

Drodzy Zebrani,

chciałabym podziękować Organizatorom Kongresu Zdrowia Psychicznego za uprzejme zaproszenie do udziału w Komitecie Honorowym tego ważnego wydarzenia. Niestety, nie miałam możliwości być tu dzisiaj osobiście. Niemniej, za pomocą tego listu chciałabym wyrazić swoje poparcie.

Ogólnie mówiąc, chciałabym poprzeć rozwój różnorodnych kulturowo narracji choroby psychicznej. Chciałabym naświetlić potrzebę humanistycznego podejścia w psychiatrii, podejścia zorientowanego na wzmocnienie roli etyki, która sprzyja zmniejszeniu raniącej stygmatyzacji. Te zagadnienia domagają się krytycznej refleksji na poziomie politycznym, społecznym i kulturowym.

Humanizacja nauki o chorobach psychicznych oznacza zachęcanie do psychiatrii bardziej refleksyjnej. Psychiatria nie powinna być redukowana do laboratoryjnych studiów farmakologicznych, należy ją bowiem rozwijać we współpracy z naukami humanistycznymi i społecznymi, przede wszystkim z filozofią i psychologią. Humanistyczne podejście w psychiatrii powinno także promować otwarty dialog z ogółem społeczeństwa, uwzględniając nie tylko punkt widzenia praktyków medycznych, ale także samych pacjentów. W tym samym momencie do praktyki klinicznej powinna być wprowadzana perspektywa wartości. Co więcej, podejście humanistyczne w psychiatrii nie powinno skupiać się tylko na tym, co patologiczne, ale na szeroko pojętym ludzkim doświadczeniu.

Przez ostatnie kilka lat prowadziłam doświadczalne i teoretyczne studia nad schizofrenią, których zamierzeniem była poprawa zapobiegania i poprawa diagnostyki oraz wzmocnienie roli leczenia psychoterapeutycznego. Proponowanie psychoterapii osobom ze schizofrenią stało się kontrowersyjne, szczególnie w obrębie podejścia neurobiologicznego, które zdominowało badania naukowe. Jest faktem, że interwencje psychoterapeutyczne dla pacjentów ze schizofrenią zostały na świecie powszechnie zlekceważone. Współczesne leczenie jest oparte głównie na farmakoterapii i skoncentrowane na redukowaniu „objawów pozytywnych”, dlatego związany z nim model biologiczno-medyczny nie jest wystarczający, by wyzdrowieć. Z tego powodu zazwyczaj choroba przyjmuje charakter chroniczny, z nawrotami spędzanymi w szpitalu i postępującym obniżeniem zdolności poznawczych i społecznych.

Hospitalizacja zapewnia pierwszą diagnozę następującą po epizodzie psychotycznym. Jest to moment krytyczny dla całej prognozy, jest to punkt zwrotny odkąd, wraz z wypisem, pacjent będzie odgrywał rolę tej „chorej lub schizofrenicznej” osoby, poddając się w ten sposób stygmatyzacji. Stan pacjenta jest odtąd nazywany schizofrenią, diagnoza definiuje go jako pacjenta poważnie i nieuleczalnie chorego i usprawiedliwia obowiązkowe przywiązanie do szpitala. Jednak z szerszej perspektywy, objawy obserwowalne w ostrej fazie choroby rzadko kiedy są znakiem lub sygnałem całościowej sytuacji emocjonalnej pacjenta.

W tym kontekście, rozpoznanie pacjenta jako indywidualnej osoby okazuje się fundamentalnie ważne dla leczenia terapeutycznego. Leczenie terapeutyczne wymaga szerszego podejścia w psychiatrii. Taka psychiatria wyłaniałaby się z zaproszenia do współpracy specjalistów z wielu dyscyplin, uwzględnienia czynników międzykulturowych oraz wielopoziomowego dialogu prowadzącego do zrozumienia podmiotowości i integralności pacjenta jako ludzkiego indywiduum. Powinna też obejmować społeczny i kulturowy kontekst konkretnego człowieka i przy jednoczesnym zachowaniu „otwartego umysłu” w odniesieniu do bogactwa i różnorodności ludzkiej egzystencji prowadzić do postawy szacunku.

Z pozdrowieniami z Santagio de Chile

Leonor Irarrázaval, clinical psychologist, psychotherapist, Dr. phil. in Psychology

Center for Studies on Phenomenology and Psychiatry, Faculty of Medicine, Universidad Diego Portales, Santiago de Chile, Chile / Section Phenomenological Psychopathology and Psychotherapy, Psychiatric Department, University Clinic Heidelberg, Germany