

Ewa Niezgoda¹, Aleksandra Wieczorek², Edyta Biernacka¹, Katarzyna Synówka¹

ODDZIAŁ LECZENIA ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI I NERWIC — OPIS MODELU

THE MODEL OF THERAPY IN THE PERSONALITY DISORDER AND NEUROSIS UNIT

¹Oddział Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego, Kraków

²Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Psykiatri Affektiva, Neuropsykiatrimottagning Mölndal, Göteborg

**personality disorders
psychoanalytic therapy**

Streszczenie

Prawidłowe postępowanie dotyczące osób z zaburzeniami osobowości oraz profilaktyka występowania tych zaburzeń stanowią ogromne wyzwania zarówno dla klinicystów, jak i dla osób odpowiedzialnych za organizację opieki zdrowotnej. Wydaje się, że świadomość społeczna istnienia zaburzeń osobowości w ostatnich latach rośnie, jednak w dalszym ciągu, szczególnie w Polsce, pozostają one problemem ukrytym. W systemie opieki zdrowotnej nadal niedoceniana jest skala zjawiska oraz różnorodne koszty ponoszone z tego tytułu. Konsekwencją braku dostatecznej świadomości zjawiska na poziomie podstawowych regulacji prawnych mających wpływ na politykę społeczną i zdrowotną jest brak możliwości rozwijania skutecznych form leczenia i pomocy osobom z zaburzeniami osobowości. Zagadnieniom tym poświęcony został obszerny artykuł, który dokładnie omawiał trudności dotyczące organizacji i leczenia zaburzeń osobowości w Polsce [1,2]. W niniejszym tekście, celem wprowadzenia, przypomniane zostaną postulowane tam rozwiązania, poparte doświadczeniem niektórych ośrodków europejskich oraz przeprowadzonymi badaniami naukowymi, a następnie zaprezentowany model leczenia zaburzeń osobowości wypracowany przez zespół Oddziału Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic krakowskiego Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego, zwanego dalej OLZON. Model ten stanowić może swoisty wzorzec dla utworzenia systemu specjalistycznej opieki nad osobami z głębokimi zaburzeniami osobowości w naszym kraju.

Summary

Adequate management and prevention of personality disorders are a huge challenge for both clinicians and administrators of health care. It seems that social awareness about the existence of these disorders has been growing in recent years but it still remains an insufficiently recognised problem, especially in Poland. In the health care system, the scale of the phenomenon and various costs involved are still underestimated. The insufficient awareness of the basic legal regulations affecting social and health policy makes it impossible to develop effective forms of treatment and assistance for people with personality disorders. These issues have been extensively addressed in an article that lucidly discusses the difficulties in organising and conducting the treatment of personality disorders in Poland [1, 2]. In this text, for the purpose of introduction, the solutions postulated therein will be

recalled, supported by the experience of some European centres and conducted scientific research. This will be followed by the presentation of a model of treatment of personality disorders, developed by the staff of the Personality Disorder and Neurosis Unit of the Dr Józef Babiński Clinical Hospital in Kraków (OLZON). This model may constitute a blueprint for creating a system of specialist care for people with deep personality disorders in Poland.

Wstęp

Rozpowszechnienie i diagnoza zaburzeń osobowości

Badania epidemiologiczne prowadzone w różnych krajach podają bardzo różnorodne liczby opisujące rozpowszechnienie zaburzeń osobowości i wahają się od 2,1 do 18% populacji ogólnej, co stanowi 5–8% wszystkich zgłaszających się po pomoc do lekarzy różnych specjalności oraz ok. 7,4–50% osób hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych [3]. Nie dysponujemy niestety danymi dotyczącymi naszej populacji. Jedyne przeprowadzone w Polsce badanie z zakresu rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych pt. „Epidemiologia zaburzeń psychicznych i dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP Polska” [4] nie uwzględniło zaburzeń osobowości. Wywiady przeprowadzone przez licznych ankierów nie brały pod uwagę bowiem kryteriów rozpoznawania tych zaburzeń. Powszechnie wiadomo, że prowadzenie badań epidemiologicznych w obszarze zaburzeń psychicznych jest zagadnieniem niezwykle złożonym. Dodatkowe trudności wynikają z problemów, jakie stanowi diagnostyka zaburzeń osobowości sama w sobie, będąca procesem żmudnym i skomplikowanym, wymagającym pewnego doświadczenia i odpowiednich kompetencji zawodowych. W związku z tym praktycznie niemożliwe okazało się przygotowanie takiego badania, które pozwoliłoby na rzetelne zbadanie dziesięciu tysięcy respondentów, również pod kątem występowania zaburzeń osobowości. Niestety brak polskich danych z tego obszaru skutkuje tym, że w dalszym ciągu nie dysponujemy informacjami, które w pełny i wiarygodny sposób odzwierciedlałyby rzeczywisty zasięg jednego z najpowszechniejszych dziś zaburzeń psychicznych. Brak konkretnych danych oraz fragmentaryczne traktowanie zagadnień zdrowia psychicznego — zawężenie problemów psychicznych tylko do wybranych rozpoznań z tzw. pierwszej osi wg DSM-IV, w tym pominięcie problematyki zaburzeń osobowości przyczynia się do tego, że obszar tych zaburzeń jest marginalizowany i np. przy finansowaniu leczenia w dalszym ciągu umieszczany jest obok zaburzeń nerwicowych. Należy podkreślić, że są to dwie odmienne jednostki chorobowe, przy czym zaburzenia osobowości mogą współwystępować czy też predysponować do wystąpienia innych zaburzeń, między innymi lękowych. O ile „zdrowa” osobowość, czyli elastyczna i dysponująca szerokim wachlarzem cech umożliwiających właściwą adaptację do warunków życia, chroni przed występowaniem niektórych problemów psychicznych, o tyle „zaburzona” przeciwnie — sprzyja ich występowaniu. Jednostki z zaburzeniami osobowości zwykle przejawiają poważne trudności w radzeniu sobie z emocjami, opanowywaniu swoich impulsów, nawiązywaniu satysfakcjonujących relacji z innymi. Problemy te kształtują się latami i przejawiają się we wszystkich obszarach życia, dlatego ich leczenie jest procesem złożonym i długotrwałym. Przeprowadzone w świecie analizy wyraźnie wskazują, że leczenie zaburzeń osobowości wymaga zasto-

sowania swoistych dla tej grupy pacjentów oddziaływań terapeutycznych, a podstawową i skuteczną metodą leczenia jest długoterminowa psychoterapia. Długoterminowa w tym przypadku oznacza trwająca lata, a nie miesiące.

Leczenie

Warto podkreślić, że hospitalizacje pacjentów z zaburzeniami osobowości w oddziałach psychiatrycznych ogólnych powinny być ograniczone wyłącznie do sytuacji kryzysowych [9,10]. Jak pokazuje część danych przytoczonych poprzednio, często zdarza się, że osoby z tym rozpoznaniem stanowią nawet połowę pacjentów, którzy są leczeni w szpitalach psychiatrycznych. Dzieje się tak wtedy, gdy nie istnieją specjalistyczne programy dedykowane tej grupie zaburzeń. Długoterminowe hospitalizacje w oddziałach psychiatrycznych ogólnych osób z tym rozpoznaniem są oddziaływaniami zdecydowanie jatrogeennymi. Często skutkują inwalidyzacją pacjentów i prowadzą do tego, że osoby potencjalnie zdolne do samodzielnego, kreatywnego życia, stają się chronicznymi pacjentami psychiatrycznymi, pozostającymi na utrzymaniu rodziny i/lub państwa. Optymalnym rozwiązaniem jest istnienie oddziałów interwencyjnych/kryzysowych oferujących możliwość krótkoterminowej hospitalizacji w sytuacjach, kiedy ze względu na stan psychiczny lub bezpieczeństwo pacjenta, jest ona niezbędna, tak jak np. w Niemczech (Szpital w Ravensburgu) [9].

