Pielęgniarstwo Polskie 2013, 4 (50), 305–311

ZWIĄZEK POMIĘDZY CZYNNIKAMI RODZINNYMI A ROZWOJEM ZABURZEŃ PSYCHOTYCZNYCH Z KRĘGU SCHIZOFRENII. WŁĄCZENIE RODZINY DO PROCESU LECZENIA

THE RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY FACTORS AND THE DEVELOPMENT OF PSYCHOTIC SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS. THE INCLUSION OF FAMILY INTO THE TREATMENT

KAROLINA DEJKO

Katedra Psychiatrii
Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Józef Krzysztof Gierowski

Streszczenie

Celem niniejszej pracy jest opisanie związku między czynnikami rodzinnymi a przebiegiem zaburzenia psychotycznego z kręgu schizofrenii. Uwzględniono znaczenie systemu rodzinnego jako istotnego źródła wsparcia, patogenny wpływ nadmiernego emocjonalnego zaangażowania rodziny na przebieg choroby oraz możliwości modyfikacji atmosfery emocjonalnej przez oddziaływania psychoedukacyjne. Charakterystyka atmosfery emocjonalnej w rodzinie oraz jej zmiany dokonana została w odniesieniu do zdolności do samoregulacji emocjonalnej przez mentalizację.
Opis związku między czynnikami rodzinnymi a przebiegiem choroby dokonany został w oparciu o koncepcję ujawnianych uczuć oraz teorię mentalizacji. Na podstawie praktyki klinicznej oraz doniesień naukowych przypuszcza się, że niekorzystny przebieg choroby związany jest z wysokim wskaźnikiem ujawnianych uczuć, który jest miarą klimatu emocjonalnego w rodzinie. Psychoedukacja rodzin jest efektywnym sposobem obniżania wskaźnika ujawnianych uczuć. Przypuszcza się, że jej skuteczność opiera się na rozwijaniu zdolności do mentalizacji. Na podstawie dokonanej analizy stwierdza się, że włączenie rodziny do aktywnego udziału w procesie leczenia chorego jej członka przez uczestnictwo w spotkaniach psychoedukacyjnych jest ważnym czynnikiem wzmacniającym system rodzinny oraz wspierającym zdrowienie osoby chorej.

Słowa kluczowe: schizofrenia, psychoza, wskaźnik ujawnianych uczuć, mentalizacja.

Abstract

The aim of the paper is to describe the relationship between family factors and the development of psychotic schizophrenia spectrum disorders. The paper includes several topics: the significance of the family system which is the source of support, the pathogenic impact of emotional overinvolvement on the development of illness and the possibility to modify the emotional atmosphere through psychoeducation sessions. A description of the emotional atmosphere has been related to the emotional self-regulation through mentalization.
The description of the relationship between family factors and the development of an illness has been based on the Expressed Emotion theory and Mentalization theory. On the basis of clinical practice and results of scientific research it is assumed that an adverse outcome is related to the high rate of the Expressed Emotion Index, which is the measure of the emotional atmosphere in the family. Psychoeducation is an efficient method to downregulate the level of the Expressed Emotion Index. It is assumed that its efficiency is based on the development of mentalizing abilities. The analysis has shown that that engagement of family members into the treatment process through participation in psychoeducation sessions is a vital factor which reinforces the family system and supports the recovery of an ill family member.

Key words: schizophrenia, psychosis, the Expressed Emotion Index, mentalization.

Związek czynników rodzinnych z przebiegiem choroby

Kategoria zaburzeń psychotycznych z kręgu schizofrenii obejmuje choroby psychiczne uwzględnione w rozdziałach F20–F29 Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 [1]. Doświadczenie psychozy wiąże się z załamaniem linii życiowej osoby chorującej, przejściowym lub trwałym pogorszeniem jej funkcjonowania psychicznego, społecznego i zawodowego. Jest doświadczeniem związanym z silnym i długotrwałym lękiem, poczuciem chaosu i dezorganizacji. Leczenie i rehabilitacja jest procesem złożonym i długotrwałym, najczęściej obejmuje hospitalizację, leczenie w oddziałach dziennych, ośrodkach terapii zajęciowej, długotrwałą farmakoterapię oraz psychoterapię. Doświadczenie psychozy ma również znaczący wpływ na funkcjonowanie rodziny osoby chorującej. Pierwszy epizod choroby pojawia się najczęściej w etapie późnej adolescencji lub wczesnej dorosłości, często jest poprzedzany wystąpieniem tzw. objawów zwiastunowych, których pojawienie się związane jest z pogorszeniem funkcjonowania osoby na długo przed postawieniem diagnozy. Rodzina osoby chorującej,

