

Krzysztof Walczewski^{1,2}, Wojciech Korzeniowski^{1,2}, Irena Najbar^{1,2}, Małgorzata Pruss¹,
Aneta Ferlak¹, Agnieszka Fusińska-Korpik^{1,2}

ASPEKTY TERAPEUTYCZNE ODDZIAŁU ZAMKNIĘTEGO. CZĘŚĆ II

THERAPEUTIC ASPECTS OF A PSYCHIATRIC WARD. PART II

¹Szpital Kliniczny im. dr. J. Babińskiego w Krakowie

²Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Klinika Psychiatrii

**stationary psychiatric ward
personal therapeutic program
recovery**

Streszczenie

Izolacyjny aspekt opieki psychiatrycznej determinuje naukowe i teoretyczne refleksje na temat pracy terapeutycznej z pacjentami w głębokich kryzysach psychicznych. Zachodzące współcześnie zmiany w tym obszarze implikują potrzebę dzielenia się nie tylko postęпами w zakresie szeroko rozumianej wczesnej rehabilitacji pacjentów, ale także skutecznymi praktykami oddziaływań psychoterapeutycznych wobec pacjentów leczonych na ogólnopsychiatrycznych oddziałach stacjonarnych. Zagadnienia dotyczące metod terapii pacjentów w głębokich kryzysach psychicznych wciąż podejmowane są w literaturze stosunkowo rzadko, w szczególności w kontekście pracy zespołowej i jej terapeutycznego potencjału. Zwrócenie uwagi na te elementy leczenia stacjonarnego jest istotne dla procesu leczenia. W niniejszym artykule zaprezentowano zespołowy model pracy terapeutycznej oddziału ogólnopsychiatrycznego Szpitala Klinicznego im. dr. J. Babińskiego w Krakowie. Przedstawiono założenia teoretyczne leżące u podstaw tej pracy. Omówiono niektóre formy oddziaływań wraz z ilustracją elementów praktyki klinicznej. Refleksje dotyczą dalszych kierunków doskonalenia terapii w ramach stacjonarnej opieki psychiatrycznej.

Summary

The isolational aspect of psychiatric care determines scientific and theoretical reflections on therapeutic work with patients in deep mental crises. Current changes in this area imply the need to share not only advances in the global rehabilitation of patients, but also effective practices of therapeutic interactions with patients treated in general psychiatric stationary wards. Issues regarding the treatment of patients in deep mental crises are still relatively rare in literature, in particular in the context of the role of teamwork and its therapeutic potential. Attention to these elements of stationary treatment therefore appears to be of paramount importance in the understanding of the treatment process. The article presents a team model of therapeutic work at the general psychiatric department of the

Babinski University Hospital in Cracow. The theoretical assumptions underlying the department's work are presented. Some therapeutic techniques are illustrated with elements of clinical practice. A reflection on the further directions of therapeutic work in residential psychiatric care is presented.

Wstęp

Niniejszy artykuł jest kontynuacją wcześniejszej pracy „Aspekty terapeutyczne oddziału zamkniętego. Część I” [1]. Tym razem uwagę chcemy poświęcić kolejnym narzędziom terapeutycznym. Służą one poszerzeniu pola współpracy, z którego pacjent i lekarz wspólnie mogą korzystać. Kluczowe dla niej jest nawiązanie nici porozumienia z pacjentem, porozumienia formalnego, emocjonalnego, egzystencjalnego czy opartego o rolę pacjenta i lekarza. Równie istotnym elementem leczenia jest równoległe przepracowywanie zjawisk psychopatologicznych, zaburzeń relacji terapeutycznej w obrębie pola przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowego [2, 3]. Funkcjonowanie zespołu leczącego oparte jest na harmonizacji poglądów i sposobów działania. W okresie kształtowania się opisywanego tutaj stylu pracy terapeutycznej w oddziale przyjęciowym ogólnopsychiatrycznym zainspirowało nas pojęcie „wspólny umysł” — „common mind”, opisane przez Christophera Bollasa [4]. Operacjonalizacją wspomnianego bollasowskiego współmyślenia jest przyjęty styl pracy terapeutycznej, organizacji przebiegu dnia i rytmu tygodnia według planu — planu omawianego i opisanego na tablicy zajęć dostępnej wszystkim uczestnikom społeczności oddziału terapeutycznego. Osobisty Program Terapeutyczny (OPT) (załącznik nr 1) pełni funkcję organizacji czasu dnia i tygodnia, informacyjną i właśnie harmonizującą, upewniającą w pewien sposób pacjenta o jego uczestnictwie w życiu oddziału.

Oddziały ogólnopsychiatryczne w Szpitalu Klinicznym im. dr. J. Babińskiego w Krakowie prezentują różne modele organizacji pracy. Wszystkie jednak działają w trybie ostroprzyjęciowym, zaopatrując wyznaczoną grupę pacjentów z podziałem na region, a część również na płęć. Opisywany oddział jest oddziałem męskim ogólnopsychiatrycznym dla dzielnicy Krakowa Krowodrzy. Oddział w przeliczeniu personelu na liczbę zaopatrywanych łóżek (maksymalnie 42 pacjentów na oddziale) nie odbiega od standardów innych oddziałów tutejszego szpitala. Wspólnym wątkiem pracy zespołowej jest myśl psychoterapeutyczna z obszaru nurtów psychoanalitycznego, psychodynamicznego i systemowego. Część zespołu jest szkolona w nurcie psychodynamicznym, a kierownik oddziału jest superwizorem certyfikowanym przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne.

We wcześniejszej pracy omówione zostały odniesienia teoretyczne, przyjęte cele leczenia, założenia, zasady i rozwiązania organizacyjne oddziału stacjonarnego. Szerzej opisano rolę społeczności terapeutycznej i indywidualnego programu leczenia w oparciu o praktyczne przykłady. Podkreślono, że w rejonowym, heterogennym diagnostycznie oddziale stacjonarnym nieustannie przyjmującym nowych pacjentów w stanie zaostrezenia choroby psychicznej dla realizacji powszechnie przyjętych celów, jak zapewnienie struktury i bezpieczeństwa, postawiono cel trudniejszy — zbudowania przymierza terapeutycznego i bardzo trudny, jakim jest zbudowanie motywacji do dalszej terapii i uruchomienie zasobów do odzyskiwania zdrowia, czyli zdrowienia (*recovery*), mając na uwadze, że jest to dopiero początek drogi. Potrzebna jest ciągłość leczenia i opieki, sprecyzowana perspektywa czasowa oraz znajomość narzędzi, które będą stosowane

w kolejnych fazach zdrowienia, zarówno w oddziale zamkniętym, jak i poza nim. W tej części pracy zostanie omówiony kontakt z lekarzem, formy pracy psychoterapeutycznej i interwencji psychospołecznych.