W przypadku zaburzeń osobowości leczeniem z wyboru jest psychoterapia. Za podejścia teoretyczne o udowodnionej skuteczności uznaje się obecnie psychoterapię opartą na mentalizacji (MBT — *Mentalisation Based Therapy*), terapię skoncentrowaną na przeniesieniu (TFP — *Transference Focused Psychotherapy*), terapię dialektyczno-behawioralną (DBT — *Dialectical Behavior Therapy*) oraz terapię schematu (SFT — *Schema Focused Therapy*). Warto zaznaczyć, że wybór metody leczenia jest istotny nie tylko ze względu na pacjentów; jest istotna również dla osób pracujących z pacjentami. Stanowi ona bowiem, jako koncepcja teoretyczna, punkt odniesienia, daje oparcie i wyznacza kierunek leczenia. W sytuacji frustracji czy niepewności, które są niezbędnym etapem terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości, pomaga wspólnie pokonywać pojawiające się kryzysy, często mające swoje źródła w psychopatologii zaburzeń. Dlatego przy wyborze konkretnego podejścia teoretycznego istotne jest, aby wszyscy członkowie danego zespołu znali je i potrafili z nich korzystać, czyli aby cały zespół umiał się posługiwać tzw. wspólnym językiem. Nie oznacza to jednak, że wszyscy muszą być wykwalifikowanymi psychoterapeutami w danym podejściu.

Dwa ze wspomnianych podejść teoretycznych: TFP oraz MBT bazują na koncepcjach psychoanalitycznych. W MBT za centralny problem uważa się wczesne zaburzenia w interakcji z rodzicami, co w późniejszym życiu prowadzi do poważnych trudności w relacjach międzyludzkich. Praca terapeutyczna bazuje na relacji terapeutycznej i powstającym przeniesieniu. Podobnie rzecz ma się w TFP. Autorem tego podejścia jest Otto Kernberg, który zoperacjonalizował kleinowską teorię relacji z obiektem, umożliwiając tym samym prowadzenie badań naukowych w obszarze psychoterapii w nurcie psychoanalitycznym [11]. Dwie pozostałe metody akcentują bardziej aspekty behawioralne (DBT) i poznawcze (SFT).

Brak specjalistycznego leczenia pacjentów z zaburzeniami osobowości, czyli tzw. leczenia „*as usual*” nie tylko wpływa niekorzystnie na samych pacjentów, ale również wiąże się z ogromnymi kosztami ponoszonymi przez system opieki zdrowotnej i społecznej [12]. Koszty te ponoszą najpierw oddziały psychiatryczne ogólne, dokąd osoby te zazwyczaj trafiają w kryzysie, oraz inne oddziały szpitalne — toksykologiczne, chirurgiczne, ratunkowe. Ponoszone w ten sposób koszty nie są związane z leczeniem przyczynowym, lecz z działaniami doraźnymi, na przykład ratowaniem życia po próbie samobójczej.

Kolejnym źródłem kosztów jest absencja w pracy oraz tzw. koszty pośrednie, tj. różnego rodzaju świadczenia, z których korzystają sami pacjenci lub ich bliscy (zasiłki dla bezrobotnych, fundusz alimentacyjny etc.). Skuteczna pomoc nakierowana na leczenie przyczynowe pozwala przede wszystkim na poprawę funkcjonowania i jakości życia pacjentów. Pomaga to znacząco ograniczyć wydatki ponoszone przez budżet państwa [13, 14, 15]. Przykładowo w Niemczech roczne koszty leczenia szpitalnego tylko samego zaburzenia osobowości z pogranicza wynoszą 4 miliardy euro. Stanowi to 20% całego budżetu przeznaczanego na leczenie zaburzeń psychicznych [16]. Dostępne analizy ekonomiczne wskazują, że koszty ponoszone przez Europę w związku z tym zaburzeniem wynoszą ponad 27 miliardów euro rocznie [17]. Jest to kwota przekraczająca koszty generowane wspólnie przez osoby autystyczne, z ADHD i zaburzeniami behawioralnymi. Zdecydowana większość tych kosztów to wydatki pośrednie, będące przede wszystkim skutkiem absencji chorobowej. Inaczej niż w chorobach somatycznych, koszty pośrednie zaburzeń psychicznych to ponad dwie trzecie wydatków [17]. Wydaje się, że w przypadku pacjentów z zaburzeniami osobowości wskaźnik ten może być nawet wyższy.

Kompleksowy model pomocy

Postulowany model pomocy osobom z zaburzeniami osobowości to trój etapowy system obejmujący oddziaływania społeczne, psychoterapeutyczne i psychiatryczne. Jednym z kluczowych zagadnień jest założenie, że rodzaj pomocy powinien być dostosowany do potrzeb pacjentów, które zależą bardziej od głębokości zaburzenia niż od samej diagnozy w ujęciu ICD–10 czy też DSM–5. Populacja pacjentów z zaburzeniami osobowości jest bardzo różnicowana i obejmuje zarówno osoby, które całkiem dobrze funkcjonują społecznie (np. utrzymują pracę, relacje interpersonalne), ale doświadczają cierpienia z powodu swoich zaburzeń i poszukują leczenia, jak i te, które doświadczają poważnych kryzysów psychicznych i zdarza się, że nie podejmują żadnych aktywności społecznych. Do tej drugiej grupy będą zaliczały się osoby, u których występują krótkotrwałe epizody psychotyczne, myśli i/lub próby samobójcze, osoby, które okresowo wymagają hospitalizacji psychiatrycznej, niepracujące i pozostające na utrzymaniu swoich bliskich lub instytucji pomocowych. Za istotne z punktu widzenia organizacji leczenia uznano trzy podstawowe kryteria umożliwiające umowny podział pacjentów z zaburzeniami osobowości na trzy podgrupy. Są to: próg znoszenia frustracji przez pacjenta, umiejętność podejmowania refleksji i introspekcji oraz motywacja do leczenia. Oszacowanie takie czynione jest przez wielospecjalistyczny zespół ekspertów (składający się co najmniej ze specjalisty psychiatry, psychoterapeuty

oraz pielęgniarki psychospołecznej i/lub terapeuty społeczności) w ramach tzw. procesu konsultacyjno-diagnostycznego.

Powyżej wspomniano już, że diagnoza zaburzeń osobowości nie powinna ograniczać się tylko do postawienia rozpoznania psychiatrycznego zgodnego z kryteriami ICD lub DSM. Równie ważne jest określenie głębokości zaburzeń poprzez zbadanie możliwości do pracy wglądowej, motywacji do leczenia oraz określenie poziomu znoszenia frustracji. Umożliwia to odpowiedni wybór metody leczenia (podejścia psychoterapeutycznego) oraz trybu, w jakim powinno być prowadzone. Przykładowo ocena możliwości do pracy wglądowej jest niezbędna w przypadku oferowania pacjentowi leczenia w nurcie psychodynamicznym czy psychoanalitycznym. Jeśli są one niewielkie, bardziej pomocne będą podejścia poznawczo-behawioralne. Minimalna motywacja niezbędna jest do tego, aby pacjent mógł się zmierzyć z trudami, jakie wiążą się z podjęciem leczenia swoich zaburzeń. Czasami pomoc pacjentowi z zaburzeniami osobowości należy zacząć od budowania takiej motywacji. Takie wstępne oszacowanie umożliwia podział pacjentów na trzy grupy, niezależnie od diagnozy psychiatrycznej [18].

