

Nadzieja w psychiatrii

Beate Schrank, Mark Hayward, Giovanni Stanghellini, Larry Davidson

Adv. Psychiatr. Treat. 2011 17:227-235

Nadzieja od dawna była uważana za istotną zmienną w dyscyplinach medycznych, jednak niewiele uwagi poświęcano temu pojęciu oraz związanym z nią implikacjom klinicznym i badawczym w psychiatrii. W tym artykule naświetlono kwestię nadziei z czterech różnych perspektyw, mających znaczenie w badaniach i praktyce psychiatrycznej. Czworo autorów omawia pojęcie nadziei z perspektywy swoich kompetencji, prezentując przegląd filozoficznych, konceptualnych, badawczych i związanych ze zdrowieniem poglądów dotyczących nadziei w psychiatrii.

Od stuleci nadzieja była przedmiotem zainteresowania w różnych kulturach. Szczególnie zyskiwała na znaczeniu w okresach kryzysu i pragnienia zmiany. Niejednokrotnie pojęcie nadziei interpretowano w kontrowersyjny sposób – w mitologii greckiej nadzieja znajduje się wśród plag wydostających się z puszki Pandory, natomiast w tradycji judeochrześcijańskiej jest traktowana jako wartość i duchowy dar pochodzący od Boga.

Karl Menninger postrzegał nadzieję jako nierozłączną z wykonywaniem zawodu psychiatry; ważny czynnik inicjujący zmianę terapeutyczną, gotowość uczenia się i dążenia do indywidualnego dobrostanu.¹ Obecnie w piśmiennictwie psychiatrycznym znajdują się co najmniej trzy uzasadnienia, dlaczego nadzieja jest ważnym czynnikiem w praktyce i badaniach psychiatrycznych. Po pierwsze, nadzieja ma kluczowe znaczenie dla pojęcia zdrowienia z chorób psychicznych. Uważa się, że nadzieja jest czynnikiem inicjującym i podtrzymującym proces zdrowienia.² Po drugie, ma kluczowe znaczenie dla pojęcia odporności.³ Po trzecie, leży u podstaw adaptacji człowieka i zmiany terapeutycznej,^{4,5} będąc stale identyfikowana przez pacjentów i terapeutów jako kluczowy czynnik w psychoterapii.⁶ W psychiatrii, dziedzinie, w której istnienie lub brak nadziei może mieć szczególnie głębokie konsekwencje, poświęcano jednak niewiele uwagi samemu pojęciu nadziei, a także jego implikacjom klinicznym i badawczym.

Dlatego autorzy artykułu przedstawili niektóre refleksje dotyczące nadziei z perspektywy własnych swoistych kompetencji. Każdy napisał jeden podrozdział, a wnioski autorzy opracowali wspólnie. Przedstawienie nadziei z tych różnych perspektyw miało na celu pobudzenie do dyskusji i badań dotyczących tego zagadnienia w psychiatrii.

Rozważania filozoficzne dotyczące nadziei w chorobach psychicznych

Giovanni Stanghellini

Aby zrozumieć pojęcie nadziei w psychopatologii, trzeba zwrócić szczególną uwagę na zależność między znaczeniem a przyjmowaniem. Nadzieja, postawa zorientowana na przyszłość, umożliwia zachowanie ciągłości między przeszłością, teraźniejszością a przyszłością, która może zostać utracona podczas choroby. Dlatego stanowi warunek wstępny nadawania nowych znaczeń przeszłości i pokonywania związanych z tym trudności.

CZAS A CHOROBA

Poważne choroby psychiczne można interpretować jako zaburzenia przeżywania czasu, a dokładniej jako zamrożenie strumienia czasu prowadzące do utraty kompatybilności

Beate Schrank, rezydent psychiatrii, Medical University of Vienna, Austria. Interesuje się szczególnie badaniami dotyczącymi psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz wykorzystaniem pojęć psychologicznych w badaniach nad zdrowieniem z poważnych chorób psychicznych.

Mark Hayward, dyplomowany psycholog kliniczny, University of Surrey, Guilford, UK. Jego specjalistyczne zainteresowania i publikacje dotyczą czterech obszarów: doświadczeń związanych ze słyszeniem głosów, zaangażowania osób korzystających z psychiatrycznej opieki zdrowotnej i ich opiekunów w szkolenia i badania, sprowadzenia szkoleń dotyczących zrozumieniu psychozy i doświadczeń psychotycznych z perspektywy psychologicznej oraz leczenia ukierunkowanego na zdrowienie.

Giovanni Stanghellini, profesor psychologii dynamicznej i psychopatologii, University G. d'Annunzio, Chieti, Italy. Jest autorem licznych publikacji dotyczących filozoficznych uwarunkowań psychopatologii, a także podatności na schizofrenię i zaburzenia afektywne dwubiegunowe.

Larry Davidson profesor psychiatrii i dyrektor Yale Program for Recovery and Community Health, Yale University, New Haven, USA. Zajmuje się procesami zdrowienia w chorobach psychicznych i uzależnieniach, oceną innowacyjnych grup wsparcia, a także kształtowaniem i oceną polityki mającej na celu promowanie transformacji systemów oferowania opieki zorientowanej na zdrowienie.

Adres do korespondencji: Beate Schrank, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical University of Vienna, Waehringerguertel 18-20, 1090 Vienna, Austria. E-mail: beate.schrank@medunwien.ac.at. Konflikt interesów: brak.

przeszłości, terażniejszości i przyszłości.^{7,8} Przeżywanie czasu w świecie psychotycznym jest zawieszony między beznadzieją i desperacją a fanatycznym i bezpodstawnym rodzajem zaufania – oczekiwaniem na nadanie nowego znaczenia.

Chorzy na schizofrenię, szczególnie we wczesnej fazie choroby, są zafiksowani na oczekiwaniu na coś (*ante festum*), czego znaczenie odmieni ich życie, nada im nową tożsamość lub pozwoli zyskać głęboki wgląd w najskrytsze tajemnice wszechświata. Osoby z rozpoznaniem osobowości z pogranicza (*borderline*) są uwięzione w pułapce wiecznej terażniejszości (*intra festum*), sposobie traumatycznej egzystencji, która pomija wykształcenie jakiegokolwiek osobistego znaczenia. Takie osoby nie mogą uczyć się z przeszłych doświadczeń, ani skutecznie projektować ich w przyszłość. W zamian biorą udział w ciągłym ponownym odtwarzaniu tego samego rodzaju stresującego doświadczenia.

Być może najlepszym przykładem łączności między zaburzeniami przeżywania czasu, pozbawianiem znaczeń i chorobami psychicznymi jest sposób przeżywania rzeczywistości przez chorych na dużą depresję. Dochodzi w niej do zaburzenia normy czasu, tzn. sprawczości. Żyjemy i doświadczamy w sprawczy sposób. Norma czasu, nasze *modus vivendi*, jest „niedokonana”, ponieważ powracamy do nowych problemów, zanim znajdziemy „dokonane” rozwiązanie dla starych. Duża depresja jest patologią sprawczości.⁹ W psychozach depresyjnych stopień rozbieżności między przeszłością, terażniejszością i przyszłością osiąga maksymalne nasilenie. Przy zablokowaniu sprawczości przeszłość staje się archiwum nieskutecznych działań, natomiast przyszłość wydaje się niedostępna. Również niezgodność między osobistym a obiektywnym (interpersonalnym) przeżywaniem czasu jest doświadczana jako znikanie czasu (brak rozwoju istnienia w strumieniu obiektywnego czasu) i nierzeczywistość (ponieważ poczucie rzeczywistości jest związane z koegzystencją świata i siebie samego). Typowe urojenia depresyjne są sposobem, w jaki chorzy są zmuszeni do odczytywania historii swojego życia. Przeważnie urojenia winy obrazują przytłaczający wpływ przeszłości. Historia życia jest przeżywana jako bezpowrotnie utracona, przeszłość jako niewybaczalna wina, przyszłość jako nieuchronna katastrofa, zaś terażniejszość – jako ruina nie do naprawienia. Osoby dotknięte dużą depresją żyją w trybie *post-festum*, w którym wszystko, co istotne, już się wydarzyło, co oznacza, że wszystkie terażniejsze i przyszłe zdarzenia są całkowicie zdeterminowane przez przeszłość, a przeszłość oznacza czas, w którym doszło do popełnienia niewybaczalnych czynów. Znaczenie tego, co się dzieje teraz, i tego, co się wydarzy w przyszłości, jest jedynie konsekwencją przeszłych win.

