

Magdalena Poradowska-Trzos, Dominika Dudek

SIECI SPOŁECZNE PACJENTÓW Z CHOROBYMI AFEKTYWNYMI

SOCIAL NETWORKS IN PATIENTS SUFFERING FROM AFFECTIVE DISORDERS

Klinika Psychiatrii Dorosłych Katedry Psychiatrii UJ CM w Krakowie
Kierownik kliniki: prof. dr hab. Andrzej Zięba

Autorki podejmują analizę wzajemnych zależności pomiędzy poziomem uzyskiwanego wsparcia społecznego i występowaniem oraz przebiegiem chorób afektywnych. Zwracają uwagę na to, że wykorzystanie różnych, często nowych, źródeł tego wsparcia powinno być elementem kompleksowego leczenia chorób afektywnych.

Social networks affective disorders

Summary. According to A. Axer's definition, a social network is a certain number of people with whom a person — a central individual of a network — remains in contact. A person creates his own network from family members (husband/wife, children, parents, other relatives) and unrelated people (co-workers, neighbours, friends). Studies on the role of social support in the course of affective disorders focus on different hypotheses: whether a small amount of social support increases the risk of depression, if suffering from an episode of depression in the past decreases the amount of social support received, or if there is any genetic factor which increases the risk of both appearance of a major depression episode and having a social network providing little support. The character of these relationships has not been unequivocally explained so far. It may be helpful to make use of the information about a patient's social network when planning their treatment. The information enables to identify people who provide a patient with the largest amount of support and what is more to recognize deficiencies so as to make attempts to reorganize or reconstruct a network.

Według definicji Axera sieć społeczna to pewna liczba osób, z którymi dany człowiek — centralna osoba sieci — utrzymuje kontakt [1, 2]. W powyższym ujęciu definicyjnym każdy człowiek sam tka swoją sieć — należą do niej członkowie jego rodziny, a także osoby niespokrewnione, poznawane w różnych miejscach i okolicznościach. To, co łączy te osoby, to fakt, że choć często nie znają się między sobą, to wszystkie są dla danego człowieka ważne w różnym stopniu i z różnych powodów. Osoby te są źródłem wielu bodźców, zarówno wsparcia, jak i obciążeń. Każdy człowiek w codziennym życiu potrzebuje pozytywnych aspektów istnienia sieci, niezależnie od jednoczesnego narażenia na smutek, złość, cierpienie [3]. Cytując Helenę Sęk „subiektywne poczucie osamotnienia oraz brak wsparcia ze strony innych obniża odporność psychiczną i fizyczną jednostki, tym samym poważnie utrudnia jej radzenie sobie, zwłaszcza w sytuacjach trudnych” [4, s. 143].

Wpływ sieci społecznej na przebieg choroby afektywnej

Przebieg zaburzeń psychicznych, w tym chorób afektywnych, jest z pewnością związany z posiadanym wsparciem społecznym, nie do końca jednak wyjaśniony jest rodzaj

i zasięg tego powiązania. Małe wsparcie społeczne może zwiększać ryzyko wystąpienia choroby psychicznej oraz niekorzystnie wpływać na jej przebieg. Pogląd ten jest przedstawiany w wielu tradycyjnych badaniach epidemiologicznych. Z drugiej strony doświadczenie choroby psychicznej może w sposób pośredni lub bezpośredni prowadzić do izolacji, alienacji i zmniejszenia kontaktów społecznych. Choroba i wsparcie mogą działać na siebie wzajemnie na zasadzie błędnego koła. Istnieje również czwarta możliwość: wystąpienie choroby psychicznej oraz rodzaj i sposób funkcjonowania sieci społecznej wspólnie odzwierciedlają genetyczną podatność, cechy osobowości, styl myślenia lub wynikają z doświadczeń wczesnodziecięcych [5, 6, 7].

Istnieją badania, w których postawiono trzy hipotezy możliwego związku pomiędzy występowaniem dużej depresji (według DSM-III) a funkcjonowaniem sieci społecznej. Pierwsza hipoteza: niski poziom wsparcia społecznego zwiększa ryzyko wystąpienia dużej depresji. Druga hipoteza: przebycie epizodu dużej depresji zmniejsza wielkość otrzymywanego wsparcia społecznego. Trzecia hipoteza: istnieje czynnik genetyczny, który zwiększa ryzyko zarówno wystąpienia epizodu dużej depresji, jak i posiadania sieci społecznej dającej mało wsparcia.

Tabela 1.

Hipoteza I	wsparcie społeczne → duża depresja
Hipoteza II	duża depresja → wsparcie społeczne
Hipoteza III	genetyczna podatność ↓ ↓ wsparcie społeczne duża depresja

W prospektywnym badaniu obserwowano ponad 800 par bliźniąt, zarówno jedno-, jak i dwujajowych. Stwierdzono, że w skomplikowanym związku pomiędzy poziomem otrzymywanego wsparcia społecznego a wystąpieniem epizodu dużej depresji biorą udział wszystkie trzy wymienione mechanizmy [7].