System opieki dostosowany do potrzeb i możliwości

Do grupy pierwszej zaliczają się pacjenci o bardzo niskim poziomie znoszenia frustracji, niskim poziomie refleksyjności (lub jej braku), z niewielką motywacją do leczenia, a często w ogóle bez własnej motywacji. Powszechne jest również współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych, najczęściej uzależnienia od alkoholu i/lub innych środków psychoaktywnych. Pacjenci ci nie powinni być kwalifikowani do leczenia w placówkach wymagających intensywnego kontaktu interpersonalnego (np. w oddziałach całodobowych), ponieważ oddziaływania terapeutyczne mogą być dla nich zbyt intensywne i wiązać się z dużym ryzykiem dekompensacji psychicznej. Najlepszą formą oddziaływania w tej grupie jest leczenie środowiskowe, na co wskazują doświadczenia holenderskie [19]. Od 2012 roku wykorzystuje się tam w pracy z pacjentami z głębokimi zaburzeniami osobowości, którzy nie kwalifikują się do korzystania ze standardowych form leczenia, protokół F-ACT (ang. Flexible Assertive Community Treatment, funkcja asertywnego zarządzania społecznością). Oznacza to, że leczenie i opieka nad pacjentem odbywa się w szeroko rozumianej społeczności (od ulicy poprzez dom pacjenta do różnego rodzaju placówek pomocowo-leczniczych); zakłada się aktywną postawę osób udzielających pomocy, dostosowaną do aktualnych potrzeb pacjenta. Na początku leczenia wspólnie z pacjentem sporządzany jest tzw. plan leczenia, który uwzględnia aktualne potrzeby i możliwości pacjenta, w tym np. konieczność leczenia farmakologicznego czy potrzeby socjalne oraz postępowanie w sytuacjach kryzysowych, jak np. wystąpienie myśli samobójczych czy zachowań autoagresywnych. Postępowanie kryzysowe uwzględnia nie tylko pomoc profesjonalistów, ale również innych osób z najbliższego otoczenia pacjenta (rodzina, przyjaciele, sąsiedzi, pozostali współuczestnicy programu). Celem takiego postępowania, nazwanego zarządzaniem chorobą, jest zapobieganie hospitalizacji oraz pozostawanie w stałym kontakcie z tym samym zespołem terapeutycznym, w skład którego wchodzi psychiatra, pielęgniarki, pielęgniarki społeczno-psychiatryczne, psycholog, specjalista ds. zatrudnienia/edukacji,

specjalista uzależnień oraz osoby z doświadczeniem bycia leczonym (czyli takie, które same z powodu podobnych problemów przeszły leczenie aktualnie oferowane pacjentom).

Metoda ta opiera się na trzech elementach, które wzajemnie wpływają na siebie, tj. na: 1. psychoterapii wykorzystującej umiejętności mentalizacji, 2. interwencji polegającej m.in. na wytyczaniu granic oraz 3. oferowaniu nieustannego wsparcia, które umożliwia „przytrzymanie” pacjenta w procesie leczenia. Proponowany czas leczenia wynosi do 2 lat.

Leczenie w tej grupie pacjentów powinno opierać się na: 1. aktywnym wyjściu zespołu leczącego do pacjenta; 2. udzielaniu pomocy terapeutycznej w miejscu zamieszkania i/lub w społeczności lokalnej; 3. dostosowaniu intensywności oddziaływań do potrzeb pacjenta (wybór rodzaju kontaktu — telefoniczny, mejlowy, wizyty domowe, wizyty w ośrodku); 4. zapewnieniu ciągłości opieki przez wielospecjalistyczny zespół leczący, który nie przejmując nadmiernej odpowiedzialności za pacjenta, aktywnie monitoruje jego stan, zachowując czujność wobec wczesnych objawów kryzysu. Członkowie zespołu pozostają ze sobą w stałym kontakcie, w celu zapewniania odpowiedniego przepływu informacji. W przypadku kryzysu psychicznego (gdy występują np. nasilone tendencje samobójcze, trudne do opanowania impulsy prowadzące do samookaleczania się, objawy psychotyczne, znaczne pobudzenie psychoruchowe etc.), pacjent ma możliwość szybkiego kontaktu z pielęgniarką psychospołeczną oraz z lekarzem psychiatrą. Optymalnym rozwiązaniem jest wówczas możliwość zaoferowania pacjentowi w kryzysie tzw. łóżka na receptę. Oznacza to, że system opieki psychiatrycznej dysponuje interwencyjnymi oddziałami psychiatrycznymi, które dedykowane są wyłącznie pacjentom z zaburzeniami osobowości i gdzie mogą być oni hospitalizowani przez krótki czas, np. tylko jeden lub dwa dni.

Niestety opisany powyżej model leczenia środowiskowego wraz z oddziałami interwencyjnymi jest aktualnie niedostępny w systemie polskiej opieki zdrowotnej. Zdarza się, że niektóre zespoły leczenia środowiskowego próbują pracować w podobny sposób z tą grupą pacjentów, brakuje jednak odpowiednio wykształconych specjalistów i środków na realizację takiej opieki, ponieważ nie jest ona przyjętym standardem postępowania. W trakcie leczenia (lub po jego zakończeniu) część pacjentów z tej grupy będzie w stanie skorzystać z psychoterapii przeznaczonej dla grupy drugiej.

Na przeciwnym końcu skali znajdują się pacjenci zaliczani do grupy trzeciej. Są to osoby, które są w stanie same zadbać o swoje leczenie. Zazwyczaj są one zdolne do utrzymania pracy, a ich poziom introspekcji i refleksji jest dosyć wysoki. Równie dobrze radzą sobie one ze znośnięciem frustracji. Często są to pacjenci, którzy początkowo kwalifikowani byli do grupy drugiej i z pozytywnym efektem przeszli leczenie. Pacjenci ci zazwyczaj sami szukają odpowiedniej dla siebie terapii oraz psychoterapeutów. Leczeni są w długotrwałych (tj. kilkuletnich) procesach terapeutycznych. W Polsce leczenie to bywa refundowane, kiedy np. pacjenci mają szansę leczenia w grupach psychoterapeutycznych prowadzonych w ramach NFZ. Jednak w większości przypadków pacjenci ci korzystają z terapii indywidualnej, którą opłacają z własnych środków.

Pomiędzy opisanymi grupami znajdują się pacjenci z tzw. drugiej grupy. Kwalifikowane są tutaj osoby, których możliwości znośnięcia frustracji, poziom refleksyjności oraz motywacja do leczenia lokują ich pośrodku pomiędzy opisanymi powyżej dwiema grupami. Pacjenci ci są w stanie przestrzegać podstawowych zasad, np. regularnego zgłaszania się na sesje terapeutyczne. Potrafią odnajdywać przyczyny swoich problemów

i niepowodzeń wewnątrz siebie, a nie tylko poszukiwać przyczyn w zewnętrznym świecie oraz dysponują własną motywacją do podjęcia leczenia.

W naszym kraju istnieją różne miejsca oferujące leczenie psychoterapeutyczne pacjentom z zaburzeniami osobowości z tej grupy, chociaż oferta ta jest niewystarczająca, a refundowany czas leczenia jest zbyt krótki i nieuwzględniający potrzeb łączenia terapii z pracą. Zazwyczaj leczenie odbywa się w ośrodkach, pomiędzy którymi brakuje regularnej komunikacji. Nie istnieje również jasna mapa miejsc oferujących specjalistyczne leczenie zaburzeń osobowości w Polsce.

Pomimo tych różnych trudności udało się jednak w polskich warunkach opracować efektywny model terapeutyczny dostosowany do potrzeb tej grupy pacjentów. Program ten tworzony był na przestrzeni przeszło 15 lat i w dalszym ciągu ulega przekształceniom, które wymuszane są przez zmieniające się warunki systemu opieki zdrowotnej w Polsce, regulacje prawne, a przede wszystkim przez potrzeby samych pacjentów zgłaszających się do leczenia.

Opis modelu pracy OLZON

Informacje ogólne

Miejscem, w którym udało się wypracować efektywny model diagnozowania i leczenia pacjentów jest Oddział Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic (OLZON) Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie. W swoim obecnym kształcie funkcjonuje on od 2002 roku. Powstał jako odrębna jednostka dedykowana leczeniu pacjentów z tzw. specyficznymi zaburzeniami osobowości. Oddział na przestrzeni lat nieustannie ewoluuje. Członkowie zespołu wypracowali swoisty system diagnostyczny, umożliwiający tzw. funkcjonalny podział pacjentów na trzy grupy, opisany powyżej.

