

A. Aleksyńska (psychologia, psychoterapia) EKSPERYMENT ROSENHANA

Na co dzień pracuję w szpitalu psychiatrycznym. W kontakcie z pacjentem staram się pamiętać o refleksjach Rosenhانا. Uważam to za niezbędne i etycznie pożądane.

Co to jest zdrowie psychiczne? Eksperyment Rosenhانا

Psycholog, szczególnie psycholog kliniczny, który współpracuje z psychiatrą, zobowiązany jest do określania różnicy pomiędzy zdrowiem, a chorobą psychiczną. Niesie to z sobą konieczność refleksji w zakresie pojęć zdrowie i patologia, normalność i nienormalność. Jest to bardzo odpowiedzialne i trudne zadanie. Z jednej strony istnieją klasyfikacje chorób psychicznych, np. stworzona przez American Psychiatric Association. Z drugiej jednak zdefiniowanie tych pojęć nie jest łatwe albowiem same definicje wynikające z określenia normalność, czy nienormalność są różne, nierzadko sprzeczne w stosunku do siebie. Nie istnieją w pełni przekonujące dowody, pozwalające jednoznacznie i kategorycznie stwierdzić, że coś jest normalne lub nienormalne.

Warto dodać, iż rozróżnienie między normą i patologią jest uwarunkowane także kulturowo. Inaczej będą definiować pojęcie normalności czy nienormalności ludzie ze Stanów Zjednoczonych, gdzie jest wysoki poziom indywidualności, niezależności, a inaczej mieszkańcy Japonii, czy Chin, gdzie występuje głęboka hierarchizacja i kolektywizm. Już w 1934r. Benedect wykazała, pojęcia normalność-nienormalność, zdrowy i chory nie są uniwersalne. Są nietrwałe, względne i nie można ich skategoryzować, ani ściśle zdefiniować. Wpływają z umysłu obserwatora.

Problemem trafnej weryfikacji zajmowało się wielu klinicystów. Rosenhan był zdania, że punktem odniesienia jest to, czy diagnoza pochodzi od pacjenta, to on stwierdza, iż coś jest nie tak, że posiada cechę zewnętrzną odróżniającą go od innych ludzi, czy pochodzi ona od otoczenia i warunków, które powodują, iż pacjent odbiega od normy, odróżnia się.

Idea eksperymentu

Rosenhan postanowił zweryfikować wymieniony wyżej problem poprzez eksperyment, w którym zdrowi psychicznie pójdą do szpitala. Wysunął dwie hipotezy:

Hipoteza 1.

Jeżeli pseudopacjenci zostaną uznani za zdrowych, wówczas oznacza to, iż zdrowego człowieka można odróżnić od zaburzonego otoczenia, że istnieją bezwzględne, trwałe różnice między zdrowiem a chorobą, normalnością i jej brakiem.

Hipoteza 2.

Jeżeli pseudopacjenci zostaną uznani za chorych, wówczas oznacza to, iż zdrowego człowieka nie można odróżnić od zaburzonego otoczenia, że nie istnieją bezwzględne, trwałe różnice między zdrowiem a chorobą, normalnością i jej brakiem.

W eksperymencie uczestniczyło 8 zdrowych psychicznie osób: 3 kobiety i 5 mężczyzn. W siedmiu przypadkach byli to ludzie "ustawieni życiowo", w dojrzałym wieku o następujących zawodach: trzej psychologowie, psychiatra, pediatra, malarz, gospodyni domowa, 20-letni student ostatniego roku psychologii. Zmienione zostały tylko dane osobowe, które mogły doprowadzić do zdemaskowania. Aby uogólnić badania wprowadzono zróżnicowane warunki szpitalne: niektóre szpitale były prawie nowe, inne stare, niektóre były placówkami naukowymi, w jednych była wystarczająca liczba personelu, w innych nie, jeden był prywatny, jeden uniwersytecki, poza tym były psychiatryczne zakłady. Łącznie chętni pseudopacjenci na czele z samym pomysłodawcą eksperymentu - Rosenhanem zgłosili się do 12 różnych szpitali w 5 stanach na wybrzeżu zachodnim i wschodnim USA.

Przebieg eksperymentu

Pseudopacjent dzwonił do szpitala i prosił o wyznaczenie wizyty. Zgłaszał się na izbę przyjęć i przedstawiał wcześniej ustalone z Rosenhanem objawy psychozy egzystencjalnej, które nie były opisane w fachowej literaturze, w związku z czym zmniejszały ryzyko zdemaskowania. Te objawy to: słyszenie głuchych, pustych, nużących, nieznanymi, tej samej płci, co pacjent, głosów. Następnie po przyjęciu na oddział pseudopacjent przestawał symulować objawy choroby. U niektórych wystąpił okres zdenerwowania i niepokoju. Poza tym zachowywali się normalnie, poprawnie wg obowiązującego życia na oddziale. Prowadzili, na początku potajemnie, notatki z obserwacji oddziału, personelu, pacjentów.

Obserwacje

- Personel jest wyraźnie odseparowany do pacjentów. Ma własne pomieszczenia, z których wychodzi w celach nadzoru, leków, terapii, nagany.
- Ci, którzy mają największe znaczenie dla pacjenta - psychiatrzy mają z nim najkrótszy i najbardziej ograniczony kontakt, zaś stojący najniżej w hierarchii personelu salowi, mający najmniej do powiedzenia, mieli z pacjentem najwięcej do czynienia.
- Normalną reakcją na pytanie ze strony pacjenta jest w większości przypadków odpowiedź zdawkowa, "w przelocie", jej brak, zdarzały się i takie:

- *Przepraszam bardzo panie doktorze, kiedy będę mógł wyjść na teren szpitala?*

- *Dzień dobry Dave, jak się dzisiaj czujesz?* - Lekarz idzie dalej nie czekając na odpowiedź.