Część naukowców zajmujących się tą problematyką uważa, że rodzaj posiadanej sieci społecznej zależy jedynie od warunków środowiskowych. Inni twierdzą, że istotne jest nie tylko to, w jakim środowisku człowiek przebywa; równie ważne są jego cechy charakteru określające w tym przypadku możliwości pozyskiwania poszczególnych osób do własnej sieci społecznej [8, 9, 10]. Istnieją badania, w których stwierdzono, że indywidualne cechy jednostki wpływają na strukturę i jakość funkcjonowania jej sieci społecznej w ponad 30 procentach [11]. Niektórzy autorzy posuwają się jeszcze dalej, uważając, że zdolność do pozyskania, ustabilizowania i podtrzymywania kontaktów społecznych jest zakodowana genetycznie [7].

Odrębnym zagadnieniem jest rola wsparcia społecznego w okresie trwania epizodu choroby psychicznej oraz w czasie remisji. Stwierdzono istnienie korzystnego wpływu poziomu otrzymywanego wsparcia na długość trwania epizodu choroby, ciężkość jego przebiegu, jakość uzyskanej remisji oraz częstość nawrotów [12, 13]. Niektórzy autorzy uważają, że pacjenci, którzy nie są usatysfakcjonowani wsparciem, jakie otrzymują, trudniej uzyskują kliniczną poprawę, a remisja objawów zwykle nie jest pełna [12]. Dane te dotyczą epizodów depresji występujących w przebiegu zarówno choroby afektywnej jednobiegunowej, jak

i choroby afektywnej dwubiegunowej. Nie stwierdza się występowania podobnego wpływu na epizody maniakalne [14]. Związek częstości i nasilenia występujących epizodów maniakalnych z siecią wsparcia społecznego przedstawiany jest w literaturze w nieco inny sposób. Niektórzy autorzy uważają, że sieć społeczna pacjenta, u którego przeważają epizody maniakalne, funkcjonuje gorzej niż sieć osoby, u której w obrazie choroby dominują objawy depresyjne [15]. Być może wynika to z faktu, że sama mania, choć postrzegana jako choroba psychiczna, z powodu stopnia dezorganizacji zachowania pacjenta uniemożliwia akceptację, a przez to i kontakt. Z drugiej strony epizody hipomaniakalne lub maniakalne mogą być postrzegane przez otoczenie nie jako choroba psychiczna, lecz jako wyraz grubiaństwa i nieakceptowania norm społecznych. W tym przypadku z oczywistych względów może dochodzić do zrywania kontaktów społecznych. Romans i McPherson [6] są właśnie zdania, że epizody maniakalne mają bardziej destruktywny wpływ na sieć społeczną niż epizody depresyjne [6]. Przeciwny pogląd przedstawiają Hooley i wsp. [16], którzy twierdzą, że epizody maniakalne są zwykle lepiej tolerowane przez otoczenie niż objawy depresyjne, ponieważ zwykle są traktowane jako wyraz choroby [16]. Johnson i wsp. [13] piszą, że pacjenci z pełną remisją otrzymują więcej wsparcia niż ci, którym nie udało się jej uzyskać. Obserwację można tłumaczyć różnie — po pierwsze uzyskiwanie niepełnej remisji może być konsekwencją niewystarczającego wsparcia, po drugie cięższy przebieg choroby może wiązać się z większymi problemami w kontaktach społecznych, po trzecie niepełna remisja i mniej wspierających kontaktów społecznych mogą mieć wspólną przyczynę, na przykład wynikać z osobowości chorego, po czwarte pacjent w niepełnej remisji może inaczej postrzegać otrzymywane wsparcie niż osoba bez objawów choroby [13]. Johnson i wsp. w innym badaniu [17] stwierdzili, że wsparcie społeczne w przypadku choroby afektywnej dwubiegunowej może być pomocne w leczeniu epizodu depresyjnego, natomiast nie ma wpływu na ustępowanie objawów epizodu maniakalnego [17].

Nie ulega wątpliwości, że funkcjonowanie społeczne pacjentów podczas trwania epizodu choroby jest zaburzone. Interesujące jest to, w jaki sposób wygląda ono podczas remisji. Agosti i Stewart [18] posługując się skalą społecznego przystosowania (SAS — Social Adjustment Scale) stwierdzili, że po sześciu miesiącach od uzyskania objawowej remisji funkcjonowanie społeczne pacjentów było porównywalne z funkcjonowaniem grupy kontrolnej. Poglądu tego nie podzielają inni autorzy [19, 20] twierdząc, że chociaż funkcjonowanie pacjentów poprawia się, to jest jednak nadal zakłócone. Lewis L. i wsp. [21] twierdzą, że osiąga ono poziom sprzed epizodu choroby, jest jednak nadal gorsze w porównaniu z funkcjonowaniem grupy kontrolnej, zwłaszcza u pacjentów po licznych i ciężkich epizodach. Z powyższego stwierdzenia można wysnuć wniosek, że funkcjonowanie społeczne pacjentów w okresie przedchorobowym jest również zaburzone. Różnice te mogą wynikać także z używania przez autorów różnych narzędzi badawczych, przeprowadzania badań w różnych momentach od osiągnięcia remisji objawowej, oraz w różnym momencie choroby (niezależnie od czasu jej trwania i liczby przebytych epizodów). Dudek D. [22] tłumaczy zaburzone funkcjonowanie społeczne i wycofanie się z życia towarzyskiego między innymi skróceniem czasu spędzanego w gronie przyjaciół i znajomych, zarówno w domu, jak i poza nim. Znajomi nie odwiedzają rodziny pacjenta, ponieważ mają trudności w poradzeniu sobie z atmosferą przygnębienia, często przykrymi tematami rozmów. Rodzina pacjenta również często unika zapraszania dawnych przyjaciół