Czas hospitalizacji w OLZON wynosi obecnie 24 tygodnie. Oddział dysponuje 35 miejscami stacjonarnymi. Rocznie do leczenia przyjmowanych jest ok. 70–80 pacjentów. Oddział nie ma profilu zamkniętego, co oznacza, że od godziny ósmej do dwudziestej pacjenci mogą się swobodnie poruszać po terenie parku szpitalnego. Zespół terapeutyczny oddziału składa się z: lekarzy, psychologów, psychoterapeutów o orientacji psychoanalitycznej, pracownika socjalnego, terapeuty zajęciowego, pielęgniarek psychospołecznych oraz stażystów. Przez wiele lat ważną rolę w społeczności oddziału pełnił również dietetyk.

W OLZON leczone są osoby pełnoletnie, zakwalifikowane do przyjęcia po przebyciu czteroetapowego procesu konsultacyjnego. Kryteria wykluczające to: rozpoznanie schizofrenii lub zaburzeń osobowości typu antisocjalnego, wysokie ryzyko zachowań agresywnych oraz — u osób uzależnionych lub nadużywających substancji psychoaktywnych (leki, alkohol, narkotyki) — okres abstynencji krótszy niż sześć miesięcy. Do leczenia nie są również kwalifikowani pacjenci w trakcie karnych spraw sądowych oraz osoby przed ukończeniem wyroku, skazane przez sąd karny.

Początkowo zdecydowana większość pacjentów zgłaszających się do oddziału miała za sobą długi wywiad leczenia psychiatrycznego, w tym liczne hospitalizacje w oddziałach psychiatrycznych ogólnych z powodu różnorodnych objawów, tj. zaburzeń lękowych, de-

presyjnych, zachowań autoagresywnych, prób samobójczych, uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz zaburzenia jedzenia, czasami również epizodów przemijających zaburzeń psychotycznych. Diagnoza zaburzeń osobowości niejednokrotnie pojawiała się jako ostatnia. Obecnie coraz więcej osób z problemami osobowościowymi względnie szybko uzyskuje prawidłową diagnozę i kierowana jest do odpowiedniego leczenia. Zmienia się również profil pacjentów. Wzrasta liczba pacjentów głęboko narcystycznych z epizodami psychotycznymi, z trudnym do leczenia zespołem natręctw, pacjentów schizoidalnych, schizotypowych oraz osób głęboko strauumatyzowanych z przewlekłym zespołem stresu pourazowego (PTSD) włącznie oraz pacjentów z zaburzeniami z kręgu spektrum autyzmu i zespołu Aspergera.

Pacjenci korzystający z leczenia w OLZON to osoby z tzw. drugiej grupy. Z jednej strony nasilenie objawów i głębokość zaburzeń funkcjonowania znacznie utrudnia im leczenie w warunkach ambulatoryjnych, a z drugiej strony spełniają oni kryteria umożliwiające leczenie w ramach oddziału stacjonarnego. Są to w dużej mierze pacjenci o organizacji osobowości na poziomie borderline wg klasyfikacji Ottona Kernberga, co nie jest tożsame z diagnozą osobowości borderline wg kryteriów DSM lub ICD. Caligor i Clarkin, opierając się na koncepcji Kernberga, charakteryzują pacjentów z tej grupy następująco: „cechują się oni znaczną sztywnością osobowości, zaburzoną tożsamością, prymitywnymi mechanizmami obronnymi opartymi na rozszczepieniu, ogólnie nienaruszonym testowaniem rzeczywistości (w odróżnieniu od pacjentów psychotycznych), ale z pewnymi deficytami społecznymi i możliwością występowania przejściowych stanów psychotycznych. Ich relacje obiektualne w znacznym stopniu służą przede wszystkim zaspokajaniu własnych potrzeb, a postawy etyczne oraz stosunek do wartości i ideałów zazwyczaj również pozostają zaburzone” [11, s. 27-28]. Pacjenci z taką charakterystyką funkcjonowania otrzymują bardzo różne diagnozy, odwołujące się do obowiązujących klasyfikacji psychiatrycznych; od pacjentów z zaburzeniami osobowości o typie unikającym, zależnym, histrionicznym do narcystycznych, pacjentów borderline, antyspołecznych, paranoicznych czy schizoidalnych zaburzeń osobowości. Pacjenci ci bardzo często przejawiają tendencję do podejmowania licznych zachowań o charakterze acting-outu, np. samouszkodzeń, zachowań suicydalnych, nadużywania substancji psychoaktywnych, zachowań bulimicznych, anorektycznych i wielu innych. W czasie prowadzonej psychoterapii wglądowej często wzrasta ryzyko przejściowego nasilania się takich zachowań, szczególnie w jej początkowej fazie. Sytuacja taka stwarza realne zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta oraz niejednokrotnie prowadzi do przerywania leczenia. W związku z tym bardzo często kluczowe znaczenie dla efektywnego leczenia pacjenta ma struktura, jaką zapewnia oddział szpitalny, oferujący bezpieczną przestrzeń do podejmowania interwencji psychoterapeutycznych.

Innym bardzo ważnym aspektem i jednocześnie źródłem trudności w pracy z tą grupą pacjentów są wspomniane powyżej, występujące w niej, prymitywne mechanizmy obronne oparte na rozszczepieniu oraz projekcyjnej identyfikacji. Aby móc je dostrzec, a następnie podjąć odpowiednie interwencje terapeutyczne, niezbędna jest ścisła współpraca całego zespołu leczącego [5,10].

Ponadto szacuje się, że zaburzenia osobowości rozpoznaje się również u około połowy pacjentów zgłaszających do psychoterapii w warunkach ambulatoryjnych z objawami zaburzeń z osi I. Takie współwystępowanie rozpoznań znacznie obniża efektywność stan-

dardowego leczenia tych objawów. Niezbędne jest wówczas podjęcie specjalistycznych oddziaływań ukierunkowanych na problemy osobowościowe.

W ostatnim czasie przyjmujemy coraz więcej pacjentów, których psychopatologia organizuje się wokół obron autystycznych, takich jak przyleganie, rozwiązania psychosomatyczne czy stereotypie (które przy wstępnej diagnozie wyglądają jak zaburzenia obsesyjno-kompulsywne). Zwykle przychodzą oni z rozpoznaniem zaburzeń osobowości lub adaptacyjnych, a prawidłowa diagnoza ich trudności jest możliwa właściwie tylko w warunkach pracy oddziału. Dopiero przy dłuższej obserwacji w społeczności i indywidualnym kontakcie terapeutycznym, staje się jasne, że nie występują u nich takie mechanizmy obronne, jak projekcja i identyfikacja projekcyjna. Tego typu pacjenci wymagają otoczenia, które — przynajmniej okresowo — będzie przejmować za nich podstawowe funkcje ego [5, 6, 10, 17].