CZAS A ŚWIADOMOŚĆ

Jak można było zaobserwować na przykładzie chorób psychicznych, istnieje silna zależność między znaczeniem (i zaburzeniami nadawania znaczeń) a przeżywaniem czasu. W codziennym życiu świadomość charakteryzuje się wynikaniem poziomym – celowym ujednolicaniem doświadczeń/

świadomości wraz z upływem czasu.¹⁰ Przede wszystkim nie doświadczamy przeszłości, terażniejszości i przyszłości (tego, co Husserl określa mianem *retentio*, *praesentatio* i *protentio*) jako bytów rozłącznych, ale przeżywamy je w sposób ciągły (jako strumień). Przeszłość oznacza zapisywanie tego, co już się zdarzyło, zaś przyszłość – projekcję tego, co ma się zdarzyć. Zapamiętywanie polega na tym, że przeszłość tylko celowo może być zawarta w terażniejszości (przeszłość, mówiąc dosłownie, nie istnieje). Samoświadomość oznacza połączenie *retentio* – *protentio* – *praesentatio*. Samą istotą pojęcia nadziei jest przywracanie łączności między przeszłością, terażniejszością i przyszłością, do utraty której dochodzi podczas choroby. Nadzieja odtwarza strumień przeżywanego czasu i sprawczości.

W egzystencji człowieka doświadczenia nabywają znaczenia wraz z upływem czasu, a dynamika tego procesu jest wysoce nieliniowa. Nie tylko przeszłe doświadczenia (zapamiętane znaczenia) wpływają na przyszłość (znaczenia projektowane), ale również to, czego się spodziewamy wpływa na znaczenie przeszłych doświadczeń. Nadzieja, będąc postawą zorientowaną na przyszłość, jest integralnym elementem projekcji i dlatego staje się warunkiem wstępnym nadawania nowych znaczeń przeszłości i radzenia sobie z nią. Nadzieja jest przede wszystkim zorientowanym na przyszłość oczekiwaniem osiągnięcia wartościowych celów osobistych, które nadadzą lub przywrócą znaczenie wcześniejszym doświadczeniom. Zorientowanie na przyszłość przywraca nowe znaczenie (znaczenia) przeszłości. Ponieważ proces zdrowienia w psychiatrii często opiera się na przywracaniu znaczeń lub nadawaniu nowych znaczeń przeszłym doświadczeniom, nadzieja może być postrzegana jako warunek wstępny zdrowienia.

Filozoficzne rozważania dotyczące istoty nadziei i jej znaczenia dla choroby i leczenia w psychiatrii stanowią ważną podstawę dla zrozumienia tego zjawiska, jego klasyfikacji i operacjonalizacji. W przeciwieństwie do filozoficznego odzwierciedlenia nadziei, które w kulturowej tradycji zachodu może sięgać wstecz przynajmniej do mitologii greckiej, proces udostępniania tego pojęcia badaniom naukowym rozpoczął się dopiero w ostatnich dziesięcioleciach. Te empiryczne konceptualizacje, które opracowywano od lat 70. XX wieku, są opisane w następnym rozdziale.

Koncepcje nadziei w badaniach dotyczących zdrowia

Beate Schrank

Od czasu wprowadzenia tego pojęcia do dziedziny badań akademickich w latach 60. XX wieku tworzone różne koncepcje nadziei, opierając się na różnorodnych podstawach teoretycznych.

DEFINICJE OPARTE NA EMOCJACH

Niektóre wczesne definicje nadziei można opisać jako opierające się przede wszystkim na emocjach. Lynch¹¹ definiuje na-

dzieję jako „podstawową wiedzę i poczucie, że istnieje wyjście z trudnej sytuacji, że są rozwiązania oraz że jako ludzie jesteśmy w stanie coś osiągnąć w naszej rzeczywistości wewnętrznej i zewnętrznej.” Podobnie Lazarus¹² opisuje nadzieję jako „przekonanie, że coś pozytywnego, co aktualnie nie ma miejsca w czymś życiu, ciągle może się zdarzyć.” Zgodnie z tymi koncepcjami aktualnie niesatysfakcjonujące okoliczności życiowe są podstawowym warunkiem nadziei. Nadzieja na lepsze pojawia się z sytuacjach deprywacji, wymagań lub zagrożeń. Lazarus przedstawia dwa powody, aby traktować nadzieję jako emocję. Po pierwsze, nadzieja wynika częściowo z silnego pragnienia znalezienia się w innej sytuacji. Po drugie, pojawia się dzięki wrażeniu, że jest to możliwe dzięki własnym wysiłkom lub siłom zewnętrznym. Jednym z głównych zarzutów wobec powyższej i podobnych teorii jest wyłączenie nadziei w obliczu możliwości poprawy już satysfakcjonującej sytuacji.¹³ Zgodnie z kolejnymi definicjami nadzieja oznacza „stopień, w jakim jednostka antycypuje swoją przyszłość”¹⁴ lub „poczucie możliwości, wewnętrznej dyspozycji lub zasobów do radzenia sobie”.¹⁵ Te oparte na emocjach koncepcje były krytykowane za niejasność i wtórną do tego trudność do ilościowej oceny.¹⁶

DEFINICJE OPARTE NA PRZEKONANIACH

Inne koncepcje nadziei można uznać za oparte przede wszystkim na przekonaniach. Na przykład jedna z nich¹⁷ utożsamia nadzieję z przewidywaniem osiągnięcia celu. Zgodnie z tą koncepcją subiektywnie oceniane prawdopodobieństwo osiągnięcia celu jest równe wielkości nadziei. W tym przypadku nadzieja odnosi się tylko do celów, które można osiągnąć dzięki własnym możliwościom, dlatego jest ograniczona do zdarzeń kontrolowanych przez „okoliczności wewnętrzne”.¹⁶ Breznitz¹⁸ również opisuje nadzieję jako stan poznawczy, odróżniając przeciwstawne stany bezsilności i nadziei oraz zaznaczając, że nadzieja pojawia się po stanie bezsilności. Zgodnie z tą koncepcją, swoiste informacje (np. dotyczące perspektywy wyleczenia) mają podstawowe znaczenie w wykształceniu przekonań warunkujących nadzieję. Podobnie jak w definicjach opartych na emocjach Lyncha i Lazarusa, warunkiem podstawowym jest wyjściowa niekorzystna sytuacja.

