

ZASTOSOWANIE KONCEPCJI PSYCHOANALITYCZNEJ W SPOŁECZNOŚCI TERAPEUTYCZNEJ*

PSYCHOANALYTICAL APPROACH IN THE THERAPEUTIC COMMUNITY

Polskie Towarzystwo Psychoanalityczne

therapeutic community psychoanalytical approach

Autor przybliży nam historyczne przesłanki, które były punktem odniesienia dla stworzenia modelu terapii łączącej psychoterapię psychoanalityczną z zasadami społeczności terapeutycznej. Model tego typu terapii, realizowany przez zespół Oddziału Leczenia Zaburzeń Osobowości Szpitala im. dr. J. Babińskiego w Krakowie opierał się na systemie leczenia stosowanym w szpitalu Cassel w Londynie. Artykuł wskazuje różne aspekty funkcjonowania tego typu modelu terapeutycznego, jego walory terapeutyczne, zagrożenia dla sprawnego funkcjonowania, a także czynniki sprzyjające harmonijnemu funkcjonowaniu tej placówki leczniczej jako elementu całości systemu terapeutycznego, w którym funkcjonuje OLZO w Krakowie.

Summary: The paper describes some characteristics of psychoanalytical approach to the treatment based on ideas of therapeutic community. A short history of therapeutic community concept has been summarized to illustrate an importance of bringing every day conflicts, responsibilities and activities into in-patient setting. A brief clinical example from the Cassel Hospital illustrates a psychoanalytical way of treating the patients within therapeutic community. The necessity of cooperation with hospital's environment has been stressed in conclusion.

Swoje krótkie wystąpienie dedykuję koleżankom i kolegom z Oddziału Leczenia Zaburzeń Osobowości Szpitala im. Babińskiego w Krakowie oraz kierownictwu tego szpitala. To właśnie dzięki ich inicjatywie, odwadze, a później ciężkiej pracy, przeszło siedem lat temu powstały załączki modelu terapii łączącej psychoterapię psychoanalityczną z zasadami społeczności terapeutycznej, modelu opartego na systemie leczenia stosowanym w szpitalu Cassel w Londynie.

Chciałbym tutaj, przede wszystkim, poświęcić kilka słów zdarzeniom historycznym ze szpitala w Northfield, gdzie odkryto terapeutyczne korzyści płynące z traktowania „chorych jak zdrowych” oraz temu, jak te odkrycia są stosowane w terapii w Cassel. Niemniej jednak cały czas w tle moich rozważań pozostaje Oddział Leczenia Zaburzeń Osobowości Szpitala im. J. Babińskiego w Krakowie, a zwłaszcza to, jak w trudnych dla publicznej służby zdrowia czasach grupa lekarzy, psychoterapeutów, pielęgniarek i innych pracow-

*Tekst był wygłoszony na konferencji z okazji 90-lecia Specjalistycznego Szpitala im. J. Babińskiego w Krakowie, w grudniu 2009, organizowanej przez ten szpital.

ników oddziału, wspieranych przez kierownictwo i środowisko zewnętrzne, uzyskała nową tożsamość zawodową i stworzyła model leczenia zapewniający wielu pacjentom warunki do rozwoju.

Idee społeczności terapeutycznej ugruntowały się we współczesnej psychiatrii tak mocno, że trudno wyobrazić sobie i znaleźć oddział, którego model leczenia nie zawierałby choćby elementów systemu mobilizującego pacjentów do podejmowania i dyskusowania różnych funkcji życiowych w ramach środowiska szpitalnego. Przekonanie, że im bardziej szpital przypomina rzeczywistość zewnętrzną, tym mniejsze jest niebezpieczeństwo popadania pacjentów w chroniczny stan chorobowy, panuje w tej chwili niemal powszechnie. Ponieważ jednak, jak to zwykle bywa, dobre pomysły stosowane na co dzień powszednią do tego stopnia, że ich zasada usuwa się w cień, warto przypomnieć eksperyment z połowy lat czterdziestych ubiegłego stulecia przeprowadzony przez psychiatrów ze szpitala wojskowego w Northfield w Anglii, eksperyment, który dał początek koncepcji społeczności terapeutycznej.