Procedura diagnostyczna

Procedura kwalifikacyjna rozpoczyna się osobistym zgłoszeniem telefonicznym pacjenta do sekretarki lub pielęgniarki oddziałowej celem ustalenia terminu pierwszej z czterech konsultacji. Czas oczekiwania od zgłoszenia telefonicznego do spotkania jest różnie długi i zależy zarówno od długości kolejki oczekujących, jak i motywacji zgłaszającego się. Oczekiwanie w kolejce trwa zwykle około roku. Istnieje jednak możliwość przyspieszenia go, gdyż część osób z różnych powodów rezygnuje ze swoich terminów i wtedy oczekiwanie na konsultację może trwać nawet poniżej miesiąca. W czasie pierwszej rozmowy kwalifikacyjnej (wskazany tak jak we wszystkich konsultacjach wstępnych kontakt twarzą w twarz ze względu na pandemię czasowo zmieniony na kontakt on-line) trwającej do 50 minut, prowadzonej przez lekarza psychiatrę, podejmowana jest decyzja dotycząca skierowania do następnych konsultacji. Poza sprawdzeniem kryteriów wykluczających, wstępnej weryfikacji podlega również motywacja pacjenta do leczenia, jego zdolność do autorefleksji oraz poziom znoszenia frustracji. Stawiane jest rozpoznanie w ujęciu klasyfikacji psychiatrycznych. Jeśli to możliwe, na część tego spotkania zapraszane są osoby, z którymi pacjent przybył do szpitala, zazwyczaj są to rodzice lub partnerzy życiowi. Pomaga to zobaczyć konsultantowi dynamikę systemu rodzinnego. Czasami dostarcza cennych informacji dotyczących funkcjonowania pacjenta.

Kolejne spotkanie, czyli tzw. druga konsultacja, poświęcone jest zebraniu wywiadu życiorysowego. Przed rozmową pacjent wypełnia ankietę, na podstawie której przeprowadzana jest autoanamneza. Konsultację prowadzą różne osoby, najczęściej terapeuci społeczności lub pielęgniarki psychospołeczne, czasami stażyści. Następnie, na trzecim spotkaniu, konsultujący psychoterapeuta, bazując na uzyskanych wcześniej informacjach, usiłuje pogłębić wstępną diagnozę. Bada przede wszystkim możliwości pacjenta pracy wglądowej w warunkach oddziału oraz stawia wstępne hipotezy dotyczące rozumienia problematyki, z którą dana osoba zgłasza się do leczenia. Powstaje zarys tzw. diagnozy psychoterapeutycznej.

Następny etap to omówienie pacjenta w zespole terapeutycznym. Fakt, że pacjent rozmawiał z paroma osobami z zespołu, pozwala zwykle na szersze spojrzenie na niego

i problemy, z którymi się zgłasza. Czasami już na tym etapie kontaktu z oddziałem pojawiają się zjawiska rozszczepienia i np. część członków zespołu jest za przyjęciem pacjenta, a część przeciwna. Dyskusja na ten temat pozwala na pogłębienie refleksji o jego psychopatologii. Omówienie kończy się postawieniem wstępnych wniosków co do możliwości pacjenta skorzystania z leczenia. Warto zaznaczyć, że ten sposób diagnozowania pozwala sprawdzić, czy pacjent jest w stanie tolerować frustrację związaną z przepływem informacji w zespole. Ostateczna decyzja dotycząca przyjęcia do OLZON zapada w dialogu z pacjentem podczas tzw. czwartej konsultacji, czyli rozmowy podsumowującej z lekarzem. Zazwyczaj przeprowadzana jest ona przez kierownika oddziału lub jego zastępcę. W czasie tego spotkania pacjentowi przedstawione zostają wnioski zespołu z całego procesu kwalifikacji. Interesuje nas refleksja pacjenta nad nimi i jego własne wnioski z procesu konsultacyjnego. Decydująca dla podjęcia leczenia jest zdolność pacjenta do modyfikowania swoich przekonań i kontakt z własnym cierpieniem. W przypadku odmowy przyjęcia dana osoba otrzymuje również jej uzasadnienie ustne i pisemne, wraz z wyjaśnieniem, dlaczego w danym momencie podjęcie leczenia jest niemożliwe lub niewskazane oraz propozycję dotyczącą dalszego postępowania leczniczego.

Pacjentom trudnym diagnostycznie lub tym, dla których dojazd do oddziału jest kłopotliwy, proponujemy dwutygodniowy pobyt diagnostyczny, który dodatkowo uwzględnia obserwacje pacjenta w społeczności terapeutycznej.

Procedura przyjęcia do oddziału uwzględnia, oprócz badania psychiatrycznego i badania internistycznego z elementami badania neurologicznego, również szczegółowe zapoznanie pacjenta z zasadami panującymi w ośrodku, regulaminem i programem terapeutycznym.

Metody leczenia

Pierwotny model oddziału zaczerpnięty został z londyńskiego szpitala Cassel, który bazuje na trzech głównych metodach pracy z pacjentami, tj. psychoterapii psychoanalitycznej, społeczności terapeutycznej oraz pielęgniarstwie psychospołecznym. Model ten pozwala uniknąć pewnych ograniczeń zarówno w pracy indywidualnej, jak i grupowej. Z jednej strony każda indywidualna terapia może sprzyjać alienacji i przesadnej koncentracji na świecie wewnętrznym [5]. Pacjenci z zaburzeniami osobowości często mają poczucie, że nie mogą odnaleźć porozumienia ze zwyczajnym, otaczającym ich światem ani uchwycić rządzących nim reguł. Wtedy jedynym wyjściem bywa oparcie swojej tożsamości na idealizacji faktu bycia „Innym”. Problemem jest tu także — wynikający często z traumy — brak poczucia własnej wartości i szacunku do siebie, zastępowany poczuciem wyjątkowości [6, 8, 20]. I znowu — indywidualny kontakt w gabinecie, w którym cała uwaga terapeuty skupiona jest na pacjencie, może nie sprzyjać zmianom w tym obszarze. Z drugiej strony rozpoznanie własnych trudności jest konieczne, by choćby zacząć nad nimi panować. To proces bolesny, pełen doświadczenia wstydu, upokorzenia oraz poczucia winy i trudno pomyśleć, by mógł się odbywać inaczej niż w intymności gabinetu terapeuty [5, 7, 21]. Ponadto praca w zespole pozwala lepiej radzić sobie ze skutkami projekcji i rozszczepienia masywnie stosowanymi przez pacjentów. Autorzy książki „Reflective enquiry into therapeutic institutions” [18], opisali zjawisko umieszczania (projektowania) przez pacjenta

swoich wewnętrznych obiektów w różnych częściach szpitala. Pacjent doświadczający głębokich zaburzeń osobowości często przypisuje poszczególnym członkom zespołu terapeutycznego różne odszczepione części swojego wewnętrznego świata. Rola zespołu polega na dostrzeżeniu i próbie zintegrowania tych obszarów. Na opisanie pacjentowi w sposób bezpieczny i możliwy do przyjęcia treści, które wcześniej budziły w nim lęk i cierpienie. Stanowi to początek procesu zmian w myśleniu, przeżywaniu, a stopniowo także w jego zachowaniu [10].

Opisana powyżej koncepcja stanowiła punkt wyjścia do budowania przez OLZON własnego modelu leczenia pacjentów z zaburzeniami osobowości, który w dalszym ciągu ulega dynamicznym przekształceniom. Praca terapeutyczna i rozumienie trudności, z jakimi zgłaszają się pacjenci, oparta jest przede wszystkim o psychoanalityczną teorię relacji z obiektem. Stanowi ona ten wspomniany wcześniej swoisty język, który jest rozumiany przez wszystkich członków zespołu. Umożliwia tworzenie wspólnych hipotez na temat obserwowanych zjawisk i pomaga w rozwiązywaniu niejednokrotnie bardzo trudnych problemów, z którymi borykają się pacjenci i które dotyczą również zespółu terapeutycznego.

Każdy pacjent leczony jest przez team terapeutyczny, w którego skład wchodzi psychoterapeuta i pielęgniarka. Pary te regularnie omawiają pracę z pacjentami. Pacjent przy przyjęciu, zapoznając się z regulaminem oddziału, jest informowany o otwartym przepływie informacji pomiędzy członkami zespołu oraz o powodach, dla których oddział funkcjonuje w taki sposób. Natomiast wszyscy członkowie zespołu, łącznie ze stażystami, są zobligowani do zachowania poufności. Oznacza to, że żadnych informacji dotyczących uczestników społeczności nie wolno wyносить poza oddział. Otwarty przebieg informacji ma szczególne znaczenie dla pracy teamu terapeutycznego, tj. psychoterapeuty i pielęgniarki prowadzącej.

