

Czy dowody naukowe potwierdzają słuszność przekonań dotyczących modelu zdrowienia?

Richard Warner¹

The Psychiatrist (2010), 34, 3-5

Artykuł jest próbą odpowiedzi na pytanie, czy są dowody potwierdzające skuteczność takich czynników jak optymizm co do wyniku leczenia, podjęcie pracy zawodowej, umacnianie pacjentów oraz przydatność programów typu user-run w procesie zdrowienia.

Model procesu powracania do zdrowia

Wokół modelu zdrowienia powstał ruch społeczny, który wpływa na rozwój opieki psychiatrycznej na całym świecie. Proces ten opiera się na wspieraniu pozytywnego myślenia o wyleczeniu psychozy, wzmacnianiu umiejętności podejmowania decyzji przez chorych, włączaniu pacjentów w proces podejmowania decyzji dotyczących sposobu leczenia, a jego celem jest aktywizacja osób z zaburzeniami psychicznymi.¹⁻³ Zwiększenie zainteresowania modelem zdrowienia wywołało wzrost zainteresowania edukacją dotyczącą opanowywania choroby, radzenia sobie ze stygmatyzacją i rozwijaniem działań związanych z doradzaniem osobom z chorobami psychicznymi i wsparciem równieśniczym w ramach ośrodków typu drop-in. Idea wspólnego zaangażowania lekarzy i pacjentów w prace w klubach (psychosocial clubhouse) oraz przygotowaniu i prowadzeniu programów edukacyjnych jest postrzegana jako istotny czynnik w procesie zdrowienia. Skuteczność społecznego zaangażowania w pomoc chorym opartą na dzieleniu z nimi wspólnych wartości i aspiracji niekoniernie jest poparta dowodami naukowymi.¹⁻³

Ruch społeczny jest jednak formą aktywności opartej na wspólnych wartościach i aspiracjach i nie musi znajdować potwierdzenia w dowodach naukowych. Czy rzeczywiście wyniki badań naukowych potwierdzają wpływ na proces zdrowienia takich czynników, jak optymizm co do rezultatów leczenia poważnych chorób psychicznych, wartość pracy, znaczenie umacniania?

Zdrowienie w schizofrenii

Wyniki wielu badań naukowych, w tym kilku opublikowanych niedawno, wskazują, że optymizm co do wyzdrowienia ze schizofrenii jest uzasadniony. Po przeanalizowaniu wyników ponad stu badań dotyczących rezultatów leczenia schizofrenii u pacjentów z krajów rozwiniętych, prowadzonych w XX wieku,⁴ ustalono, że leczenie może doprowadzić albo do społecznego wyzdrowienia pacjenta (finansowa niezależność, samodzielne mieszkanie oraz niewielkie zakłócenia w życiu społecznym) lub do całkowitego wyzdrowienia (brak objawów zaburzenia psychicznego, funkcjonowanie na takim poziomie jak przed zachorowaniem). Analiza wyników badań wskazuje na duży odsetek wychodzenia ze schizofrenii – ok. 20% chorych całkowicie wróciło do zdrowia a 40% chorych wyzdrowiało społecznie (włączając tych, którzy całkowicie wrócili do zdrowia). Również najnowsze badania potwierdzają stopień uleczalności schizofrenii na takim poziomie. Badacze z Hamburga, Lambert i wsp.,⁵ stwierdzili, że spośród 400 pacjentów, nieleczonych wcześniej z powodu schizofrenii, 17% całkowicie powróciło do zdrowia po 3 latach leczenia. Z kolei trwające 15 lat obserwacje przebiegu leczenia 64 chorych na schizofrenię, przez Harrowa i Jobe'a⁶ w Chicago, wskazują na całkowite wyzdrowienie na poziomie 19%. Po 8 latach badań prowadzonych w Dublinie z udziałem grupy 67 osób cierpiących na nieefektywne zaburzenia psychotyczne u 39% badanych stwierdzono „społeczne wyzdrowienie”.⁷ Wyniki tych najświeższych badań pozostają zgodne z wynikami uzyskanymi na podstawie analizy badań naukowych prowadzonych

w XX wieku.⁴ Jednym z najważniejszych odkryć dotyczących schizofrenii jest więc to, że znaczna część osób cierpiących na tę chorobę albo całkowicie wyzdrowieje, albo przynajmniej będzie w stanie sprawnie funkcjonować w społeczeństwie.