DEFINICJE OPARTE NA EMOCJACH I PRZEKONANIACH

Kilku autorów proponowało koncepcje nadziei, których podstawowymi fundamentami były jednocześnie emocje i przekonania. Na przykład Staats¹⁹ definiuje poznawczy aspekt nadziei jako „oczekiwanie jakiegoś przyszłego wydarzenia, które z pewnym prawdopodobieństwem wystąpi”, natomiast aspekt emocjonalny jako „spodziewanie się przyjemnych wydarzeń lub dobrych wyników”. Zgodnie z tą koncepcją nadzieja dotyczy przyszłych określonych wydarzeń, których sobie życzymy, związanych z pozytywnymi emocjami i charakteryzujących

się pewnym ocenianym subiektywnie prawdopodobieństwem wystąpienia. Według Urlicha²⁰ przy przeżywaniu nadziei poczuciu mocy, odwagi i pewności towarzyszy „pragnienie podkreślenia swojego autorytetu” w związku z poznawczą postawą wobec przyszłości lub pozytywnych celów. Osoba mająca nadzieję szczerze pragnie czegoś nie jest pewna, czy to osiągnie i niecałkowicie kontroluje osiągnięcia celu lub całkiem nie ma na to wpływu. Urlich zakłada, że przy przeżywaniu nadziei pragnienie przewyższa pewność, natomiast spodziewamy się innego obrotu spraw. Ta koncepcja nadziei spotkała się z krytyką ze względu na to, że oznacza tylko swobodną kategorię oczekiwania, tzn. oczekiwanie na realizację niepewnego celu.¹⁶

Najbardziej znaczącym przykładem koncepcji nadziei opartej jednocześnie na przekonaniach i emocjach jest teoria opracowywana przez Snydera i wsp. od początku lat 80. XX wieku. Obejmuje dwa wzajemnie powiązane ze sobą elementy, takie jak cel, zdefiniowany jako zdeterminowanie do osiągnięcia konkretnych efektów, i strategię osiągnięcia, zdefiniowane jako sposoby realizacji celów. Pojęcia te są rozumiane jako wzajemnie powiązane, addytywne i pozytywnie powiązane, ale nie należy ich traktować jako synonimów. Trzecim elementem tej koncepcji są cele zdefiniowane jako poznawczy element leżący u podstaw nadziei, stanowiący punkt wyjścia aktywności psychicznej.¹³ Zgodnie z tą teorią nadzieja oznacza przede wszystkim sposób myślenia, natomiast uczucia odgrywają ważną, lecz uzupełniającą rolę. Wizja sukcesu w osiąganiu osobistego celu wpływa na odczuwane emocje.

Na podstawie teorii nadziei Snydera opracowano kilka skal oceny. Spotykały się one z licznymi zarzutami, włączając to, że mierzą nie tyle nadzieję, co po prostu uogólnione poczucie własnej skuteczności i przewidywanie rezultatu.²¹ Ze względu na to, że osiągnięcie celu zależy od indywidualnych działań, koncepcja Snydera wyklucza cele uzależnione przede wszystkim od okoliczności zewnętrznych, a także odczuwanie bezsilności i nadziei.

DEFINICJE WIELOWYMIAROWE

Kolejny ważny sposób rozumienia nadziei w praktyce medycznej wywodzi się z nauki pielęgniarstwa. Powszechnie uważa się, że pielęgniarki są odpowiedzialne za zrozumienie, zaszczepianie i wzmacnianie nadziei w praktyce klinicznej. Uwzględniając tę kluczową rolę nadziei w profesji pielęgniarstwa, przeprowadzono wiele badań pacjentów z poważnymi chorobami somatycznymi, również w stanach terminalnych, oraz z zaburzeniami psychicznymi. Na podstawie uzyskanej wiedzy opracowano liczne wielowymiarowe koncepcje nadziei, które uwzględniały również takie czynniki jak indywidualne cechy osoby żywiącej nadzieję oraz różne czynniki osłabiające lub podtrzymujące nadzieję.^{22,23} (Skala Miller Hope jest dostępna za darmo od Judith Miller, Sinclair School of Nursing, University of Missouri, Columbia, MO 65211, USA. E-mail: millerjud@missouri.edu)

DEFINICJE OPARTE NA KONSENSUSIE

Jednym z podstawowych wstępnych warunków wykorzystywania pojęcia nadziei w praktyce psychiatrycznej i badaniach jest wyczerpujące i precyzyjne zdefiniowanie nadziei. Autorzy opracowali taką definicję na podstawie systematycznego przeglądu piśmiennictwa.⁶ Uwzględniając wszystkie koncepcje nadziei opublikowane wcześniej w piśmiennictwie dotyczącym zdrowia, można zidentyfikować wiele kluczowych wymiarów stanowiących integralne elementy tego pojęcia (tab. 1). Należą do nich: a) czas, zarówno przeszłe doświadczenia, jak również ważne przyszłe źródła nadziei, b) szerokie i swoiste cele, c) kontrola, która może mieć charakter wewnętrzny (osobista aktywność) lub zewnętrzny (czynniki środowiskowe i okolicznościowe), d) relacje, takie jak partnerstwo i duchowość lub poczucie celu w życiu, oraz e) cechy osobiste, takie jak wewnętrzna siła, motywacja i energia do realizowania celów. Pojęcie obejmuje f) odniesienie do rzeczywistości polegające na subiektywnym uznaniu pożądanego rezultatu lub celów za możliwe do osiągnięcia oraz g) umożliwia pojawienie się nadziei na podłożu niekorzystnej, ale także dobrej sytuacji wyjściowej, tzn. w związku z pragnieniem poprawy niepożądanego lub satysfakcjonującej sytuacji.

Opublikowane dotychczas badania dotyczące nadziei w chorobach psychicznych posługują się różnymi jej koncep-

cjami i narzędziami oceny.⁶ Chociaż ta różnorodność pomiarów może ograniczać możliwość ilościowych porównań wyników badań, to i tak można wyciągnąć wiele cennych wniosków dotyczących znaczenia nadziei w chorobach psychicznych. W następnej części omówiono niektóre istotne pytania dotyczące stanu współczesnych badań nad nadzieją w psychiatrii.

Nadzieja w badaniach psychiatrycznych

Mark Hayward

Holloway²⁴ uważa nadzieję za decydujący czynnik w procesie zdrowienia, stwierdzając, że:

„cztery elementy pojęcia zdrowienia zidentyfikowane przez Resnick [satysfakcja życiowa, nadzieja i optymizm, umacnianie, informacja] nie są powszechnie uznawane za wyjątkowo istotne w trwającym procesie zdrowienia, chociaż niewątpliwie nadzieja często odgrywa kluczową rolę.”

Co zatem jest dowodem potwierdzającym kluczową rolę nadziei? Czy można uzasadnić jej uniwersalność? Jeżeli tak, czy nadzieja u każdego wygląda tak samo? Co z doświadczeniami, w przypadku których nie istnieje wspólne poczucie tymczasowości?

ILOŚCIOWE DOWODY DOTYCZĄCE NADZIEI

Pod wpływem tych pytań zaczęto rozważać, co jest uważane za dowody. Doświadczenie badawcze autora, podpowiada, że przekonujące dowody mają przede wszystkim charakter ilościowy i można je uogólniać, co oznacza, że mówimy o tym samym zjawisku. W swoim przeglądzie ilościowych danych z piśmiennictwa dotyczącego nadziei w psychiatrii⁶ Beate Schrank, Giovanni Stanghellini i inni poszukiwali terminów „nadzieja i wynik leczenia”. Znaleźli siedem badań w przeglądanych czasopismach dotyczących osób z problemami ze zdrowiem psychicznym, dotyczących pacjentów z różnymi rozpoznaniem i wykorzystujących różne sposoby oceny nadziei (w tabeli 2 przedstawiono szczegółowe informacje dotyczące wszystkich badań zidentyfikowanych w tym przeglądzie). W trzech z nich wykorzystywano opisaną powyżej teorię nadziei Snydera, zgodnie z którą nadzieja wywiera wpływ za pośrednictwem trzech odrębnych elementów. Irving i wsp.^{25,26} sugerują, że leczenie powinno uwzględniać swoiste potrzeby pacjenta związane z nadzieją. Jeżeli na przykład chory ma trudności z myśleniem ukierunkowanym na cel, należy skoncentrować się na interwencjach motywacyjnych. Badacze ci sugerują również, że interwencje psychoterapeutyczne powinny być ukierunkowane na aktywny element nadziei w różnych stadiach terapii. Na przykład we wczesnym stadium terapii należy skoncentrować się na ustalaniu celu, zaś w środkowych i późnych stadiach – pracować nad sposobami jego realizacji.

