 90–94. <https://doi.org/10.5604/12321966.1233559>.
- Medexpress.** 2020. Wkrótce usługi psychologiczne będą tylko dla bogatych. <https://www.medexpress.pl/wkrotce-uslugi-psychologiczne-beda-tylko-dla-bogatych/76420> [dostęp: 19.05.2022].
- Medonet.** 2022. Zasięg koronawirusa COVID-19. <https://www.medonet.pl/zdrowie/zdrowie-dla-kazdego,zasięg-koronawirusa-covid-19--mapa-,artykul,43602150.html> [dostęp: 19.05.2022].
- Murawiec Sławomir.** 2017. „Rozpoznawanie i leczenie depresji w praktyce lekarza POZ – aspekty praktyczne”. *Lekarz POZ* 3(5): 338–343. <https://www.termedia.pl/Rozpoznawanie-i-leczenie-depresji-w-praktyce-lekarza-POZ-aspekty-praktyczne,98,31165,1,0.html> [dostęp: 19.04.2022].
- Nowakowski Michał.** 2015. *Medykalizacja i demedykalizacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

- Ostrowska Antonina.** 2009. Modele relacji pacjent–lekarz. W: *Socjologia medycyny: podejmowane problemy, kategorie analizy*, A. Ostrowska (red.), 235–258. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Polityka zdrowotna.** 2020. Zdrowie w liczbach: Opieka psychiatryczna w Polsce po pandemii. <https://www.politykazdrowotna.com/61496,zdrowie-w-liczbach-opieka-psychiatryczna-w-polsce-po-pandemii> [dostęp 19.05.2022].
- Pollock Kristian, Janet Grime.** 2002. “Patients’ perceptions of entitlement to time in general practice consultations for depression: qualitative study”. *BMJ* 325(7366): 687.
- Polska Rada Psychoterapii.** bd. Prace nad ustawą o zawodzie psychoterapeuty. <https://prp.org.pl/prace-nad-ustawa-o-zawodzie/> [dostęp: 18.03.2022].
- Puls medycyny.** 2021. Psychiatria dziecięca na Mazowszu załamała się? „Poświęcenie lekarzy ma swoje granice” <https://pulsmedycyny.pl/psychiatria-dziecieca-na-mazowszu-zalamala-sie-poswiecenie-lekarzy-ma-swoje-granice-1129346> [dostęp: 19.05.2022].
- Sharma Verinder, Diane Whitney, Shahé S. Kazarian, Rahul Manchanda.** 2000. “Preferred Terms for Users of Mental Health Services Among Providers and Recipients”. *Psychiatric Services* 51(2): 203–209. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.2.203>.
- Sixma Herman J., Jan J. Kerssens, Crétien van Campen, Loe Peters.** 1998. “Quality of care from the patients’ perspective: From theoretical concept to a new measuring instrument”. *Health Expectations* 1(2): 82–95. <https://doi.org/10.1046/j.1369-6513.1998.00004.x>.
- Skwierawska Justyna, Kinga Labunets, Weronika Ciećko, Ewa Bandurska.** 2021. Receptomaty – lekarz czy maszyna? Powszechność pozyskiwania leków przez Internet w czasie pandemii. W: *X Jubileuszowa Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa: Farmakoekonomika szansą na zbilansowanie wydatków systemu opieki zdrowotnej w Polsce: konferencja w formie on-line: 17–18 listopada 2022*, 23–24. Poznań.
- Sochańska-Frąckowiak Monika.** 2019. *Spoleczne konstruowanie kategorii zdrowia, choroby i zaburzenia psychicznego w społeczeństwie późnej nowoczesności*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM. <https://doi.org/10.14746/amup.9788323236726>.
- Stanton Josephine, Patte Randal.** 2016. “Developing a psychiatrist–patient relationship when both people are doctors: a qualitative study”. *BMJ Open* 6(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010216>.
- Storrie Kim, Kathy Ahern, Anthony Tuckett.** 2010. “A systematic review: Students with mental health problems – A growing problem”. *International Journal of Nursing Practice* 16(1): 1–6. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01813.x>.
- Szasz Thomas.** 2011. „Mit choroby psychicznej: 50 lat później”. *The Psychiatrist* 35: 179–182. <https://podyplomie.pl/publish/system/articles/pdfarticles/000/010/175/original/7-15.pdf?1472562350> [dostęp: 18.03.2022].
- Szasz Thomas.** 1960. “The myth of mental illness”. *American Psychologist* 15: 113–118. <https://depts.washington.edu/psychres/wordpress/wp-content/uploads/2017/07/100-Papers-in-Clinical-Psychiatry-Conceptual-issues-in-psychiatry-The-Myth-of-Mental-Illness.pdf> [dostęp: 19.04.2022].
- Tryjarska Barbara.** 2006. Terapia rodzin. W: *Psychoterapia. Praktyka. Podręcznik akademicki*, L. Grzesiuk (red.), 74–141. Warszawa: ENETEIA Wydawnictwo Psychologii i Kultury.
- Trzebiński Jerzy.** 2001. Narracyjne konstruowanie rzeczywistości. W: *Narracja jako sposób widzenia świata*, J. Trzebiński (red.), 17–42. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- Tyszkowska Magdalena, Magdalena Podogrodzka, Marek Jarema.** 2013. Stigmatization on the way to recovery in mental illness. The factors directly linked to psychiatric therapy. *Psychiatria Polska* 47(6): 1011–1022. <https://doi.org/10.12740/PP/19016>.
- Ware Norma C., Tony Tugenberg, Barbara Dickey, Colleen A. McHorney.** 1999. “An ethnographic study of the meaning of continuity of care in mental health services”. *Psychiatric Services* 50(3): 395–400. <https://doi.org/10.1176/ps.50.3.395>.
- Wróblewski Michał.** 2013. „Wyzwanie biomedycyzacji. Socjologia medycyny oraz socjologia zdrowia i choroby „podszyte” teorią aktora-sieci”. *Przegląd Kulturoznawczy* 1(5): 67–84. <https://doi.org/10.4467/20843860PK.13.008.1273>.
- Zarządzenie nr 25/2006 z dnia 21 czerwca 2006 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.** 2006. <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-252006,2093.html> [dostęp: 1.10.2022].
- Zembala Anna.** 2015. „Modele komunikacyjne w relacjach lekarz–pacjent”. *Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ Nauki Ścisłe* 11(2): 35–50.

Olga Żukowicz

UNCERTAINTY, ANXIETY, HOPE... – THE ROLE OF THE PATIENT AND BEING SICK IN PUBLIC AND PRIVATE MENTAL HEALTH

Abstract

The article is devoted to the narrative analysis of own research conducted in the form of an on-line questionnaire on the experiences of patients with the mental health treatment process in public and private health care centers. 57 respondents took part in the survey, which consisted mainly of open-ended questions. The research is a starting point for anthropological reflection on the condition of a modern patient or client looking for support and effective methods among specialists and institutions in the treatment of mental disorders, diseases, and in resolving interpersonal conflicts. The analysis of the narrative allowed for the identification of four main threads: (1) Uncertainty as a dominant in a relationship with a specialist (2) Mental health as a resultant of financial resources (3) Lack of a clear procedure for conducting pharmacotherapy and psychotherapy (4) Psychological crisis as an ambivalent social event. What is also vital is the fact that the phenomenon of increased critical attitudes of patients, which influences the change of the patient-doctor relationship.

Keywords: psychotherapy, patient, client, mental health care system, mental health, anti-psychiatry