

PSYCHOTERAPIA 3 (166) 2013

strony: 55–59

Maria M. Siwiak-Kobayashi

CO LECZY W SPOŁECZNOŚCI TERAPEUTYCZNEJ? PARĘ REFLEKSJI NAD ZNACZENIEM UCZENIA SPOŁECZNEGO W TERAPII NERWIC

WHAT REALLY HEALS IN THERAPEUTIC COMMUNITY? SOME REFLECTIONS ON THE IMPORTANCE OF SOCIAL LEARNING IN THERAPY OF NEUROSES

Klinika Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. med. Maria Siwiak-Kobayashi

therapeutic community
history of the idea
main streams
social learning

Autorka artykułu przedstawia swoje refleksje z wieloletniej praktyki prowadzenia społeczności terapeutycznej Kliniki Nerwic IPiN. Podkreśla jej znaczenie w oddziaływaniu zarówno na pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, jak i na funkcjonowanie całego oddziału. Przypomina krótko historię idei społeczności leczniczej, jej głównych kierunków praktykowania w różnych ośrodkach, jak i naukowych podstaw, na których jest oparta.

Summary: A short history of main streams of the idea of therapeutic community and its practice in various treatment settings is presented. Some reflections on the inspirations of the practice in the Department of Neurotic Disorders and Psychotherapy in the Warsaw Institute of Psychiatry and Neurology along with the problems specific for such communities are revised in this paper.

„Społeczność terapeutyczna? A po co mamy wszyscy marnować czas siedząc na zebraniu z pacjentami. Wystarczy pielęgniarka, która omówi z nimi sprawy ciekących kranów itp.”.

Ta wypowiedź, zresztą dobrze wykształconego, choć jeszcze młodego psychoterapeuty, skłoniła mnie do refleksji nad postrzeganiem przez współczesnych psychoterapeutów zjawiska społecznego uczenia się i społeczności terapeutycznej — wielkiego, rewolucyjnego odkrycia psychiatrii z początków drugiej połowy dwudziestego wieku, z okresu psychiatrycznej młodości mojego pokolenia. Otwarcie drzwi oddziałów psychiatrycznych, traktowanie pacjentów bardziej partnersko miało charakter podobnej rewolucji, jak starsze o półtora wieku odrzucenie przez Philippa Pinela w paryskim szpitalu Salpetriere kajdan wiążących chorych psychicznie. Pamiętam posiedzenie PTP, na którym głównym punktem programu była projekcja „Lotu nad kukułczym gniazdem” i dyskusja nad tym filmem, nad przedstawionym modelem społeczności. Było to przeżycie — jak myślę — kształtujące sylwetkę zawodową uczestników. W warszawskim środowisku psychiatrycznym idee te propagował Zdzisław Bizoń, który wraz z innymi wpłynął na „otwarcie drzwi” szpitali psychiatrycznych w Polsce w latach 60. Podobne, choć bardziej uogólniające problem kontaktu terapeutycznego i rozumienia świata pacjenta jako najistotniejszego składnika

terapii zaburzeń psychicznych, przekazywał swym uczniom w środowisku krakowskim, a w latach 70. wyraził w swych książkach Antoni Kępiński [1].

Obecnie sytuację otwartych drzwi przyjmujemy jako naturalną, większość szpitali psychiatrycznych realizuje mniej więcej ogólne zasady społeczności terapeutycznej. Wydaje się jednak, że podobnie jak nie zastanawiamy się nad składem powietrza, którym oddychamy, tak i nie zastanawiamy się też głębiej nad tym, czy i jak właściwie działa jednostka lecznicza zwana społecznością terapeutyczną.

Pojęcie społeczności terapeutycznej zostało opisane po raz pierwszy w 1946 roku przez Thomasa Maine'a, a spopularyzowane przez Maxwella Jonesa [2]. Badacze ci na podstawie obserwacji sytuacji na oddziałach psychiatrycznych, ograniczającej i często utrudniającej proces leczenia, przeprowadzili eksperymenty (M. Jones) polegające na społecznym uczeniu się poprzez wspólne rozwiązywanie sytuacji kryzysowych pojawiających się u współpacjentów. Miało to wpływ na zmiany w relacjach zarówno personel — pacjenci, jak i pomiędzy pacjentami. Podstawowym założeniem tego rodzaju społeczności terapeutycznych jest to, że pacjent aktywnie i w sposób twórczy uczestniczy w odzyskiwaniu zdrowia psychicznego własnego — i wszystkich pozostałych pacjentów oddziału (instytucji leczniczej). Odpowiedzialność za codzienne funkcjonowanie społeczności jest wspólną sprawą pacjentów i personelu zgodnie z pełnionymi przez nich rolami. Wpływa to na większą samodzielność pacjentów, poczucie sprawczości, godności i na ich rozwój. Model ten stał się stopniowo popularny w Europie. Stosowany jest w instytucjach psychiatrycznych, w leczeniu zaburzeń osobowości, zaburzeń emocjonalnych wiążących się z zakłóceniem relacji z innymi. Początkowo był stosowany w instytucjach zapewniających opiekę całodobową: w szpitalach psychiatrycznych i w opiece ekstermuralnej (hotele, mieszkania chronione itp.). Ostatnie dziesięciolecie przyniosły zmiany sposobu finansowania opieki zdrowotnej w wielu krajach Europy, wskutek czego idea społeczności terapeutycznej znalazła zastosowanie również w systemach opieki dziennej.