W Northfield, w tym czasie, przebywała bardzo duża grupa pacjentów niezdolnych do służby wojskowej. Personel lekarski i administracyjny, w większości, stanowili żołnierze. Podstawowa strategia terapeutyczna polegała na stworzeniu dla pacjentów azylu, chroniącego przed wszelkimi możliwymi sytuacjami stresującymi, które, jak zakładano, przyczyniły się do ich załamania psychicznego. Postępowano zgodnie ze starą zasadą lekarską, że choremu należy się wypoczynek i rekonwalescencja. Obraz szpitala był bardzo klarowny i tworzył go z jednej strony zdrowy i zdyscyplinowany personel, z drugiej zaś — chorzy pacjenci, których widok wywoływał nie tylko współczucie, ale również bezradność i przygnębienie. Tak zwani chorzy musieli być ciągle mobilizowani przez personel do utrzymywania podstawowych funkcji życiowych, ale ponieważ nie było to do końca lub w ogóle skuteczne, szpital był pełen zaniedbanych mężczyzn, którzy wałęsali się bez celu i jedyną aktywność, jaką wykazywali, polegała na zdobywaniu alkoholu i upijaniu się.

Każdego dnia „zdrowy” personel próbował przekazywać swoje konstruktywne pomysły „chorym” pacjentom, którzy wydawali się wyłączeni z możliwości konstruktywnego i twórczego myślenia. Każdego dnia personel odnotowywał większą lub mniejszą porażkę w witalizowaniu swoich podopiecznych. Pewnego razu dr Bion, późniejszy wybitny psychoanalityk, powiedział swoim pacjentom, że przychodzi do ich sal po raz ostatni i że od tej pory, jeśli będą czegoś od niego potrzebowali, muszą przyjść do jego gabinetu. Dodał przy tym, że przyjmie ich jedynie wtedy, gdy przyjdą umyjni, ogoleni i schludnie ubrani. Przez pierwsze dwa tygodnie nikt u Biona się nie pojawił, ale po tym czasie jego gabinet zaczął się stopniowo zaludniać zadbanymi żołnierzami, którzy już w niczym nie przypominali obszarpanych pacjentów.

To zdarzenie pozwoliło Bionowi opisać mechanizm, który — przyzwalając na bierność — nie prowadzi do rekonwalescencji, ale powoduje wyzbywanie się zdrowych możliwości pacjentów i projektowanie ich w personel. Bion udowodnił, że rozwijające się przekonanie o tym, że chorzy nie mają zdrowia, ale ma je zdrowy personel, doprowadza w istocie do chronicznego stanu pacjentów i staje się samospełniającym się proroctwem potwierdzającym w końcu tezę o całkowitym braku ich twórczych możliwości.

Odkrycie Biona zmieniło oblicze szpitala w Northfield, który nagle zaczął żyć licznymi kółkami zainteresowań, klubami, grupami zajęciowymi i dyskusyjnymi. Bardzo szybko

też inne placówki psychiatryczne zaczęły wprowadzać w różnym zakresie zajęcia, które zmieniały monotonną rzeczywistość szpitalną w system angażujący pacjentów w różne przedsięwzięcia, nakładające na nich konieczność mierzenia się z obowiązkami i odpowiedzialnością za wykonywaną pracę oraz przestrzegania zasad współżycia w grupie.