Teoria nadziei Snydera była wykorzystywana również przy opracowywaniu interwencji ukierunkowanych na wzmocnienie nadziei. Cheavens i wsp.²⁷ zaproponowali osiem sesji te-

Tabela 1. Kluczowe wymiary pojęcia nadziei

Wymiar	Wyjaśnienie
Czas	
Przeszłe doświadczenia	Np. przekonanie, że przeszłe doświadczenia przygotowują nas do przyszłości
Odniesienie do przyszłości	Niecierpliwie oczekiwanie pozytywnych przyszłych wydarzeń, planowanie i działanie ukierunkowane na cel
Cele	
Szerokie	Raczej mgliste cele
Konkretne	Dobrze zdefiniowane cele
Kontrola	
Wewnętrzna	Osobista aktywność ukierunkowana na osiągnięcia celu
Zewnętrzna	Czynniki środowiskowe i sytuacyjne wpływające na osiągnięcie celu
Relacje	Takie jak związki, relacyjny aspekt opieki medycznej, duchowość, poczucie sensu i celu w życiu, podstawowe zaufanie do świata nadające sens
Cechy osobiste	Oznaczone na przykład wewnętrzną siłą, motywację i energię do realizacji celów
Powiązanie z rzeczywistością	Subiektywne postrzeganie pożądanego rezultatu jako możliwych do zaistnienia
Sytuacja wyjściowa	
Pozytywna	Nadzieja może pojawić się w korzystnej i niekorzystnej sytuacji wyjściowej
Negatywna	

rapii opartej na kształtowaniu nadziei, aby zwiększać myślenie związane z nadzieją i aktywność ukierunkowaną na cel. Wykorzystywali podejście oparte na mocnych stronach, żeby nauczyć pacjenta ustalania celów, opracowywania różnych sposobów ich realizacji, identyfikowania źródeł motywacji i monitorowania postępu leczenia. Terapię ukończyło 32 uczestników (18 z rozpoznaniem zaburzeń osi I; 14 bez rozpoznania). Relacjonowali większe poczucie celu, jednak nie obserwowano różnic dotyczących sposobów jego osiągnięcia. Uzyskane wyniki wiązano z krótkim czasem trwania terapii i interpretowano jako kolejny dowód na znaczenie odrębnych elementów wyróżnianych teorii nadziei na różnych etapach terapii.

Teoria nadziei Snydera oznacza w dużym stopniu liniowe rozumienie terapeutycznych korzyści wynikających z nadziei, z jasno zdefiniowanymi etapami, drogami i celami. Związana z nią interwencja może być w zasadzie zastosowana u każdego i co najważniejsze, podlega zmierzaniu. Z doświadczenia klinicznego autora wynika co innego. Jakościowe zaangażowanie się w narrację pacjentów umożliwia respektowanie różnic między definicjami nadziei przyjmowanymi przez różne osoby, uwzględnianie indywidualnego nacisku na proces i cel oraz istotnych czynników kulturowych i związanych z przeżywaniem czasu. Czy to prawda, że nadzieja jest związana tylko z wspólnym liniowym przeżywaniem czasu i nie występuje w przypadku zaburzeń przeżywania czasu? Jak należy traktować te nieokreślone przebłyski nadziei, jak uczucie miłości, których nie można wyrazić słowami? Dlaczego współdzielenie temporalizacji czasu jest niezbędne do współdzielenia rzeczywistości? Jak można rozważać komunikację z osobami, których przeżywanie czasu (a zatem również rzeczywistości) nie jest synchroniczne z większością, np. z pacjentami w stanie psychozy?

JAKOŚCIOWE DOWODY DOTYCZĄCE NADZIEI

Andresen i wsp.²⁸ przeprowadzili rygorystyczną jakościową analizę występowania nadziei wśród czynników zdrowienia z poważnych zaburzeń psychicznych. Stwierdzili, że nadzieja występowała mniej więcej w 80% przypadków przeglądanych relacji, artykułów i badań. Analiza i interpretacja uzyskanych dowodów sugerowała, że nadzieja jest jednym z czterech elementów psychicznego zdrowienia (obok niej wyodrębniano takie elementy, jak poczucie tożsamości, sensu życia i odpowiedzialności). Wyróżniano pięć rozłożonych w czasie etapów nadziei: moratorium, świadomości, przygotowania, przebudowy i rozwoju). Autorzy uznali, że nadzieja może stymulować i podtrzymywać zdrowienie. Jej źródłem może być sam pacjent lub inne osoby.

Mniej zinterpretowaną postać jakościowych dowodów przedstawili Chandler i Hayward,²⁹ którzy opisali dziewięć niepublikowanych relacji dotyczących zdrowienia z doświadczenia psychozy. O nadziei wspomniano w nich 56 razy i była ona związana ze osobą pacjenta lub z innymi ludźmi (ramka). Zgodnie z elementami teorii nadziei, z tych narracji rysuje

się obraz nadziei jako stanu ukierunkowanego na proces (sposoby osiągnięcia) i wynik (cele). Nowym elementem jest podkreślenie znaczenia innych. Nadzieja może być zależna od relacji, może być podtrzymywana, demonstrowana lub przekazywana przez osoby z otoczenia w sposób dynamiczny i synchroniczny.

ŁĄCZENIE DOWODÓW?

Czego można się dowiedzieć o znaczeniu nadziei z tych różnych form dowodów oraz jakie są zależności między nimi? Ilościowa analiza nadziei pozostaje niezastąpiona do celów jej konceptualizacji i pomiarów oraz do oceny interwencji, które wywierałyby wpływ przez nadzieję. Z kolei pacjent najbardziej wierzy dowodom jakościowym. Z punktu widzenia tych dowodów nadzieja może wydawać się pojęciem surowym, idiosynkratycznym, niepewnym, przedcelowym i nieuchwytnym. Na tym niepewnym obszarze lekarz może poruszać się z trudem, a wspólny język między nim a pacjentem musi dopiero się wykształcić. Odcięcie się od nadziei, swoiście wyrażanej, może prowadzić do poczucia bezsilności po obu stronach. Konieczne jest uwzględnienie ilościowych i jakościowych aspektów nadziei, aby można było pójść dalej. W przeszłości preferowano metody dążące do eliminowania tego rodzaju różnic dla pacjentów, czego skutkiem był strukturalny brak równowagi między ogólnymi i swoistymi prawdami dotyczącymi nadziei. Badania ukierunkowane na zrozumienie roli nadziei w procesie zdrowienia muszą wyrównać tę nierównowagę przez stworzenie przestrzeni dla interpretacji liniowych i nieliniowych.