Osobisty program terapeutyczny

Program jest przedstawiany pacjentowi w pierwszych dniach pobytu. Przy kartce z harmonogramem wspólnie z pacjentem ustalany jest zakres, w jakim powinien się w niego zaangażować. Harmonogram ten zostaje także wywieszony na korytarzu przy drzwiach wejściowych do oddziału. Wszystkie zmiany i ewentualne modyfikacje osobistego programu terapeutycznego są wprowadzane na bieżąco.

Bez połączenia w umyśle pacjenta jego osobistych celów życiowych z terapią na oddziale, trudno będzie mu odkryć sens terapii zajęciowej, terapii mówionych czy nawet relaksacji.

Anna Bielańska w swoim krytycznym omówieniu metod psychoterapii osób z problemami schizofrenicznymi podkreśla konieczność żywego, soczystego użycia różnych teoretycznych podejść, jeśli mają się one okazać skuteczne w praktyce klinicznej [5]. Doradne korzyści zdrowotne związane z poprawą objawową powinny łączyć się ze strategią zdrowienia nastawioną na budowanie przez chorego perspektywy satysfakcjonującego życia poza szpitalem [6].

Na osobisty program terapeutyczny składają się: poranne ćwiczenia fizyczne, wizyta lekarska, terapia zajęciowa, terapie mówione (grupy wsparcia, psychoedukacja czy w końcu psychoterapie różnych szkół i metod) oraz treningi umiejętności. Każda grupa zawodowa włącza w zakres swoich obowiązków prowadzenie poszczególnych modułów OPT (osobistego programu terapeutycznego).

Wizyta lekarska

Wizyta lekarska odbywa się w trzech trybach:

1. Indywidualne rozmowy sprawdzające przebieg leczenia: tempo zdrowienia, stopień remisji objawowej oraz stopień realizacji osobistego programu terapeutycznego. W rozmowie z pacjentem oceniany jest także stopień konceptualizacji zasobów do zdrowienia i ich praktyczne znaczenie w rzeczywistości poza oddziałem zamkniętym. Jednym z pierwszych zasobów zdrowienionych jest krytycyzm chorobowy.
2. W dzień społeczności wizyta przyłóżkowa, skupiona na stanie zdrowia oraz wyszukiwaniu konkretnych, adekwatnych do zasobów pacjenta ról w społeczności oddziału. Pacjenci są też motywowani do ich podejmowania.
3. Indywidualna wizyta u lekarzy prowadzących. Odbywa się na koniec tygodnia i ma charakter podsumowania postępów w leczeniu. Wspólnej ocenie podlega realizacja osobistego programu terapeutycznego: obecność, użyteczność zajęć i korzyści odniesione z poszczególnych rodzajów terapii: zajęciowej, mówionej i podjętych funkcji w społeczności terapeutycznej. Wspólnie z pacjentem oceniana jest efektywność farmakoterapii i dalszy plan leczenia. Dokładne omawianie obecnych i możliwych

niepożądanych działań leków jest istotne dla budowania zaufania pacjenta do wiedzy lekarza w przymierzu terapeutycznym oraz ze względów prawnych [7, 8, 9].

Terapia zajęciowa (na przykładzie pracowni garncarskiej)

Zajęcia ogniskują się w pracowni terapii zajęciowej, wypełnionej wytworami niemalże pokoleń pacjentów leczących się tutaj. Ściany wypełniają obrazy, rysunki, a także kilimy, na półkach rozstawione są rzeźby z papier mâché, zwierzęta origami, domki z zapalek itp. Pracownia stanowi miejsce spotkań i wspólnej działalności w towarzystwie terapeuty. Jest utrzymana w konwencji wiejskiej chaty. W zamierzeniu było, aby uczestnicy na jakiś czas przenieśli się w pozaszpitalny wymiar, wymiar sielankowy. Wnętrze wita uczestników napisem „Nie święci garnki lepią”, ściany ozdabiają namalowane wiejskie kwiaty — malwy, maki i chabry. Na przeciwległej ścianie pojawia się krajobraz, z drogą prowadzącą do chałupy, płotem z glinianymi garnkami i kogutem.

Pacjenci lubią glinę, jest ona bardzo wdzięcznym materiałem: miękkim, plastycznym, łatwo podlega obróbce. Czasem rozmawiamy o jej pochodzeniu jako skały lejnej, o naturalnym kontakcie człowieka z tym materiałem, który ma wymiar prawie atawistyczny. Gлина towarzyszyła ludziom od pradziejów, zawsze była obok. Kiedyś ktoś podchwycił tę myśl i oznajmił, że przecież pierwszy człowiek był z niej ulepiony. I tak dalej brniemy w jej manualnym przetwarzaniu, nawet początkujący adeptci są w stanie ulepić coś efektownego. Zajęcia prowadzone są w małych grupach 6–7-osobowych. Pacjenci mogą zaznać siły transformującej przez zetknięcie się z rzemiosłem i sztuką. Możliwe, że tym samym mocy nabierają słowa mistrza ceramiki Bolesława Książka: „Życie jest piękne, bo można robić ceramikę” [10, str. 71].

Grupa wsparcia psychospołecznego

W trakcie spotkania grupy wsparcia psychospołecznego na wstępie pada zwykle prośba terapeuty o wystąpienie jednego z pacjentów z własnym problemem, a do pozostałych członków o pomoc w jego rozwiązaniu; pomoc poprzez dzielenie się własnym doświadczeniem w pokonywaniu podobnych trudności, wsparciem emocjonalnym, wymianą użytecznych informacji, szukaniem wspólnych rozwiązań. Nierzadko dochodzi do sytuacji, że podczas analizy czyjegoś problemu i jego życiowych trudności wyłania się obraz osoby wyizolowanej, skrzywdzonej, odrzuconej, bardzo samotnej za przyczyną choroby psychicznej, obawiającej się innych ludzi i stroniącej od nich.