W niedawnej publikacji, International Study of Schizophrenia, porównano rezultaty leczenia chorych na schizofrenię w krajach wysoko, średnio i słabo rozwiniętych gospodarczo.⁸ Publikacja jest zestawieniem wyników międzynarodowych badań dotyczących długoterminowych wyników leczenia schizofrenii przeprowadzonych przez dwa biura regionalne Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), dwa ośrodki badawcze w Chennai oraz w Hong Kongu. Uwzględniono w niej również dane zebrane w ramach badania epidemiologicznego WHO International Pilot Study of Schizophrenia i innego badania przeprowadzonego w Pekinie. Badaniami objęto ponad 1000 osób z 16 rejonów świata, określając po upływie 12-26 lat ich stan zdrowia. Zestawienia wyników badań prowadzonych w różnych wariantach na całym świecie w ostatnim ćwierćwieczu XX wieku dowodzą, że perspektywy i rezultaty leczenia schizofrenii są lepsze w krajach słabo i średnio rozwiniętych. Pięć spośród dziesięciu rejonów badawczych, w których odnotowano najwyższy odsetek pacjentów określających swój stan zdrowia jako „zdrowie” na skali Bleulera to kraje słabo lub średnio rozwinięte. Wydaje się więc, że klasyczny pogląd Kraepelina, zgodnie z którym postępujące pogorszenie miałyby być jedną z podstawowych cech charakterystycznych schizofrenii nie jest zgodny z prawdą; w rzeczywistości za cechę

¹University of Colorado, Colorado Recovery, Boulder, Colorado, USA

Adres do korespondencji: Richard Warner (rwarner@coloradorecovery.com)

Konflikt interesów: nie zgłoszono

charakterystyczną można uznać heterogeniczność rokowniczą, zarówno jeśli chodzi o występowanie objawów, jak i funkcjonowanie.

Praca zawodowa a wyniki leczenia schizofrenii

Przekonanie, że zaangażowanie w pracę zawodową pomaga chorym na schizofrenię wyzdrowieć poparte jest danymi zebranymi na poziomie makroekonomicznym i jednostkowym (indywidualnym). W okresie kryzysów ekonomicznych⁴ w szpitalach wzrasta liczba osób w wieku produkcyjnym z zaburzeniami psychotycznymi,⁹ a rezultaty leczenia schizofrenii są słabsze. Badania prowadzone na poziomie jednostki od wczesnych lat 90. XX w. wykazały, że wyniki leczenia chorych cierpiących na poważne zaburzenia psychiczne są lepsze w grupie osób zatrudnionych. Skutecznie działające programy aktywizacji zawodowej przyczyniły się do polepszenia poziomu życia ludzi chorych na schizofrenię, pozytywnie wpłynęły na ich samoocenę, ułatwiły im funkcjonowanie oraz pozwoliły na poszerzenie kontaktów społecznych. Uczestniczenie w efektywnie działających programach aktywizacji zawodowej jest powiązane ze spadkiem liczby przyjęć do szpitali psychiatrycznych, zmniejszeniem kosztów opieki zdrowotnej i mniejszą intensywnością pozytywnych i negatywnych objawów psychozy. Przeprowadzenie badań dotyczących niezawodowych korzyści wynikających z posiadania pracy zawodowej w warunkach kontrolowanych stało się możliwe dopiero w latach 90. wraz z rozwojem efektywnie działających programów ułatwiających znalezienie pracy osobom cierpiącym na zaburzenia psychotyczne.^{3,10,11} Seria randomizowanych badań kontrolowanych, dwie metaanalizy^{12,13} i opublikowany ostatnio przegląd¹⁴ wykazały skuteczność tego modelu w Stanach Zjednoczonych. Najnowsze badania potwierdziły, że taka forma pomocy osobom ze schizofrenią jest skuteczna również w innych krajach.^{11,15,16}