najczęściej jest to rodzina generacyjna, może doświadczać silnego i długotrwałego uczucia niepokoju, lęku, poczucia dezorientacji i bezradności wobec choroby osoby bliskiej, trudności w komunikacji z osobą chorującą oraz w zrozumieniu jej zachowań oraz przeżyć. Rodziny osób chorujących często doświadczają uczucia wstydu związanego ze społecznym stereotypem choroby psychicznej oraz poczucia odpowiedzialności i winy za pojawienie się choroby. Takie doświadczenia mogą stanowić znaczące obciążenie dla całej rodziny [2, 3]. Z drugiej strony, spójność i stabilność systemu rodzinnego oraz sposoby radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych mają kluczowe znaczenie w sytuacji choroby psychicznej jednego z jej członków. Wsparcie udzielane osobie chorującej jest jednym z najważniejszych czynników leczących [4]. Wystąpienie psychozy u jednego z członków rodziny stanowi bardzo trudne doświadczenie dla większości rodzin oraz przekracza ich zwyczajne możliwości radzenia sobie i regulacji. Dlatego też niezbędna wydaje się pomoc profesjonalna udzielana nie tylko osobie chorującej, ale całej rodzinie. Bezpośrednim celem takiego wsparcia jest udzielenie pomocy poszczególnym członkom rodziny, co pośrednio ma pozytywny wpływ na leczenie i rehabilitację osoby chorującej.

Znaczenie czynników rodzinnych w rozwoju choroby tak wyraźne w praktyce klinicznej potwierdzane jest również w badaniach naukowych. Analiza patogenezy i natury schizofrenii powinna uwzględniać czynniki rodzinne na równi z wynikami badań wychodzącymi z założeń biomedycznych, genetycznych oraz psychologii indywidualnej. O udziale czynnika relacji rodzinnych w patogenezie schizofrenii Alanen [5] pisze następująco: „jeśli schizofrenia ma związek z zaburzeniem rozwoju ludzkiej osobowości, jak to sugerują wyniki badań zorientowanych psychologicznie, naturalne jest przypuszczenie, że relacje interakcyjne mają udział w jej patogenezie, nie tylko na poziomie psychologicznym, ale i na poziomie biologicznym". Najważniejsze charakterystyki systemu rodzinnego, które wydają się mieć znaczący wpływ na rozwój choroby, to atmosfera emocjonalna w rodzinie oraz style komunikacji interpersonalnej [6]. Przykładem badań, które wyraźnie ukazują znaczenie uwarunkowań biologicznych, psychospołecznych oraz ich interakcji, są zorientowane genetycznie i psychodynamicznie badania adopcyjne, którymi objęto grupę dzieci matek hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychotycznych oraz grupę dzieci matek zdrowych. W ramach badania przeprowadzono również ocenę stanu zdrowia psychicznego środowiska wychowującego. Wyniki wyraźnie potwierdzają znaczenie czynników genetycznych, środowiska psychologicznego i interakcji między nimi. Spośród oddanych do adopcji dzieci więcej dzieci matek chorych na schizofrenię rozwinęło zaburzenie w porównaniu z dziećmi matek zdrowych. Jednocześnie zaburzenia u dzieci adoptowanych były silnie związane ze środowiskiem wychowawczym (istotnymi czynnikami była komunikacja w rodzinie, konflikty międzypokoleniowe oraz empatia). Szczególnie istotny wydaje się inny wniosek z badań – środowisko rodzinne może zapobiec wystąpieniu zaburzenia nawet u tych dzieci, których matki biologiczne chorowały na schizofrenię. Podsumowując, można stwierdzić, że środowisko rodzinne może być istotnym czynnikiem patogennym lub ochronnym w zaburzeniach psychotycznych [7, 8]. Wydaje się, że korzystny lub szkodliwy wpływ rodziny na proces chorobowy i proces leczenia zależy od jej klimatu emocjonalnego.

Wskaźnik ujawnianych uczuć jako miara klimatu emocjonalnego rodziny oraz istotny predyktor przebiegu choroby

Jedną z najlepiej opracowanych koncepcji naukowych uwzględniających wpływ uwarunkowań psychospołecznych na przebieg schizofrenii jest koncepcja ujawnianych uczuć (ang. *Expressed Emotions, EE*). Odnosi się ona do wpływu postaw członków rodziny przejawianych podczas interakcji z chorym na schizofrenię na przebieg jego choroby, przede wszystkim na liczbę nawrotów, ponownych hospitalizacji, obraz psychopatologii (zaostrzenie objawów) oraz stopniową deterioracją chorego [9, 10]. Punktem wyjścia do opracowania koncepcji ujawnianych uczuć było spostrzeżenie, że u chorych na schizofrenię wracających ze szpitala do domu częściej dochodzi do nawrotu choroby niż u tych, którzy wracają do hostelu[1] czy samodzielnego mieszkania. Miarą funkcjonowania emocjonalnego rodziny jest wskaźnik ujawnianych uczuć (wskaźnik UU; ang. *the Expressed Emotion Index*). Przy jego użyciu możliwe jest dokonanie podziału na rodziny o tzw. wysokim i niskim emocjonalnym zaangażowaniu. Koncepcja ujawnianych uczuć umieszczana jest w szerszej ramie teoretycznej, jaką stanowi teoria podatności–stresu [2]. Trudny klimat emocjonalny rodziny rozumiany jest jako długotrwały czynnik stresujący powodujący lub przyspieszający nawrót u osoby z wyższą wrażliwością (podatnością na negatywne skutki oddziaływania stresu). Wyróżnia się pięć komponentów wskaźnika UU: krytyczne uwagi, emocjonalne naduwikłanie (nadmierna ochrona, przesadne angażowanie się w życie chorego, poświęcanie się), wrogość (obwinianie chorego za chorobę, emocjonalne odrzucenie – znacząco skorelowane z krytycznymi uwagami), pozytywne uwagi (pochwała, aprobata zachowania lub zalety charakteru) oraz ciepło (okazywanie empatii, troski, przyjaznych uczuć) [11].