Winieta kliniczna: Zajęcia mają charakter otwarty, więc za każdym razem zasadne jest poinformowanie wszystkich, na czym one polegają i czemu służą. Przypomnienie zasady pracy grupowej: kultura wypowiedzi, niewchodzenie sobie w słowo, nieprzerywanie, zważanie na słownictwo, poważne traktowanie przedstawianego tematu, tajemnica terapeutyczna, wyciszenie telefonów, niekręcenie się itp. Po technicznych aspektach dotyczących spotkania nadchodzi jego kulminacyjny moment, czyli wybór tematu spotkania. Osoba chcąca przedstawić swój problem proszona jest o jego opisanie, zaś pozostali uczestnicy, bazując na własnych przeżyciach, doświadczeniach i zasobach pomagają ów problem

rozwiązać. Ważnym elementem całego procesu jest udzielanie emocjonalnego wsparcia opartego zarówno na empatii, jak i próbach zrozumienia. Nie należy jednak unikać zdrowego krytycyzmu.

Przykładem może służyć opis sytuacji: Pan Andrzej, pacjent, który na oddziale powraca do równowagi psychicznej i przygotowuje się do dalszej terapii w ośrodku leczenia uzależnień, poprosił zebranych o pomoc, wyrażając swoje obawy związane z opuszczeniem szpitala i czasem oczekiwania na oddział leczenia podwójnych diagnoz. „Co zrobić, żeby nie popłynąć?” — padło proste, ale nacechowane obawami i strachem pytanie. Zapadła cisza, która, zważywszy na fakt, że aktualnie znaczny procent pacjentów na oddziale to osoby z podwójnym rozpoznaniem, wydawała się wręcz złowroga. Ciszę przełamał głos pana Janka. Jego wypowiedź zaskoczyła wiele osób na sali. Do tej pory mało aktywny, cichy, niepozorny i spokojny cofnął się w swojej opowieści do dalekiej przeszłości. Opowiadał o czasach swojej młodości, kiedy ciężko uzależniony i od alkoholu, i od narkotyków próbował walczyć z nałogami. Mówił o swoich pobytach w ośrodkach monarowskich, trudnościach z nimi związanych, ale również o tym, co mu pomagało. „Było bardzo ciężko, czasami wydawało się wręcz beznadziejnie, ale udało się. Pracowałem, byłem w związku, pomagali mi inni ludzie, mój upór, sił dodawała wiara. Do narkotyków udało mi się nie wrócić, alkohol mnie jednak dopadł” — zakończył ze smutkiem w głosie. Wypowiedź ta bardzo autentyczna i szczerza. Są wśród nas tacy, którym się udało i odnieśli życiowe sukcesy na miarę swoich możliwości, pozostali po stronie życia. Słowa pana Janka były bardzo osobiste i choć dotyczyły trudnego tematu, to zawierały w sobie poruszającą dozę entuzjazmu i wiary w „możliwość niemożliwego”, wiary, że nawet teraz po kolejnym potknięciu w jego życiu, uda się mu znów stanąć na nogi.

Pan Darek, od dłuższego czasu na oddziale, do tej pory mało uczestniczący w zajęciach, izolujący się, skupiony bardziej na swoich wewnętrznych przeżyciach i myślach, swoje zdanie wypowiedział drżącym, poruszonym głosem: „Jestem bardzo chory, mam wiele problemów, moja sytuacja życiowa jest na krawędzi załamania. Mogę stracić rodzinę, pracę, wszystko, co dla mnie najważniejsze. Musiałem wyhamować. Zanim przyszedłem do szpitala wziąłem wszystkie zioła i inne używki i spaliłem je przy żonie. Powiedziałem, że nie ma do nich powrotu, a do domu wrócę po przerwaniu tej lawiny”. Płakał.

Takie wypowiedzi wywołują wzruszenie, jednocześnie uświadamiając uczestnikom grupy, jak duży jest ciężar psychiczny i idące za nim cierpienie, skoro chęć ujawnienia ich i wyartykułowania pokonuje, skądinąd często naturalną, obawę przed odsłonięciem i otwarciem się w dużej grupie właściwie nieznanym osobom. Obie osobiste wypowiedzi zaktywizowały grupę i na fali emocjonalnego poruszenia uruchomiły liczne wypowiedzi i zapytania: Dlaczego tak się działo? Co mogło być czynnikiem spustowym? Podejmowano próby wyjaśnień, które zdominowały i przysłoniły często wcześniej obecne dobre rady, dydaktyczne, ale suche pouczenia.

W trakcie dyskusji i prób analizy poruszanych zagadnień nie zapomniano o panu Andrzeju. Członkowie grupy zwracali się do niego bezpośrednio, a on sam, zachęcony chyba wcześniejszymi wypowiedziami i zainteresowaniem całej grupy, bez oporów przedstawił i opisał genezę swojego obecnego problemu, wyjaśnił swoją sytuację życiową oraz obawy co do swojej przyszłości. Do bólu szczerze wyznanie dotyczyło początków jego narkomanii, życia, które legło w gruzach, nieudanych pobytów w ośrodkach, niepojętej agresji,

która doprowadziła go za kraty i uczyniła bezdomnym. Opowieści o życiu na dnie — walki uliczne, kradzieże, pobicia i to wszystko okraszone narkotykami zrujnowały mu zdrowie i — jak sam stwierdził — „cudem chodzę, ale pod czerepem tylko pustka”.

Niezwykły był też moment, kiedy pan Andrzej ze wzruszeniem powiedział: „Słuchajcie, najpiękniejszym momentem mojego życia były trzy miesiące, kiedy nie ćpałem, byłem czysty. Tęsknię za tym czasem. Chciałbym coś takiego jeszcze przeżyć, tylko boję się, że nie umiem być na tyle silny, by przetrwać najgorsze chwile odwyku”. Młodszy pacjenci słuchali jego opowieści w niezwykłym dla nich skupieniu, bez cienia obecnej często wesołkowatości, nonszalancji i werbalnego negatywizmu. Ktoś tylko cicho syknął do kogoś: „Słuchaj, słuchaj, co z ciebie zostanie”. Prawdopodobnie ma to związek ze szczególną więzią, która rodzi się pomiędzy ludźmi, których łączą podobne trudności, ten sam mianownik. Więż ta się buduje w chwili, kiedy jedna osoba mówi do drugiej: „Wiem, o czym mówisz, wiem, co czujesz, byłem tam, rozumiem cię”. Takie zrozumienie daje siłę do mówienia.

