

Katarzyna Kotlarska, Paweł Smyk, Irena Najbar

MODEL PRACY DZIENNEGO ODDZIAŁU PSYCHIATRYCZNEGO REHABILITACYJNEGO KRAKÓW-PODGÓRZE II W SZPITALU IM. DR. JÓZEFA BABIŃSKIEGO W KRAKOWIE

THE DAY THERAPY AND REHABILITATION PSYCHIATRIC WARD AT THE BABIŃSKI UNIVERSITY HOSPITAL IN KRAKOW

Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SP ZOZ w Krakowie

**day care ward
psychotherapy
psychiatric rehabilitation**

Streszczenie

Niniejszy artykuł prezentuje pracę Dziennego Oddziału Psychiatrycznego Rehabilitacyjnego Szpitala im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie. Przedstawione zostały podstawowe idee pracy klinicznej oddziału, jego struktura i profil przyjmowanych pacjentów. Opisywany oddział wyróżnia się na tle innych placówek rehabilitacji psychiatrycznej rezygnacją ze ściśle medycznego podejścia w leczeniu na rzecz nastawienia psychoterapeutycznego, które skutkuje ofertą równoległej psychoterapii indywidualnej i grupowej, kierowaną do wszystkich pacjentów. W oddziale przyjmuje się postawę terapeutyczną uwzględniającą trzy kierunki podążania w leczeniu: od interpretacji do intersubiektywności, od nastawienia intrapsychoicznego do interpersonalnego oraz od psychologii jednej osoby do psychologii dwóch osób lub wręcz sieci osób. W artykule przedstawiony został eklektyczny model pracy terapeutycznej stosowany w oddziale, proces kwalifikacji pacjentów do oddziału, a także różnorodność oddziaływań terapeutycznych. Opisany został model rehabilitacji psychiatrycznej oparty na zasadach społeczności terapeutycznej, model pracy w psychoterapii indywidualnej i grupowej, wiele innych zajęć grupowych, w tym terapia zajęciowa, psychoedukacja czy treningi umiejętności społecznych, a także sposób uwzględniania w procesie terapeutycznym postawy mentalizacyjnej.

Summary

The article presents the therapy programme of the Day Therapy and Rehabilitation Treatment Unit, which is a part of the Babiński University Hospital in Krakow. The basic ideas of the clinical work of the ward, its structure, and the profile of admitted patients are presented. The described day care ward stands out from other psychiatric rehabilitation facilities, thanks to having a psychotherapeutic attitude, rather than using a strictly medical model, which results in an individual and group psychotherapy offer addressed to all patients. The therapeutic approach is adopted taking into account three directions in treatment: from interpretation to intersubjectivity, from intrapsychic to interpersonal attitude, and from the psychology of one person to the psychology of two people or even a network of people. The article describes the eclectic therapy and rehabilitation model used in the ward, the process of qualifying patients for treatment, as well as the variety of therapeutic activities. Several

elements of the therapy programme have been presented: the model of psychiatric rehabilitation based on the principles of the therapeutic community, the model of individual and group psychotherapy, the multitude of other group activities, including occupational therapy, psychoeducation, and social skills training, as well as including the mentalization approach in the therapeutic process.

Przedstawiony w niniejszym artykule Dzienny Oddział Psychiatryczny Rehabilitacyjny, będący częścią Szpitala Klinicznego im. dr. J. Babińskiego, powstał już w 1976 roku. Początkowo mieścił się przy ulicy Limanowskiego w Krakowie, stanowiąc razem z Klubem Twórców Nieprofesjonalnych pierwsze w Krakowie miejsce dziennej opieki psychiatrycznej. W 2000 roku oddział został przeniesiony na teren Szpitala im. dr. Józefa Babińskiego, a w październiku 2016 roku do budynku znajdującego się na obrzeżach szpitala — tzw. Białego Domku, gdzie do tej pory się mieści. Przez ponad 40 lat działalności oddział przeszedł historię zmian idei stojących za rehabilitacją psychiatryczną, sposobów pracy, a także profilu przyjmowanych pacjentów, aby w obecnej formie stać się oddziałem dziennej rehabilitacji psychiatrycznej o nastawieniu psychoterapeutycznym, z ofertą skierowaną przede wszystkim do pacjentów we wczesnych stadiach choroby. Niniejszy artykuł ma na celu przedstawienie sposobu pracy oddziału, ze szczególnym naciskiem na stosowany model terapeutyczny.

Podstawową ideą stojącą za pracą omawianego oddziału dziennego jest odejście od typowo medycznego modelu leczenia (skoncentrowanego głównie wokół leczenia farmakologicznego), na rzecz psychoterapii i innych oddziaływań terapeutycznych (które zostaną opisane dalej), z naciskiem na powszechnie znane już lecznicze działanie społeczności terapeutycznej. Oddział działa w ścisłej kooperacji z innymi jednostkami szpitala, przede wszystkim oddziałami zamkniętymi, udostępniając pacjentom możliwość podjęcia rehabilitacji psychiatrycznej w trybie dziennym. Jednocześnie unikalna lokalizacja — na terenie szpitala, ale na uboczu, w otoczeniu przyrody — czyni z oddziału miejsce, w którym w pełni mogą realizować się idee terapeutyczne, sprzyjające zdrowieniu pacjentów. Położenie oddziału przy drodze wyjazdowej ze szpitala symbolicznie współgra z dążeniem personelu oddziału do wspierania pacjentów w ich procesie uspołecznienia i usamodzielnienia oraz nakierowania ich na powrót do funkcjonowania w świecie poza instytucjami psychiatrycznymi.