[1] Hostele to mieszkania dla osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, z dużą wrażliwością na stres i zranienie, z trudnościami w podejmowaniu ról społecznych, potrzebujących treningu podstawowych umiejętności. Jest to realizacja idei integracji cierpiących na zaburzenia psychiczne z tzw. zdrowym społeczeństwem.

Badania nad wskaźnikiem UU przyniosły potwierdzenie następujących hipotez: (1) Wysokie emocjonalne zaangażowanie związane jest z częstszym pogarszaniem się stanu psychicznego (ponowne pojawienie się objawów lub ich zaostrzenie) osób chorych na schizofrenię; (2) Istotną zmienną moderującą zależność między klimatem emocjonalnym rodziny a prawdopodobieństwem nawrotu jest ilość czasu, jaką pacjent spędza razem ze znaczącym krewnym[2]. Przekroczenie liczby 35 godzin tygodniowo zwiększało prawdopodobieństwo szybkiego nawrotu [12]. Metaanaliza wyników 27 badań dotyczących związku między wysokością wskaźnika UU a przebiegiem choroby pokazała, że klimat emocjonalny w rodzinie jest istotnie i wyraźnie związany z nawrotami w schizofrenii; na podstawie wysokości wskaźnika UU można z dużym prawdopodobieństwem przewidzieć przebieg choroby. Związek między wskaźnikiem a przebiegiem choroby wykazany został w 89% analizowanych artykułów. Inne analizy statystyczne przeprowadzone w tym badaniu wykazały, że potrzebnych byłoby aż 1246 doniesień z badań raportujących brak związku między wskaźnikiem a przebiegiem choroby, aby wyniki metaanalizy stały się nieistotne statystycznie, czyli stanowiłyby efekt przypadku [13].

Wyniki licznych badań wskazują, że związki między poszczególnymi komponentami UU a przebiegiem choroby mają charakter niejednorodny. Wyniki badań [14] wskazują, że *emocjonalne naduwikłanie* (EN) oraz *ciepło* są komponentami zmiennymi, stanowiącymi odpowiedź rodzica na zachowanie (często będące skutkiem procesu chorobowego) dziecka. Komponent *krytycyzm* wydaje się być trwalszą cechą krewnego; modyfikacja tego elementu wiąże się z głębszymi oraz bardziej długotrwałymi oddziaływaniami terapeutycznymi. Spójne z tymi wynikami są dane dotyczące związku między poziomem stresu a wysokością poszczególnych komponentów wskaźnika – jedynie EN wydaje się być związane z podwyższonym poziomem stresu [15]. Rostworowska w swojej pracy [12] wskazuje, że wysoki poziom wskaźnika przewiduje pogorszenie jedynie w zakresie pozytywnych objawów[3]. *Krytycyzm* może pełnić funkcję ochronną przed chronicyzacją oraz wiązać się z wyższą jakością życia postrzeganą przez chorego. Również Beitbrode [16] wskazuje, że zależności między poszczególnymi komponentami wskaźnika a nawrotami nie są prostoliniowe i jednolite. Związek między prawdopodobieństwem nawrotu a poziomem EN wydaje się być krzywoliniowy – wysoki poziom EN wywiera niszczący wpływ na stan chorego, natomiast średni poziom może pełnić funkcję ochronną. Wysoki poziom wskaźnika UU może stanowić rezultat nieumiejętności krewnych w radzeniu sobie z napięciem, stresem, trudnymi sytuacjami (a taką niewątpliwie jest doświadczenie psychozy w rodzinie). Innym mechanizmem modulującym poziom ujawnianych uczuć może być przekonanie krewnych o tym, że mogą być winni wystąpieniu choroby. Chan [17] wskazuje na rolę zależności jako czynnika zwiększającego poziom EN. Innym sposobem rozumienia wysokiego poziomu wskaźnika UU jest potraktowanie go jako reakcji na chorobę. King [18] wskazuje, że podniesiony poziom *krytycyzmu* oraz *emocjonalnego naduwikłania* można tłumaczyć wpływem intensywności objawów negatywnych[4].