Podczas zmian modelu leczenia lekarze z Northfield wprowadzili zwyczaj wnikliwego dyskusowania z pacjentami trudności, jakie towarzyszyły im w realizacji obowiązków i kontaktach w grupie. Ten zwyczaj dał początek stosowaniu niektórych idei psychoanalitycznych w podejściu opartym na zasadach społeczności terapeutycznej. Przyjęto założenie, że skoro codzienne kontakty pacjentów ujawniają ich różne cechy osobowości, a relacje, w jakie wchodzi, są często pochodną relacji, w jakie wchodzili na zewnątrz, to zrozumienie natury funkcjonowania w szpitalu może przyczynić się do poznania ich konfliktów wewnętrznych i służyć istotnej modyfikacji osobowości. Najprostszym przykładem zastosowania tego podejścia był eksperyment Biona, który wymagając, aby pacjenci przychodzili do niego zadbanymi, w istocie pomógł im zrozumieć, że ich choroba, w dużej mierze, była rezultatem wyzbycia się własnych zdolności i lokowania ich w personelu w służbie pierwotnych dziecięcych pragnień pozostawiania pod bezwarunkową opieką wszechmocnych obiektów (rodzicielskich).

O ile podstawową zasadą społeczności terapeutycznej jest zapewnienie pacjentom możliwości uczestniczenia w życiu szpitalnym, które w jak największym stopniu przypomina życie realne, o tyle społeczność terapeutyczna oparta na zasadach analitycznych wnosi tutaj jeszcze jeden element, a mianowicie dyskusji nad tym, jak jednostka funkcjonuje w zdarzeniach grupy. Uważa się, że „słowa mówią dobitniej niż czyny” i prawdziwa korzyść wyniesiona z terapii polega na możliwości poznania podłoża funkcjonowania pacjenta, w tym również sposobu i warunków, w jakich aktywizują się jego objawy, zachowania psychopatologiczne i naprawcze. Analiza funkcjonowania w społeczności może dać pacjentom doświadczenie i zrozumienie ich zarówno destrukcyjnego, jak i konstruktywnego funkcjonowania. Te założenia terapeutyczne są stosowane w bardzo różnym zakresie w różnych organizacjach. To, jaki ostatecznie model przyjmie stosowana terapia, nie zawsze wynika z założeń klinicznych, które zawsze muszą być pochodną wielu czynników, takich jak między innymi: wykształcenie personelu, tradycja kliniczna i usytuowanie organizacyjne danej placówki lub też czynniki społeczne i kulturowe.

Działający od końca lat czterdziestych ubiegłego stulecia szpital Cassel w Londynie, którego model zainspirował system terapii stosowany w ramach Oddziału Leczenia Zaburzeń Osobowości Szpitala im. J. Babińskiego w Krakowie, wyznaczył swoim pacjentom duży zakres obowiązków i odpowiedzialności. Społeczność tego szpitala to trzy oddziały: dorosłych, młodzieżowy oraz rodzinny, gdzie przebywają całe rodziny, najczęściej rodzice z dziećmi. W sumie ok. sześćdziesięciu pacjentów. Najczęstszym rozpoznaniem są zaburzenia osobowości, ale w tym gronie zawsze można było znaleźć wiele osób z objawami psychotycznymi, depresyjnymi czy uzależnienia lekowego. Przyjęcie do leczenia w trybie sześć- lub dwunastomiesięcznym jest poprzedzone bardzo długim i uważnym procesem diagnozy i selekcji, która ma pomóc pacjentom i personelowi w wyrobieniu sobie opinii, co do tego, czy system terapii oparty na podejmowaniu w ramach społeczności odpowiedzialnych zadań oraz konfrontowaniu się z czasami zaskakującymi i bolesnymi opiniami na własny temat, może być pomocny dla przyjmowanych pacjentów.

Personel szpitala składa się przede wszystkim z pielęgniarek, które w istocie pełnią funkcję terapeutów społeczności, pomagających swoim podopiecznym w realizacji zadań i refleksji nad generalnym funkcjonowaniem, oraz psychoterapeutów, którzy obok prowadzenia indywidualnej psychoterapii pełnią również funkcje zarządzające. Personel administracyjny i pozaterapeutyczny jest nieliczny. Praktycznie wszystkie obowiązki porządkowe, jak również przygotowywanie śniadań i kolacji, wykonują sami pacjenci. Leki nie są stosowane.