Zarówno wypowiedane w pierwszej osobie relacje osób zdrowiejących, jak i badania jakościowe sugerują, że nadzieja odgrywa kluczową rolę na wczesnym etapie w promowaniu zdrowienia. W następnej części omówiono różne mechanizmy, za pośrednictwem których nadzieja wywiera korzystny wpływ. Przedstawiono niektóre wynikające z tej wiedzy wnioski, które mogą doprowadzić do poprawy opieki nad osobami cierpiącymi na poważne choroby psychiczne.

Ramka

Wyrażenia spotykane w narracji związanej z nadzieją w procesie zdrowienia (Chandler, 2009)

Nadzieja na...	(osiągnięcie, uzyskanie..., kontynuowanie...)
Nadzieja na ...	(pomoc, stabilizację, przyszłość, zmianę)
Utrata nadziei...	(osobista i przez inne osoby doświadczające dyskomfortu)
Nadzieja związana z innymi	(„którzy mają problemy przeze mnie”)
Nadzieja ukierunkowana na innych	(czytelnika, lekarza, służbę zdrowia)
Modelowanie nadziei	(dla innych osób w trudnej sytuacji)

Tabela 2. Badanie oceniające zależność między nadzieją a wynikami leczenia u chorych z zaburzeniami psychicznymi

Badanie	Grupa pacjentów i rozpoznania	Uczestnicy n	Schemat	Interwencja	Narzędzie do badania nadziei	Wyniki
Cheavens i wsp. ²⁷	Pacjenci ambulatoryjni z rozpoznaniem depresji i zaburzeń lękowych	32	Randomizowane badanie kontrolowane	Oparta na wzbudzeniu nadziei terapia grupowa (osiem dwugodzinnych sesji raz w tygodniu wobec grupy kontrolnej z listy osób oczekujących na leczenie)	State Hope Scale (nadzieja jako stan)	Wyniki w skali oceny nadziei przed leczeniem i zmiana nasilenia nadziei między okresem przed leczeniem a okresem po leczeniu były predyktorami objawów depresyjnych i lękowych
Kraatz ³³ (2004)	Korzystające z psychoterapii osoby skarżące się na depresję i dystres	Nie podano	Niekontrolowane badanie dotyczące wyniku psychoterapii	Sześć sesji pomocy psychologicznej	State Hope Scale (nadzieja jako stan)	Poziom nadziei badanego przed leczeniem prognozował ustąpienie objawów psychicznego dyskomfortu, ale nie zmniejszenie nasilenia objawów depresji
Irving i wsp. ²⁶ (2004)	Korzystające z psychoterapii osoby z różnymi rozpoznaniemami	98	Randomizowane badanie kontrolowane	Grupy ukierunkowane na motywowanie, a następnie 12 tygodni terapii indywidualnej wobec samej terapii indywidualnej	State Hope Scale (nadzieja jako stan) i Dispositional Hope Scale (nadzieja jako dyspozycja)	Wyjściowe nasilenie nadziei prognozowało subiektywnie dobre samopoczucie i zmniejszenie nasilenia objawów, ale nie funkcjonowanie czy regulację emocjonalną po 11 sesjach terapii. Wyniki wyjściowe w określonych pozycjach skali nadziei były związane z pozytywnymi zmianami zmiennych klinicznych w początkowych i kolejnych sesjach terapeutycznych
Hart i wsp. ³⁴ (2001)	Młodzi dorośli chorujący na nawracającą dużą depresją	65	18-miesięczna obserwacja	Brak	Dispositional Hope Scale (nadzieja jako nastawienie)	Zmienne poznawcze i interpersonalne (w tym nadzieja, dysfunkcjonalny postawy i osobiste problemy) nie pozwalały na prognozowanie nawrotu depresji
Udelman i Udelman ³⁵ (1985)	Leczeni ambulatoryjnie chorzy z dystymią	20	Kontrolowane badanie kliniczne	3-miesięczne leczenie maprotyliną wobec grupy bez leczenia (w obydwu grupach stosowano psychoterapię)	Gottschalk Hope Scale	Wyniki oceny nasilenia nadziei przed leczeniem dodatnio korelowały z poprawą reakcji immunologicznej po leczeniu
Irving i wsp. ²⁵ (1997)	Weterani wojenni z Wietnamu z PTSD	72	Niekontrolowane badanie oceny wyników leczenia	6-22 tygodnie leczenia PTSD w warunkach szpitalnych	Dispositional Hope Scale (nadzieja jako nastawienie)	Wyjściowe wyniki oceny nasilenia nadziei nie różniły się u osób, które ukończyły leczenie, i tych, które je przerwały Wyniki oceny nasilenia nadziei były dodatnio skorelowane z większymi wartościami w pozycjach oceny radzenia sobie przy wypisie niż przy przyjęciu Abyz dochodził do wniosku, że nadzieja wywiera pozytywny wpływ na leczenie weteranów z powodu PTSD związanego z przeżyciami wojennymi
Johnson ³⁶ (2001)	Weterani wojenni z PTSD	Nie podano	Niekontrolowane badanie oceny wyników leczenia	Leczenie PTSD w warunkach szpitalnych	Dispositional Hope Scale (nadzieja jako nastawienie)	Nie stwierdzono, aby nadzieja wpływała na stopień zmniejszenia objawów PTSD lub jakość życia

Tabela 2. Badanie oceniające zależność między nadzieją a wynikami leczenia u chorych z zaburzeniami psychicznymi

Badanie	Grupa pacjentów i rozpoznania	Uczestnicy n	Schemat	Interwencja	Narzędzie do badania nadziei	Wyniki
Farley i Zimet ³⁷ (1987)	Dzieci z zaburzeniami od umiarkowanymi do poważnych, w tym na podłożu organicznym	62	Niekontrolowane badanie oceny wyników leczenia	Standardowe dzienne oddziały psychiatryczne przez średnio 2 lata (obserwacja przez 18 miesięcy po zakończeniu leczenia)	Gottschalk Hope Scale	Wyniki w skali oceny nadziei były niewielkim predyktorem poprawy podczas leczenia psychiatrycznego na oddziale dziennym i 1-1,5 roku od jego zakończenia Dzieci z wysokimi wynikami w skali nadziei przy przyjęciu na oddziały dzienne osiągały większą zmianę wyników w Rare Deviance po zakończeniu leczenia W grupie dzieci z zaburzeniami na podłożu organicznym wyniki w skali nadziei były dodatnio skorelowane ze zmianą wyników w skali neurotyzmu od początku do końca leczenia
Byrne i wsp. ³⁸ (1999)	Osoby z przewlekłymi chorobami psychicznymi w domach opieki społecznej	214	Randomizowane badanie kontrolowane	Cotygodniowe grupy edukacji zdrowotnej lub umacniające grupy edukacyjne przez 12 miesięcy (obserwacja przez 18 miesięcy)	Cantril Self-Anchoring Ladder	Osoby w grupie edukacji zdrowotnej, które wyjściowo miały niskie wyniki w skali oceniającej nadzieję na przyszłość charakteryzowało większe w porównaniu z osobą, która nie uczestniczyła w programie system ochrony zdrowia, a także zwiększenie o 13% (tzn. o wiele więcej niż przeciętnie) wyniku w Global Life Satisfaction (skala oceniająca ogólną satysfakcję z życia) po 18 miesiącach
Talimadge ³⁹ (2003)	Osoby korzystające z psychoterapii	Nie podano	Niekontrolowane badanie dotyczące psychoterapii	Pięć sesji psychoterapii	Dispositional Hope Scale (nadzieja jako nastawienie)	Nie stwierdzono zależności między nadzieją przed leczeniem a przedwczesnym wypadaniem z leczenia i gotowością do zmiany
Magyar-Moe ⁴⁰ (2004)	Osoby korzystające z pomocy psychologicznej	124	Niekontrolowane badanie dotyczące psychoterapii	Trzy sesje pomocy psychologicznej	Nie podano	Nadzieja na początku terapii była najlepszym predyktorem wyniku mierzonego jako dyskomfort powodowany przez objawy, natomiast wyniki w Personal Growth Initiative (inicjatywa rozwoju osobistego) były najlepszym predyktorem dobrego samopoczucia