Psychoterapia grupowa

Psychoterapia grupowa jest kierowana do pacjentów z doświadczeniem kryzysu psychotycznego. Osoby w ostrej psychozie nie kwalifikują się na te zajęcia, ale możliwe są pewne odstępstwa „przy konstruowaniu grupy najważniejszy jest poziom zaburzenia czy siła ego, a nie obecność czy brak objawów psychotycznych” [11]. W doborze osób na zajęcia, na co dzień korzystamy z wiedzy całego personelu oddziału. Melania Klein podkreśla wagę odpowiedniego settingu w pracy z pacjentem psychotycznym. Ponadto w ramach nadmienionej teorii istotne jest, by osoby bliskie były życzliwe, a przynajmniej neutralne wobec terapii [12]. W przypadku oddziału mowa tu również o członkach personelu. Dla zachowania bezpiecznych ram psychoterapii grupowej zajęcia odbywają się o stałej porze i w stałym miejscu, trwają 75 minut.

Psychoterapia grupowa na oddziale stacjonarnym ogólnopsychiatrycznym bywa pierwszym kontaktem pacjenta z psychoterapią jako taką. Samo założenie teoretyczne jest na granicy między wglądową pracą a wspieraniem zasobów pacjenta. Sesję prowadzi dwóch terapeutów. Obecny jest zespół reflektujący, zaczerpnięty z dorobku terapii systemowej w przetworzony przez nas sposób [13]. Zespół reflektujący, obecny w kręgu, zabiera głos jedynie na koniec, dając zwięzły komentarz do przebiegu zajęć. To jeden, dwóch lub trzech terapeutów pokazujących nową perspektywę na sesję i dających pozytywne wzmocnienie procesom działającym się na terapii.

Różnicą w stosunku do klasycznego andersenowskiego zamysłu jest sposób przekazywania informacji przez zespół reflektujący — nie jest to rozmowa zespołu o pacjentach między sobą, a wypowiedź do pacjentów w krótkiej formie. Po niej pacjenci mają przestrzeń, żeby odnieść się do słów grupy reflektującej i zreferować swoje postrzeganie zajęć. Poza kręgiem znajduje się kolejny terapeuta — obserwator, przez pacjentów nazywany kronikarzem. Na początku spotkania przedstawia się, wtedy też jego rola jest wyjaśniana pacjentom. Nie mówi nic przez całe zajęcia, ale notuje swoje uwagi. Ta funkcja ma znaczenie przy omawianiu zajęć po zakończeniu grupy i pozwala popatrzeć na niektóre procesy z większego dystansu oraz bardziej obiektywnie.

Dla zobrazowania tego chcielibyśmy przytoczyć krótki fragment kliniczny. Jest zasada, że po przedstawieniu się wszystkich osób nikt więcej nie może dołączyć. Gdy właśnie ostatni z pacjentów skończył się przedstawiać, nagle wszedł spóźniony pacjent, tłumacząc się, przepraszając i pytając, czy zdążył. W naszym odczuciu w tamtym momencie wyproszenie go z zajęć byłoby bardziej okrutne niż opiekuńcze. Pacjent pozostał na zajęciach, po czym przekierowano pytanie do grupy, co o tym myślą i jak się z tym czują. Nie wiemy, czy była to najbardziej poprawna reakcja, ale wiemy, że ta sesja w szerokim rozumieniu była jedną z bardziej konstruktywnych od dłuższego czasu. Wszelkie oczekiwania do grupy w terapii pacjentów psychotycznych mogą utrudnić lub nawet uniemożliwić proces leczniczy. Zdanie „bez pamięci i bez oczekiwań, pragnień” jest tu jak najbardziej aktualne [14].

W opisywanej grupie brało udział 9 pacjentów i 4 osoby z personelu, w tym 2 psycho-terapeutów i 2 osoby zespołu reflektującego. Spotkanie odbyło się przed wprowadzeniem funkcji obserwatora.

Na początku zajęć jedna z autorek tekstu poinformowała pacjentów o swojej trzymiesięcznej nieobecności i pożegnała się z nimi. Obowiązywała wtedy jeszcze reguła zamykania drzwi sali terapeutycznej na klucz od wewnątrz. Każdorazowo było to uzgadnianie z grupą. Gdy zapytano uczestników o zgodę na zamknięcie drzwi, pan J. się sprzeciwił. Grupa poparła jego stanowisko. Zgodnie z decyzją pacjentów drzwi pozostały otwarte. Podczas omawiania pozostałych zasad, pacjenci wyraźnie podkreślali potrzebę poufności oraz wzajemnego szacunku. Po przejściu do części, w której pacjenci mieli przestrzeń na wyrażenie swoich emocji, zaległa długa cisza. Interpretowano to milczenie w kontekście drzwi, które zostały otwarte i czasowego odejścia terapeuty grupowego na obowiązkowy staż. W odpowiedzi na to grupa dużo mówiła o trudnościach z otwarciem się na innych ludzi w swoim codziennym życiu oraz realiach oddziałowych, w których problemem staje się brak zaufania i stabilizacji. Omówiona została trudność, jaką sprawia uczestnikom grupy duża rotacja na oddziale ogólnopsychiatrycznym. Niemal każdego dnia do szpitala przyjmowane są nowe osoby, a wychodzą ci, z którymi nawiązane zostały relacje. Mocno na tym tle wybrzmiało pytanie zadawane przez grupę, czy w ogóle warto angażować się w takie relacje.