Model takiej społeczności terapeutycznej leżał też u podłoża zasad terapii w Klinice Nerwic IPiN w Warszawie już od końcowych lat pięćdziesiątych, a w latach sześćdziesiątych został stworzony pierwszy Oddział Dzienny Leczenia Nerwic w Pruszkowie jako część Kliniki Nerwic. Model ten rozpowszechnił się następnie w całej Europie Środkowo-Wschodniej.

Odmienny model społeczności terapeutycznej rozwijał się od lat 60. w Stanach Zjednoczonych. Zastosowano go tam po raz pierwszy w terapii czy raczej w resocjalizacji więźniów z zaburzeniami psychicznymi. W roku 1960 wprowadzono go w Marion Federal Penitentiary. Następnie został przyjęty w instytucjach zajmujących się terapią i rehabilitacją uzależnień i zaburzeń osobowości. Szczególne znaczenie miał model przyjęty w 1968 r. przez Synanon, instytucję opartą na analizie transakcyjnej. Stąd często nazywa się go modelem Synanon [2].

Ten nurt społeczności terapeutycznej, popularny w USA, ma charakter bardziej hierarchiczny i działa poprzez kontrolę wszystkich aspektów życia pacjenta w okresie terapii.

W Polsce elementy tego typu społeczności terapeutycznej stały się częścią zasad przyjętych w terapii uzależnień. W 1966 roku powstała, z inicjatywy środowiska zawodowego zajmującego się profesjonalną pomocą osobom uzależnionym, Polska Federacja Społeczności Terapeutycznych. Została oficjalnie zarejestrowana w 1997 roku jako stowarzyszenie

i jest największym profesjonalnym lobby w obszarze uzależnień w Polsce. W związku ze specyfiką grup pacjentów objętych tym modelem, społeczności te mają charakter bardziej restrykcyjny, choć przy zachowaniu ogólnych zasad przepływu informacji i demokratycznego, wspólnego podejmowania decyzji.

Istnieją oczywiście pewne ograniczenia funkcjonowania społeczności terapeutycznych w instytucjach psychiatrycznych związane z objawami zaburzeń pacjenta, ale na szczęście postępy farmakoterapii częściowo ułatwiają pokonywanie tego problemu, choć — z drugiej strony — stosowane leki mogą zmniejszać ogólną zdolność uczenia się. Problem ten od początku wydawał się mniej ograniczać instytucje zajmujące się psychoterapią zaburzeń zwanych obecnie nerwicowymi i związanych ze stresem (ICD-10), gdyż pacjenci cierpiący na nie na ogół mają nienaruszone poczucie rzeczywistości i zdolność uczenia się w kontaktach społecznych, a także u dużej części z nich nie stosuje się farmakoterapii.

Stefan Leder zakładając oddział nerwic, a następnie Klinikę Nerwic w IPiN wprowadził od początku ideę społecznego uczenia się jako podstawę teoretyczną systemu terapii w tej klinice. Było to kilka lat po ukazaniu się książki J. Dollarda i N.E. Millera *Personality and Psychotherapy* (N.Y., Toronto, London 1950). Jej polskie tłumaczenie pt. „Osobowość i psychoterapia. Analiza w terminach uczenia się, myślenia i kultury” ukazało się w 1969 roku [3]. Książka ta stanowiła pierwszą próbę interpretacji zjawisk psychicznych, opisywanych przez psychoanalizę, w kategoriach teorii uczenia się. Było to dla nas odkrywcze z uwagi na wzbudzony wówczas przemożny „apetyt na psychoanalizę”, wiążący się m.in. u młodych wówczas psychiatrów i psychologów z oficjalnym negowaniem psychoanalizy w okresie powojennym i z długoletnim panowaniem zniekształconych poglądów Pawłowa jako jedynie obowiązujących. Z tym ostatnim zjawiskiem wiązała się też podejrzliwa czy też lekceważąca postawa wobec behawioryzmu jako teorii psychologicznej, nie mówiąc już o jego zastosowaniu leczniczym. Równocześnie rozkwitająca wówczas również w Polsce psychiatria humanistyczna C. Rogersa [3, 4] sprzyjała duchowi społecznego uczenia się — podkreślając znaczenie kontaktu terapeutycznego opartego na braku oceniania pacjenta, na akceptacji. Ten typ kontaktu, wzbogacony takimi atrybutami społeczności terapeutycznej, jak swobodny przepływ informacji, zastosowanie zasad demokracji (spłaszczenie hierarchicznej piramidy) czy rozwiązywanie problemów poprzez uzyskiwanie konsensusu za pomocą dyskusji, a nie głosowania, rozszerzał zakres społecznego, interpersonalnego uczenia się na kontakty nie tylko z pojedynczym terapeutą, ale na całą społeczność — współpacjentów i personel [4, 6, 7]. To właśnie leży u podłoża integracyjnego charakteru systemu terapeutycznego w Klinice Nerwic. Model ten stwarza optymalne możliwości społecznego uczenia się. Pozwala na indywidualizację rozumienia potrzeb i osiągania celów leczniczych u każdego pacjenta. Pomnażanie arsenału różnych oddziaływań leczniczych: metod, sytuacji, wielu osób — w całościowym układzie społecznym pozwala na uzyskiwanie efektów w krótkoterminowym oddziaływaniu niezmiernie intensywnej terapii [8, 9].