PTSD – zaburzenie stresowe pourazowe

Źródło: Schrank i wsp. (2008), za pozwoleniem Wiley-Blackwell

Nadzieja a zdrowienie

Larry Davidson

DLACZEGO NADZIEJA SPRZYJA ZDROWIENIU

Byłem świadkiem istotnej poprawy stanu psychicznego i funkcjonowania młodego mężczyzny chorującego na schizofrenię i miałem możliwość zapytać go później o to, co według niego było najbardziej istotnym aspektem naszej wspólnej pracy terapeutycznej, którą wykonaliśmy w ciągu kilku lat. Odpowiedział: „Wierzył pan we mnie, nawet kiedy ja sam nie wierzyłem w siebie.” W takiej lub innej formie słyszę obecnie taką odpowiedź od wielu osób, które relacjonują, że jest to podstawa procesu zdrowienia. Patricia Deegan, która jest liderką ruchu pacjentów psychiatrycznej opieki zdrowotnej, również zwraca uwagę na znaczenie tego doświadczenia w jej życiu, określając je mianem zjawiska „namiastki nadziei”.³⁰ Jest to pierwszy z wielu sposobów traktowania nadziei jako punktu wyjścia procesu zdrowienia, który w tym przypadku pochodzi od kogoś z zewnątrz, kiedy pacjenci czują, że sami utracili większość nadziei.

Drugie doświadczenie związane z nadzieją, które odgrywa często kluczową rolę w promowaniu procesu zdrowienia na wczesnym etapie, było związane z grupami wsparcia osób borykających się z podobnymi problemami. W takich grupach uczestniczą wolontariusze lub pracownicy, zatrudnieni lub nie w ośrodkach zdrowia psychicznego. Osoby zmagające się

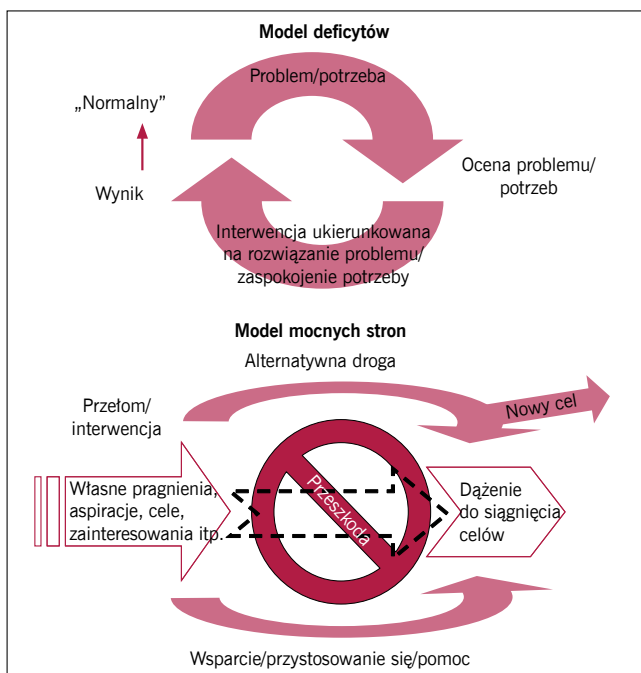
z chorobami psychicznymi opisywały uczucie zaskoczenia, mocy i inspiracji, którą uzyskiwały dzięki spotkaniu z kimś, kto znalazł się w podobnej sytuacji i pojawił się nie tylko, żeby opowiedzieć swoją historię, ale również stawał się pozytywnym przykładem. Wyjaśniają one, że przed spotkaniem takiej osoby, nie sądziły, że wyzdrowienie może być nawet odległą perspektywą. Nie miały świadomości, że ktoś cierpiący na tę samą chorobę, kto był w takim samym stopniu niesprawny jak oni, może z powodzeniem odzyskać możliwość prowadzenia mającego sens i dającego satysfakcję życia. Wzbudzenie nadziei wynikające z takich doświadczeń często stanowi pierwszy krok na drodze zdrowienia.

W przypadku innych osób, które załamały się pod wpływem choroby, wielokrotnych doświadczeń porażki, rozczarowania, odrzucenia, utraty i dyskryminacji, nadzieja może pojawić się dzięki innym czynnikom. Stwierdzono, że jednym ze źródeł nadziei często jest nieoczekiwane przeżycie przyjemności, nieoczekiwane – ponieważ te osoby już z niej zrezygnowały, uznając, że już nigdy nie doświadczą niczego, co sprawi im przyjemność. Z powodu zubożenia nie mają już środków, żeby uczestniczyć w wielu formach aktywności, z których wcześniej czerpały przyjemność. Z powodu odrzucenia i izolacji mogą już nie mieć wokół siebie osób, z którymi wspólnie mogłyby przeżyć coś przyjemnego. Z kolei wskutek zniechęcenia i utraty nadziei mogą być przekonane, że nie są w stanie przeżyć przyjemności lub na nią nie zasługują. U osób nadzieję mogą rozbudzić najmniejsze i najbardziej nieoczekiwane przyjemności, np. od wysączenia dużej szklanki mrożonej herbaty nad oceanem do możliwości wysłania kartek urodzinowych i ofiarowania świątecznych prezentów swoim bliskim.³¹

Mężczyźnie w średnim wieku, któremu zaoferowano kilka dodatkowych dolarów tygodniowo i poinstruowano go, żeby przeznaczył je dla siebie, na coś co sprawi mu radość, przyjemność sprawiało to, że mógł kupować sobie frytki i kawę oraz zjadać posiłek w towarzystwie kolegów z spotkań anonimowych alkoholików. Wyjaśnił, że dzięki temu, iż mógł zapłacić za swoje jedzenie w trakcie kolacji po spotkaniach, zmienił znajomych w przyjaciół. W jego przypadku prosta możliwość zjedzenia posiłku razem z przyjaciółmi była punktem zwrotnym procesu zdrowienia, ponieważ pozwoliła mu dostrzec świat możliwości, które wcześniej uznał za niedostępne. Powiedział:³²

„Z początku pojawiła się możliwość, żeby to robić, ponieważ miałem kilka dodatkowych dolarów co miesiąc. Było to jednak to, czego potrzebowałem, żeby zacząć działać, i doszedłem do punktu, w którym niekoniecznie zależało to od pieniędzy, po prostu odczuwałem potrzebę wyjścia z domu i zrobienia czegoś [...] to przypominało wydrążenie w kartce niewielkiej dziurki, którą stopniowo rozgrzebujesz i staje się coraz większa i większa [...] Ten projekt mnie otworzył. Może trochę przesadzam, jednak myślę, że bez tego byłoby mi trudno znaleźć inne wyjście [...] przełączyć się na jakiś inny tryb niż „nie mogę”.

Rycina. Przesunięcie od deficytu i skupieniu na problemie do koncentracji na mocnych stronach i rozwiązaniach (za: Davidson i wsp.,⁴¹ za pozwoleniem Wiley-Balckwell).