Pacjenci mają również pewien wpływ na zarządzanie budżetem: mogą na przykład opiniować zakres niektórych prac remontowych w szpitalu. Pełnią również wiele innych odpowiedzialnych obowiązków, jak na przykład opieka nad przebywającymi w szpitalu dziećmi lub w wyjątkowych przypadkach stały dyżur nad pacjentami z zagrożeniem samobójczym. To wszystko powoduje, że aktywność pacjentów w szpitalu nie jest fikcyjna, a od ich sprawności zależy funkcjonowanie całej społeczności. Zarówno nieuchronnie rodzące się konflikty, jak i przejawy dobrej współpracy są ciągle analizowane, czy to podczas sesji indywidualnych, czy spotkań w większych grupach, czy też w końcu w rozmowach prywatnych członków społeczności.

Trzydziestoletnia, wykształcona i atrakcyjna pacjentka, którą będę tutaj nazywał D., trafiła do szpitala Cassel z powodu licznych, w tym jednej poważnej, prób samobójczych, oznak samookaleczenia i trudności w ułożeniu sobie życia zawodowego i osobistego [1]. Była w trakcie rozwodu z mężem, którego ciągle kochała, a który zdecydował się na rozstanie nie mogąc znieść nieprzewidywalności żony i życia w ciągłym lęku z powodu jej destrukcji. Przyjęcie do Cassel było poprzedzone jej długim pobytem w innym szpitalu z powodu zagrożenia samobójczego. Jak się dowiedzieliśmy, pacjentka będąc w tym szpitalu przez długi czas przebywała pod specjalną kontrolą z powodu tendencji samobójczych. Ten stan pozostawał bez zmian aż do momentu, w którym lekarz prowadząca doszła do wniosku, że bez końca trwa sytuacja, w której odpowiedzialność za życie przestało być własną sprawą pani D., a stało się odpowiedzialnością lekarzy, i zdecydowała znieść wszelką kontrolę i obostrzenia w stosunku do niej. Ta odważna decyzja miała kapitalne skutki terapeutyczne. Pacjentka postawiona w sytuacji, w której na nowo musiała się sama chronić, przestała mieć myśli samobójcze. W dalszym ciągu nie rozumiała jednak powodów swojej autodestrukcji i dlatego pojawił się pomysł leczenia połączonego z intensywną psychoterapią.

Ze skierowania i wstępnego wywiadu wynikało, że pacjentka była w dzieciństwie wykorzystana seksualnie przez kogoś z rodziny, w trakcie zaś terapii okazało się z dużym prawdopodobieństwem, że tą osobą był jej ojciec. Od początku pobytu w Cassel, D. prowokowała sytuacje, z powodu których podejmowała leczenie. Czuła się wyizolowana i niezrozumiana przez innych pacjentów oraz personel. Swoje uwagi formułowała w sposób krótki i metaforyczny, co znacząco utrudniało z nią kontakt. Chadzała własnymi ścieżkami nie uzgadniając swoich poczynań z innymi członkami społeczności. Nadużywała alkoholu i kaleczyła swoje ręce. Wzbudzała ciągły niepokój. Cały czas prowokowała rozważania, czy jej pobyt w szpitalu ma sens i czy nie powinna być wypisana.