z poczucia wstydu i strachu przed stygmatyzacją [22]. Konsekwencją takich zachowań jest zmniejszanie się tak zwanej pozarodzinnej sieci społecznej pacjenta i ograniczanie kontaktów społecznych do spotkań z najbliższą rodziną, która staje się przez to również jego głównym źródłem wsparcia.

Rodzinny system wsparcia

Zachwianymi relacjami interpersonalnymi w zaburzeniach afektywnych zaczęto się interesować dość późno, w drugiej połowie lat osiemdziesiątych ubiegłego stulecia. Fakt ten zwraca uwagę zwłaszcza w porównaniu ze znacznie wcześniejszym zainteresowaniem nimi w schizofrenii. W badaniach nad wpływem relacji interpersonalnych, i płynącego z nich wsparcia, na wystąpienie i przebieg depresji oraz nad znaczeniem choroby dla tych relacji zwrócono uwagę w pierwszej kolejności na związek małżeński. Jak wiadomo, w dorosłym życiu małżeństwo stanowi jedną z podstawowych relacji interpersonalnych. Według definicji B. Dicksa małżeństwo „jest to pełny i niezakłócony przepływ dwustronnej komunikacji pomiędzy świadomością i nieświadomością dwojga ludzi o różnych, zmieniających się rolach” [za: 23, s. 801] Zakłócenie tego przepływu bywa uważane za jedną z głównych, obok nieskutecznej farmakoterapii, przyczyn tak zwanej depresji lekoopornej.

Hafner [za: 23] zajmujący się tą problematyką, wskazuje dwa rodzaje małżeństw sprzyjających pojawieniu się i utrzymywaniu objawów depresyjnych: małżeństwa zorientowane na sukces i małżeństwa symbiotyczne. Wyróżnia dwa podtypy małżeństw zorientowanych na sukces. W pierwszym z nich mężczyzna jest aktywny zawodowo, kobieta zajmuje się ogniskiem domowym. Żona jest w tym związku osobą żyjącą sukcesami zawodowymi męża, które przekładają się dla niej na pozycję społeczną, zwłaszcza materialną. Osobą podatną na depresję jest w tym związku mężczyzna. Gdy pojawiają się jej objawy, są najczęściej związane z lękiem przed utratą pozycji zawodowej, jednak głębiej dotyczą obawy o utratę miłości, szacunku i wsparcia ze strony żony. W drugim typie małżeństw zorientowanych na sukces obydwójce małżonkowie są aktywni zawodowo, co w dzisiejszych czasach jest już kulturowo dopuszczalne. Sens życia i przyjemność czerpią oni z rywalizacji między sobą. W tym związku osobą narażoną na depresję jest kobieta, najsilniej w momencie podjęcia się roli matki. Ma do wyboru dwa rozwiązania: albo zostaje w domu i rezygnuje z pracy zawodowej, albo wraca do poprzedniego zajęcia z ogromnym poczuciem winy w stosunku do swojego dziecka, które często, nie zawsze świadomie, jest podtrzymywane i wzmacniane przez męża. W obu sytuacjach jest ona narażona na wystąpienie depresji. Dicks i Hafner [za: 23, 24] jako przyczynę zawierania małżeństw symbiotycznych podają projekcyjną identyfikację, nieświadome pragnienie odnalezienia utraconej części siebie w partnerze. Depresja może pojawić się u jednego z partnerów w momencie, gdy drugi zapragnie uwolnienia się z tej symbiozy.

Jak już wspomniano powyżej, choroba członka rodziny może stać się czynnikiem utrzymującym homeostazę systemu i nowym sposobem funkcjonowania, na przykład, gdy depresja pojawia się u człowieka będącego dotąd filarem rodziny, uważanego za silnego i niewymagającego wsparcia, a on sam odnajduje się w roli osoby słabej i potrzebującej opieki. Z drugiej strony pozornie słaby partner, rezygnujący z walki o władzę, cieszący się sukcesami współmałżonka, może zacząć funkcjonować w zgodzie ze swoimi faktycz-

nymi potrzebami. Warto zaznaczyć, że wystąpienie depresji nie musi wiązać się z utratą władzy, może być wręcz przeciwnie. Pojawienie się jej może też ułatwiać separację od rodziny pochodzenia — konieczność opieki nad chorym partnerem jawi się tu jako łatwy do przyjęcia powód zerwania „emocjonalnej pepowiny”. W rodzinie, nad którą zawisło widmo separacji lub rozwodu, choroba może być dla partnerów czynnikiem scalającym związek, zwłaszcza że decyzji takiej zwykle towarzyszy mniejsza lub większa ambiwalencja. W opisanych sytuacjach, mimo niewątpliwego cierpienia, jakie niesie dla chorego i jego najbliższych choroba, istnieją powody, dla których jej ustąpienie nie byłoby do końca korzystne — zachwiałyby nowo wypracowaną równowagę systemu rodzinnego [23].