Powyższy krótki przegląd badań nad wskaźnikiem ujawnianych uczuć wyraźnie uwidocznił, że zarówno mechanizmy warunkujące poziom wskaźnika, jak i zależności między nim a występowaniem objawów wydają się być bardzo złożone. Mimo pewnych niejasności odnośnie natury poszczególnych komponentów wskaźnika UU oraz złożoności ich związku z przebiegiem choroby można stwierdzić, że ogólna wartość predykcyjna wskaźnika odnośnie przebiegu choroby wydaje się być niepodważalna [12]. Duże znaczenie ma również zależność między oddziaływaniami terapeutycznymi i psychoedukacyjnym a obniżeniem poziomu wskaźnika UU. W konsekwencji prowadzi to do korzystniejszego przebiegu choroby.

Uwzględnienie czynników rodzinnych w leczeniu zaburzeń psychotycznych: psychoedukacja rodzin osób chorujących na schizofrenię

Ważnym aspektem koncepcji ujawnianych uczuć jest fakt, że stanowi ona podstawę dla działań psychoedukacyjnych. Zgodnie z założeniami dotyczącymi klimatu emocjonalnego w rodzinie przypuszcza się, że oddziaływania psychoedukacyjne mają istotny wpływ na jego modyfikację, co zostało wielokrotnie zweryfikowane empirycznie [19]. Możliwość modyfikacji postaw bliskich w kontekście choroby świadczy o tym, że klimat emocjonalny w rodzinie nie jest cechą stałą i jednorodną, podatny jest na zmiany zachodzące w wyniku oddziaływań psychospołecznych. Jest to bardzo ważna implikacja dla praktyki klinicznej, stanowi ważny środek do wspomagania procesu leczenia oraz podtrzymywania stanu remisji. Działania psychoedukacyjne mają na celu dostarczenie rzetelnej informacji, co w konsekwencji zwiększa poczucie kontroli w trudnej sytuacji choroby, nauczenie rodzin skutecznych sposobów rozwiązywania problemów, sprawnych wzorców komunikacji oraz bardziej efektywnej regulacji emocjonalnej w sytuacji

[2] Znaczący krewny to członek rodziny pacjenta pozostający z nim w bliskim kontakcie.

[3] Objawy pozytywne to grupa objawów wytwórczych, których natura jest jakościowo różna od normalnych doświadczeń. Do kategorii objawów pozytywnych zalicza się urojenia, halucynacje, zaburzenia toku myślenia.

[4] Do objawów negatywnych (ubytkowych) zalicza się takie objawy, których istota dotyczy zjawisk psychicznych występujących u każdego człowieka, ale albo nieprawidłowo ukształtowanych, albo o odmiennej reprezentacji.

wysokiego poziomu stresu. Spotkania psychoedukacyjne z krewnymi mają również cechy spotkania terapeutycznego – odbywają się w atmosferze poczucia bezpieczeństwa, braku oceny ze strony prowadzących, z ich empatycznym nastawieniem w stosunku do krewnych chorego. Uczestnicy spotkań są zachęcani do wyrażania swoich myśli, uczuć i potrzeb przez nazywanie ich. Zachęcani są również do opowiedzenia o wydarzeniach związanych z chorobą osoby bliskiej oraz własnych sposobach radzenia sobie w tych sytuacjach. Dzięki temu mogą doświadczyć tego, że przeżyciami związanymi z chorobą można dzielić się z innymi. Mówiąc o sposobach radzenia sobie, uświadamiają sobie, że nie są całkowicie bezbronni w sytuacji kryzysu. Podczas spotkań psychoedukacyjnych mają możliwość dostrzeżenia tego, że inni ludzie mają podobne trudności, co sprzyja przełamaniu izolacji społecznej oraz stygmatyzacji, której się często poddają. Uczestnicy spotkań dzielą się również swoją wiedzą na temat chorowania i leczenia oraz przekonaniami. Prawdziwość tych przekonań weryfikowana jest w świetle aktualnej wiedzy klinicznej. Spotkania psychoedukacyjne dla rodzin powinny stwarzać przestrzeń do wyrażania własnych przekonań, uczuć i potrzeb, dawać możliwość doświadczenia przynależności i akceptacji oraz uzyskania rzetelnej, przystępnej wiedzy odnośnie procesu choroby i leczenia. Stanowią również przestrzeń do uczenia się i rozwijania kompetencji społecznych, w tym umiejętności komunikacyjnych, konstruktywnego rozwiązywania problemów – drogą modelowania oraz na podstawie własnego doświadczenia. Spotkania mogą przyjmować różną formę – grupowych spotkań wielu rodzin, wliczając chorych ich członków, spotkań wielorodzinnych bez chorych członków, spotkań specjalistów z jedną rodziną [19]. W niniejszej pracy opisano procesy zachodzące w pracy grupowej, z wieloma rodzinami, bez udziału chorującego członka rodziny. Spotkania te prowadzone są przez specjalistów – lekarzy, psychologów lub psychoterapeutów.