Pod koniec lat sześćdziesiątych do arsenału oddziaływań terapeutycznych, poza stosowaną od początku psychoterapią indywidualną i grupową oraz cotygodniowymi zebraniem całej społeczności terapeutycznej, wprowadzono zyskujące wówczas na świecie popularność metody behawioralne — modelowanie, metody relaksacyjne, trening behawioralny i desensytyzację z zastosowaniem biofeedbacku. Istotne znaczenie mają też inne formy

terapii dające możliwość uczenia się w różnych sytuacjach i z wykorzystaniem różnych specyficznych bodźców i sytuacji społecznych (psychodrama, muzykoterapia, choreoterapia, praca z ciałem, psychorysunek, terapia zajęciowa) [7, 8].

Coraz liczniejsze badania z zakresu psychologii klinicznej i psychologii społecznej — zwłaszcza prace dotyczące małych grup — dostarczały wyjaśnienia działania tych metod i stwarzały okazję naukowego rozumienia elementarnych procesów w grupie.

Uczestniczenie w grupie i w społeczności terapeutycznej pociąga określone procesy:

- zmiany w koncepcji siebie: tożsamości (kim jestem?), samooceny (ile jestem wart?);
- zmiany w grupie: wzajemna zależność „losu” (siedzimy w tej samej łódce) oraz realizacja wspólnych zadań i celów;
- uzyskiwanie poczucia bliskości, podtrzymywanie wzajemnych relacji;
- osiaganie i rozwój norm grupowych, w tym również norm społeczności.

Procesy te umożliwiają zaistnienie zmian w przeżywaniu i postawach pacjentów wobec samych siebie i wobec innych i otaczającej rzeczywistości (Kobayashi, 1976) (9).

Zmianę samooceny pacjenta tłumaczy m.in. teoria L. Festingera [8, 10], znana powszechnie jako teoria dysonansu poznawczego. Jest to teoria procesów porównywania społecznego. Własne możliwości oceniamy zwykle na podstawie ocen innych ludzi. W tym celu wybieramy zwykle ludzi podobnych do nas, często „trochę lepszych od nas”, często takich, których kompetencje uznajemy. W społeczności terapeutycznej takie znaczenie mają zarówno współpracownicy, jak i członkowie personelu leczącego. Według terminologii Festingera ta część społecznego uczenia się opiera się na konformizmie społecznym, który działa za pośrednictwem dysonansu poznawczego. W psychoterapii grupowej nazywa się to czasem „naciskiem grupy”.

Inną teorią pozwalającą rozumieć zmiany zachodzące u pacjentów w obrazie siebie, swojej sprawczości jest teoria społecznego uczenia się Rottera [11]. Założył on, że człowiek nabywa większość swoich zachowań w drodze uczenia się w sytuacjach społecznych. Istotne znaczenie mają tu wzmocnienia (zgodnie z założeniami behawioryzmu), ale i oczekiwania, czyli zmienne poznawcze — dotyczą one oczekiwań od siebie, innych ludzi i sytuacji. Rotter zwraca uwagę na oczekiwania od siebie i od sytuacji. Niskie poczucie sprawczości u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi związane jest z zewnętrznym lokowaniem kontroli swoich działań. Zmienia się to pod wpływem pełnienia w społeczności różnych ról wymagających aktywności i kreatywności, co prowadzi do zwiększenia zaufania do samego siebie, pewności i poczucia wpływu na rzeczywistość i na swój los.