Praktyczna realizacja idei integracyjnych w zespole terapeutycznym

Charakterystyczną cechą opisywanego oddziału jest integracyjne podejście do stosowanych oddziaływań psychoterapeutycznych, obejmujące cały personel, który na opisywanym oddziale składa się z dwóch lekarzy (był czas, kiedy było trzech lekarzy), trzech psychologów, dwóch pielęgniarek i terapeutki zajęciowej. W oddziale przetestowano, w jaki sposób różne nurty psychoterapii mogą wzajemnie się uzupełniać. W oddziale pracują psychologowie i lekarze, którzy ukończyli szkolenie psychoterapeutyczne. Znajdują się wśród nich osoby pracujące w nurcie poznawczo-behawioralnym, psychodynamicznym, humanistycznym oraz systemowym, a także integratywnie. Ten zbiór różnych podejść teoretycznych, sposobów rozumienia mechanizmów zaburzeń oraz metod oddziaływań

nie jest przyczyną sporów, a raczej płaszczyzną dialogu, elementem, który przyczynia się do tworzenia w zespole terapeutycznym atmosfery otwartości i wzajemnego słuchania się.

W ostatnim czasie w środowisku psychoterapeutycznym można zauważyć coraz częstsze dążenie do integracji różnych podejść terapeutycznych, co jest efektem zwrócenia uwagi na ograniczenia wynikające z ortodoksyjnego przywiązania do jednego nurtu [1]. Za przykład może posłużyć próba dokonania syntezy psychoanalizy i podejścia poznawczo-behawioralnego przez Paula Wachtela [2]. Doświadczenia zbierane w ciągu wielu lat funkcjonowania oddziału dowodzą, że integracja paralelna różnych nurtów terapeutycznych oraz integracja form psychoterapii [3] także może przynosić korzyści, zarówno dla pacjentów, jak i dla terapeutów. Dzięki cotygodniowym zebraniom klinicznym oraz regularnej superwizji możliwa jest wymiana myśli, rozmowa na temat problematyki pacjentów i dzielenie się swoją perspektywą teoretyczną w zespole, co poszerza rozumienie pacjenta, pozwala na uzyskanie bardziej holistycznego spojrzenia na doświadczane przez niego trudności i często ułatwia przełamanie impasu w terapii, będąc także czynnikiem rozwojowym dla terapeutów.

W pracy zespołowej, w której realizuje się ideę integracji, nierozłączna jest konieczność precyzyjnego i jasnego wypowiadania swoich diagnoz i hipotez klinicznych. Mimo długiego doświadczenia pracy w zespole interdyscyplinarnym, łączącym różne podejścia, zawilości każdego z nurtów terapeutycznych zostają nadal znane jedynie osobom z danej szkoły. Nie pozwala to na nazywanie swoich spostrzeżeń jedynie hasłowo, co z pewnością wydłuża czas komunikacji. Debaty na temat problematyki pacjenta, biorące pod uwagę różne podstawy teoretyczne, mogą prowadzić do bardziej całościowych rozwiązań teoretycznych i praktycznych. Ostatecznie choć w różny sposób, to jednak rozmawia się o tym samym pacjencie. Perspektywa innych nurtów może być zachętą dla terapeutów do zrewidowania swojej wiedzy i sięgania do nowych źródeł przy zachowaniu wierności w rozumieniu swojej szkoły terapeutycznej lub innych teoretycznych podstaw terapii. Pojawianie się różnic w konceptualizacji jest dla oddziału naturalnym zjawiskiem. Napięcia i spory mogą być przyczynkiem do głębszego przyjrzenia się zaistniałym problemom. Podając już całkiem konkretny przykład można wymienić sytuację, w której terapeuta o podstawach teoretycznych myśli psychoanalitycznych idzie jako jeden z opiekunów na wycieczkę z pacjentami do muzeum. W naszym rozumieniu takie sytuacje nie muszą godzić w setting i mogą być omówione na sesji terapeutycznej. Zgodnie z naszymi spostrzeżeniami, częściej dochodzi do sporów nie związanych z podstawami teoretycznymi rozumienia pacjenta: konflikty są raczej częścią procesów grupowych zachodzących również wśród personelu.

Badania nad skutecznością psychoterapii [4] wykazały, że skuteczność poszczególnych technik terapeutycznych jest zależna od rodzaju zaburzenia — np. terapia poznawczo-behawioralna jest skuteczniejsza niż psychodynamiczna w przypadku niektórych zaburzeń afektywnych i lękowych. Dzięki różnicom w stosowanych przez członków zespołu terapeutycznego technikach terapeutycznych, możliwe jest skuteczne dopasowanie rodzaju terapii do indywidualnych potrzeb pacjenta, z uwzględnieniem odpowiedniej psychoterapii indywidualnej oraz włączeniem w razie potrzeby treningu funkcji poznawczych, konsultacji rodzinnych lub innych oddziaływań terapeutycznych. Taka indywidualnie dopasowana rehabilitacja psychiatryczna możliwa jest właśnie dzięki łączeniu różnych podejść do psychoterapii.

Postawa mentalizacyjna

Mając na uwadze kierunkowe wykształcenie poszczególnych członków zespołu terapeutycznego oraz starając się zoptymalizować podejście terapeutyczne dostosowane do pacjenta, a nie wyznawanej teorii, reprezentujemy przekonanie, że bardziej istotne jest to, jak robi to, co robi psychoterapeuta, niż „co robi”. Niezależnie od orientacji teoretycznej i dotychczasowego doświadczenia klinicznego, zespół terapeutyczny oddziału dąży do wspierania postawy mentalizacji u pacjentów [5]. Interwencje terapeutów skupiają uwagę na tym procesie, dzięki czemu istnieje on bardziej konsekwentnie w społeczności terapeutycznej. Mentalizowanie może przynieść pacjentom oddziału wiele korzyści. Po pierwsze, pewne wrażenia somatyczne i stany emocjonalne przekształcane są w idee, które można zwerbalizować i zakomunikować, co wydaje się kluczowe w procesie psychoterapii. Dodatkowo, zrozumienie stanów psychicznych innych ludzi ułatwia tworzenie więzi interpersonalnych, zwiększa rozumienie sytuacji społecznych, a także ułatwia dostrzeżenie mechanizmów stojących za nieporozumieniami. W pracy oddziału istotne jest także świadome przeciwdziałanie procesowi często bezwiednego blokowania mentalizacji w środowisku terapeutycznym. Zakłada się, że mentalizować powinni zarówno pacjenci, jak i wszyscy członkowie zespołu terapeutycznego, gdyż trwanie w postawie mentalizacji jest jednym z lepszych środków do osiągania celów wyznaczonych w terapii. Postawa zaciekawienia i niewiedzy charakterystyczna dla mentalizacji jest pomocna również w nauce lepszego tolerowania niejednoznaczności i niepewności.