Umacnianie

Kluczową sprawą w procesie powracania do zdrowia chorych z poważnymi zaburzeniami psychotycznymi jest umacnianie (empowerment). Aby zrozumieć, dlaczego pomoc w tym zakresie jest tak istotna, należy uświadomić sobie, że osoby z zaburzeniami psychotycznymi mogą czuć się ubezwłasnowolnione nie tylko dlatego, że są nieświadomie pozbawiane przez otoczenie prawa do samodecydowania lub traktowane paternalistycznie, ale także dlatego, że same akceptują stereotyp osoby chorej, niezdolnej do podejmowania decyzji. Osoby, które akceptują to, że chorują na zaburzenia psycho-

tyczne, mogą czuć przymus dopasowania do powszechnie funkcjonującego wizerunku chorego jako osoby nieudolnej i bezwartościowej, stać się wycofanymi społecznie i przyjąć rolę osoby niepełnosprawnej. W rezultacie objawy choroby mogą nie ustępować, a chory może stać się zupełnie uzależniony od lekarzy i innych pomagających mu osób. Dlatego właśnie skupianie się na własnej chorobie może skutkować słabymi rezultatami leczenia.⁴

Pogląd ten potwierdzają wcześniejsze badania, zgodnie z którymi osoby z zaburzeniami psychotycznymi, które akceptują to, że są chore, a jednocześnie czują, że mają kontrolę nad swoim życiem (wewnętrzne umiejscowienie poczucia kontroli), osiągają najlepsze wyniki leczenia. Jednocześnie jednak ci, którzy akceptują przypiętą im łątkę chorego, mają skłonność do niskiej samooceny i zewnętrznego umiejscowienia poczucia kontroli, a ci, którzy czują się napiętnowani przez traktowanie ich jak chorych wykazują najslabsze poczucie kontroli nad własnym życiem. Dlatego właśnie świadomość własnego stanu zdrowia i płynące z tego poczucie napiętnowania uniemożliwiają uzyskanie dobrych wyników leczenia.¹⁷

Do podobnych wniosków doszli Lysaker i wsp.¹⁸ Po przeanalizowaniu danych dotyczących 75 osób cierpiących na schizofrenię stwierdzili oni, że najlepiej funkcjonują te osoby, które zdają sobie sprawę ze swojej choroby i jednocześnie nie mają silnego poczucia napiętnowania. Z kolei ci, którzy są świadomi swojej choroby i z tego powodu czują się napiętnowani mają najmniejszą nadzieję na wyzdrowienie oraz przejawiają niską samoocenę. Przeprowadzone przez cytowanych już wcześniej badaczy Harrowa i Jobe'a, 15-letnie obserwacje przebiegu leczenia chorych na schizofrenię pozwoliły stwierdzić, że wzmacnianie u pacjentów zdolności do samostanowienia jest kluczem do pokonania choroby.⁶ U tych badanych, których stan zdrowia poprawił się na tyle, że nie musieli już przyjmować leków przeciwpsychotycznych, częściej podczas diagnozy przeprowadzonej 5-10 lat wcześniej stwierdzano, że mają kontrolę nad własnym życiem. Kolejne przeprowadzone niedawno badania z udziałem ponad 100 chorych na schizofrenię, wykorzystujące analizę zależności (ścieżek) między zmiennymi, wykazały że wewnętrzne poczucie napiętnowania jest powiązane z unikaniem brania odpowiedzialności (podobnie jak przy zewnętrznym umiejscowieniu kontroli), unikaniem kontaktów społecznych i depresją: przyczyną tego powiązania jest wpływ internalizacji stygmatu związanego z byciem chorym psychicznie na poczucie nadziei i własnej wartości.¹⁹ W podobnych badaniach, w których wykorzystano do analizy przeprowadzonej z wykorzystaniem metody

modelowania równań strukturalnych dane zebrane od 172 pacjentów ambulatoryjnych ze schizofrenią, Vauth i wsp.²⁰ stwierdzili, że duża częstotliwość występowania u tych osób depresji i obniżona jakość życia mogą wynikać z niemożności podejmowania samodzielnych decyzji. Z kolei spadek możliwości samodecydowania autorzy tłumaczą dużą stygmatyzacją antycypacyjną. Wniosek płynący z wyników tych badań jest taki, że umacnianie chorych psychicznie i pomoc w zwalczaniu wewnętrznego poczucia napiętnowania są równie ważne jak pomoc im w zrozumieniu własnej choroby. Do tej pory skupiano się jednak głównie na roli ostatniego z czynników w leczeniu schizofrenii, a nie nad dwoma pierwszymi.