Zauważyliśmy, że różne akty autodestrukcji występowały zazwyczaj po nielicznych dobrych doświadczeniach pacjentki. Ta obserwacja zestawiona z tym, co udało się dowiedzieć podczas sesji psychoterapeutycznych, pozwoliła zrozumieć, że we wnętrzu pacjentki funkcjonowały okrutne, impulsywne i bezrefleksyjne postacie rodzicielskie: nadużywa-

jącego ojca i surowej matki. W świetle tego destrukcja pacjentki mogła być rozumiana jako identyfikacja z surową, karzącą postacią, która dąży do okaleczenia jej kobiecości doświadczanej jako źródło powstałego zła. Podobne funkcje spełniało prowokowanie relacji, w których pacjentka mogła być karana przez bliskie jej osoby, czy to ze szpitala, czy ze świata zewnętrznego. Zrozumienie tej dynamiki pozwoliło uniknąć podejmowania działań wywołanych prowokacjami pacjentki i zamiast tego — pomóc jej zrozumieć źródło niszczących działań i prowokacji.

Przykładem tego może być krótka notatka sporządzona przez kolegę, który spotkał się wraz z prowadzącą pielęgniarką, w ramach rozmowy dyscyplinującej, z pacjentką po tym, jak ta pewnego dnia nadużyła alkoholu. Dr S. w swoim raporcie napisał:

„Spotkaliśmy się z D. częściowo dlatego, że 17 grudnia była pijana, ale przede wszystkim dlatego, że wyglądała na podłamaną i mającą samobójcze myśli. Sama pacjentka oczekiwała, że spotkanie będzie poświęcone awanturze z powodu jej picia. Pomimo że rzeczywiście podkreśliłem, że picie i nadużywanie leków nie mogą być na oddziale akceptowane, to jednocześnie wyjaśniłem, że zasadniczym celem tego spotkania była dyskusja nad stanem jej umysłu. To doprowadziło nas do rozmowy na temat zarówno jej myśli samobójczych, jak i przede wszystkim spraw związanych z jej nienawiścią do własnej kobiecości. Mówiła o tym, jak strasznie czuje się zdradzana przez swoje ciało wtedy, gdy ma menstruację i jak chciałaby się wyniszczać po to, aby je zlikwidować; również o tym, jak chciałaby odciąć swój srom. To nasiliło się szczególnie po ostatnich rozmowach z mężem dotyczących różnych spraw papierowych związanych z rozwodem. Jasno powiedziała o tym, jak trudno jej się rozstać z nim i że ciągle trzyma przy sobie kartkę świąteczną, którą od niego dostała.

W trakcie spotkania omawialiśmy też kwestię jej ukrywania tego, co robi i wciągania w to innych pacjentów, co wyjaśnialiśmy jako niszczenie możliwości udzielania jej pomocy. Zwracaliśmy jej uwagę na konieczność dostatecznego ujawniania autoagresywnych myśli i działań. Zasugerowaliśmy również, aby w okresie świątecznym przebywała poza szpitalem krócej niż planowała, z czym się zgodziła. Z tego spotkania wynika, że D. może być w stanie kontrolować się na tyle, by nie stwarzać poważnego ryzyka”.

Ta krótka notatka dobrze oddaje ducha analitycznego podejścia panującego w społeczności terapeutycznej. Z jej treści jasno wynika, że wykroczenie pacjentki nie zostało zignorowane, ale też nie stało się przyczynkiem do zastosowania represyjnych sankcji. Zamiast tego, umożliwiło wspólne z pacjentką zrozumienie jej nienawiści do własnej kobiecości leżącej u podstaw poważnych niszczących działań.

Jedną z podstawowych zalet zastosowania niektórych idei psychoanalitycznych w społeczności terapeutycznej jest możliwość zintrojektowania przez pacjentów zarówno etosu dyscypliny i odpowiedzialności, jak i funkcji refleksji nad stanami psychicznymi wywołowanymi w trakcie zetknięcia się z rzeczywistością zewnętrzną. Oczywiście to podejście ma też swoje poważne ograniczenia. Wspomnę tutaj na zakończenie o dwóch z nich. Na pewno nie jest to terapia dostępna dla każdego. Dla wielu pacjentów, którzy poszukują azylu i pewnej sanatoryjnej formy terapii, pobyt w miejscu, w którym ich sposób myślenia i funkcjonowania będzie podlegał ciągłej konfrontacji, może być zbyt trudny. Stąd jest bardzo ważne, aby proces przyjmowania pacjentów i wywiadów wstępnych dał im możliwość poznania, na czym polega właściwa terapia i pobyt w szpitalu.