W dalszej części pracy opisany zostanie czynnik, który wydaje się odgrywać kluczową rolę w pozytywnym wpływie psychoedukacji rodzin na funkcjonowanie całej rodziny oraz jej chorego członka: umiejętność regulacji emocjonalnej przez mentalizowanie trudnych doświadczeń. Inne obszary, nad którymi podejmuje się pracę, to gotowość do przyjmowania wsparcia społecznego oraz otwartość na możliwości uczenia się sposobów radzenia sobie w sytuacji choroby.

Mentalizacja jako mechanizm samoregulacji emocjonalnej. Rozwój zdolności do mentalizowania w ramach spotkań psychoedukacyjnych

Jednym z kluczowych celów spotkań psychoedukacyjnych jest umożliwienie ich uczestnikom rozwoju umiejętności skutecznej regulacji emocjonalnej. Zdolność ta obejmuje trzy kluczowe mechanizmy: umiejętność kontrolowania reakcji na stres, regulację uwagową oraz umiejętność dostrzegania i rozumienia stanów umysłu swoich i innych ludzi, czyli mentalizację [20]. Mentalizacja (nazywana również *funkcją refleksyjną*) określana jest jako podstawowa ludzka zdolność do rozumienia zachowań własnych i innych osób przez odnoszenie się do stanów umysłowych i intencji leżących u podłoża tych zachowań. Każdy człowiek ma biologicznie uwarunkowaną predyspozycję do rozwinięcia zdolności do mentalizowania, ale przebieg i rezultat tego rozwoju zależą od jakości związku emocjonalnego z opiekunem w pierwszych latach życia [21]. Dzięki mentalizacji zachowania własne i innych stają się przewidywalne, co w znacznym stopniu zwiększa poczucie bezpieczeństwa. Mentalizacja umożliwia nawiązywanie oraz utrzymywanie satysfakcjonujących relacji interpersonalnych. Stanowi również podstawę do spójności doświadczenia wewnętrznego, stabilności struktury osobowości, poczucia tożsamości oraz zdolności do odróżniania doświadczenia wewnętrznego (własne uczucia, myśli, oczekiwania, potrzeby itp.) od świata zewnętrznego oraz testowania rzeczywistości. Jest zdolnością metapoznawczą, która obejmuje wiele procesów umysłowych, między innymi zdolność do przyjmowania perspektywy drugiej osoby, wgląd i rozumienie stanów umysłowych. Jednocześnie odnosi się do pewnego rodzaju sprawności funkcjonowania emocjonalnego, składającej się między innymi ze zdolności do utrzymywania pewnego poziomu pobudzenia emocjonalnego, przetwarzania go i pełnego doświadczania emocji. W pewnym sensie jest to zjawisko podobne do empatii, dodatkowo jednak zakłada zdolność do regulowania doświadczanej w wyniku współodczuwania emocji. Odnosi się do gotowości jednostki do zaangażowania emocjonalnego, które nie ma charakteru obronnego – agresywnego lub unikającego. Temu zaangażowaniu towarzyszy rozumienie oraz nadawanie znaczenia uczuciom i wewnętrznym doświadczeniom.

Rozwój zdolności do mentalizacji dokonuje się w kontekście bliskiej relacji emocjonalnej w pierwszych latach życia [21]. Początkowo dziecko posiada elementarną zdolność do regulowania własnego pobudzenia, na przykład przez odwracanie wzroku lub zasypianie. Główny ciężar regulacji jego pobudzenia emocjonalnego spoczywa na opiekunie, od którego dziecko jest całkowicie zależne. To opiekun mentalizuje stany emocjonalne dziecka – odczytuje je w ekspresji mimicznej oraz zachowaniu dziecka, kontenerujе[5] oraz przetwarza przez nadawanie im znaczenia. W taki sposób chaotyczne, niesprecyzowane i niekontrolowane pobudzenie jest „oswajane" przez nadanie mu konkretnego, swoistego znacze-

[5] Kontenerowanie – termin odnoszący się do roli opiekuna polegającej na przyjmowaniu projekcji ze strony dziecka oraz ich „metabolizowaniu" (dot. zwłaszcza negatywnych przeżyć, uczuć, fantazji).