Weissman i Panel uważają, że małżeństwo chroni mężczyzn przed wystąpieniem depresji, natomiast nie wywiera takiego wpływu na kobiety, predysponując je wręcz do zachorowania [za: 22]. Zgodnie z danymi epidemiologicznymi, stan cywilny stanowi jeden z czynników ryzyka wystąpienia depresji, częściej chorują osoby wolnego stanu (głównie rozwiedzeni, pozostający w separacji, owdowiali) [22, 25, 26]. Zależność ta jest obserwowana jednak głównie u mężczyzn, natomiast jeżeli chodzi o kobiety, to na depresję częściej zapadają te, które pozostają w związku małżeńskim. Małkiewicz-Borkowska oraz Namysłowska [23] podają, że jeżeli weźmie się pod uwagę populację osób zamężnych, to chorobowość pod względem depresji jest dwa razy wyższa wśród kobiet, w stosunku do mężczyzn, natomiast wśród osób stanu wolnego stosunek ten nie jest tak wysoki. W tym drugim przypadku nie można mówić o przewadze mężczyzn ze względu na ogólną większą częstość występowania choroby wśród kobiet [23]. Prezentowane dane mają być może związek z utrzymującymi się w naszej kulturze, choć trochę mniej wyraźnymi, tradycyjnymi rolami, jakie odgrywają w związku kobieta i mężczyzna [22]. Miller i wsp. [27] twierdzą, że obecność powiernika, którym często jest współmałżonek, jest czynnikiem ochronnym przed wieloma zaburzeniami psychicznymi, takimi jak zespoły depresyjne i lękowe. Uważają również, że rozbudowane sieci złożone z osób o mniejszym znaczeniu mogą również działać ochronnie, ale jedynie w stosunku do wystąpienia takich objawów somatyzacyjnych jak duszności, bóle głowy [27]. Henderson [28] też twierdzi, że dla zachowania szeroko rozumianej homeostazy, konieczna jest obecność głębokiej, intymnej więzi z przynajmniej jednym powiernikiem [28]. Znaczenie takiego związku podkreślają również Pitula i Daugherty [29]. Jourard [za 30] obsadza w tej roli właśnie współmałżonka argumentując, że odkrycie swojego wnętrza przed drugim człowiekiem jest jednym z fundamentów małżeństwa.

Obok relacji małżeńskich bardzo ważne są niewątpliwie relacje pacjenta z dziećmi. Dorosłe dzieci często podkreślają negatywny wpływ choroby rodzica na ich życie rodzinne. Jest to bardziej dostrzegane w sytuacji gdy choruje matka, gdyż zwykle prowadzi to do dużej dezorganizacji struktury, jaką jest rodzina. Depresyjna matka często staje się nadopiekuńcza, ciągle kontroluje, utrudnia usamodzielnienie się. Choroba ojca zwykle odbija się na pogorszeniu sytuacji materialnej rodziny. Problem wpływu depresji na małe dziecko, którego rodzic, a zwłaszcza matka, zapada na chorobę afektywną, przekracza ramy niniejszego opracowania. Pojawienie się choroby u rodzica dziecka starszego może spowodować jego przyspieszone dojrzewanie związane z koniecznością przejęcia obowiązków domowych, szybszego podjęcia odpowiedzialności za siebie, często również koniecznością wspierania matki lub ojca w chorobie i opieki nad nim [31].