I sprawa druga, o której nie wspomniałem opisując eksperyment Biona. Otóż pomimo że jego praca otworzyła drzwi dla rewolucyjnego podejścia, to stracił on pracę, ponieważ dla jego zwierzchników nie było do przyjęcia, aby lekarz mógł zostawić chorych na dwa tygodnie bez opieki. To zdarzenie podchwycił Tom Main [2] wskazując na to, że społecznością terapeutyczną nie są tylko pacjenci i bezpośrednio nadzorujący ich personel, ale również musi nią być szersze otoczenie. Jeśli z tych czy innych powodów zostanie zaniedbana współpraca z szerszym środowiskiem, albo jeśli po prostu ta współpraca nie będzie możliwa, to system społeczności terapeutycznej zamknięty w ramach oddziału lub szpitala nie będzie mógł być na tyle stabilny, aby sprawnie realizować swoje zamierzenia.

Zewnętrzna presja i niepokój personelu mogą wywoływać działania pozorne, które w znacznym stopniu kontestują twórczą pracę społeczności oddziałowej. W jednej z placówek dziennik oddziałowy był prowadzony w taki sposób, aby spełnić kryteria ewentualnej kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W związku z tym zawierał wiele oficjalnych i formalnych zapisów, a nie umieszczano tam informacji o wielu istotnych, bieżących wydarzeniach na oddziale oraz związanych z nimi subiektywnych odczuciach personelu. W rezultacie do tego urzędowego dokumentu nikt nigdy nie zaglądał, również kontrola z Narodowego Funduszu Zdrowia. Informacje o różnych zdarzeniach z życia oddziału docierały tylko do tych członków personelu, którzy mogli o nich usłyszeć podczas zebrania lub nieformalnych spotkań. Zatem każdego dnia, na oddziale, powstawał dokument, którego jedyną wartością było to, że nieznacznie redukujeł lęk personelu przed instancją zewnętrzną. W tym kontekście warto zwrócić uwagę na to, że w tamtym czasie zespół oddziału był przekonany, że system sankcji, kar i nagród stosowanych wobec pacjentów jest skuteczniejszy terapeutycznie niż próba zrozumienia ich wewnętrznych konfliktów.

Na podstawie tego przykładu można powiedzieć, że jeśli praca zespołu terapeutycznego musi być w dużej mierze skoncentrowana na zapobieganiu oczekivanym represjom zewnętrznym, to prędzej czy później będzie wywoływać syndrom wypalenia, który rykoszetem uderzy w stosunki wewnątrz oddziału i jego zdolności lecznicze. Jestem przekonany, że nie można stworzyć społeczności terapeutycznej całkowicie wolnej od mechanizmów patologicznych. Paradoksalnie nawet ich pojawianie się może mieć skutki lecznicze, pod warunkiem jednak zachowania zdolności zespołu do refleksji i komunikacji. Ostatni przykład wskazuje również na to, że nawet najbardziej przemyślane modele oddziałów terapeutycznych nie mogą mieć szans powodzenia, jeśli nie uda im się uzyskać statusu placówki harmonijnie połączonej z większą całością.

Piśmiennictwo

1. Hańbowski W. Kompleks Edypa w przypadku nadużycia seksualnego. W: W cieniu zmarłego obiektu i inne studia przypadków. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007.
2. Main T. The concept of the therapeutic community: variations and vicissitudes. W: The ailment and other psychoanalytic essays edited by Jennifer Johns. London: Free Associations Book; 1989.