Istotny wpływ na umacnianie pacjentów ma włączenie ich w proces podejmowania decyzji dotyczących leczenia. Najnowsze badania przeprowadzone w północnych Włoszech wykazały jednak, że psychiatrzy rzadko praktykują taką metodę (choć akurat w tym kraju system opieki zdrowotnej działa doskonale).²¹ Holenderscy psychiatrzy wypadają pod tym względem lepiej.²²

Inna metoda umacniania to zaferowanie pacjentom wsparcia ze strony innych chorych, co przynosi korzyści nie tylko odbiorcy usługi, ale też jej dostawcy, który nabiera wiary w siebie, widząc, że może być pomocny komuś innemu. W badaniach przeprowadzonych z udziałem ponad 1800 osób z zaburzeniami psychicznymi Corrigan²³ wykazał, że udział w spotkaniach grup wsparcia istotnie wpływa na poprawę wyników leczenia i wychodzenie z choroby.

Sells i wsp.²⁴ wykazali, że dostawcy tego typu usług (pacjent dla pacjenta) są postrzegani przez osoby je otrzymujące jako bardziej wiarygodni, choć z drugiej strony uzyskują lepsze wyniki krótkoterminowe, gdy widzą konieczność podważania postaw i zachowań przejawianych przez klientów. Rosnick i Rosenhan²⁵ w badaniach przeprowadzonych dla Veterans Affairs wykazali, że cierpiące na poważne zaburzenia psychiczne osoby, które uczestniczyły w edukacji grupowej i programach wsparcia, znacznie lepiej wypadały w testach mierzących stopień umiejętności podejmowania decyzji, funkcjonowania i samopoczucia w porównaniu do grupy chorych, która nie brała udziału w tym programie.

Podsumowanie

Proces zdrowienia zależy zarówno od pozytywnego nastawienia pacjenta do wyników leczenia, umacniania jego zdolności w zakresie podejmowania decyzji oraz wsparcia udzielanego osobie chorej, jak również od stworzenia sprzyjających wychodzeniu z choroby warunków przez personel medyczny. Rola optymistycznego nastawienia do wyników le-

czenia podparta jest wynikami badań naukowych. Jednym z najdonioślejszych rezultatów badań u chorych na schizofrenię jest to, że ich znaczny odsetek całkowicie wraca do zdrowia, a jeszcze więcej spośród nich zaczyna na nowo dobrze funkcjonować w społeczeństwie. Nowsze wyniki badań wskazują na istotną rolę pracy zawodowej w procesie zdrowienia, a dzięki usprawnieniu programów aktywizacji zawodowej podjęcie pracy przez osobę chorą jest łatwiejsze. Rośnie liczba badań, które potwierdzają skuteczność wspierania u pacjentów umiejętności decydowania. Umożliwianie chorym współdecydowania o przebiegu leczenia oraz skupienie się na zwalczaniu poczucia wewnętrznego piętna są cenne w procesie upelnomocniania chorych i wpływają pozytywnie na wyniki leczenia schizofrenii. Wskazane są dalsze badania, które przekonująco pokażą, że wzmacnianie umiejętności samodzielnego podejmowania decyzji przez chorych wpłynie na poprawę rezultatów leczenia psychozy.

From the Psychiatrist (2010), 34, 3–5. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2010, 2011 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