nia wyrażonego przez nazwanie tego pobudzenia nazwą konkretnej emocji. Na pierwotne pobudzenie nakładana jest warstwa symboliczna. Tak „opracowaną" emocję opiekun zwraca dziecku przez jej odzwierciedlanie – dziecko może w wyrazie twarzy rodzica zobaczyć swoje własne doświadczenie, być może czuje się wtedy tak, jakby przeglądało się w lustrze. Dodatkowo słyszy, że rodzic nazywa to, czego ono właśnie doświadcza – samo stopniowo uczy się, że jego doświadczenie jest sensowne oraz może być rozumiane i kontrolowane. Regulacja emocjonalna początkowo dokonuje się w przestrzeni interpersonalnej – między dzieckiem a opiekunem. W procesie rozwoju dziecko uczy się samodzielnie regulować doświadczane przez siebie pobudzenie. Dojrzała jednostka potrafi samodzielnie regulować własne emocje, o ile sytuacja, w której się znajduje, nie jest dla niej zbyt obciążająca. W sytuacji zbyt dużego poziomu stresu może przejawiać nieadekwatne i chaotyczne zachowanie, sposób myślenia i przeżywania. Wówczas pomocna może być bliska osoba – w relacji z nią dokonuje się regulacji emocji. Sprawnie funkcjonujące mechanizmy regulacji afektywnej u jednej osoby wydają się być szczególnie ważne i potrzebne wtedy, gdy druga osoba będąca częścią diady lub systemu doświadcza trwałej lub chwilowej trudności w regulowaniu swoich własnych doświadczeń emocjonalnych. Gdy sytuacja wraca do normy, poziom stresu obniża się, osoba również odzyskuje swoje normalne zdolności do samoregulacji emocjonalnej. Inaczej jest u osób o zaburzonej strukturze osobowości, cechującej się mniejszą spójnością i stabilnością oraz dominacją prostych mechanizmów obronnych [22]. Taką strukturą osobowości cechują się osoby podatne na dekompensację psychotyczną. Ich możliwości autonomicznej, sprawnej regulacji pobudzenia są znacząco obniżone. Dlatego też szczególnie mocno potrzebują nawiązywać takie relacje, w których ta regulacja mogłaby się dokonywać. Warunkiem niezbędnym jest poczucie bezpieczeństwa w takiej relacji oraz rozwinięta zdolność do mentalizacji osoby, z którą chory wchodzi w relację. Stein [23] sugeruje, że w takim momencie chory potrzebuje wsparcia psychoterapeutycznego, które będzie źródłem regulacji zewnętrznej. Innym źródłem, ośrodkiem regulacji zewnętrznej może być w takiej sytuacji bliski krewny. Przez pomieszczanie w sobie, przeżywanie i rozumienie emocji chorego wspiera on przebieg procesu zdrowienia. Jeśli krewny nie dysponuje sprawnie funkcjonującymi mechanizmami samoregulacji, nie potrafi kontenerować trudnych uczuć swoich i bliskiego chorego, a jego rozumienie stanów umysłowych (własnych i bliskiego) jest nietrafione, sprzeczne z rzeczywistymi lub pomieszane, zdezorganizowane, wówczas jego negatywne emocje wyrażane będą w sposób niekontrolowany. W konsekwencji będą wytwarzane i utrwalane wzajemnie raniące wzorce komunikacji oraz obniży się potencjał całego systemu rodzinnego do pełnienia funkcji systemu wsparcia.

Podsumowując, można przypuszczać, że zdolność do mentalizacji jest mechanizmem psychologicznym częściowo odpowiedzialnym za klimat emocjonalny panujący w relacjach rodzinnych. Wydaje się, że funkcjonowanie mechanizmów samoregulacji rodzica wywiera znaczący wpływ nie tylko na rozwój dziecka w pierwszych latach jego życia, ale może kształtować klimat emocjonalny w aktualnej relacji między członkami rodziny. Trudności w samoregulacji, niska zdolność lub brak gotowości do poddawania refleksji stanów umysłowych, w tym przede wszystkim emocji, może prowadzić do dominacji ekspresji negatywnych emocji (wrogości, krytycyzmu) lub nadmiernego zaangażowania, co odzwierciedlane jest za pomocą wskaźnika UU. Przypuszczenie, że funkcjonowanie mechanizmów samoregulacji jest związane z klimatem emocjonalnym w rodzinie (odzwierciedlanym przez wskaźnik UU), może stanowić uzasadnienie dla podejmowania prób wspomagania rozwoju funkcji refleksyjnej w kontekście psychoedukacyjnym.