Wyjaśnienia działania społeczności terapeutycznej dostarcza też inna poznawczo-społeczna teoria — „teoria uczenia się poprzez obserwację” Alberta Bandury [12]. Zwraca on uwagę na znaczenie naśladowania — świadomego lub nieświadomego (modelowanie).

Wszystkie powyższe elementy społecznego uczenia się zaznaczają się intensywnie w społeczności terapeutycznej i są nośnikami zachodzących w pacjentach zmian.

Warto też wspomnieć o trudnościach przeżywanych przez społeczność terapeutyczną. Częsty problem w tego typu społecznościach stanowią normy, a raczej ich nieprzestrzeganie przez pacjentów i konieczność wyciągania konsekwencji. Wydaje się, że często u podłoża tych trudności kryje się fakt, że normy społeczności terapeutycznej, a także rozumienie jej atrybutów, odbiegają od norm i zachowań typowych w innych społecznościach, reali-

zujących inne cele (na przykład społeczność szkolna, miejsce pracy czy nawet rodzina). Dotyczy to szczególnego charakteru demokracji w środowisku leczącym, w którym — przy zachowaniu udziału wszystkich pacjentów i całego personelu w procesie leczenia — ważne są różne role poszczególnych uczestników i różny stopień odpowiedzialności za podejmowane decyzje. Normą trudną do przestrzegania, a zasadniczą dla procesu leczniczego, jest norma otwartości, swobodnego przepływu informacji o trudnościach i zachowaniach poszczególnych pacjentów. W innych społecznościach często dominuje norma zachowania tajemnic, przewaga solidarności podgrupy nad interesem całej społeczności. Stąd często bierze się mylenie otwartego przepływu informacji z „donosicielstwem”. Rozwiązywanie tych trudności stanowi zadanie, z którym często borykają się społeczności terapeutyczne.

W końcu chciałabym podkreślić, że nie do przecenienia jest klimat emocjonalny społeczności tworzony przez pacjentów i cały personel. Warunkuje on zmiany w sposobie widzenia i przeżywania siebie i świata. Najtrafniej wyraziła to, jak mi się wydaje, pewna młoda pacjentka, która doświadczyła zaniedbania i odrzucenia w dzieciństwie. Na ostatnim zebraniu społeczności powiedziała nam wszystkim: „Tutaj po raz pierwszy poczułam się dla kogoś ważna”. To właśnie warunkowało istotne zmiany, jakie w niej zaszły. Przez lata pracy pamiętam to i usiłuję przekazywać jako ideę naszej społeczności terapeutycznej opartej na behawioralno-poznawczym uczeniu się, ale przede wszystkim społecznym.

Piśmiennictwo

1. Kępiński A. Rytm życia Kraków: Wydawnictwo Literackie; 1973.
2. Corsini RJ, Auerbach J. Concise encyclopedia of psychology, 2 wyd. Nowy York: John Wiley & Sons; 1966.
3. Dollard J, Miller NE. Osobowość i psychoterapia. Analiza w terminach uczenia się, myślenia i kultury. WYDAWCA 1969
4. Leder S, Czabała J.Cz., Siwiak-Kobayashi M. Psychotherapy in Poland: development of a comprehensive treatment program. J. Integr.-Eelect. Psychother. 1987, 6, 1: 88–97.
5. Kratochwil S. Psychoterapia. Warszawa: PWN; 1980.
6. Leder S. Psychoterapia, psychiatria społeczna. Wybrane zagadnienia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2001.
7. Bigo B. Behawioralna terapia grupowa. W: Wardaszko-Lyskowska H, red. Terapia grupowa w psychiatrii. II wydanie. Warszawa: PZWL;
8. Siwiak-Kobayashi M. Terapia poznawcza, uczenie społeczne a społeczno-poznawcza terapia zaburzeń nerwicowych w Klinice Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Psychoter. 2000; 2: 63–67.
9. Siwiak-Kobayashi M. Zmiany w stanie klinicznym a modyfikacja niektórych postaw pacjentów leczonych w Klinice Nerwic. Psychiatr. Pol. 1976; 10 (3): 247–259.
10. Siwiak-Kobayashi M. Cognitive therapy, social learning and socio-cognitive. W: Siwiak-Kobayashi M, Leder S, Czabała JCz, Sakuta T, red. Psychotherapy at the turn of the century — from past to future. 17th World Congress of Psychotherapy, Polish Psychiatric Association, International Federation for Psychotherapy. Warszawa: 2000, poz. B. 3. 26.
11. Rotter JB, Chance JE, Phares EJ. Application of social learning theory of personality. New York: Holt, Reinhart & Winston; 1972.
12. Bandura A. Social learning theory. New York: Prentice Hall; 1977.

Adres: maria.siwia.kobayashi@gmail.com