Wzorem dla oddziału są założenia Allena, Fonagy’ego i Batemana [5]. Starania wspierające postawę mentalizacji w praktyce oddziału polegają na:

- pielęgnowaniu postawy dociekliwości, ciekawości, „niewiedzenia”,
- zapewnieniu pacjentom doświadczenia bezpieczeństwa, dzięki któremu będą mogli odważnie przyglądać się stanom psychicznym — własnym i innych,
- podtrzymywaniu odpowiedniego poziomu zaangażowania emocjonalnego pacjentów,
- angażowaniu się w proces odzwierciedlenia, dostosowanego do stopnia mentalizacji pacjenta,
- formułowaniu nieskomplikowanych, ale trafiających w sedno interwencji,
- utrzymywaniu równowagi pomiędzy angażowaniem pacjenta w badanie stanu umysłu innych i badanie jego własnych stanów psychicznych,
- zachęcaniu pacjentów, aby spoglądali na interakcje i własne doświadczenia z różnych perspektyw,
- uznawaniu wagi przeżyć pacjenta przed zaproponowaniem odmiennych punktów widzenia,
- podważaniu trafności nieuzasadnionych założeń pacjenta dotyczących postaw, uczuć i przekonań zespołu terapeutycznego,
- ujawnianiu własnych myśli, aby pacjenci mogli skorygować zniekształcony ogląd terapeuty, przyznawaniu się do porażek w procesie mentalizowania i dążeniu do zrozumienia nieporozumienia.

Proces kwalifikacji pacjenta do oddziału

Oddział dysponuje 25 miejscami. Pierwszym elementem procesu leczenia w oddziale jest diagnoza pacjenta na różnych płaszczyznach, rozpoczynająca się już na etapie kwalifikacji przyjęciowej do oddziału. Pacjent zostaje objęty odpowiednimi rodzajami oddziaływań terapeutycznych, adekwatnie do rozpoznania i indywidualnego zapotrzebowania. Za podstawowe cele programu terapii i rehabilitacji w oddziale uznaje się nie tylko uzyskanie remisji objawów chorobowych u pacjenta, ale także budowanie jego motywacji do dalszego leczenia, profilaktyka nawrotów choroby, zwiększenie zasobów pacjenta w radzeniu sobie z chorobą, nabywanie kompetencji społecznych i wzmacnianie zdrowych obszarów funkcjonowania pacjenta oraz przywracanie zdolności do pełnienia różnych ról społecznych. Dla skutecznej realizacji tych celów niezwykle istotny wydaje się odpowiedni dobór pacjentów.

Oddział kieruje swoją ofertę terapeutyczną do pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, obejmującymi wg Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania w ICD-10 [6]: organiczne zaburzenia psychiczne, schizofrenię, zaburzenia typu schizofrenii, zaburzenia urojeniowe, zaburzenia nastroju, upośledzenie umysłowe oraz całościowe zaburzenia rozwojowe. Sam fakt postawienia przez lekarza kierującego pacjenta do oddziału dziennego jednej z wymienionych diagnoz nie jest jednak jednoznaczny z zakwalifikowaniem danej osoby do terapii. Należy pamiętać, że osoby rozpoczynające leczenie w oddziale dołączają do społeczności terapeutycznej, która uważana jest za jeden z najważniejszych czynników leczniczych. Z naszych obserwacji wynika, iż najskuteczniejszy dobór pacjentów zakłada występowanie pomiędzy nimi pewnej optymalnej różnicy w poziomie zaburzeń i funkcjonowania społecznego. Jeżeli różnica będzie zbyt duża — np. połączy się pacjentów po pierwszych epizodach choroby, dobrze funkcjonujących społecznie z pacjentami chorującymi chronicznie, bardzo głęboko zaburzonymi, dysproporcja ta może osłabić motywację do leczenia u pacjentów lepiej funkcjonujących, z powodu utraty nadziei na poprawę. Z drugiej strony zbyt mała różnica w poziomie funkcjonowania i rodzaju zaburzeń może pozbawić pacjentów korzyści, jakie płyną z różnorodności i dzielenia się doświadczeniami pomiędzy osobami na różnych stadiach zdrowienia. Obserwacje te znajdują potwierdzenie w literaturze. Analizując skuteczność pracy w grupie Yalom [7] zwrócił uwagę, iż pewien stopień nieprzystawalności pacjenta do grupy wywołuje stan dysonansu, który sprzyja wprowadzaniu zmian.

Kolejnym istotnym elementem procesu kwalifikacji do oddziału jest motywacja pacjenta do leczenia. Kwalifikacja to pierwsze spotkanie z pacjentem, w trakcie którego można nie tylko rozpoznać poziom motywacji osoby zgłaszającej się na terapię, ale także ją wzmocnić, stosując elementy dialogu motywującego. Ważne jest wtedy także nazwanie celów terapii, co nakierowuje pacjenta na myślenie o faktycznych zmianach, które może w swoim życiu wprowadzić. W niektórych przypadkach od tego pierwszego spotkania zależy poziom zaangażowania pacjenta w zajęcia terapeutyczne, co ma później kluczowe znaczenie dla osiągnięcia spodziewanych rezultatów terapii. Badania pokazują [8], iż zaangażowanie pacjenta w terapię, a co za tym idzie — jej skuteczność, w pewnym stopniu zależy od niektórych cech osobowości pacjenta, możliwego występowania zaburzeń osobowości u podłoża zgłaszanego problemu, a także od oczekiwań pacjenta wobec terapii.