Spółeczność terapeutyczna

Efektywność pracy oddziału w ogromnym stopniu zależy od pracy społeczności terapeutycznej, opartej na zasadach analitycznych. Jeden z terapeutów społeczności jest również analitykiem grupowym, drugi psychoterapeutą po kursie psychoterapii Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Praca społeczności mobilizuje pacjentów do podejmowania i omawiania różnych zadań i aktywności interpersonalnych w ramach środowiska, w którym żyją. Jak opisują Biernacki i Kowaleczko w artykule „Społeczność terapeutyczna w leczeniu zaburzeń osobowości”: „Istotnymi składnikami modelu leczenia opartego o społeczność terapeutyczną, poza pracą z psychoterapeutą, są: zebrania społeczności, zebrania zespołu oraz uczenie się na żywo. Podstawową zasadą jest stworzenie pacjentom warunków do uczestniczenia w życiu szpitalnym, które w jak największym stopniu jest zbliżone do normalnego życia poza oddziałem...” [6, str. 47]. Polega to na tym, że pacjenci są w ramach leczenia zobowiązani do dbania o swoje otoczenie i oddział: od ścielenia łóżka i sprzątania pokoju przez pełnienie dyżurów porządkowych w świetlicy, jadalni, pomoc przy wydawaniu posiłków, do opieki nad kwiatami, rybkami. Psychoterapia, farmakoterapia i trening społeczny uzupełnione są obligatoryjnymi zajęciami z psychorysunku oraz wolontaryjnie biblioterapią, zajęciami kulinarnymi, różnymi formami terapii zajęciowej, muzykoterapią czy zajęciami teatralnymi etc. [23, 24]. Tera-

peuci społeczności cały czas utrzymują łączność z prowadzącymi zajęcia dodatkowe i wymieniają się informacjami. Trzeba podkreślić, że pacjenci muszą pełnić dyżury w parach lub w większych zespołach. Zmusza to ich do komunikowania się, mediacji, współpracy. Pacjenci z czasem uzupełniają te aktywności o własne pomysły: lekcje tańca, zumby, śpiewanie w chórze, udział w dyskusyjnym klubie filmowym, organizowanie ognisk, wycieczek, wyjść do teatru. Pacjenci często zaczynają też nawzajem uczyć się: języków obcych, obsługi programów komputerowych, pisania curriculum vitae, strategii szukania pracy itp. Włączają się również w bardziej „zewnątrzne” aktywności: muzyczne i teatralne prezentacje dla pacjentów oddziałów geriatrycznych, pomoc bezdomnym kotom, prace ogrodowe czy oprowadzanie gości po wystawie szpitalnej. Podejmowanie przez pacjentów tych działań w stosunkowo bezpiecznym środowisku, wraz z omawianiem trudności, na jakie przy ich realizacji napotykają, pomaga nabywać nowe oraz poszerzać już posiadane kompetencje społeczne. Przygotowuje do podejmowania takich życiowych zadań poza szpitalem, których wcześniej z różnych powodów nie byli oni w stanie realizować. Czasami wynikało to z samych zaburzeń, czasami powodowane było działaniem otoczenia i np. wyręczaniem przez nadopiekuńczych rodziców. Poza uczeniem się znaczenia i wartości obowiązkowości i systematyczności w życiu społecznym, pacjenci uczą się również, jak budować dojrzsze relacje z innymi. Dokonuje się to poprzez konieczność wspólnego rozwiązywania konfliktów i kryzysów, które pojawiają się w codziennym życiu społeczności. Pacjenci spotykają się ze sobą nie tylko w ramach posiłków, wspólnych zajęć czy spędzania wolnego czasu. Ponieważ oddział nie dysponuje ani pokojami jednoosobowymi, ani indywidualnymi łazienkami, muszą oni dzielić się przez 24 godziny na dobę również tak intymnymi obszarami, jak wspólny pokój, wspólne toalety, prysznic. Z jednej strony rodzi to nieuchronne problemy, z drugiej natomiast pomaga uwidocznic takie trudności w funkcjonowaniu, o których pacjenci zazwyczaj nie rozmawiają z psychoterapeutą.

Wyniki badania skuteczności leczenia w OLZON [25] pozwalają przypuszczać, że to właśnie dzięki społeczności terapeutycznej w znaczący sposób poprawia się funkcjonowanie pacjentów w relacjach interpersonalnych. Mają oni bowiem wyjątkową możliwość obserwowania siebie w relacjach społecznych. W obraz psychopatologii osobowości często wpisane jest obarczanie odpowiedzialnością za własne niepowodzenia otoczenia, np. rodziców, partnerów życiowych, kolegów, szefów etc. W kontakcie ze społecznością pacjenci otrzymują sposobność dostrzeżenia, przeanalizowania i zrozumienia motywów i konsekwencji swoich działań. Dostrzegając te konsekwencje oraz korzystając z pomocy innych członków społeczności, zyskują również sposobność, aby uczyć się odpowiedzialności. W ten sposób otwiera się dla nich droga do zmian postaw i zachowań oraz nabywania nowych umiejętności społecznych. Bycie członkiem społeczności zaspokaja potrzebę przynależności, co dodatkowo pozytywnie wpływa na motywację do zmian. Zmiany, o których mowa, są pożądane i oczekiwane przez pacjentów i ich bliskich, kiedy rozpoczynają oni leczenie, jednocześnie wymagają one dużo odwagi i pracy, co prowadzi do licznych kryzysów i zniechęcenia. Jednak społeczność pozwala poczuć się rozumianym oraz odzyskać poczucie wpływu na rzeczywistość, przetrwać kryzys.

Ważnym elementem pracy społeczności są codzienne, czterdziestopięciominutowe zebrania, w czasie których omawia się funkcjonowanie pacjentów oraz bieżące problemy, z którymi boryka się społeczność. Biorą w nich udział pacjenci, terapeuci społeczności,

będące na dyżurze pielęgniarki oraz stażyści. Ponadto raz w tygodniu dołączają kierownik oddziału i pielęgniarka oddziałowa. Praca społeczności omawiana jest podczas zebrania zespołu terapeutycznego — psychiatrów, terapeutów oraz pielęgniarek. Dostarcza ona bardzo ważnych informacji o funkcjonowaniu poszczególnych pacjentów. Doświadczenie pokazuje, że ukrywanie informacji, powstające pomiędzy niektórymi osobami tajemnice, negatywnie wpływają na funkcjonowanie społeczności i blokują terapię. Czasami bywa też tak, że tworzenie się takich tajemnic jest sposobem na wyrażenie skrywanej złości do personelu. W takiej sytuacji możliwość omówienia i zrozumienia takiego procesu pozwala odblokować przepływ informacji. Pacjenci są też zachęceni, aby wносить na zebrania społeczności wszystkie ważne dla ich funkcjonowania w oddziale sprawy, a w szczególności informacje o myślach i zamiarach samobójczych, autoagresji oraz przekroczeniach regulaminu (łamanie abstynencji, zakazu kontaktów intymnych lub reguł dotyczących przepustek).

Pielęgniarstwo psychospołeczne

Przyjęty przez zespół model teoretyczny nie wyklucza odwoływania się do innych teorii czy też podejmowania interwencji, które w określonych sytuacjach mogą być użyteczne. Spora część pracy pielęgniarskiej opiera się przykładowo na interwencjach behawioralno-poznawczych oraz wykorzystuje umiejętności mentalizacji pacjentów. Niemniej pielęgniarki regularnie korzystają z superwizji w nurcie psychoanalitycznym. Część z nich ukończyła kursy psychoterapeutyczne.