Pozarodzinna sieć społeczna

Pośród kontaktów pozarodzinnych szczególne miejsce zajmują te ze znajomymi z pracy. Praca w życiu człowieka odgrywa główną rolę, jest nie tylko źródłem dochodu i niezależności, lecz również szanowanej pozycji społecznej — ma przez to wpływ na jego tożsamość [32]. Holahan i Moos [33] uważają kolegów z pracy za bardziej istotne źródło wsparcia dla mężczyzn niż dla kobiet [33]. Przeciwnie Ganster i wsp. — ci twierdzą, że dla przeciwdziałania objawom depresji ważne i bardziej użyteczne są źródła wsparcia poza miejscem pracy [34]. Zięba, Dudek i Jawor [35], w badaniach dotyczących sytuacji społecznej pacjentów hospitalizowanych na oddziale psychiatrycznym, stwierdzili, że mężczyźni zadowolenie i wsparcie uzyskiwali przede wszystkim dzięki kontaktom zawodowym, a kobiety — rodzinnym i prywatnym [35]. Na nawroty depresji u mężczyzn duży wpływ mają zmiany w obszarze pracy zawodowej, związane ze zmianą pozycji społecznej, a także bezrobocie. Wymienione czynniki nie mają tak dużego wpływu na przebieg choroby w przypadku kobiet [36, 37]. Ogólnie, posiadanie zatrudnienia jest uważane jako jeden z głównych czynników ułatwiających rozwinięcie szerokiej sieci społecznej [6]. Stwierdzenie to nie jest korzystne dla pacjentów cierpiących na choroby afektywne, którzy w naszych warunkach kulturowych i ekonomicznych są często osobami będącymi na rencie lub na utrzymaniu rodziny. Nieliczni mają możliwość pracy w warunkach chronionych, jedynie część powraca do pracy zawodowej lub zostaje zatrudniona na stanowiskach przeznaczonych dla osób zdrowych. Według danych z piśmiennictwa odsetek osób z rozpoznaną chorobą psychiczną, które pozostają bez pracy, waha się od 45 do 90%, raport WHO z 2000 roku szacował bezrobocie wśród osób z ciężką chorobą psychiczną na 90% [32].

Kendler i wsp. [37], uważają, że kobiety mają bardziej rozwinięte sieci społeczne niż mężczyźni, zwracają przy tym baczniejszą uwagę na wszystkie zachodzące w nich interakcje i są bardziej wrażliwe na problemy i nieporozumienia, które mogą stać się przyczyną nawrotu objawów depresyjnych. Ci sami autorzy twierdzą, że kobiety są bardziej niż mężczyźni uwikłane w swoje proksymalne sieci, czyli złożone z członków rodziny pochodzenia.

Interesującym zagadnieniem jest problem tak zwanej sąsiedzkiej sieci społecznej. Tworzą ją ludzie z najbliższego otoczenia, widywani choć krótko, to czasami codziennie. Mogą być oni oczywiście źródłem wsparcia, chociażby instrumentalnego, a czasem i emocjonalnego, dostępnego na przysłowiowe wyciągnięcie ręki. Do tej kategorii można zaliczyć również takie mniej lub bardziej formalne struktury, jak kluby osiedlowe, kółka brydżowe, wspólnoty przykościelne, wyrażające odwieczne pragnienie ludzi — chęć przynależności. Są to, jak wspomniano, źródła pomocy dostępne niemal zawsze w razie zaistnienia potrzeby, lecz z drugiej strony — łatwe do utracenia w przypadku pojawienia się choroby psychicznej. Dostrzeżenie jej w tym środowisku zwykle nie nastęrcza trudności (zmiana codziennego zachowania, nawyków, nieobecność z powodu hospitalizacji), a odkrycie to w zależności od poziomu wiedzy, tolerancji i altruizmu ludzi z jego kręgu może mieć różne skutki — od izolacji i stygmatyzacji chorego po chęć niesienia mu pomocy, wsparcia i opieki, często nawet nadmiernej.

Zdania badaczy na temat roli tak zwanej sieci pozarodzinnej są podzielone [za: 38]. Część z nich uważa, że relacje te są w stanie zastąpić i zrekompensować brak lub niedobór więzi pokrewieństwa (Bell, Bost, Force, Westmeyer, Pattison). Axelrod i Babchuk, przeciwnie, za najbardziej korzystny system oparcia uważają rozbudowany system pokrewieństwa. Pogląd pośredni reprezentują Litwak i Sussman włączając do systemu rodzinnego najbliższych przyjaciół i znajomych, którzy wspólnie pełnią funkcję dawnych klanów rodzinnych. Babchuk, Wellman i Bell twierdzą, że najważniejszym źródłem wsparcia w przypadku wystąpienia niespodziewanych problemów, również finansowych, są dalsi krewni [za: 38]. Liwark i Szelenyi podzielili związki występujące w naturalnym otoczeniu człowieka pod względem rodzaju dostarczanego wsparcia. Według nich krewni są niezastąpieni w sytuacjach, w których pomoc ma być długa i trwale angażująca. W nagłym i krótkim kryzysie na pierwszym miejscu człowiek zwraca się o pomoc do sąsiadów. Jest to zarówno pomoc w codziennych obowiązkach (opieka nad dzieckiem, zakupy), jak i w zdarzeniach losowych (choroba, wypadek). Pomoc przyjaciół jest pod względem wymaganego zaangażowania czasowego pośrednia, krótsza niż krewnych, lecz nie jedynie doraźna jak sąsiadów. Przyjaciele są przy tym źródłem nie tylko pomocy instrumentalnej (w rozumieniu rozwiązywania konkretnych problemów), lecz również wsparcia informacyjnego (pomocy w zrozumieniu biegu wydarzeń, podejmowaniu decyzji) i emocjonalnego. W tym aspekcie krewni mają tę przewagę nad przyjaciółmi, że do przepływu i trwałości interakcji wspierających nie jest tu konieczny kontakt bezpośredni. Zaletą i niewątpliwą siłą związków przyjacielskich jest natomiast możliwość wyboru osób, z którymi chce się przyjaźnić. Związki pokrewieństwa są z góry narzucone. Powyższe role mogą się oczywiście przeplatać, na przykład sąsiad może być równocześnie przyjacielem, a dalsza kuzynka sąsiadką [za 38].