Dzięki dostrzeżeniu, że życie ciągle może mieć coś do zaoferowania, zobaczenia innego trybu niż „nie mogę”, osoby te są zachęcane, do podjęcia ryzyka niezbędnego do zdrowienia i zaczynają odkrywać w tym wartość. Podjęcie kroków zmierzających do wyzdrowienia wymaga wiary w siebie oraz przekonania, że te wysiłki ostatecznie się opłacą. Bez wiary w to, że wydarzą się dobre rzeczy, zrobione przeze mnie samego lub przez innych, nie mam powodu, żeby podejmować jakiegokolwiek działania.

IMPLIKACJE PRAKTYCZNE

Żeby promować rozbudzanie nadziei i pomagać osobom chorym psychicznie w doświadczaniu przyjemności, lekarze muszą zmienić podejście i przestać skupiać się na deficycie i problemie, a zamiast tego zwrócić uwagę na zasoby i rozwiązania (rycina). Zmiana jest jeszcze bardziej potrzebna w pesymistycznym nastawieniu do wyników leczenia, które sięga wstecz początków psychopatologii. Żeby przewyżżyć tę tradycję myślenia i związane z nią stygmat, lekarze muszą aktywnie dążyć do przekazywania chorym komunikatów bezpośrednio wzbudzających nadzieję, podkreślając, że wyzdrowienie nie tylko jest możliwe, ale również całkiem częste. Poza rozbudzaniem i wzmacnianiem zainteresowań i mocnych stron każdej osoby, postępowanie ukierunkowane na zdrowienie wymaga od lekarzy rozszerzenia ich tradycyjnie pojmowanej roli „naprawiania” ludzi na dodatkowe zadania związane z ułatwianiem dostępu do osiągnięcia sukcesu i przyjemności oraz dostarczania wsparcia środowiskowego, które może być konieczne, żeby pomóc danej osobie wykorzystywać te możliwości.

Podsumowanie

Proponowano wiele definicji nadziei, opierających się na podstawach filozoficznych i koncepcjach psychologicznych. Odzwierciedla to znaczenie nadziei w różnych dziedzinach medycyny, a także złożony charakter tego pojęcia oraz potencjalne ograniczenia w wykorzystywaniu narzędzi pomiarowych do tak skomplikowanego konstruktów. Żeby jednak możliwe były porównywalne badania, niezbędna jest wspólna definicja nadziei szeroko uwzględniająca wszystkie elementy.

W początkowych badaniach prospektywnych ustalono wiele korzyści wynikających z posiadania nadziei i oceniano interwencje terapeutyczne podtrzymujące nadzieję. Jednak podejścia oparte na definicji czy kwestionariuszach nigdy nie będą w stanie uwzględnić niektórych swoistych aspektów nadziei. Wynika to z różnorodnych konceptualizacji nadziei i zwraca uwagę na utrzymujące się znaczenie badań jakościowych.

Jakościowe dowody uzyskane z relacji pacjentów również sugerują sposoby wzbudzania nadziei inne niż ustrukturyzowane interwencje podtrzymujące nadzieję. Mogą to być proste i niewielkie rzeczy, takie jak niezmiennie przekonanie psychiatry, że pacjent wyzdrowieje, niespodziewane doświadczenie

przyjemności lub pojedyncza interwencja społeczna albo też doświadczenia w większym stopniu związane z leczeniem, jak wsparcie innych chorych.

Najważniejsza implikacja dla lekarzy wiąże się z ich własnym poczuciem braku nadziei oraz tym, w jakim stopniu mogą umożliwić proces zrozumienia i wzbudzania nadziei u pacjentów, którymi się opiekują. Z punktu widzenia badań, w celu pogłębienia zrozumienia, dlaczego i w jaki sposób nadzieja ma kluczowe znaczenie w procesie zdrowienia z zaburzeń psychicznych, potrzebne są dalsze prospektywne badania obserwacyjne i badania interwencji.

Informacja

Artykuł opiera się na sympozjum na temat nadziei w psychiatrii przeprowadzonym przez autorów na międzynarodowym zjeździe World Psychiatric Association w kwietniu 2009 roku we Florencji.

From the *Advances in psychiatric treatment* (2011), vol. 17, 227-235. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2011 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

1. Menninger K (1959) The Academic Lecture: Hope. *American Journal of Psychiatry* 116: 481-91.
2. Bonney S, Stickley T (2008) Recovery and mental health: a review of the British literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15: 140-53.
3. Ong AD, Edwards LM, Bergeman CS (2006) Hope as a source of resilience in later adulthood. *Personality and Individual Differences* 41: 1263-73.
4. Magaletta PR, Oliver JM (1999) The hope construct, will, and ways: their relations with self-efficacy, optimism and general well-being. *Journal of Clinical Psychology* 55: 539-51.
5. Hayes AM, Feldman GC, Beevers CG, et al (2007) Discontinuities and cognitive changes in an exposure-based cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 75: 409-21.
6. Schrank B, Stanghellini G, Slade M (2008) Hope in psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 118: 421-33.
7. Minkowski E (1933) *Le Temps Vécu: Études Phénoménologiques et Psychopathologiques*. Reprinted (1970) as *Lived Time: Phenomenological and Psychopathological Studies* (trans N Metzler). Northwestern University Press.
8. Kimura B (1992) *Essais de Psychopathologie Phénoménologique*. Presse Universitaire de France.
9. Straus EW (1947) Disorders of personal time in depressive states. *Southern Medical Journal* 40: 254-9.
10. Husserl E (1966) *The Phenomenology of Internal Time-Consciousness*. Indiana University Press.
11. Lynch WF (1965) *Images of Hope: Imagination as Healer of the Hopeless*. Helicon.
12. Lazarus RS (1999) Hope: an emotion and a vital coping resource against despair. *Social Research* 66: 653-78.
13. Snyder CR (2002) Hope theory: rainbows in the mind. *Psychological Inquiry* 14: 249-75.
14. Hinds PS (1984) Including a definition of hope through the use of grounded theory methodology. *Journal of Advanced Nursing* 9: 357-67.
15. Rustoen T (1995) Hope and quality of life, two central issues for cancer patients: a theoretical analysis. *Cancer Nursing* 18: 335-61.
16. Hammelstein P, Roth M (2002) Hoffnung – Grundzüge und Perspektiven eines vernachlässigten Konzeptes. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 23: 191-203.
17. Stotland E (1969) *The Psychology of Hope*. Jossey-Bass.
18. Breznitz S (1986) The effect of hope on coping with stress. In *Dynamics of Stress: Physiological, Psychological, and Social Perspectives* (eds MH Appley, R Trumbull). Plenum Press.