Warto zaznaczyć, że rola pielęgniarek psychospołecznych jest inna od klasycznej roli pielęgniarek psychiatrycznych, choć obejmuje również podawanie leków i monitorowanie stanu zdrowia pacjenta. Opieka psychospołeczna opiera się bowiem na myśleniu analitycznym oraz na dostrzeganiu tego, co w pacjencie jest „zdrowe”. Ponadto rozumienie problemów pacjenta nie jest przekazywane w formie interpretacji, jak w psychoterapii, lecz w formie „zwykłej” rozmowy, w odniesieniu do jego codziennych działań. Model ten odwołuje się do założeń, że nawet bardzo głęboko zaburzeni pacjenci mają nawet minimalną zdrową część, która umożliwia im funkcjonowanie społeczne [10]. W praktyce często oznacza to uczenie pacjentów podstawowych zachowań — dbałości o higienę osobistą i porządek w przestrzeni, jaką mają do swojej dyspozycji w oddziale (łóżka, szafki etc). Pielęgniarki monitorują (wraz z przewodniczącym społeczności) realizację dyżurów powierzonych przez społeczność oraz pomagają w nabywaniu podstawowych kompetencji społecznych, czyli zrozumieniu, jak to, co dana osoba mówi i jak się zachowuje, wpływa na inne osoby. Udzielają pacjentom pierwszych informacji o kulturze dociekania — przekonaniu, że wiedza i zrozumienie mogą pomagać w opanowaniu lęku, że pomocne jest mówienie o tym, co się widzi. Regresja pacjentów wobec nich nie jest tak głęboka, jak w relacji terapeutycznej. Pacjenci obserwują pielęgniarki w codziennych sytuacjach, widzą ich spontaniczne, emocjonalne reakcje. Wiedzą, że słowa, które od nich słyszą są osobiste, oparte na ich doświadczeniu i sposobie przeżywania. Widzą różnice między nimi — w temperamencie, opiniach, otwartości, surowości lub pobłażliwości dla ich zachowań i często się złością, że każda z nich może mieć inną opinię w jakiejś sprawie. Pielęgniarki udzielają rad, podpowiadają, jak korzystać z leczenia, ale także jak

porządkować sprawy na zewnątrz oddziału. To sprawia, że dość szybko przestają być dla pacjenta obiektami onnipotentnymi i możliwymi do wypełnienia wyłącznie własnymi projekcjami, a stają się realnymi osobami [5, 10].

O częstotliwości rozmów z pielęgniarką decyduje sam pacjent. Zazwyczaj spotkania te trwają ok. 20–30 minut. Tematy rozmów bywają bardzo różne, od problemów z zadbaniami o właściwą higienę do traumatycznych doświadczeń. Uwaga kierowana jest przede wszystkim na tzw. zasoby pacjenta, czyli jego możliwości i kompetencje. W przypadku wystąpienia nagłych problemów, które nie mogą czekać do dyżuru pielęgniarki prowadzącej, pacjent ma możliwość poproszenia o tzw. rozmowę interwencyjną. Przykładem takich nagłych, kryzysowych sytuacji może być pojawienie się lub nasilenie myśli samobójczych lub podejmowanie zachowań autoagresywnych czy agresywnych.

Równie ważne jest to, w jakich okolicznościach pacjent opuszcza oddział i dokąd zmierza. Pielęgniarki i terapeuci społeczności są w tym kontekście case-managerami, planującymi wraz z pacjentem jego dalszy rozwój, pracę lub naukę oraz dalsze leczenie. Z upływem czasu wypracowaliśmy praktykę kontaktu z doradcą zawodowym, przeszkolonym przez nas w kontakcie z pacjentem z zaburzeniami osobowości. Istotną jest też rola pracownika socjalnego, którym jest jeden z terapeutów społeczności; do jego kompetencji pacjenci mogą się odwoływać.

Pielęgniarki, w przeciwieństwie do innych członków zespołu, pozostają w oddziale przez całą dobę, w ramach dwunastogodzinnych dyżurów, podczas których sporządzają raporty opisujące indywidualne rozmowy z pacjentami, przebieg społeczności weekendowych oraz inne ważne zdarzenia z życia oddziału. Książka raportów dostępna jest dla wszystkich członków zespołu, a każdy dzień w oddziale zaczyna się od odczytania raportów z poprzedniego dnia i nocy.

Psychoterapia

Zadaniem psychoterapeutów w oddziale jest pomoc pacjentowi w zrozumieniu istoty jego problemów, polegających na niemożności nawiązywania bliskich i uczciwych relacji z sobą samym i z innymi. Margot Waddell uważa, że podstawowym celem psychoterapii jest pomóc pacjentom „uwolnić się z zabójczego uścisku skupienia na sobie; by pozwolić sobie na szczerze intymne relacje; by zyskać własny umysł i szacunek dla umysłów innych” [21, str. 18].

Sesje psychoterapeutyczne odbywają w stałych terminach i prowadzone są przez jednego terapeutę, co oznacza, że w sytuacji jego nieobecności w pracy (choroba, urlop) sesja terapeutyczna zostaje odwołana, podobnie jak w warunkach ambulatoryjnych. Jednocześnie, inaczej niż w warunkach ambulatoryjnych, pacjent nie pozostaje wówczas sam, bez opieki. Ciągłość leczenia gwarantuje społeczność terapeutyczna, kontakt z pielęgniarką czy lekarzem oddziałowym, co między innymi zmniejsza ryzyko zachowań acting-outowych. Sesje terapeutyczne odbywają się dwa razy w tygodniu w przypadku terapii indywidualnej i trwają 50 minut lub trzy razy w tygodniu w przypadku terapii grupowej i trwają 90 minut. Do terapii grupowej kwalifikowani są pacjenci z trudnościami w kontakcie społecznym i pacjenci z problemami kryzysu adolescencyjnego. Głęboko strauumatyzowani pacjenci kierowani są do terapii indywidualnej.

Wart podkreślenia jest również fakt, że wszyscy starsi psychoterapeuci OLZON odbyli własne terapie psychoanalityczne lub analizy szkoleniowe, a inni są lub byli w psychoterapii psychodynamicznej. W ocenie samych terapeutów doświadczenie własnej terapii jest równie ważne, jak odpowiednie szkolenie teoretyczne i jest niezbędne, aby efektywnie pomagać pacjentom z głębokimi zaburzeniami osobowości. Praca terapeutów podlega regularnej superwizji w nurcie psychoanalitycznym.

Farmakoterapia

Psychoterapia uzupełniona jest farmakoterapią prowadzoną również w modelu psychodynamicznym, tj. uwzględniającą aktualny etap leczenia psychoterapeutycznego i odwołującą się do rozumienia opartego o teorie psychoanalityczne. W leczeniu badane jest znaczenie psychologiczne, jakie pacjenci nadają zażywającym lekom, a także komunikacyjne znaczenie objawów somatycznych. W przypadkach pacjentów przejawiających formalne zaburzenia myślenia, decydujemy o włączeniu neuroleptyków, aby zabezpieczyć im możliwość korzystania z psychoterapii.