Dla pacjenta hospitalizowanego elementem sieci społecznej stają się współpacjenci oraz terapeuci. Dzieje się tak zwłaszcza w tych szpitalach, gdzie w toku kompleksowego leczenia wykorzystywany jest model tak zwanej społeczności terapeutycznej. Według definicji, społeczność ta to „świadomie zoorganizowane i kierowane środowisko społeczne, zaplanowane w celu wywierania intensywnego, lecz tylko czasowego wpływu leczniczego” [39]. Autorem pojęcia „społeczność terapeutyczna” jest T.F. Main, zwolennikiem i propagatorem M. Jones. Bizoń i Kennard sformułowali podstawowe cele społeczności terapeutycznej [za: 39]:

- uniknięcie negatywnego wpływu szpitala psychiatrycznego, takiego, w którym zadania nadzoru przesłaniają cele terapeutyczne;
- wykorzystanie zasobów wsparcia społecznego, tkwiących w osobach przebywających ze sobą przez większą część dnia, w celach terapeutycznych;
- wykorzystanie faktu bycia częścią pewnego systemu społecznego jako doświadczenia ułatwiającego podjęcie podobnych ról w życiu poza oddziałem.

Znajomości nawiązane w warunkach szpitalnych mogą także przetrwać, w formie mniej lub bardziej formalnej, wiele lat. Miejscem, gdzie mogą być podtrzymywane lub zawiązywane nowe kontakty w sieci społecznej pacjenta są tak zwane wspólnoty rehabilitacyjne (kluby byłych pacjentów, środowiskowe domy samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej). Najbardziej znaną organizacją tego typu jest wspólnota „Domów pod Fon-

tanną” (Fountain House) założona w Stanach Zjednoczonych i mająca swe filie w wielu krajach na świecie, także w Polsce. Możliwość uczestniczenia w tego typu strukturach jest szczególnie istotna, gdy naturalna sieć społeczna pacjenta była mała lub uległa znacznym ograniczeniom w wyniku jego choroby. Wspólnota taka może stać się nawet głównym źródłem otrzymywanego wsparcia [39, 40].

Walczewski i Wojciechowska [1] przeprowadzili badanie, w którym porównywali między innymi wielkość wsparcia czerpanego przez pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii ze swoich sieci społecznych. Badanie dotyczyło okresu po hospitalizacji. Pacjenci podzieleni byli na dwie grupy. Pierwsza z nich objęta była tak zwanym indywidualnym programem leczenia — każdy z pacjentów pozostawał w kontakcie z terapeutą, który leczył go podczas pobytu na oddziale stacjonarnym. Druga grupa prowadzona była według określonego programu leczenia środowiskowego. Po pobycie na oddziale stacjonarnym pacjenci kierowani byli na oddział dzienny, uczestniczyli w ambulatoryjnym leczeniu grupowym, spotkaniach klubu pacjentów i obozach terapeutycznych. Autorzy stwierdzili, że pacjenci objęci programem leczenia środowiskowego czerpią ze swoich sieci społecznych więcej wsparcia w stosunku do osób uczestniczących w indywidualnym programie leczenia. Nie stwierdzili przy tym różnic w wielkości sieci społecznych, a także w wielkości sieci pozarodzinnych pomiędzy grupami. Może to świadczyć o pewnym sformalizowaniu związków pacjentów.

Wybór źródła wsparcia

Interesującym zagadnieniem jest również badana w literaturze kolejność i moment zwracania się do różnych źródeł wsparcia. Chodzi tu przede wszystkim o rozróżnienie źródeł pierwotnych (naturalne otoczenie) i wtórnych (instytucje i fachowcy). Brown [41] w swoich badaniach stwierdził, że osoby, które w razie codziennych kłopotów w pierwszej kolejności szukają pomocy lekarzy, prawników lub księży, mają mniej rozbudowane sieci społeczne, mniej czasu spędzają z jej członkami i otrzymują mniej wsparcia [41]. Liden-thal i wsp. [za: 38] porównywali pod tym względem ludzi z rozpoznanymi zaburzeniami psychicznymi i bez. Stwierdzili, że ci pierwsi w niemal każdej sytuacji trudnej zwracają się przede wszystkim do fachowców (szpitali, poradni, sądów), drudzy natomiast wyżej cenią pomoc rodziny, krewnych i przyjaciół. Zauważyli przy tym, że osoby, które miały rozpoznane zaburzenia psychiczne, otrzymywały w swoim odczuciu mniej wsparcia ze strony naturalnej sieci społecznej. Autorzy ci nie porównywali wielkości tych sieci. Z powyższych danych nie powinno się jednak wyciągać wniosku, że korzystanie z wtórnych źródeł wsparcia musi oznaczać deficyt tych naturalnych [38]. Libeman [za: 38] stwierdził, że na skierowanie pacjenta do szpitala psychiatrycznego bardzo duży wpływ mają decyzje zapadające przy udziale jego naturalnej sieci społecznej i to nie tylko w gronie najbliższej rodziny, lecz też krewnych, przyjaciół, a nawet sąsiadów. Rola sieci polega tu nie tylko na identyfikacji problemu, lecz również na znalezieniu adekwatnych źródeł pomocy. O tym, w jakim momencie chory trafia do szpitala lub poradni, decyduje również to, czy wyznawane przez członków sieci wartości i przekonania są zgodne z reprezentowanymi przez fachowców. Gdy są — szukanie u nich pomocy nie jest postrzegane jako niewydolność naturalnego systemu wsparcia, lecz jego kontynuacja.