Kluczowym warunkiem rozwoju zdolności do mentalizacji jest atmosfera poczucia bezpieczeństwa w bliskiej relacji emocjonalnej. Tak jak dziecko, aby uczyć się samodzielnie regulować własne pobudzenie emocjonalne, potrzebuje móc zaufać swojemu opiekunowi, tak też w kontekście terapeutycznym pacjent (lub uczestnik spotkania) potrzebuje czuć się bezpiecznie w relacji z terapeutą (prowadzącym spotkanie) i innymi uczestnikami. Poczucie bezpieczeństwa zapewniane jest przez postawę rozumiejącą oraz brak oceny ze strony wszystkich uczestników i prowadzących. Członkowie spotkań psychoedukacyjnych mają możliwość opowiedzenia innym osobom o trudnych wydarzeniach i związanych z nimi emocjach, mogą ponownie przeżyć je w grupie oraz wyrazić je. Jeśli uczestnik sam nie potrafi zidentyfikować i nazwać przeżywanych przez siebie emocji, robią to prowadzący. Empatycznie wczuwając się w sytuację uczestnika spotkania, rozpoznają i opisują przeżywane przez niego emocje, pokazują związki z wydarzeniami, nadają pobudzeniu specyficzne znaczenie. Uczestnik grupy może poczuć się zrozumiany, zaakceptowany przez innych, a jego trud zostaje uznany.

Bardziej szczegółowy opis procesów, na których opiera się mentalizacja, może być dokonany na podstawie koncepcji *zreflektowanej emocjonalności* (ang. *mentalized affectivity* [24]), którą określa się jako formę regulacji afektu, specyficzny aspekt mentalizacji, polegający na dokonaniu ponownej oceny poznawczej przeżywanej emocji (ang. *revalue*). Poddawanie refleksji doświadczenia afektywnego sprawia, że tworzone są nowe znaczenia, nowe rozumienie. Wyróżnia się trzy elementy emocjonalności. Pierwszy z nich to identyfikacja afektu. Jej podstawową formą jest nazwanie uczucia (ang. *naming*), bardziej rozwiniętą – odróżnienie go od innych uczuć oraz uświadomienie sobie relacji tego uczucia z innymi (ang. *distinguishing*). Drugim elementem jest przetwarzanie afektu rozumiane jako próba doko-

nania zmiany w intensywności lub czasie jego trwania (podtrzymanie obecnego stanu emocjonalnego lub jego modyfikacja). Bardziej zaawansowaną formą jest „oczyszczanie" afektu (ang. *refining*), czyli zmiana jego znaczenia, stworzenie nowego rozumienia przez odnoszenie się do wcześniejszych doświadczeń. Trzecim elementem jest ekspresja uczuć. Podstawową jej formą jest ekspresja zewnętrzna lub wewnętrzna (pozwolenie sobie na doświadczenie, przeżycie emocji). Bardziej złożona forma to komunikacja afektu rozumiana jako wyrażenie uczuć przed drugą osobą, oczekiwanie ich rozumienia i reakcji na nie. Na każdym z trzech poziomów (elementów) może się dokonywać proces regulacji afektu, przy czym „oczyszczanie" afektu wydaje się być kluczowym mechanizmem samoregulacyjnym [24]. Wydaje się, że podczas spotkań psychoedukacyjnych ich uczestnicy uczą się identyfikować i nazywać przeżywane przez siebie uczucia, lepiej je rozumieć oraz komunikować w relacji z prowadzącymi oraz innymi członkami grupy. Umiejętności te są następnie generalizowane i przenoszone na relację z bliskim chorym.

Podsumowanie

Powyższe rozważania dotyczące związku między atmosferą emocjonalną w rodzinie a przebiegiem choroby i procesu leczenia, możliwości modyfikacji emocji dominujących w danym systemie rodzinnym przez oddziaływania psychoedukacyjne poruszają ważną, ale i niezwykle trudną problematykę. Opis związków między czynnikami rodzinnymi a przebiegiem choroby może być interpretowany jako oskarżenie, zwłaszcza że dotyczy on doświadczenia tak złożonego i trudnego, jakim jest doświadczenie psychozy u bliskiej osoby. Wycofanie się z opisywania rodzinnego kontekstu choroby wydaje się być jednak podejściem szkodliwym zarówno dla osoby chorującej, jak i jej rodziny, szczególnie w świetle przytoczonych w niniejszej pracy danych. Uznanie trudności, z jakimi boryka się cała rodzina, empatyczne współodczuwanie oraz okazanie współczucia wydają się być ważnymi elementami wsparcia udzielanymi rodzinie. Ważne jest również stwarzanie przestrzeni, w której poszczególni jej członkowie mogą wyrazić swoje potrzeby i uczucia. Tego rodzaju pomocy powinna towarzyszyć również pomoc polegająca na umożliwieniu rodzinom podejmowania wysiłku uczenia się samodzielnego i kompetentnego radzenia sobie w sytuacji choroby. Dzieje się to przez zachęcanie rodzin do poszukiwania wiedzy na temat choroby i zdrowienia, obserwowania siebie i innych celem uczenia się nowych sposobów radzenia sobie, lepszego rozumienia siebie i innych, w tym bliskiego chorującego na schizofrenię. System rodzinny może stanowić cenne źródło wsparcia w procesie zdrowienia, o ile tylko sam jest systemem stabilnym i spójnym. Jest to szczególnie istotne w kontekście zaburzeń psychotycznych, ale wydaje się, że może mieć duże znaczenie w przypadku innych chorób psychicznych, psychosomatycznych, a także somatycznych. Potrzebne są badania empiryczne oraz obserwacje kliniczne dotyczące rozwoju zdolności do samoregulacji emocjonalnej przez mentalizację oraz jego związku z atmosferą emocjonalną w rodzinie.