Rozpoznanie tych czynników w trakcie kwalifikacji do oddziału ma kluczowe znaczenie, gdyż zgodnie z naszą obserwacją od zaangażowania pacjenta w funkcjonowanie społeczności, pracę oddziału i zajęcia terapeutyczne w dużej mierze zależy skuteczność tych oddziaływań. Bez wewnętrznej motywacji i zaangażowania pacjenta, jego rehabilitacja psychiatryczna nie przyniesie zakładanych rezultatów, a cele wyznaczone przez niego nie zostaną zrealizowane.

W literaturze [9] zwraca się także uwagę na konieczność prowadzenia w oddziałach dziennych negatywnej selekcji pacjentów, nie kwalifikując do terapii osób, do których oferta terapeutyczna nie jest dopasowana. W opisywanym oddziale nie leczy się uzależnień, a więc nie ma możliwości zakwalifikowania do terapii osób nadużywających alkoholu, narkotyków lub dopalaczy. W trakcie pobytu w oddziale wymagane jest zachowywanie abstynencji. Ze względu na specyfikę pracy w trybie dziennym, nie ma także możliwości leczenia pacjentów przejawiających silne skłonności samobójcze lub będących w czynnej, nieustabilizowanej psychozie. W takim przypadku pacjentów kieruje się na oddziały zamknięte. Ze względu na specyfikę oddziaływań terapeutycznych, oferta oddziału nie jest również skierowana do osób na bardzo niskim poziomie funkcjonowania, np. z diagnozą znacznego lub głębokiego upośledzenia umysłowego czy znacznych deficytów procesów poznawczych. Obok tych jednoznacznych wykluczeń, personel oddziału podczas procesu kwalifikacji dużą wagę przywiązuje do motywacji pacjenta i potencjalnej zdolności adaptacji do warunków oddziału, w przypadkach diagnozy, przy której mogą pojawiać się wątpliwości.

Spoleczność terapeutyczna

Oddział funkcjonuje w oparciu o zasady społeczności terapeutycznej, zgodnie z którymi funkcjonowanie wewnątrz społeczności oddziałowej i jakość relacji, jakie pacjent z nią nawiązuje, są odzwierciedleniem tego, jak dana osoba ogólnie funkcjonuje społecznie i jakie napotyka trudności w życiu codziennym. Na terapeutyczną wartość uczestniczenia w społeczności zwrócił już uwagę Jones w 1953 roku [10]. Podkreślał, iż otwarta komunikacja, angażowanie pacjenta w proces zdrowienia i podejmowanie decyzji oraz zachęcanie do dyskusji na temat konfliktów interpersonalnych mają istotne znaczenie terapeutyczne. Od tego czasu nastąpiły znaczące zmiany w opiece psychiatrycznej, jednak w dalszym ciągu założenia społeczności terapeutycznej można uznać za wartościowe i wysoce skuteczne [11].

W opisywanym oddziale zebrania społeczności terapeutycznej odbywają się codziennie rano i prowadzone są przez dwóch pacjentów, pełniących w danym tygodniu funkcje starosty i wicestarosty oddziału. Podczas zebrań społeczności omawiane są aktualne problemy życia oddziału, poruszane kwestie formalne, zapewnione warunki do wnoszenia przez pacjentów swoich sugestii, wniosków i przemyśleń. Dodatkowo, każdy pacjent oddziału zobowiązany jest do pełnienia różnych funkcji w społeczności, takich jak dyżurnego w kuchni i ogrodzie, kronikarza i skarbnika, pod koniec pobytu rola starosty i wicestarosty. Modeluje się w ten sposób konstruktywne zachowania społeczne, wzmacniane jest poczucie odpowiedzialności za grupę. Obok zebrań społeczności terapeutycznej i przyjmowanych

przez pacjentów funkcji, wszystkie inne interakcje społeczne i spontaniczne dyskusje również są traktowane jako mające istotny walor terapeutyczny.

Ważne w funkcjonowaniu oddziału wydaje się współtworzenie społeczności terapeutycznej na równi przez pacjentów i personel. W zebraniach społeczności uczestniczą wszyscy i każdy ma równe prawo podniesienia ważnych dla niego kwestii. Podkreśla się rolę, jaką pacjenci pełnią w kształtowaniu oddziału i decydowaniu, np. o panujących w oddziale zasadach, które są zgodnie z zapotrzebowaniem modyfikowane w trakcie zebrania społeczności. Pacjenci mogą mieć także wpływ na harmonogram zajęć. Gdy proponowane zajęcia są krytykowane przez znaczącą część pacjentów lub cieszą się znikomym zainteresowaniem, kwestia ta jest omawiana z całą społecznością i jeśli zachodzi taka potrzeba, zajęcia są modyfikowane lub zmieniane na inne.

Charakterystycznym dla omawianego oddziału czynnikiem terapeutycznym, wspierającym własną inicjatywę pacjentów, jest rola lekarza w społeczności terapeutycznej i specyfika relacji pacjenta z lekarzem. W oddziale, inaczej niż w innych placówkach (w szczególności oddziałach zamkniętych), to nie lekarze wychodzą do pacjentów, ale to pacjent sam ma za zadanie podjąć wysiłek służący zdrowieniu, planując rozmowy z lekarzem. Lekarze stanowią część społeczności terapeutycznej na tych samych zasadach co pozostali członkowie zespołu terapeutycznego, włączając się w uczestnictwo w zajęciach.