1. Liberman RP. *Recovery from Disability: Manual of Psychiatric Rehabilitation*. American Psychiatric Publishing, 2008.
2. Shepherd G, Boardman J, Slade M. *Making Recovery a Reality*. Sainsbury Centre for Mental Health, 2008.
3. Leff J, Warner R. *Social Inclusion of People with Mental Illness*. Cambridge University Press, 2006.
4. Warner R. *Recovery from Schizophrenia: Psychiatry and Political Economy* (3rd edn). Brunner-Routledge, 2004.
5. Lambert M, Naber D, Schacht A, Wagner T, Hundemer HP, Karow A, et al. Rates and predictors of remission and recovery during 3 years in 393 never-treated patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:220–9.
6. Harrow M, Jobe TH. Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: a 15-year multi follow-up study. *J Nerv Ment Dis* 2007;195:406–14.
7. Crumlish N, Whitty P, Clarke M, Browne S, Kamali M, Gervin M, et al. Beyond the critical period: longitudinal study of 8-year outcome in first-episode non-affective psychosis. *Br J Psychiatry* 2009;194:18–24.
8. Hopper K, Harrison G, Janca A, Sartorius N (eds). *Recovery from Schizophrenia: An International Perspective. A Report of the WHO Collaborative Project, the International Study of Schizophrenia*. Oxford University Press, 2007.
9. Brenner MH. *Mental Illness and the Economy*. Harvard University Press, 1973.
10. Bond GR, Resnick SG, Drake RE, Xie H, McHugo GJ, Bebout RR. Does competitive employment improve non-vocational outcomes for people with severe mental illness? *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 489–501.
11. Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007;370:1146–52.
12. Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *BMJ* 2001;322:204–8.
13. Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191:515–23.
14. Bond GR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J* 2008;31:280–90.
15. Killackey E, Jackson HJ, McGorry PD. Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *Br J Psychiatry* 2008;193:114–20.
16. Latimer EA, Lecomte T, Becker DR, Drake RE, Duclos I, Piat M, et al. Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: results of a Canadian randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006;189:65–73.
17. Warner R, Taylor D, Powers M, Hyman J. Acceptance of the mental illness label by psychotic patients: effects on functioning. *Am J Orthopsychiatry* 1989; 59:398–409.
18. Lysaker PH, Davis LW, Warman DM, Strasburger A, Beattie N. Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: associations across six months. *Psychiatry Res* 2007;149:89–95.
19. Yanos PT, Roe D, Marus K, Lysaker PH. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv* 2008;59:1437–42.
20. Vauth R, Kleim B, Wirtz M, Corrigan PW. Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2007;150:71–80.
21. Goss C, Moretti F, Mazzi MA, Del Piccolo L, Rimondini M, Zimmermann C. Involving patients in decisions during psychiatric consultations. *Br J Psychiatry* 2008;193:416–21.
22. Goossens A, Zijlstra P, Koopmanschap M. Measuring shared decision making processes in psychiatry: skills versus patient satisfaction. *Patient Educ Couns* 2007;67:50–6.
23. Corrigan PW. Impact of consumer-operated services on empowerment and recovery of people with psychiatric disorders. *Psychiatr Serv* 2006;57: 1493–6.
24. Sells D, Black R, Davidson L, Rowe M. Beyond generic support: incidence and impact of invalidation in peer services for clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2008;59:1322–7.
25. Resnick SG, Rosenheck RA. Integrating peer-provided services: a quasiexperimental study of recovery orientation, confidence and empowerment. *Psychiatr Serv* 2008;59:1307–14.
66. Watson PWB, Garety PA, Weinman J, Dunn G, Bebbington PE, Fowler D, et al. Emotional dysfunction in schizophrenia spectrum psychosis: the role of illness perceptions. *Psychol Med* 2006;36:761–70.
67. Barrowclough C, Tarriner N, Humphreys L, Ward J, Gregg L, Andrews B. Self-esteem in schizophrenia: relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology. *J Abnorm Psychol* 2003;112: 92–9.
68. Stengard E. Caregiving types and psychosocial well-being of caregivers of people with mental illness in Finland. *Psychiatr Rehabil J* 2002;26: 154–64.
69. Bebbington PE, Bhugra D, Brugha T, Singleton N, Farrell M, Jenkins R, et al. Psychosis, victimisation and childhood disadvantage. Evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *Br J Psychiatry* 2004;185:220–6.
70. Garety PA, Fowler DG, Freeman D, Bebbington P, Dunn G, Kuipers E. Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008;192: 412–23.
71. O'Brien MP, Zinberg JL, Ho L, Rudd A, Kopelowicz A, Daley M, et al. Family problem solving interactions and 6-month symptomatic and functional outcomes in youth at ultra-high risk for psychosis and with recent onset psychotic symptoms: a longitudinal study. *Schizophr Res* 2009;107:198–205.
72. Kuipers L, Bebbington PE. Relatives as a resource in the management of functional illness. *Br J Psychiatry* 1985;147:465–70.