Inną perspektywę w dyskusji nakreślił pan P., który mówił, że czuje się tutaj lepiej niż na oddziale rehabilitacyjnym, gdzie pobyty są długie, a tym samym zmiany w gronie pacjentów są mniejsze. Zwrócił uwagę na zewnętrzną stabilizację na oddziale ogólnopsychiatrycznym, jaką dają mu zamknięte drzwi oddziału, leki i pasy. Na koniec przyznał jednak, że przeszkadza mu tutejsza rotacja. Następnie pacjenci bardziej otwarcie mówili o problemach, jakie widzą w związku ze swoją chorobą w kontekście relacji międzyludzkich oraz stygmatyzacją osób leczących się psychiatrycznie. Trudno było pogłębić ten wątek: uwypuklił się brak zaufania, co w sposób bardziej praktyczny ukazało istotę podnoszonego na sesji problemu.

Pacjenci odnieśli się do codziennego funkcjonowania oddziału, mówili o tendencji do zawiązywania się małych podgrupek, w których łatwiej o bliskość, i o poszukiwaniu podobieństw między sobą. Po tych słowach zdaliśmy sobie sprawę, że taki proces toczy się też tu w grupie. Gdy jeden z pacjentów opowiadał o problemach z rodzicami, z którymi mieszka, to dwóch innych wspomniało, że ma podobną sytuację. Znowu, gdy inny uczestnik mówił o relacjach z sąsiadami, kilku innych zaznaczyło, że zna to zagadnienie

z własnego doświadczenia. Przez większość sesji pacjenci chętniej odnosili się do tematu lęku niż psychozy, co ma ścisły związek z tym, że grupa była na etapie poznawania się. Z naszych obserwacji wynika, że objawy psychotyczne stają się tematem możliwym do eksplorowania, kiedy między pacjentami jest większa bliskość i zaufanie; jest to późniejszy etap tworzenia się grupy. Wynika to bezpośrednio z dynamiki zmian na oddziale i składu każdej z grup, bowiem grupa ma charakter otwarty.

Po wypowiedzi grupy reflektującej, kiedy jest czas na podsumowanie i refleksje uczestników, pacjenci wypowiadali się najbardziej otwarcie. Każdy z pacjentów zabrał głos w sposób, który sprawiał wrażenie, jakby uczestnicy przedstawili się na koniec. Takie zachowanie można rozumieć na dwa sposoby: albo jako formę oporu, albo jako chęć większego opowiedzenia o sobie grupie. W tym konkretnym przypadku skłaniamy się do myślenia o takim zachowaniu grupy jako o efekcie pracy w ciągu sesji nad budowaniem zaufania i bliskości między uczestnikami. Refleksja ta znajduje potwierdzenie w fakcie, że na następnych zajęciach proces ten był podtrzymany, a tematy wprost kontynuowane.

Muzykoterapia

Zajęcia muzykoterapii na oddziale są prowadzone receptywnie i w grupie. Pacjenci słuchają utworów, o których następnie rozmawiają. Zajęcia odbywają się raz w tygodniu o stałej godzinie, trwają 1,5 godziny. Grupa jest zmienna i zdarza się, że bardzo liczna (około 20 osób). Jest również niejednorodna pod względem objawów chorobowych uczestników, zatem istotną rolę odgrywa taka organizacja spotkania, która zaangażuje jak najwięcej osób.

Długi czas trwania zajęć sprawia, że na uczestnictwo w nich decydują się najczęściej pacjenci, których stan psychiczny jest polepszony, czujący się silniejsi i chcący podjąć pracę, jaką proponuje się podczas muzykoterapii. Zdarza się jednak, że na zajęciach potrafią wytrwać również pacjenci z objawami psychotycznymi, którzy, wypowiadając się, podejmują wysiłek porządkowania swoich myśli i uczuć. Trudniej jest wytrwać pacjentom z nasilonym lękiem.

Dla tak zróżnicowanej grupy ważna jest różnorodność muzyczna. Zajęcia prowadzi psycholog, zatem istotne jest również określenie celów psychologicznych tej formy terapii. Ostatecznie prowadząca zajęcia decyduje się na cykl zajęć o charakterze tematycznym. Utwory są zatem z tekstami w języku polskim i zostały dobrane w taki sposób, żeby aktywizować uczucia, ale jednocześnie wywoływać refleksję. Cykl tematyczny zaczyna się od ogólnych tematów, „Życie”, „Człowiek”, „Jaki jestem?”, „Dom” i zmierza w stronę różnych uczuć i stanów psychicznych, na przykład „Szczęście”, „Nadzieja”, „Ból i gniew”, „Wolność”, „Wiara”, „Miłość”, „Walka”, „Różne wartości”, „Czas na zmiany”.

Na początku zajęć prowadząca przedstawia, jak będą przebiegały. Po tym wprowadzeniu zdarzało się, że niektórzy pacjenci rezygnowali z uczestnictwa. Prowadząca podkreśla, żeby uczestnicy starali się mówić o wszystkich odczuciach, również negatywnych. Kolejne etapy to imienne przedstawienie się uczestników oraz wysłuchanie kilkuminutowego utworu o spokojnym brzmieniu, przy którym pacjenci mogą się zrelaksować, oddychając w sposób „krótki wdech nosem, wydech ustami”. O tym pierwszym utworze grupa nie rozmawia. Po utworach ze słowami w języku polskim pacjenci starają się nazywać swo-

je uczucia, ale zwykle już od drugiego utworu zaczynają się odnosić również do treści i liczba osób aktywnie wypowiadających się stopniowo się zwiększa. Zaczynają również reagować na siebie nawzajem, rozmawiać, wspierać się, gdy czyjaś wypowiedź odsłania smutek, poczucie winy, żal. Cieszą się, gdy ktoś mówi o sprawach radosnych. Zachęceni wspomnieniami, które wzmacniają, zaczynają szukać w swoim życiu dobrych wspomnień. Korygują podczas takich zajęć sposoby komunikowania się lub zyskują potwierdzenie, że dobrze radzą sobie w relacjach.

Pod koniec zajęć prowadząca pyta zwykle o temat zajęć, który nie był wcześniej podany, ale stopniowo odsłania się poprzez utwory. Pacjenci, którzy nie wypowiadali się, ale uczestniczyli w całych zajęciach, są z kolei pytani o aktualnie odczuwane emocje i ogólne wrażenie z zajęć. Pacjenci nierzadko zwracają uwagę na atmosferę zajęć — sprzyjającą poczuciu bezpieczeństwa, otwartości, z elementami humoru. Widać, że wychodzą z zajęć rozluźnieni, kontynuują rozmowy na korytarzu. Jeśli zdarzy się, że ktoś z uczestników podczas zajęć przeżywa przykre emocje i zajęcia nie pomogły w ich wyciszeniu się, po muzykoterapii prowadząca rozmawia z nim indywidualnie.