Za funkcjonowaniem społeczności terapeutycznej oraz pełnym uczestnictwem zespołu terapeutycznego w tej społeczności stoi założenie, że relacja terapeutyczna jest jednym z najważniejszych czynników leczących [12]. Niespecyficzne czynniki terapeutyczne, których działanie obserwuje się w psychoterapii, można także wykorzystać w rehabilitacji psychiatrycznej. Tworząc wspólnie z pacjentami atmosferę zrozumienia, akceptacji i zaangażowania, umożliwia się nie tylko zmniejszenie nasilenia objawów zaburzenia, ale także rozwój osobisty i społeczny. Gelso i Hayes [13] zwracają uwagę, że dobra, wspierająca relacja pomiędzy zespołem terapeutycznym a pacjentem może mieć bardzo pozytywny wpływ na efektywność innych oddziaływań terapeutycznych i odwrotnie — działania terapeutyczne nie przyniosą zamierzonych rezultatów, jeśli relacja terapeutyczna nie jest wystarczająco dobra.

Grupowe formy aktywności terapeutycznej uruchamiają silne czynniki zmiany, takie jak przykładowo nacisk społeczny pacjentów na siebie nawzajem, skłaniając poszczególne osoby nie tylko do uczestnictwa w zajęciach, ale także do aktywnego zaangażowania. Te czynniki, określane jako „społeczne mikrokosmosy” [7], uruchamiają uczenie się interpersonalne, które dokonuje się poprzez obserwację i naśladowanie, gdy pacjenci mają możliwość dostrzeżenia podobieństwa trudności psychicznych (uniwersalizm) lub poprzez potrzebę niesienia pomocy innym (altruizm). Procesy te traktuje się jako silne czynniki leczące w społeczności terapeutycznej. Program leczenia dziennego w oddziale wspiera także istotne cechy społeczności terapeutycznej, służące efektywnemu leczeniu, wymienione przez Rapoport [14]: demokrację, liberalizm, przywiązanie do wspólnoty, konfrontację z rzeczywistością.

Psychoterapia indywidualna i grupowa

W oddziale prowadzona jest psychoterapia grupowa z podziałem na dwie grupy. Każda z nich ma zajęcia dwa razy w tygodniu o stałej porze. Pacjenci przydzielani są do grup po tygodniu pobytu w oddziale na podstawie poziomu funkcjonowania i diagnozy, tak aby trudności i problemy doświadczane przez członków grupy były do siebie przynajmniej do pewnego stopnia zbliżone. Proces grupowy odbywa się na wielu płaszczyznach: umożliwia pacjentom wymianę informacji, bezpieczną ekspresję trudnych emocji, dzielenie się swoimi doświadczeniami i przemyśleniami oraz uzyskiwanie informacji zwrotnych od innych uczestników. Poprzez udział w tych zajęciach pacjenci uczą się rozpoznawać i wyrażać swoje emocje i potrzeby, mają możliwość poznania i zmodyfikowania swojego stylu nawiązywania relacji z ludźmi, a dzięki wspólnemu przyglądaniu się swoim objawom, rozwijają bardziej efektywne sposoby radzenia sobie z chorobą. Z powodu dużej rotacji pacjentów w oddziale grupy są otwarte, co wymaga ciągłego dostosowywania technik prowadzenia grupy oraz celów grupowych do zmieniających się pacjentów, co — jak zauważa Yalom [7] — nie determinuje skuteczności oddziaływań terapeutycznych i nie przekreśla możliwości toczenia się procesu grupowego.

Psychoterapię grupową prowadzą w oddziale psychologowie, którzy zamieniają się prowadzeniem grup oraz zajęć z psychoedukacji co 4 miesiące. Zamiany te służą rozwojowi pacjentów, poprzez naukę przystosowywania się do zmian. Czerpią także korzyści z odmiennej jakości, którą każdy z terapeutów wprowadza do grupy, poprzez zmianę stylu prowadzenia grupy, podejścia teoretycznego, a także osobowości terapeuty. Z perspektywy terapeuty, 4-miesięczna przerwa od prowadzenia grupy (na prowadzenie zajęć z psychoedukacji) następująca co 8 miesięcy zapobiega wypaleniu i pozwala z nową energią, entuzjazmem i troską o pacjentów prowadzić psychoterapię grupową. Taki model pracy wiąże się także z pewnym ryzykiem zakłócenia procesu terapeutycznego i spowolnienia leczenia niektórych pacjentów, szczególnie tych mających największe trudności z zaufaniem i otwarciem się w terapii. Mimo dostrzegania tych trudności, doświadczenie wprowadzenia zmian rotacyjnych do pracy terapeutycznej pokazało, że korzyści z takiego trybu pracy znacząco przewyższają wiążące się z nim ryzyko.

Pewnym fenomenem w organizacji pracy opisywanego oddziału jest udostępnienie wszystkim pacjentom dostępu do psychoterapii indywidualnej lub indywidualnej opieki o charakterze wsparcia. Innymi słowy, każdy pacjent przebywający w oddziale ma zapewnioną opiekę indywidualną dostosowaną do swoich potrzeb. Sesje terapii indywidualnej odbywają się w większości przypadków raz w tygodniu. W zależności od możliwości i motywacji pacjenta, terapia indywidualna polega na wspieraniu i podtrzymywaniu uczestnictwa w codziennym życiu i dążeniu do samodzielności, w okresie nasilenia objawów chorobowych oraz bezpośrednio po ich ustąpieniu, lub też na pracy nad rozumieniem własnych przeżyć i problemami osobowościowymi. Ta forma leczenia daje również możliwość zrozumienia psychologicznego podłoża dolegliwości oraz odkrycia zasobów pacjenta. W większości przypadków terapia indywidualna ma charakter krótkoterminowy (pacjenci przebywają w oddziale 16 tygodni), choć zdarzają się przypadki (gdy jest to terapeutycznie uzasadnione), kiedy pacjent wraca do oddziału na kolejny pobyt i wtedy możliwe jest kontynuowanie terapii. W wielu przypadkach spotkania indywidualne w oddziale są

„pierwszym krokiem” terapeutycznym dla pacjentów, którzy po wypisie zachęceni są do podjęcia terapii w trybie ambulatoryjnym.