PIŚMIENNICTWO

1. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, WHO, Uniw. Wyd. Med. Versalius, Kraków–Warszawa 2000.
2. Birchwood M., Jackson C., Modele stresu i podatności, w: Schizofrenia. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne, GWP, Gdańsk 2004, 45–58.
3. De Barbaro B., Podstawy teoretyczne systemowej terapii rodzin w schizofrenii: rys historyczny, w: Schizofrenia w rodzinie, de Barbaro B. (red.), Wyd. UJ, Kraków 1999, 15–32.
4. De Barbaro B., Ostoja-Zawadzka K., Cechnicki A., Możesz pomóc – poradnik dla pacjentów chorych na schizofrenię i zaburzenia schizotypowe, Wyd. UJ, Kraków 2005.
5. Alanen Y., Źródła schizofrenii: próba syntezy, w: Schizofrenia. Jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000, 49–100.
6. Nugter M.A., Dingemans P.M., Linszen D.H. et al., The relationships between expressed emotion, affective style and communication deviance in recent-onset schizophrenia, Acta Psychiatr. Scand. 1997, 96 (6), 445–451.
7. Tienari P., Implications of adoption studies on schizophrenia, Br. J. Psychiatry Suppl. 1992, 18, 52–58.
8. Tienari P., Wynne L.C., Moring J. et al., Genetic vulnerability or Family environment? Implications from the Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia, Psychiatr. Fennica 1993, 24, 23–41.
9. Brown G.W., Monck E., Carstairs G. et al., The influence of family life on the course of schizophrenic illnesses, Br. J. Prev. Soc. Med. 1962, 16, 55–68.
10. Brown G.W., Birley J.L.,Wing J. K., Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication, Br. J. Psychiatry 1972, 121 (562), 241–258.
11. Hooley J.M., Hiller J. B., Expressed emotion and the pathogenesis of relapse in schizophrenia, in: Origins and development of schizophrenia: Advances in experimental psychopathology, Lenzenweger M.F., Dworkin R.H. (ed.), American Psychological Association, Washington 1998, 447–468.
12. Rostworowska M., Koncepcja wskaźnika ujawnianych uczuć, w: Schizofrenia w rodzinie, de Barbaro B. (red.), Wyd. UJ, Kraków 1999, 51–65.
13. Butzlaff R.L., Hooley J.M., Expressed Emotion and Psychiatric Relapse. A Meta-analysis, Arch. Gen. Psychiatry 1998, 55, 547–552.
14. Schroeiber J.L., Breier A., Pickar D., Expressed emotion. Trait or state? Br. J. Psychiatry 1995, 166 (5), 647–649.
15. Boye B., Munkvold O.G., Bentsen H. et al., Pattern of emotional overinvolvement in relatives of patients with schizophrenia: A stress syndrome analogue? Nord. J. Psychiatry 1998, 52 (6), 493–499.

16. Breitborde N., Lopez S.R., Wickens T.D. et al., Toward specifying the nature of the relationship between expressed emotion and schizophrenic relapse: the utility of curvilinear models, Int. J. Method. Psych. 2007, 16 (1), 1–10.
17. Chan B., Negative caregiving experience: A predictor of high expressed emotion among caregivers of relatives with schizophrenia, Soc. Work Mental Health 2010, 8 (4), 375–397.
18. King S., Is expressed emotion cause or effect in the mothers of schizophrenic young adults? Schizophr. Res. 2000, 45 (1–2), 65–78.
19. Robak J., Efektywność psychoedukacji w schizofrenii, w: Schizofrenia w rodzinie, de Barbaro B. (red.), Wyd. UJ, Kraków 1999, 79–88.
20. Fonagy P., Target M., Early Intervention and the development of self-regulation, Psychoanal. Inq. 2002, 22 (3), 307–335.
21. Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L. et al., Attachment and Reflective Function: Their Role in Self-Organization, in: Affect Regulation, Mentalization, and the Development of Self, Karnac, Londyn 2004, 23–64.
22. Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L. et al., The Development of Understanding of Self and Agency, in: Affect Regulation, Mentalization and the Development of Self, Karnac, London 2004, 203–252.
23. Stein H., Mentalization with reservations, B. Menninger Clin. 2003, 67 (2), 143–149.
24. Jurist E.L., Mentalized Affectivity, Psychoanal. Psychol. 2005, 22 (3), 426–444.

Adres do korespondencji:
mgr Karolina Dejko
Katedra Psychiatrii
Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie
e-mail: karolina.dejko@gmail.com