Praca zespołowa

W tym miejscu warto jeszcze raz podkreślić różnice pomiędzy psychoanalizą w warunkach ambulatoryjnych a leczeniem w oddziale. Jak już wspomniano wcześniej, rozumienie i praca terapeutyczna prowadzone są w nurcie psychoanalitycznym, jednak indywidualna lub grupowa psychoterapia jest uzupełniana i wspierana pracą całej społeczności i wszystkich pracowników oddziału. Oznacza to, że psychoterapeuci dysponują i korzystają z dużo szerszej wiedzy i obserwacji, niż „tylko” ta wyniesiona z kontaktu z pacjentem w trakcie sesji terapeutycznych jak w tradycyjnym podejściu analitycznym. Z drugiej strony setting analityczny zapewnia poczucie bezpieczeństwa i stabilności. Informacje pochodzące od pielęgniarek, terapeutów społeczności, czasami z zajęć dodatkowych, a także istotne informacje z badania psychiatrycznego czy też te dotyczące ogólnych problemów zdrowotnych pacjenta (np. przebiegu cukrzycy czy astmy) pomagają terapeutom dostrzec to, o czym pacjent nie potrafi sam opowiedzieć albo mniej czy bardziej świadomie próbuje przed nim, a czasami przed sobą samym, ukryć. Szansa spojrzenia na swoje problemy z różnych perspektyw — sesji psychoterapii, społeczności terapeutycznej, rozmowy z lekarzem, pielęgniarką, współpacjentem jest dla pacjenta leczącego. Jak wiadomo, dokonywanie zmian w obszarze osobowości jest niezwykle trudnym i długotrwałym procesem. W czasie sześciomiesięcznego leczenia w OLZON zazwyczaj udaje się ten proces zainicjować. Pacjenci potrafią lepiej rozeznawać swoje potrzeby i docenić posiadane przez siebie kompetencje, zyskują poczucie akceptacji i zrozumienia. Często decydują się również na podjęcie ważnych decyzji życiowych, takich jak wyprowadzenie się z domu, podjęcie pracy, a w niektórych przypadkach zakończenie problemowych czy też mających wyraźny charakter nadużycia relacji.

Franco De Massi pisze, że siła procesu patologicznego „zależy także od biernego uczestnictwa pacjenta” [10, str. 71]. Neville Symington zauważa, że osobom z zaburzeniami osobowości „coś przeszkodziło w stworzeniu cech charakteru, które pomogłyby im radzić

sobie z sytuacjami życiowymi” [26 str. 23]. Gdzie indziej dodaje: „Zdrowy psychicznie jest ten, kto potrafi wytworzyć w sobie emocjonalną zdolność dążenia do prawdy, miłości, odwagi, uczciwości i tolerancji” [27, str. 237]. Terapia w oddziale pomaga rozpocząć pracę nad tradycyjnie rozumianą „siłą charakteru”, która umożliwi przeciwstawianie się własnej psychopatologii. Uważamy, że praca się powiodła, jeśli pacjenci zaczynają rozumieć charakter swoich problemów psychicznych i mieć aktywny do nich stosunek.

Omówiony system leczenia wymaga stosunkowo licznego i wysoko wykwalifikowanego zespołu, w skład którego wchodzi:

- psychiatra, kierownik oddziału, superwizor SNP PTP (1 etat),
- **lekarz oddziałowy**, zastępca kierownika (3/4 etatu), zajmujący się problemami psychiatrycznymi i somatycznymi pacjentów (nie prowadzi psychoterapii),
- lekarz rezydent,
- **superwizor**, osoba z zewnątrz, superwizująca psychoterapeutów oddziału (kontrakt),
- **psychoterapeuci** z certyfikatami i w trakcie uzyskiwania uprawnień psychoterapeuty (5 etatów oraz 1 kontrakt),
- dwoje **terapeutów społeczności** (1 i 4/5 etatu),
- trzynaście **pielęgniarek** (dziewięć ukończyło specjalizację z pielęgniarstwa psychiatrycznego, a dwie kurs psychoterapii SNP PTP),
- pięć **salowych**.

Piśmiennictwo

1. Kijas M, Wieczorek A, Niezgoda E. Leczenie w przypadku zaburzeń osobowości. Część 2. Dobre praktyki z Polski. *Med. Prakt. Psychiatria*, 2016; 2: 48–55.
2. Kijas M, Wieczorek A, Niezgoda E. Leczenie w przypadku zaburzeń osobowości. Część 1. Dobre praktyki z Europy. *Med. Prakt. Psychiatria*, 2016; 1: 51–65.
3. Jakubik A. O swoistych zaburzeniach osobowości. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria. Tom II. Zaburzenia osobowości, epidemiologia i patogeneza*. Wrocław: Edra Urban&Partner; 2002.
4. Kiejna A, Adamski T, Piotrowski P, Moskalewicz J, Wojtyniak B, Świątkiewicz G, Stokwiszewski J, Kantorska-Joniec M, Zgdańska M, Kessler R. Epidemiologia zaburzeń psychicznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP-Polska — metodologia badania. *Psychiatr. Pol.* 2015; 49(1): 5–13. DOI: 10.12740/PP/30810.
5. Alvarez A. *The thinking heart. Three levels of psychoanalytic therapy with disturbed children*. London&New York: Routledge; 2012.
6. Kowaleczko J, Biernacki P. Społeczność terapeutyczna w leczeniu zaburzeń osobowości. *Psychiatria po Dyplomie* 2016; 5 (05): 45–48.
7. Symington N. *A pattern of madness*. London: Karnac; 2002.
8. Niezgoda E, Synówka K. Diagnoza proces nieustający. W: Groth J, Topolewska A, red. *Współczesne zastosowania psychoanalizy. Perspektywa postkleinowska*. Warszawa: ISPHS, 2017.

9. Steinert T, Tschöcke S, Uhlmann C. Umgang mit selbstverletzendem Verhalten, Suizidalität und manipulativer Suizidalität. Stationäre Behandlung von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenheilkunde* 2010; 29(09): 565–570.
10. De Massi F. Podatność na psychozę. Psychoanalityczne rozważania o naturze i terapii stanu psychotycznego, Warszawa: Ingenium; 2016.
11. Caligor E, Clarkin J. Model osobowości i patologii osobowości oparty na teorii relacji z obiektem. W: Clarkin J, Fonagy P, Gabbard G, red. *Psychoterapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości. Podręcznik kliniczny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2013.
12. Depukat A, Wieczorek A. Miejsce pacjentów z głębokimi zaburzeniami osobowości w systemie opieki psychiatrycznej — grupa no option. <https://www.mp.pl/psychiatria/zaburzenia/zaburzenia-osobowosci/183503> (dostęp: 25 stycznia 2021).
13. Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry* 2009; 166: 1355–1364.
14. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am. J. Psychiatry* 2001, 158(1): 36–42. DOI: 10.1176/appi.ajp.158.1.36.
15. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am. J. Psychiatry* 1999, 156(10): 1563–1569. DOI: 10.1176/ajp.156.10.1563.
16. Bohus M, Kroeger C. Psychopathologie und Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung zum gegenwärtigen Stand. *Nervenarzt* 2011; 82: 16–24.
17. Ogrodowczyk A: <http://www.tpn.org.pl/czytelnia/blog-andrzejka/koszty-chorob-psychicznych-na-swiecie-w-europie-i-w-polsce/>
18. Day L, Pringle P. (red.). *Reflective enquiry into therapeutic institutions*. London: Karnac; 2001.
19. Kennedy R, Heymans A, Tischler L. *The family as in-patient. Families and adolescents at the Cassel Hospital*. London: Free Association Books; 1987.
20. De Massi F. *Praca z trudnymi pacjentami*. Warszawa: Ingenium; 2017.
21. Waddell M. *Światy wewnętrzne. Psychoanaliza i rozwój osobowości*. Warszawa: Ingenium; 2015.
22. Wieczorek A. Analiza przypadku pacjentki z zaburzeniami osobowości typu borderline hospitalizowanej na Oddziale Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic. *Psychoter.* 2008, (4): 53–63.
23. Wieczorek A, Synówka K. Współpraca lekarza i psychoterapeuty na Oddziale Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic. *Psychiatr. Pol.* 2012; 46(5): 877–889.
24. Wieczorek A. Wpływ psychoterapii wglądowej na postrzeganie więzi wczesnodziecięcej u pacjentów z zaburzeniami osobowości. Praca doktorska. Kraków: Collegium Medicum UJ; 2016.
25. Bion WR. *Uczenie się na podstawie doświadczenia*. Warszawa: Ingenium; 2017.
26. Symington N. *Narcyzm. Nowa teoria*. Warszawa: Ingenium; 2013.
27. Symington N. Corruption of interpretation through narcissism. W: Symington N. *Becoming a person through psychoanalysis*. London: Karnac; 2007.

Adres: katarzyna.synowka@gmail.com