Kolejnym czynnikiem, który wyróżnia opisywany oddział od innych placówek, jest włączanie wszystkich członków zespołu w pracę indywidualną z pacjentami. W zależności od indywidualnych charakterystyk, rodzaju zaburzenia i możliwości pacjenta, nie zawsze konieczne lub wskazane jest prowadzenie typowej psychoterapii indywidualnej. Mimo to, w zdecydowanej większości przypadków pacjenci mogą czerpać korzyści z niespecyficznych czynników terapeutycznych, takich jak świadomość bycia objętym opieką indywidualną, wiedza o tym, do kogo można się zwrócić w razie kryzysu, umówienie się z opiekunem na rozmowy raz w tygodniu w określony dzień i o określonej godzinie, nawiązanie relacji terapeutycznej — budujących w pacjencie poczucie bezpieczeństwa i zaufania, tak bardzo potrzebne w procesie zdrowienia [15]. W związku z powyższym, w oddziale każdy z członków zespołu ma pod swoją opieką co najmniej jednego pacjenta. Psychoterapeuci (psychologowie i lekarze) prowadzą psychoterapię indywidualną od wglądowej do wspierającej, natomiast pielęgniarki, terapeuta zajęciowy i stażyści prowadzą spotkania indywidualne o charakterze wsparciowym, pilnując settingu spotkań w ten sam sposób co psychoterapeuci. Dzięki temu, każdy z pacjentów odnosi korzyści z indywidualnej opieki, a każdy członek zespołu uruchamia w sobie psychoterapeutyczny sposób postrzegania pacjenta, odchodząc od myślenia wyłącznie psychiatrycznego.

W oddziale sprawdza się także łączenie psychoterapii indywidualnej i grupowej. Pacjenci uczestniczą w obu rodzajach terapii, czasami na zasadach terapii skojarzonej (prowadzonej przez dwóch różnych terapeutów), a czasami na zasadach terapii połączonej (jeden terapeuta prowadzi psychoterapię indywidualną i grupową). Podział ten wynika głównie z możliwości organizacyjnych, jednak zwraca się uwagę na pozytywne efekty każdego z tych oddziaływań. Warunkiem skutecznej terapii skojarzonej jest otwarta i oparta na wzajemnym szacunku relacja pomiędzy terapeutą indywidualnym i grupowym [7], co jest możliwe w oddziale dziennym dzięki bliskiej współpracy pomiędzy wszystkimi terapeutami. Zarówno w przypadku terapii skojarzonej, jak i połączonej, terapia grupowa przyspiesza i wzbogaca proces psychoterapii indywidualnej, a psychoterapia indywidualna, szczególnie ukierunkowana na „tu i teraz”, służy głębszemu zaangażowaniu się w proces grupowy.

Uzupełnieniem oddziaływań psychoterapeutycznych jest możliwość zorganizowania w oddziale spotkania konsultacyjnego z rodziną pacjenta. Celem takich spotkań jest współpraca pomiędzy pacjentem, jego rodziną i zespołem terapeutycznym. Konsultacje rodzinne ułatwiają znalezienie wspólnego obszaru porozumienia oraz umożliwiają zdobycie dodatkowych informacji, co sprzyja postępom w procesie terapeutycznym. Spotkania te prowadzone są w oparciu o zasady teorii systemowej — pozwalają poznać system rodzinny, funkcjonujące w nim relacje, sposoby komunikowania się członków rodziny, ich stosunek do choroby psychicznej, sposoby radzenia sobie z nią oraz czynniki utrudniające proces leczenia i rehabilitacji.

Struktura oddziału

Rozszczepienie jest naturalnym zjawiskiem występującym w zespole leczącym pacjentów poważnie chorych psychicznie oraz głęboko zaburzonych osobowościowo. Ważnym czynnikiem pozwalającym zmniejszyć nieporozumienia i konflikty wywołane choćby i samym czynnikiem pracy z wyżej wymienionymi pacjentami jest jasna i stabilna struktura oddziału, która jest zrozumiała i przestrzegana przez cały personel. Przydatne jest, że z góry wiadomo, kto podejmuje daną decyzję. Wypracowany przez nasz oddział model zakłada, że kluczowy głos w sprawach danego pacjenta ma jego terapeuta indywidualny, który rzecz jasna może konsultować się z zespołem. Stałą przestrzenią na omówienia jest cotygodniowe spotkanie kliniczne zespołu. W tych ramach terapeuta indywidualny omawianego pacjenta mówi o swoich spostrzeżeniach z poprzedzającego tygodnia, czerpie także dodatkowe informacje z relacji z zajęć terapeutycznych — terapii grupowej, psychoedukacji, pracowni plastycznej i zajęciowej oraz treningu lekowego, przedstawianych na zebraniu przez poszczególnych członków zespołu. Taka forma spotkań ułatwia wielowymiarowe ujrzenie pacjenta.

U osób chorujących psychicznie naturalna jest potrzeba leczenia farmakologicznego. Część pacjentów jest kierowana na oddział dzienny bezpośrednio z oddziałów stacjonarnych, z potrzebą jedynie kosmetycznych zmian lekowych. Natomiast inni pacjenci przychodzą z poradni zdrowia psychicznego w celu zintensyfikowania oddziaływań, aby uniknąć potrzeby hospitalizacji stacjonarnej i w takich przypadkach wdrażane mogą być istotne zmiany farmakologiczne. Każdy pacjent ma również przyporządkowanego na stałe lekarza psychiatrę. Zespół złożony z lekarza i terapeuty indywidualnego tworzy podstawową jednostkę decyzyjną i daje przestrzeń do częstszego omawiania stanu pacjenta i dalszych planów terapeutycznych.

Inne oddziaływania terapeutyczne wspomagające leczenie

Jak już zostało powiedziane wcześniej, rehabilitacja psychiatryczna na opisywanym oddziale opiera się na zasadach społeczności terapeutycznej, z naciskiem na psychoterapeutyczne raczej niż medyczne podejście do pacjenta. Jednocześnie zwraca się także uwagę na inne oddziaływania terapeutyczne, tak aby dobór zajęć był różnorodny, ciekawy i dopasowany do potrzeb każdego z pacjentów. Obok psychoterapii pacjenci uczestniczą w różnych zorganizowanych zajęciach grupowych oraz w terapii przez pracę i zabawę, co nie tylko samo w sobie ma działanie terapeutyczne, ale także aktywizuje pacjentów i wzmacnia ich zaangażowanie.