- Istniała wyraźna różnica między reakcją na pytanie personelu uniwersyteckiej placówki a psychiatrów zakładów psychiatrycznych, na korzyść personelu uniwersyteckiego. Pracownicy kliniki uniwersyteckiej, mimo wyraźnego braku czasu, w 100% zatrzymywali się i rozmawiali z chorym, zaś kontakt psychiatrów w zakładach psychiatrycznych ograniczał się w 71,88% do odwrócenia wzroku w kierunku pytającego i pójściu dalej.
- Karano pacjentów zarówno słownie, jak i fizycznie w obecności innych. Sam Rosenhan widział, jak w obecności innych pacjentów bito jednego za to, że podszedł do salowego i powiedział: "*Podobasz mi się*". Pacjent, który nie usłyszał wezwania do przyjęcia leków dostawał ostrą reprimendę, salowi z porannej zmiany budzili pacjentów okrzykiem: "*Wstawać, wyłazić z łóżek*".
- Personel często wpadał w złość, co nie było nigdy kwestionowane.
- Notorycznie lekceważono, niezauważano pacjenta.
- Pacjent miał ograniczoną swobodę poruszania się, zakaz własnej inicjatywy w kontaktach z personelem.
- Jednocześnie obserwowana była ich higiena osobista, czynności fizjologiczne, niekiedy ubikacje nie miały drzwi. Personel mógł wchodzić do pomieszczeń pacjenta, przeglądać jego rzeczy osobiste, historia choroby była wszędzie dostępna.

Jest to niewątpliwie antyterapeutyczne podejście do pacjenta, prowadzące do głębokiej bezsilności.

Wnioski

Rosenhan razem ze swoimi kolegami-pseudopacjentami stwierdzili, iż źródłem tej daleko idącej depersonalizacji są:

- Strach, brak zaufania do chorego wynikające z działania nadanej mu etykiety. Powoduje ona przeoczenie lub błędne zinterpretowanie normalnego zachowania, co prowadzi do realizacji przez pacjenta zachowania odpowiadającego etykietce. np.:

Jeden z pseudopacjentów we wczesnym dzieciństwie miał bardzo bliski kontakt z matką, ale był raczej oddalony od ojca. Jednakże w okresie dojrzewania i potem ojciec stał się jego bliskim przyjacielem, a stosunki z matką uległy oziębieniu. Jego obecny związek z żoną był wyjątkowo bliski i ciepły. Poza sporadycznymi sprzeczkami,

nieporozumienia były minimalne. Rzadko też karali dzieci klapsami.

Co zostało zinterpretowane tak:

Biały, trzydziestodwuletni mężczyzna. Przejawia w bliskich związkach oznaki ambiwalencji, datującej się już od wczesnego dzieciństwa. Serdeczny związek z matką ulega oziębieniu w okresie dojrzewania. Chłodne stosunki z ojcem przekształcają się -?wg niego ? w bardzo zażyłe. Brak mu stabilności uczuć. Jego próby kontrolowania przejawów emocji wobec żony i dzieci są przerywane wybuchami złości. Zdarza się wówczas, że bije dzieci. I chociaż pacjent mówi, że ma wielu dobrych przyjaciół, wyczuwa się, iż również za tymi związkami kryje się wyraźna ambiwalencja.

- Hierarchiczna struktura szpitala powodująca, iż najwyżej stojący personel, mający najwięcej do powiedzenia ma najmniej do czynienia z pacjentem i odwrotnie.
- Kłopoty finansowe, które tłumaczyłyby brak personelu, itp.
- Wiara w leki psychotropowe "załatwiające" problem choroby.

Warto wspomnieć, że w trakcie eksperymentu pseudopacjenci zostali jedynie zdemaskowani przez kolegów - pacjentów, np.: *"Nie jesteś wariatem. Jesteś dziennikarzem albo profesorem. Kontrolujesz szpital."* Fakt, iż pacjenci często rozpoznawali normalność, gdy tymczasem personelowi się to nie udało, nasuwa istotny wniosek, że lekarze skłonni są popełniać błąd II typu, tzn: uznać osobę zdrową za chorą, niż odwrotnie, choć tendencja odwrotna też ma miejsce, co potwierdzone jest również eksperymentem. To z kolei nasuwa wniosek, iż tak chwiejny proces diagnostyczny nie jest godny zaufania.

Podsumowanie

Podstawowy błąd diagnozy to umieszczanie źródeł aberracji (odchyleń) w samej jednostce, nie zaś w otaczających ją bodźcach. Rozwiązaniem wydaje się być tutaj propozycja Mischela: ograniczenie rozważań o zachowaniach do bodźców, które je prowokują i ich korelatów. Należy zwrócić również uwagę na różnicę w określaniu choroby psychicznej i somatycznej w trakcie wypisu ze szpitala, w przypadku tej pierwszej bowiem podkreśla się fakt remisji, stygmatyzując pacjenta.

Bibliografia

- Rosenhan, D., L., O ludziach normalnych w nienormalnym otoczeniu. W: K. Jankowski (red.). Przełom w psychologii. Warszawa: Czytelnik, s. 49-82
- Rosenhan, D.,L., Seligman, M.,E.,P., Walker, E.,F., (2003) Psychopatologia. Warszawa: Zysk i S-ka.

Autor: Psychoterapeuta Włocławek 515 131 797

Artykuł pobrano ze strony eioba.pl