Podsumowanie

W naturze każdego człowieka leży to, że jest on istotą społeczną. Do życia i prawidłowego rozwoju potrzebuje innych osób, ich obecności i pomocy. Relacje z ludźmi od momentu urodzenia aż do śmierci są jednym z podstawowych elementów decydujących o jakości życia jednostki. Posiadanie rozbudowanej sieci społecznej, rodzinnej czy też pozarodzinnej, nieformalnej czy formalnej, nie jest oczywiście panaceum, cudownym środkiem chroniącym przed występowaniem i nawrotami chorób psychicznych. Poczucie wsparcia w otoczeniu jest jednak na pewno jednym z elementów ułatwiających osiągnięcie pełnej remisji. Obecność w życiu ważnych, bliskich osób może być motywacją do walki o wyzdrowienie i do mobilizacji wszelkich sił drzemiących w organizmie („mam dla kogo żyć”), ułatwiać, nie zawsze proste, stosowanie się do zaleceń lekarskich i obostrzeń terapii, a także pogodzenie się z faktem bycia chorym. Zwrócenie uwagi na zasoby wsparcia w otoczeniu chorego, wykorzystanie niedostrzeganych przez niego źródeł czy udostępnienie nowych powinno być elementem kompleksowego leczenia chorób afektywnych.

Piśmiennictwo

1. Walczewski K, Wojciechowska A. Sieci społeczne pacjentów chorych na schizofrenię w trzy lata po pierwszej hospitalizacji. Porównanie grupy objętej programem leczenia środowiskowego z grupą z indywidualnym programem leczenia. *Psychiatr. Pol.* 1998; 32, 1: 59–68.
2. Wojciechowska A, Walczewski K, Cechnicki A. Zależność między właściwościami sieci społecznej a wynikami leczenia chorych na schizofrenię w trzy lata po pierwszej hospitalizacji. *Psychiatr. Pol.* 2001; 35, 1: 21–32.
3. Dobrzańska-Socha B. Wspieranie wspierających. W: Kubacka-Jasiecka D, Lipowska-Teutsch A, red. *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*. Kraków: Wydawnictwo ALL; 1997, s. 185–212.
4. Sęk H. Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu. W: Kubacka-Jasiecka D, Lipowska-Teutsch A, red. *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*. Kraków: Wydawnictwo ALL; 1997, s. 143–158.
5. Jaworowska-Obłój Z, Skuza B. Pojęcie wsparcia społecznego i jego funkcje w badaniach naukowych. *Przegl. Psychol.* 1986; 29, 3: 733–745.
6. Romans SE, McPherson HM. The social networks of bipolar affective disorder patients. *J. Affect. Disord.* 1992; 25: 221–228.
7. Wade T, Kendler KS. The relationship between social support and major depression. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2000; 188, 5: 251–258.
8. Dean A, Lin N. The stress-buffering role of social support. Problems and prospects for systematic investigation. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1977; 165, 6: 403–417.
9. Sarason IG, Sarason BR. Concomitants of social support: attitudes, personality characteristics, and life experiences. *J. Pers.* 1982; 50, 3: 331–344.
10. Sęk H. Wsparcie społeczne — co zrobić, aby stało się pojęciem naukowym? *Przegl. Psychol.* 1986; 29, 3: 791–799.
11. Furukawa T, Shibayama T. Intra-individual versus extra-individual components of social support. *Psychol. Med.* 1997; 27: 1183–1191.
12. Ezquiaga E, Garcia A, Pallares T, Bravo M.F. Psychosocial predictors of outcome in major depression: a prospective 12-month study. *J. Affect. Disord.* 1999; 52: 209–216.