-
19. Staats S (1987) Hope: expected positive affect in an adult sample. *Journal of Genetic Psychology* 148: 357–64.
 20. Ulrich D (1984) Psychologie der Hoffnung. *Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie* 3: 375–85.
 21. Schwarzer R (1994) Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. *Diagnostica* 40: 105–23.
 22. Miller JF, Powers MJ (1988) Development of an instrument to measure hope. *Nursing Research* 37: 6–10.
 23. Herth K (1991) Development and refinement of an instrument to measure hope. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* 5: 39–50.
 24. Holloway F (2008) Is there a science of recovery and does it matter? Invited commentary on: Recovery and the medical model. *Advances in Psychiatric Treatment* 14: 245–7.
 25. Irving LM, Telfer L, Blake DD (1997) Hope, coping and social support in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* 10: 465–79.
 26. Irving LM, Snyder CR, Cheavens J, et al (2004) The relationships between hope and outcomes at the pretreatment, beginning, and later phases of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration* 14: 419–43.
 27. Cheavens JS, Feldman DB, Gum A, et al (2006) Hope therapy in a community sample: a pilot investigation. *Social Indicators Research* 77: 61–78.
 28. Andresen R, Oades L, Caputi P (2003) The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 37: 586–94.
 29. Chandler R, Hayward M (eds) (2009) *Voicing Psychotic Experiences: A Reconsideration of Recovery and Diversity*. OLM-Pavilion.
 30. Deegan PE (1994) A letter to my friend who is giving up. *Journal of the California Alliance for the Mentally Ill* 5: 18–20.
 31. Davidson L, Haglund KE, Stayner DA, et al (2001a) ‘It was just realizing ... that life isn’t one big horror’: a qualitative study of supported socialization. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 24: 275–92.
 32. Davidson L, Stayner DA, Nickou C, et al (2001b) ‘Simply to be let in’: inclusion as a basis for recovery from mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 24: 375–88.
 33. Kraatz RA (2004) Clients’ perception of therapeutic alliance as a predictor of increased hope and decreased negative affect and symptoms. *Dissertation Abstracts International Part B: Science & Engineering* 64: 3530.
 34. Hart AB, Craighead WE, Craighead LW (2001) Predicting recurrence of major depressive disorder in young adults: a prospective study. *Journal of Abnormal Psychology* 110: 633–43.
 35. Udelman DL, Udelman HD (1985) A preliminary report on anti-depressant therapy and its effects on hope and immunity. *Social Science and Medicine* 20: 1069–72.
 36. Johnson KL (2001) The relationship of hope and quality of life in combat veterans seeking treatment for posttraumatic stress disorder. *Dissertation Abstracts International Part B: Science & Engineering* 62: 2958.
 37. Farley GK, Zimet SG (1987) Can a five-minute verbal sample predict the response to day psychiatric treatment? *International Journal of Partial Hospitalization* 4: 189–98.
 38. Byrne C, Brown B, Voorberg N, et al (1999) Health education of empowerment education with individuals with a serious persistent psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 22: 368–80.
 39. Talmadge WT (2003) Exploring the hope construct in psycho-therapy. *Dissertation Abstracts International Part B: Science & Engineering* 63: 3942.
 40. Magyar-Moe JL (2004) Predictors of therapy outcome: an attempt to explain more of the variance. *Dissertation Abstracts International Part B: Science & Engineering* 64: 4624.
 41. Davidson L, Flanagan E, Roe D, et al (2006) Leading a horse to water: an action perspective on mental health policy. *Journal of Clinical Psychology* 62: 1141–55.

KOMENTARZ



Prof. dr hab. n. med. Jacek Wciórka

I Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Artykuł czworga autorów będący pokłosiem niedawnego (2009 r.) sympozjum we Florencji potwierdza, że psychiatria, szukając nowych dróg, czasem powraca do inspiracji, które płyną z żywego doświadczenia klinicznego. Nadzieja, zawsze w tym doświadczeniu obecna, przez całe lata nie cieszyła się wielkim uznaniem. Wspominano o niej co najwyżej przy okazji wprowadzania nowych metod leczenia, jako kolejnych nośników nadziei (od szczepienia malarii do arypiprazolu).

Nowość i oryginalność przedstawionego w tym artykule podejścia do nadziei polega na tym, że nie jest ona traktowana jako funkcja tego czy innego instrumentu terapii, lecz jako sama esencja trudnego procesu odzyskiwania zdrowia (zdrowienia, recovery). Trudnego, ponieważ wiele czynników związanych z doświadczeniem utraty zdrowia psychicznego tę nadzieję zawiesza, ogranicza lub zabija. I nie mam tu na myśli tylko konsekwencji wewnętrznej, osobowej treści przeżywania choroby (chorowania), lecz także i może przede wszystkim to, co chorującemu jest podsuwane przez społeczne stereotypy na temat jego doświadczenia (nieuleczalna katastrofa!), sugerowane przez kliniczną jednostronność i redukcjonistyczne ambicje współczesnej psychiatrii (choroba jako nieuleczalny proces neurobiologiczny!), a także oferowane przez pesymistyczne i uprzedmiotawiające postawy profesjonalne (możliwa tylko remisja!) i niestety często skandaliczną słabość funkcjonujących systemów ochrony zdrowia psychicznego (niedostępność, brak nakładów, niskie morale).

Przedstawiony bardzo kompetentny czterogłos w sprawie nadziei zwraca uwagę na jej różne i w zasadzie najważniejsze aspekty zagadnienia: filozoficzno-psychopatologiczny kontekst nadziei, próby naukowego zdefiniowania i instrumentalizacji pojęcia nadziei, przegląd opublikowanych wyników badań empirycznych nad zagadnieniem nadziei oraz – co moim zdaniem jest najbardziej inspirujące – wartość i miejsce doświadczenia nadziei w procesie zdrowienia. Najbardziej inspirujące, ponieważ pokazuje, jak często zaszczepianie, podtrzymywanie czy budzenie nadziei staje się dla

chorujących niezbędnym warunkiem wejścia na drogę odzyskiwania zdrowia, jak ważne może być dla nich odkrycie, czy poznanie „elementarza nadziei”, który można – na podstawie relacji biograficznych i badań pielęgniarstkich zapisać w następujący sposób:¹

- wybierz nadzieję, a jeśli tymczasem nie możesz lub nie potrafisz – znajdź kogoś, kto ci pomoże przenieść ją w lepszy czas (*jestem wart nadziei*),
- nie rezygnuj z innych ludzi (*nie jestem sam, ktoś we mnie wierzy, mogę na kogoś liczyć*),
- próbuj choćby małych kroków (*jednak coś mogę*) i samodzielności (*coś zależy ode mnie*),
- zapewnij sobie właściwe leczenie (*pomoc jest możliwa*),
- nie rezygnuj z pomocnej wiedzy (*warto wiedzieć*),
- pamiętaj, że są osoby, które pomyślnie zdrowieją lub wyzdrowiały (*teraz ja!*),
- szukaj własnych celów i wartości, sensu życia (*mam po co żyć, jestem sobą – nie chorobą*)

Uczestnicząc niedawno w niezwykle interesującym spotkaniu (Obudźmy nadzieję, 1. Wrocławskie Forum Psychiatrii Środowiskowej, 17 października 2011), miałem okazję po raz kolejny doświadczyć siły wpływu autobiograficznego przekazu osób zdrowiejących z poważnych kryzysów psychotycznych. Siła, która niektórym z młodszych kolegów przypominała, dlaczego zostali psychiatrami, a wszystkich uczestników – profesjonalistów i nieprofesjonalistów – zmusiła do uważnego słuchania i wielu refleksji. Wartość, znaczenie i moc sprawcza nadziei była jednym z zasadniczych tematów tych wystąpień.

Oczywiście upłynie sporo czasu, zanim problem nadziei stanie się w pełni satysfakcjonującym metodologicznie i uznanym przedmiotem badań naukowych w psychiatrii. Droga ku temu zaczęła się jednak otwierać. Zainteresowanemu tematowi czytelnikowi, poza cytowanymi w artykule tekstami, można polecić dostępną w języku polskim „Psychologię nadziei” prof. Kozielskiego.²

Przede wszystkim jednak trzeba pamiętać, że psychiatra niedostrzegający nadziei ma niewielkie szanse dać ją pacjentowi.

Piśmiennictwo

1. Wciórka J. O nadziei wobec doświadczenia choroby psychicznej. W: Anczewska M, Wciórka J (red). Umacnianie, nadzieja czy uprzedzenia. Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii Neurologii, Warszawa; 2007, s. 9-44.
2. Kozielski J. Psychologia nadziei. Wydawnictwo Naukowe Żak, Warszawa; 2006.