Wśród zorganizowanych zajęć grupowych, poza psychoterapią grupową, odbywają się zajęcia z psychoedukacji, „historia życia”, podsumowanie tygodnia oraz treningi umiejętności społecznych. W zajęciach tych uczestniczą wszyscy pacjenci przebywający w oddziale. Zajęcia psychoedukacyjne mają charakter cyklu spotkań prowadzonych przez psychologa lub lekarza raz w tygodniu. W trakcie zajęć omawiane są różnorodne tematy obejmujące: objawy, przyczyny, leczenie i zapobieganie nawrotom chorób psychicznych, ze szczególnym uwzględnieniem schizofrenii i chorób afektywnych, sposoby radzenia sobie z chorobą, prozdrowotny styl życia, sytuację pacjenta w aspekcie prawnym i socjal-

nym. Celem zajęć jest przekazywanie pacjentom informacji służących do podtrzymania i utrwalenia efektów leczenia.

„Historia życia” to zajęcia, które także odbywają się raz w tygodniu. W ich trakcie jeden z pacjentów (zwykle kończący pobyt w oddziale) przedstawia przed całą społecznością terapeutyczną historię swojego życia. Celem tego typu zajęć jest stworzenie dla każdego z pacjentów możliwości przyjrzenia się swojej linii życia oraz zaprezentowania swoich doświadczeń i zainteresowań, a także przełamywanie oporów przed mówieniem o sobie i wystąpieniami publicznymi. Zajęcia te sprzyjają budowaniu zaufania w społeczności terapeutycznej i lepszemu wzajemnemu poznawaniu się pacjentów.

W oddziale zwraca się szczególną uwagę na przygotowanie pacjentów do podjęcia pracy, usamodzielnienia się, funkcjonowania w świecie poza placówkami psychiatrycznymi. Podsumowanie tygodnia oraz treningi umiejętności społecznych są zajęciami ukierunkowanymi na ten cel. Podsumowanie tygodnia to zajęcia grupowe prowadzone co tydzień w piątki, w trakcie których pacjenci wspólnie podsumowują cały tydzień pracy terapeutycznej w kontekście realizacji swoich indywidualnych celów terapeutycznych i postępów w leczeniu. Uzyskują także wsparcie w konstruktywnym zaplanowaniu weekendu, a plany te weryfikowane są później w trakcie poniedziałkowego zebrania społeczności. Zajęcia te uczą planowania czasu, a także uwrażliwiają ego obserwujące każdego z pacjentów poprzez rozpoznawanie, w jaki sposób wydarzenia i doświadczenia mogą wpływać na stany emocjonalne i samopoczucie fizyczne.

Treningi umiejętności społecznych mają natomiast na celu poprawę radzenia sobie pacjentów w sferze umiejętności społecznych, praktycznych, przydatnych w życiu codziennym. Tematy i problemy, którymi zajmują się grupy treningu umiejętności społecznych często są przedmiotem pogłębionej pracy w grupie psychoterapeutycznej. W oddziale odbywają się, dla różnych grup pacjentów, następujące treningi: kulinarny, budżetowy, farmakologiczny i rozwiązywania problemów.

Oprócz zorganizowanych grupowych zajęć, w oddziale dużo uwagi poświęca się terapii zajęciowej w różnych formach. Dla pacjentów dostępne są dwie pracownie — zajęciowa i plastyczna. Terapia zajęciowa kierowana jest do wszystkich. Jest to forma leczenia i usprawniania za pomocą określonych czynności, zajęć i prac, które mogą mieć wartość kształcącą, wychowawczą, a także terapeutyczną [16]. Jako środek leczniczy terapia zajęciowa może oddziaływać na ogólną sprawność psychiczną i fizyczną, podnosi także umiejętność pracy w grupie, wzmacnia kompetencje społeczne pacjentów. Zajęcia wytwórcze, rękodzielnicze, ruchowe — odpowiednio dobrane, mogą wpłynąć na pacjenta uspokajająco, mobilizująco i usprawniająco.

W obszar terapii zajęciowej oddziału wchodzi także arteterapia w pracowni plastycznej oraz cykliczne zajęcia grupowe „Spotkania ze sztuką”, służące rozwijaniu twórczej ekspresji. Uzupełnieniem arteterapii są co dwa tygodnie wycieczki pod opieką terapeutów do muzeów i galerii, będące kontynuacją kontaktu pacjenta ze sztuką. Arteterapia, poprzez uruchamianie kreatywności i wspieranie własnych zasobów pacjenta, pozwala lepiej zrozumieć siebie, podnieść jakość swojego życia, lepiej radzić sobie z problemami i konfliktami [17]. W ramach terapii zajęciowej pacjenci mają także możliwość uczestniczenia w zajęciach pracowni garncarskiej, siłowni i prezentacjach audiowizualnych o ogrodach w Interdyscyplinarnym Centrum Terapii Zajęciowej Szpitala. Prowadzone są

także dodatkowe zajęcia ogrodnicze, w trakcie których pacjenci dbają o oddziałowy ogród pod okiem wykwalifikowanego ogrodnika.