Wymiennie z zajęciami o charakterze tematycznym jest prowadzona muzykoterapia w oparciu o utwory, które pacjenci sami wybierają, oraz w oparciu o utwory pochodzące z różnych krajów, odmiennych kulturowo. Gdy pacjenci sami wybierają utwory, grupa również wypowiada się o emocjach, a potem uczestnik, który wybrał utwór, wypowiada się o swoich emocjach i o tym, co spowodowało, że wybrany utwór jest dla niego ważny.

Podczas muzykoterapii z utworami pochodzącymi z różnych stron świata pacjenci wypowiadają się o własnych emocjach, ale również są zachęceni do wypowiedzi na temat tego, jak ta muzyka charakteryzuje naród, z którego pochodzi. Podróż w głąb siebie zostaje zatem zastąpiona tutaj podróżą po różnych zakątkach świata.

Psychoedukacja

Psychoedukacja odbywa się raz w tygodniu o stałej porze. Zajęcia te prowadzone są tematycznie, według harmonogramu stale dostępnego dla pacjentów na tablicy ogłoszeń. Cykl zajęć obejmuje siedem spotkań, a ich tematami są: zdrowie psychiczne, objawy chorób i zaburzeń psychicznych, zaburzenia schizofreniczne i psychozy, zaburzenia nastroju, uzależnienia, metody leczenia i aspekty prawne w psychiatrii. Temat dotyczący zdrowia psychicznego i higieny psychicznej prowadzony jest przez psychologa, natomiast zajęcia o pozostałej tematyce prowadzi lekarze.

Krótki opis przykładowych zajęć psychoedukacyjnych przeprowadzonych na oddziale:

Wicestarosta przygotował tablicę (flipchart), w tym czasie starosta zrobił obchód po salach, upewniając się, że wszyscy mogący wziąć w nich udział dotarli już na zajęcia. Układ krzeseł ustalono na owalny w celu wprowadzenia klimatu seminaryjnego, aby uwypuklić, że wypowiedź każdego z uczestników będzie wartością wnoszoną w zajęcia. Spotkanie rozpoczął prowadzący otwartym pytaniem o problematykę uzależnień. Najchętniej wypowiadali się pacjenci niemający postawionych diagnoz związanych z uzależnieniem.

Zamysłem zajęć była analiza doświadczeń pacjentów w celu określenia pewnych wspólnych cech uzależnień i przybliżenia wpływu uzależnień na zdrowie psychiczne, zdrowie somatyczne i sytuację społeczną. Aby nadać taką strukturę, uprościć pacjentom podążanie

za nią i tym samym ożywić dyskusję, na flipcharcie został namalowany flamastrem duży schematyczny ludzik: jego głowa pierwszym kolorem, pozostałe części ciała — drugim. Wokół ludzika prowadzący nakreślił dużo mniejszych ludzików trzecim kolorem. Trzy kolory na tablicy stały się jednocześnie trzema aspektami, w których rozpatrywana była problematyka uzależnień: psychicznym, somatycznym i społecznym.

Najczęściej omawianym nałogiem było uzależnienie od alkoholu, ale po zachęceniu, pacjenci znajdowali również analogie do innych substancji uzależniających i uzależnień behawioralnych. Każdy aspekt został kolejno omówiony pod kątem skutków uzależnienia, szkód i trudności w ich dostrzeganiu w aktywnej fazie choroby. Istotny był fakt odbywającej się nieprzerwanie w wypowiedziach prowadzącego pewnego rodzaju translacji: z wrywkowych spostrzeżeń i doświadczeń pacjentów na uniwersalne reguły, mechanizmy i konsekwencje uzależnień.

Mimo pierwotnego zamysłu, struktura zajęć nie była ścisła, a tematyka omawiana dość wrywkowo, jednak podstawowym celem pozostawało odnoszenie się do wypowiedzi pacjentów — do ich żywych doświadczeń. Spotkanie zakończyło się chwilą na pytania ze strony pacjentów do prowadzącego, dotyczących farmakoterapii uzależnień i skuteczności leczenia w terapeutycznych oddziałach odwykowych — tu już częściej aktywni byli pacjenci, których takie leczenie miało w najbliższym czasie dotyczyć.

Zgodnie z literaturą tematu oraz doświadczeniami każdego z prowadzących cyklę spotkań psychoedukacyjnych nie są pojmowane jako niezależna forma terapii, a jako część złożonej interwencji klinicznej, mającej w sposób synergistyczny wraz z farmakoterapią i psychoterapią wpływać na skuteczność leczenia chorób i zaburzeń psychicznych [15, 16]. Oddziaływania składają się z różnych elementów, by mieć dla pacjentów jak największą wartość praktyczną. Między innymi przybliża się pacjentom naturę ich schorzenia, uczy się ich rozwiązywania problemów, treningu komunikacji oraz asertywności [17].

Statystycznie, jak wynika z badań w krajach niemieckojęzycznych, psychoedukacja częściej prowadzona jest w grupach bardziej homogennych w kontekście rozpoznania u pacjentów [18]. Jednak w związku z nastawieniem na psychoterapeutyczne aspekty psychoedukacji [19] oraz z ograniczonymi możliwościami oddziału zamkniętego w organizacji takich zajęć, uczestniczą w nich wszyscy pacjenci leczeni w danym czasie w oddziale.

Skuteczność oddziaływań psychoedukacyjnych jest silniejsza, gdy jest prowadzona wspólnie z psychoedukacją rodzin [20], co w oddziale OP5 jest możliwe dzięki działającej grupie wsparcia dla rodzin pacjentów. Co warto jeszcze zauważyć, poza celami psychoedukacji nakierowanymi na skuteczniejsze leczenie i poprawę funkcjonowania pacjentów, zajęcia te odbywając się regularnie, są też cennym źródłem informacji dla ewaluacji stanu zdrowia pacjentów, odpowiedzi na leczenie, ich zdolności do funkcjonowania w grupie i możliwości poznawczych [21]. Każde spotkanie z cyklu psychoedukacji jest omawiane kolejnego dnia na porannej odprawie lekarskiej.