13. Johnson SL, Lundstrom O, Aberg-Wistedt A, Mathe A. Social support in bipolar disorder: its relevance to remission and relapse. *Bipolar Disord.* 2003; 5: 129–137.
14. Johnson SL, Meyer B, Winett C, Small J. Social support and self-esteem predict changes in bipolar depression but not mania. *J. Affect. Disord.* 2000; 58: 79–86.
15. Michalak EE, Yatham LN, Kolesar S, Lam RW. Bipolar disorder and quality of life: A patient-centered perspective. *Qual. Life Res.* 2006; 15: 25–27.
16. Hooley JM, Richters JE, Weintraub S, Neale JM. Psychopathology and marital distress: the positive side of positive symptoms. *J. Abnorm. Psychol.* 1987; 96: 27–33.
17. Johnson SL, Winett C, Meyer B, Greenhouse WJ. Social support and the course of bipolar disorder. *J. Abnorm. Psychol.* 1999; 108, 4: 558–566.
18. Agosti V, Stewart J. Social functioning and residual symptomatology among outpatients who responded to treatment and recovered from major depression. *J. Affect. Disord.* 1998; 47: 207–210.
19. DeLisio G, Maremmani I, Perugi G, Cassano G, Delito J, Akiskal H.G. Impairment of work and leisure functioning in depressed outpatients: a preliminary communication. *J. Affect. Disord.* 1986; 10: 79–84.
20. Stewart JW, Quinkin FM, McGrath PJ, Rabkin JG, Markowitz JS, Tricamo E, Klein DF. Social functioning in chronic depression: effect of 6 weeks of antidepressant treatment. *Psychiatry Res.* 1988; 25: 213–222.
21. Judd LL, Akiskal HS, Zeller PJ i in. Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2000; 4: 375–380.
22. Dudek D. Spostrzeżenie relacji małżeńskich przez pacjentów depresyjnych i ich współmałżonków w aspekcie stylu poznawczego. Praca doktorska. Kraków: CM UJ; 1997.
23. Małkiewicz-Borkowska M, Namysłowska I. Przewlekła depresja a relacje w małżeństwie. *Psychiatr. Pol.* 1995; 29, 6: 801–808.
24. Hafner RJ. Spouse-aided therapy in psychiatry: an introduction. *Aust. NZJ Psychiatry.* 1981; 15, 4: 329–37.
25. Ahnlund K, Frodi A. Gender differences in the development of depression. *Scand. J. Psychol.* 1996; 37: 229–237.
26. Pommersbach J. Wsparcie społeczne a choroba. *Przegląd psychologiczny* 1988; 31, 2: 503–525.
27. Miller PM, Ingham JG, Davidson S. Life events symptoms and social support. *J. Psychosom. Res.* 1976; 20, 6: 515–522.
28. Henderson S. The social network, support and neurosis: The function of attachment in adult life. *Brit. J. Psychiatry* 1977; 131: 185–191.
29. Pitula CR, Daugherty SR. Sources of social support and conflict in hospitalized depressed women. *Res. Nurs. Health* 1995; 18, 4: 325–332.
30. Alexander J. depressed men: an exploratory study of close relationships. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 2001; 8: 67–75.
31. Dudek D, Zięba A, Jawor M, Szymaczek M, Wróbel A. Dzieci wobec depresji rodziców. Wyniki badań nad dorosłymi potomkami pacjentów depresyjnych. *Psychiatr. Pol.* 1999; 33, 4: 565–573.
32. Ruesh P, Graf J, Meyer PC, Rossler W, Hell D. Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2004; 39: 686–694.
33. Holahan C, Moos R. Social support and adjustment: predictive benefits of social climate indices. *Am. J. Community Psychol.* 1982; 10: 403–415.

34. Ganster, DC, Fusilier M, Marcelline R, Mayes B, Bronston T. Role of social support in the experience of stress at work. *J. Appl. Psychol.* 1986; 71, 1: 102–110.
35. Zięba A, Dudek D, Jawor M. Ocena sytuacji społecznej pacjentów leczonych z powodu depresji endogennej. *Psychiatr. Pol.* 1995; 29, 6: 775–782.
36. Broman C, Hamilton V, Hoffman W, Mavaddat R. Race, gender and the response to stress: autoworkers' vulnerability to long term unemployment. *Am. J. Community Psychol.* 1995; 23: 813–842.
37. Kendler KS, Thorton LM, Prescott CA. Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *Am. J. Psychiatr.* 2001; 158, 4: 587–593.
38. Axer A. Społeczne systemy oparcia w środowisku chorego psychicznie. *Studia Soc.* 1983; 91, 4: 199–223.
39. Bilikiewicz A, Pużyński St, Rybakowski J, Wciórka J. *Psychiatria. Tom III: Terapia. Zagadnienia etyczne, prawne, organizacyjne i społeczne.* Wrocław: Urban & Partner; 2003.
40. Pogorzelski W, Góraj A, Rosiewicz A, Soczyska J, Szyburski M, Witorzeń M. Metody i skuteczność postępowania psycho- i socjoterapeutycznego w procesie rehabilitacji chorych na schizofrenię. *Psychiatr. Pol.* 1977; 11, 4: 471–475.
41. Brown B. Social and psychological correlates of help-seeking behavior among urban adult. *Am. J. Psychol.* 1978; 5/6: 425–439.

Adres: Klinika Psychiatrii Dorosłych UJ CM
ul. Kopernika 21a, 31-501 Kraków