Efektem holistycznego spojrzenia na pacjenta w oddziale jest włączenie do procesu rehabilitacji wysiłku fizycznego oraz elementów relaksu i zabawy. Wysiłek fizyczny — realizowany zarówno w postaci zajęć w ogrodzie, jak i w formie porannej gimnastyki, w której pacjenci uczestniczą codziennie, uzupełnia oddziaływania psychoterapeutyczne, wspiera psychiczne i somatyczne zdrowie pacjentów oraz dodaje energii i motywacji do pracy terapeutycznej. Podobnie elementy z pozoru zabawowe, takie jak zajęcia, w trakcie których pacjenci grają w kalambury, służą wzmocnieniu więzi grupowych, przełamaniu lęku społecznego, osłabieniu napięcia oraz uczą, jak aktywnie odpoczywać. Dodatkowo, elementy zabawy zachęcają do śmiechu, który — jak wykazano w literaturze [18], może być pomocny w radzeniu sobie ze stresem, sprzyja leczeniu trudności psychicznych oraz wzmacnia funkcjonowanie układu oddechowego i krążenia, jak również moduluje funkcjonowanie układu immunologicznego.

Podsumowanie

Podsumowując powyższą prezentację, należy podkreślić przede wszystkim holistyczne podejście do pacjenta i jego procesu zdrowienia w opisywanym oddziale, co realizuje się zarówno poprzez różnorodność proponowanych pacjentom oddziaływań terapeutycznych, jak i poprzez wielowymiarowe podejście do rozumienia doświadczanych przez pacjenta trudności.

Zaprezentowany model funkcjonowania oddziału, jak i konieczność ciągłego monitorowania przebiegu społeczności terapeutycznej, jest wciąż przedsięwzięciem „dojrzewającym”, ulegającym w zasadzie codziennym modyfikacjom i usprawnieniom. Dotyczy to także stanu umysłów personelu oddziału, którego członkowie — oprócz korzyści płynących ze swobodnych możliwości wyrażania sporu w obszarze konceptualizacji teoretycznej, w której zostali wychowani (co samo w sobie może być rozwojowe), korzystają z „bezpiecznika” superwizji indywidualnej, jak i z jej formy grupowej. Nie trzeba także nikogo przekonywać, aby swoje doświadczenie zawodowe poszerzał w trakcie rozlicznych szkoleń, służących integracji mądrości podejść sobie bliższych, z tymi nieco odleglejszymi.

Bogaty, urozmaicony program leczenia zaprezentowany w artykule może wzbudzać odczucie kakofonicznej mozaiki, w której uczestnik leczenia może się pogubić, nie potrafiąc dostrzec wymiernych dla niego korzyści owocujących poprawą stanu psychicznego. Również uprawniony mógłby być zarzut, że zespół terapeutyczny wiedziony pokusami narcystycznymi kreuje nadmiarowy program terapeutyczny ku zaspokojeniu swoich potrzeb. Autorzy nie mogą w pełni wykluczyć niektórych elementów powyższego ryzyka, ale jednocześnie — poprzez rozbudowaną strukturę modelu leczenia — czynią starania, by te elementy zminimalizować i dać pacjentom płaszczyznę do skutecznego i efektywnego wysiłku terapeutycznego, mierzonego nie tylko skalami klinicznymi, a przede wszystkim możliwościami podjęcia ról społecznych, lepszego rozumienia siebie i świata wraz z osiągnięciem efektywniejszej gospodarki emocjonalnej.

Nie dewalując modelu medycznego obowiązującego w psychiatrii, autorzy dostrzegli jednak jego element ograniczający w rozwoju jednostki, dlatego zaproponowali uzupełnienie oddziaływań leczących o te gwarantujące nabycie sprawstwa, zarządzania swoimi zasobami oraz redukujące sieci zależnościowe od instytucji psychiatrycznych — co nie zawsze było standardem w nie tak dawnych czasach funkcjonowania dziennej formy leczenia.

Piśmiennictwo

1. Drat-Ruszczak K. Czy teoria kliniczna jest w psychoterapii potrzebna i czym dla niej jest: rozważania o integracji psychoterapii. *Roczniki Psychologiczne* 2016; (3): 469–492.
2. Wachtel PL. *Psychoanalysis, behavior therapy and the relational world*. Washington: American Psychological Association; 1997.
3. Suszek H. Tendencje integracyjne w psychoterapii na świecie. W: Grzesiuk L, Szuszek H, red. *Psychoterapia: Integracja, podręcznik akademicki*. Warszawa: Eneteia Wydawnictwo Psychologii i Kultury; 2010, s. 27–39.
4. Rakowska J. Wyniki badań nad skutecznością psychoterapii podsumowane w metaanalizach. W: Grzesiuk L, red. *Psychoterapia: Badania i szkolenie, podręcznik akademicki*. Warszawa: Eneteia Wydawnictwo Psychologii i Kultury; 2006, s. 83–100.
5. Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. *Mentalizowanie w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.
6. Światowa Organizacja Zdrowia. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków — Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 2000.
7. Yalom I, Leszcz M. *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
8. Szymańska A, Dobrenko K, Grzesiuk L. Cechy i doświadczenia pacjenta z przebiegu psychoterapii oraz skuteczność psychoterapii. Podejście strukturalne. *Psychiatr. Pol.* 2017; 51(4): 619–631.
9. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. Kwalifikacja do intensywnej psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic. *Psychiatr. Psychoter.* 2011; 7(4): 20–34.
10. Jones M. *The therapeutic community: a new treatment method in psychiatry*. Oxford, England: Basic Books; 1953.
11. Hansen JT, Slevin C. The implementation of therapeutic community principles in acute care psychiatric hospital settings: An empirical analysis and recommendations to clinicians. *J. Clin. Psychol.* 1996; 52(6): 673–678.
12. Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry* 2015; 14(3): 270–277.
13. Gelso CJ, Hayes JA. *Relacja terapeutyczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004.
14. Rapoport RN. *Community as doctor*. New York: Arno; 1980.
15. Czabała JC. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2008.
16. Juśkiewicz-Swaczyna B, Białkowska J. Rola terapii zajęciowej w rehabilitacji. *Szkie Humanistyczne* 2015; 15(3–4): 223–228.
17. Bartel R. Arteterapia a twórczy rozwój osobowości. *Terapia przez Sztukę*. 2012/2013; 1(4): 22–25.
18. Łamek A. *Terapia śmiechem. Jak rozwijać poczucie humoru*. Warszawa; 2008.