Zajęcia prowadzone przez personel pielęgniarski

Pacjenci mają możliwość udziału w treningach pielęgniarskich, takich jak:

1. Trening aktywizujący

W ramach treningu pacjenci zachęceni są do wykonywania porannej toalety (kąpiel, mycie zębów, golenie, zmiana garderoby na czystą). Razem z prowadzącym porządkują swoje szafki oraz ścielą łóżka. Personel dokłada wszelkich starań, aby taki rodzaj aktywności nie był przeżywany jako represyjny czy ingerujący w intymność pacjentów. Balans pomiędzy aktywnością własną pacjenta a pomocą personelu zależy jest od objawów chorobowych. Niechęć pacjentów do udziału w treningu spowodowana bywa wieloma czynnikami. W przypadku nasilenia objawów negatywnych (np. w przebiegu schizofrenii) terapeuta stara się negocjować z pacjentem możliwości jego aktywności, zachęcać do podejmowania samodzielnych działań.

2. Trening pamięci (Teleexpress)

Pacjenci w godzinach popołudniowych oglądają wspólnie z personelem pielęgniarskim wybrany serwis informacyjny. Po zakończeniu programu odpamiętują podane w nim informacje. Dzielą się swoimi zainteresowaniami i wiedzą o świecie. Zadaniem treningu jest wzmacnianie pamięci bezpośredniej, kształtowanie zainteresowania światem zewnętrznym oraz promowanie wspólnej aktywności w ramach społeczności oddziału.

3. Trening lekowy

W indywidualnym planie terapeutycznym oddziału treningi pielęgniarskie zostały wykorzystane do podniesienia samodzielności osób chorujących, a także ich sprawności w posługiwaniu się lekami psychotropowymi. Ich głównym celem jest doprowadzenie do takiej sytuacji, w której chory będzie zdolny do aktywnego i trwałego współdziałania z personelem, w tym przestrzegania zaleceń. Trening lekowy dotyczy 4 zagadnień:

- informacji o działaniu leków psychotropowych i korzyści z tym związanych,
- nauki samodzielności w bezpiecznym i prawidłowym przyjmowaniu leków,
- umiejętności rozpoznawania objawów ubocznych, a także przeciwdziałania im,
- kompetencji w zakresie negocjowania z lekarzem spraw związanych z leczeniem.

Pacjenci przewlekłe chorujący psychicznie niejednokrotnie, po ustąpieniu ostrych objawów choroby, mają kłopoty z utrzymaniem higieny osobistej, nawiązywaniem i utrzymywaniem relacji, zainteresowaniem się światem zewnętrznym (w tym innymi ludźmi). W początkowej fazie pacjenci zachęceni są do udziału w treningu pamięci oraz aktywizującym. Dopiero po pewnym czasie pacjenci ci przystępują do treningu lekowego. Trzeba pamiętać o tym, że to, co dla nas jest łatwe, dla pacjenta bywa niewyobrażalnie trudne, a jego nieumiejętności są pogłębione wieloletnim brakiem praktyki, lękiem i niską samooceną. To właśnie te bariery musi pokonać pacjent wspólnie z terapeutą. Bardzo często zdarza się, że pacjenci uznają przedstawione im zadania za nienaturalne, zbyt proste lub sztuczne. W każdym z tych przypadków należy cierpliwie zachęcać do wykonania danego zadania. Zdarza się również, że chory jest już zmęczony kilkakrotnym powtarzaniem ćwiczeń.

czeń — wtedy należy zachęcić go, wskazując na postępy, jakie zrobił za każdym razem. Każdy pacjent powinien też mieć czas na pokonanie jednego progu trudności i przejście do następnego.

Trzeba tu zaznaczyć, że dla pacjentów chorujących na schizofrenię, z zaburzeniami treści myślenia, lękami, kompleksami, trudnościami koncentracji uwagi i tendencją do izolacji, są to treningi bardzo trudne. Po przejściu pewnego etapu, który jest indywidualny dla każdego chorego, treningi stają się bardzo lubianą, efektywną i skuteczną metodą rehabilitacji. W trakcie zajęć do omawiania umiejętności trenowanych używa się odpowiednich tablic oraz kart oceny (np. wyglądu zewnętrznego).

Kontakt z rodzinami

Praca z rodzinami polega nie tylko na uzyskiwaniu informacji w ramach tak zwanego obiektywnego wywiadu przy przyjęciu. Szczególnie ważny jest udział rodzin w formułowaniu bliskich i odległych celów leczenia. Używamy wywiadu rodzinnego, konsultacji rodzinnych oraz superwizji (prowadzonych przez doświadczonych superwizorów, którzy nie pracują na co dzień w oddziale) w sytuacjach trudniejszych, wymagających większego namysłu. Dla rodzin zmagających się z chronicznymi problemami utworzono Grupę Wsparcia dla Rodzin [21]. Praca z rodzinami jest tematem tak obszernym, że wymagałaby osobnego opracowania, na które w tym tekście nie ma miejsca. Tę pracę wykonywał wcześniej zespół legendarnego Oddziału „C” Kliniki Psychiatrii UJ CM w nieco zmienionej formule opisanej przez Rostworowską i Opoczyńską-Morasiewicz [22].

Wnioski

Leczenie na oddziale zamkniętym zorientowanym terapeutycznie polega na uczestnictwie pacjenta w nim i rozumieniu procesu zdrowienia w wielu jego aspektach.

Sens pracy terapeutycznej na oddziale zamkniętym polega na zakorzenieniu pacjenta w rzeczywistości życia poza oddziałem. Cele terapeutyczne powinny korespondować z celami życiowymi pacjenta.

Harmonogram dnia i powtarzalność ćwiczeń wymaga używania konkretnych narzędzi pracy oraz ich zespołowego omawiania i dokumentowania w zwartej formie.