ciąg dalszy piśmiennictwa ze str. 29

Komentarz



**Dr hab. n. med.,
Marta Anczewska,
prof. nadzw. IPiN**

Przeczytanie powyższego artykułu zachęciło mnie do zaprezentowania sylwetki autora szerokiemu gronu czytelników *Psychiatrii po Dyplomie*. Profesor Richard Warner od lat jest orędownikiem reorganizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej mającej służyć społecznemu włączeniu i umocnieniu – uwłasnowolnieniu (empowerment) osób z doświadczeniem choroby psychicznej. Zainteresowania naukowe profesora koncentrują się wokół koncepcji zdrowienia (recovery) oraz czynników ułatwiających i utrudniających ten proces. Przez blisko trzydzieści lat kierował Centrum Zdrowia Psychicznego okręgu Boulder w Colorado. Praktyka zawodowa i dokonania badawcze skłoniły go do założenia Ośrodka Zdrowienia dla osób z doświadczeniem zaburzeń psychicznych w Boulder. Ośrodek ten zapewnia 24-godzinną opiekę psychiatryczną stacjonarną i ambulatoryjną przez 7 dni w tygodniu. Poza oddziaływaniami medycznymi i psychologicznymi oferuje pacjentom rehabilitację psychospołeczną świadczoną w formie wspieranego zatrudnienia, pomocy w kształceniu się, jak również możliwości aktywnego wypoczynku i współtworzenia wspierającego środowiska. Model

I Klinika Psychiatryczna
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

ten wpisuje się w założenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, który promuje opiekę środowiskową świadczoną lokalnym wspólnotom społecznym przez Centrum Zdrowia Psychicznego.

Dzięki wieloletnim obserwacjom klinicznym zmienił się pogląd na temat niekorzystnego, deteriorującego przebiegu zaburzeń psychotycznych. Powszechnie znane i szeroko cytowane są wieloletnie badania katamnetyczne schizofrenii (Bleuler 1974, Ciompi 1980), poważnych chorób psychicznych (Harding i wsp. 1987), psychoz (Tsuang i wsp. 1979), zaburzeń psychotycznych (Harrison i wsp. 2001), z których wynika, że stan odpowiednio 68, 53, 68, 46 oraz około 50% pacjentów poprawia się, a przebieg choroby jest u nich korzystny. Ich autorzy poprawę oceniają w aspekcie stanu klinicznego (brak ostrych objawów psychotycznych i negatywnych), przebiegu choroby (brak hospitalizacji) oraz poziomu funkcjonowania.

Obecnie przyjmuje się szeroką definicję zdrowienia. Nie pomija się w niej wagi kontrolowania objawów i przezwyciężania deficytów wynikających z zaburzeń psychicznych, ale ważna jest akceptacja zmian i ograniczeń, jakie niesie ze sobą choroba, istotne staje się jej oswojenie, odbudowywanie siebie w codziennym życiu, a nie tylko radzenie sobie z nią. Zgodnie z tą koncepcją zdrowienia (Davidson i wsp., 2008) w lokalnym środowisku powinien funkcjonować holistyczny model pomocy, w którym ośrodki zorientowane na odzyskiwanie zdrowia tworzą system interwencji i wsparcia zbliżony do pozapsychiatrycznego sposobu leczenia. Osoby korzystają

ce z proponowanych przez ośrodek usług kontynuują swoje aktywności życiowe. Część użytkowników zdrowieje, pozostali zyskują dostęp do wsparcia środowiskowego pozwalającego na włączanie choroby do ich życia jako elementu wielowymiarowej egzystencji.

Wydaje mi się, że do rozważań autora na temat dowodów naukowych przemawiających za słusznością koncepcji zdrowienia warto dołączyć te pozanaukowe, jakimi są coraz częściej publikowane relacje z pierwszej ręki. Ozdrowiali pacjenci dzielą się swoimi doświadczeniami w przezwyciężaniu ograniczeń, jakie powoduje choroba oraz sposobami na smakowanie życia, pomimo rozpoznanych schorzeń. Tworzą ośrodki samopomocy, edukują społeczeństwo, prowadzą kampanie na rzecz przestrzegania praw osób chorych, propagują ideę współdecydowania i partnerstwa w leczeniu. Jednym słowem działają na rzecz „powrotu do zdrowia”. Oto kilka przykładów ich wypowiedzi:

Celem zdrowienia nie jest osiągnięcie normalności. Celem jest spełnienie ludzkiego powołania, którym jest osiągnięcie głębi człowieczeństwa.

Deegan, 1996 a, str. 92

Przyjaciel, socjolog, zwrócił mi uwagę, że nie jesteśmy tylko chorzy psychicznie, jesteśmy także pisarzami, lekarzami, rybakami, mężami, żonami i dziećmi. Dla wielu z nas problemy psychiczne są naprawdę tylko fragmentem naszego istnienia.

Goldowsky, 2003, s. 823

Nie mówcie mi, że zdrowienie nie jest oparte na dowodach naukowych. Ja jestem tym dowodem.

Pacjentka (w: Davidson i wsp., 2006, s. 640)