Poza oddziałem

Nie zawsze udaje się, by pacjent kontynuował rozpoczęty na oddziale wieloaspektowy proces terapeutyczny. Część pacjentów korzysta z możliwości kontynuacji leczenia w ramach Oddziału Dziennego Rehabilitacji Psychiatrycznej, z którym ściśle współpracujemy i który również jest osadzony w ramach myślenia psychoterapeutycznego o procesie zdrowienia z choroby psychicznej [23].

Piśmiennictwo

1. Walczewski K, Fusińska-Korpik A, Korzeniowski W, Cichocki Ł. Aspekty terapeutyczne oddziały zamkniętego. *Psychoter.* 2020; 195(4): 49–60.
2. Ferro A. *The bi-personal field: experiences in child analysis.* London: Routledge; 1999.
3. [3] Symington N. *Becoming a person through psychoanalysis.* London: Karnac Books; 2007.
4. Bollas C. *The Christopher Bollas reader.* East Sussex: Routledge; 2011.
5. Bielańska A. Psychoterapia indywidualna osób z diagnozą schizofrenii. *Psychoter.* 2006; 138(3):75–86.
6. Bauml J. Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophr. Bull.* 2006; 32(Supplement 1), S1–S9.
7. Hinshelwood RD, Manning N. *Therapeutic communities: reflections and progress.* London: Routledge; 1979.
8. Murawiec S. Zjawiska psychologiczne w początkowym okresie leczenia psychoz schizofrenicznych w kontekście teorii powstawania i leczenia psychoz S. Kapura — doniesienie wstępne. *Psychoter.* 2006; 4(139): 35–47.
9. Murawiec S. Kliniczna ilustracja leczenia psychozy w kontekście jej koncepcji jako stan zaburzonego wywydatniania znaczeń. *Psychiatr. Pol.* 2005; 39(2): 315–325.
10. Kostuch B. Czarodziej z Łysej Góry. Opowieść o Bolesławie Książku. Wydawnictwo Marginesy 2020, s.71.
11. Prot-Klinger K. Analiza grupowa pacjentów psychotycznych. *Psychoter.* 2019; 189(2): 17–32.
12. Segal H. Teoria Melanie Klein w praktyce klinicznej oraz psychoza i twórczość artystyczna i inne eseje. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2006.
13. Andersen T. The reflecting team: dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process* 1987; 26(4): 415–428.
14. Bion W. Notes on memory and desire. *Cogitations (new extended edition, 1992).* W: Bion F, red. London: Karnac, str. 380–385.
15. Wciórka J, Puzyński S, Rybakowski J. *Psychiatria. Tom 3. Metody leczenia, zagadnienia etyczne, prawne, publiczne.* Edra Urban & Partner, Wydawnictwo Wrocław 2012, wyd. 2, s. 345–358.
16. Bhattacharjee D, Rai AK, Singh NK, Kumar P, Munda SK, Das B. Psychoeducation: A measure to strengthen psychiatric treatment. *Delhi Psychiatry Journal* 2011; 14(1): 33–39.
17. Rummel-Kluge Ch, Gabriele Pitschel-Walz G, Bäuml J, Kissling W. Psychoeducation in schizophrenia — results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophr. Bull.* 2006; 32(4): 765–775.
18. Heitzman J, red. *Psychoedukacja w praktyce lekarza psychiatrii.* Termedia, Poznań 2010.
19. Lukens E, McFarlane W. Psychoeducation as evidence-based practice: considerations for practice, research, and policy. *Brief treatment and crisis intervention.*
20. Chądzyńska M, Meder J, Charzyńska K. Uczestnictwo w psychoedukacji osób chorych na schizofrenię — analiza zajęć z perspektywy pacjentów. *Psychiatr. Pol.* 2009; 43(6): 693–703.
21. Kordas W, Kokodyńska K, Kurtyka A, Sikorska I, Walczewski K, Bogacz J. Rodzina wobec schizofrenii — grupa psychoedukacyjna w programie pilotażowym. *Psychiatr. Pol.* 2015; 49(6): 1129–1138.
22. Rostworowska M, Opoczyńska-Morasiewicz M. Od monologu do dialogu terapeutycznego: o roli systemowych konsultacji rodzinnych na oddziale psychiatrycznym. *Psychiatr. Pol.* 2008 42.1 (2008).

23. Kotlarska K, Smyk P, Najbar I. Model pracy Dziennego Oddziału Psychiatrycznego Rehabilitacyjnego Kraków-Podgórze II w Szpitalu Babińskiego w Krakowie. *Psychoterapia* 2020; 2(193): 61–73.

Załącznik nr 1. **Osobisty program terapeutyczny**

PONIEDZIAŁEK	WTOREK	ŚRODA	CZWARTEK	PIĄTEK
PRACOWNIA TERAPII ZAJĘCIOWEJ W ODDZIALE				
gimnastyka poranna 7:15–7:30	gimnastyka poranna 7:15–7:30	gimnastyka poranna 7:15–7:30	gimnastyka poranna 7:15–7:30	gimnastyka poranna 7:15–7:30
trening aktywizujący toaleta poranna ścielenie łóżek sprzątanie szafek 7:00–7:45	trening aktywizujący toaleta poranna ścielenie łóżek sprzątanie szafek 7:00–7:45	trening aktywizujący toaleta poranna ścielenie łóżek sprzątanie szafek 7:00–7:45	trening aktywizujący toaleta poranna ścielenie łóżek sprzątanie szafek 7:00–7:45	trening aktywizujący toaleta poranna ścielenie łóżek sprzątanie szafek 7:00–7:45
pr. plastyczna	siłownia	zebranie społeczności 10:00–11:00		pracownia garncarska pracownia florystyczna
muzykoterapia	ćwiczenia fizyczne	zajęcia ogrodnicze	choreoterapia	ćwiczenia fizyczne
grupa wsparcia psychospołecznego 14:00–14:45	psychoterapia grupowa 13:00–14:15	kommunikacja społeczna 13:00–13:45	muzykoterapia 14:00–14:45	psychoedukacja 13:30–14:30
trening lekowy samodzielne układanie leków 20:00–20:30	trening lekowy samodzielne układanie leków 20:00–20:30	trening lekowy samodzielne układanie leków 20:00–20:00	trening lekowy samodzielne układanie leków 20:00–20:30	trening lekowy samodzielne układanie leków 20:00–20:30

Adres: krzysztof.walczewski@ppraktyczna.pl