

Krzysztof Walczewski^{1,2}, Agnieszka Fusińska-Korpik^{1,2}, Wojciech Korzeniowski²,
Łukasz Cichocki^{1,2}

ASPEKTY TERAPEUTYCZNE ODDZIAŁU ZAMKNIĘTEGO

THERAPEUTIC ASPECTS OF A PSYCHIATRIC WARD

¹Katedra Psychiatrii Akademii Krakowskiej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

²Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie

**stationary psychiatric ward
therapy
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 postępami 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 podejmowane są w literaturze wciąż 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 ogólnopsychiatrycznego oddziału 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 the 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 the 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 one of the general psychiatric departments of the Babiński University Hospital in Kraków. 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

W obecnym modelu leczenia psychiatrycznego w Polsce istotną rolę odgrywają stacjonarne oddziały ogólnopsychiatryczne. Stanowią one podstawowy element 48 szpitali psychiatrycznych, a także istotę oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych w liczbie 155 [1]. Z ponad 200 000 rokrocznych stacjonarnych hospitalizacji psychiatrycznych w naszym kraju, duża część, ponad 50% [2], przypada właśnie na oddziały ogólnopsychiatryczne. Niniejsza praca wskazuje na możliwości, jakie daje psychoterapeutycznie zorientowany oddział ogólnopsychiatryczny. Taka forma leczenia w początkowej fazie choroby lub w trakcie jej zaostrzenia umożliwia dalszą terapię pacjentów w oparciu o różnorodne otwarte instytucje psychiatrii środowiskowej [3]. Równie istotnym elementem leczenia jest równoległe przepracowywanie zjawisk psychopatologicznych zaburzeń relacji terapeutycznej w obrębie pola przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowego [4, 5].

Nasza refleksja o terapeutycznym potencjale oddziału zamkniętego koresponduje również z założeniami ruchu Safewards¹. Pokrywa się, na przykład, w podejściu do funkcji społeczności terapeutycznej, która ma tworzyć w oddziale bezpieczne środowisko do leczenia [6]. Podobne procesy zachodziły w brytyjskim leczeniu tuż po wojnie, o czym pisano: „Społeczność oddziału [terapeutycznego] musiała się tego nauczyć, by móc wykorzystać całą swoją energię do samoleczenia. Tę prawdę o małej społeczności można także zastosować w odniesieniu do społeczeństwa; być może trzeba wielu dalszych wglądów, zanim z całego serca udzielimy poparcia tym, którzy właśnie w ten sposób próbują pracować nad głębokimi źródłami morale narodu” [7, s. 33]. Najpierw omówimy sposoby komunikacji w zespole. Potem zostaną przedstawione cele leczenia w oddziale stacjonarnym oraz założenia, zasady i rozwiązania organizacyjne tam obowiązujące. Podamy też praktyczne przykłady.

Komunikacja w zespole terapeutycznym

Zespół oddziału składa się z 38 pracowników. Jego członkami są przede wszystkim pielęgniarki z wykształceniem wyższym i specjalizacją psychiatryczną. Lekarze są zainteresowani psychoterapią lub mają ukończone szkolenie terapeutyczne, niektórzy są też psychoterapeutami z certyfikatem. Psycholodzy mają wykształcenie terapeutyczne (całościowe kursy psychoterapii i/lub terapii rodzin). Ważną rolę odgrywają terapeutka zajęciowa oraz pracownik socjalny. Wymiana informacji odbywa się na piśmie w raportach pielęgniarskich i ustnie na odprawie rano. Dodatkowo raz na dwa tygodnie ma miejsce superwizja pacjenta i jego rodziny w obecności zespołu terapeutycznego. Grupa wsparcia dla rodzin jest superwizowana raz w miesiącu. Dodatkowo superwizje grupy psychoterapeutycznej są organizowane zależnie od doświadczenia i potrzeb prowadzących. Ważną rolę odgrywają także nieformalne, koleżeńskie rozmowy o pacjentach o charakterze intrawizji.

¹ Safewards jest modelem funkcjonowania oddziałów zamkniętych, zawierającym praktyczne wskazówki mające na celu poprawę bezpieczeństwa pacjentów i personelu poprzez ograniczenie konfliktów i oddziaływań przymusowych. Więcej informacji Czytelnik znajdzie na stronie www.safewards.net/pl/

Można z dużym prawdopodobieństwem przyjąć założenie, że sposób, w jaki porozumiewają się ze sobą terapeuci, atmosfera w dyżurce bezpośrednio przekładają się na komunikację pomiędzy terapeutami i pacjentami [8, 9]. Tak jak w rodzinie to, jak porozumiewają się ze sobą rodzice, przekłada się na komunikację z dziećmi. Stąd taka waga przykładana do jakości komunikacji wewnątrz zespołu.

Po trzech latach pracy projektowej, burzliwych dyskusji i przedłużających się odpraw powstała umowa wewnętrzna zespołu. Każda grupa zawodowa zobowiązała się do prowadzenia dodatkowych zajęć terapeutycznych. Pielęgniarki robiły codziennie treningi, lekarze prowadzili psychoedukację, psycholodzy psychoterapię i grupę wsparcia dla rodzin pacjentów hospitalizowanych, pracownik socjalny grupę wsparcia dla pacjentów [vide załącznik 1]. Z powodu braku trenera sami pacjenci zobowiązali się prowadzić poranną gimnastykę. Wszystkie te zajęcia zostały ujęte w harmonogramie. Terapeuta zajęciowy organizował dodatkowe wydarzenia kulturalne. Jednym z tych eventów był rejs pacjentów oddziału zamkniętego statkiem po Wiśle. Oczywiście pacjenci wymagający zachowania procedur bezpieczeństwa, zostali „w domu” i nie pojechali na wycieczkę. Poza tym było to w „erze przedcovidowej” i przepustki działały na zwykłych zasadach. Tak skonstruowany program terapeutyczny wymagał dodatkowego wkładu pracy. Nagrodą za to była większa satysfakcja i większe bezpieczeństwo zarówno pacjentów, jak i personelu, a zastosowanie środków przymusu bezpośredniego w oddziale uległo znaczącemu obniżeniu.

Cele oddziału zamkniętego

Zaraz po zapewnieniu bezpiecznych ram w leczeniu głębokich zaburzeń psychicznych najważniejsze jest zrozumienie obszaru i zawartości psychicznych treści, które pacjent ewakuuje (pozbywa się ich). Przy korzystnym przebiegu leczenia refleksje na temat tych treści mogą pomóc w rozwoju zamrożonych obszarów osobowości czy zahamowanych procesów dojrzewania psychicznego. Diagnoza i leczenie w oddziale zamkniętym ma ukierunkować rozwój pacjenta. Same objawy choroby są zaś ważną informacją zarówno o deficytowych aspektach psychiki chorego, jak i sposobie ich leczenia. Oddział zamknięty zapewniający całodobowy pobyt w ostrych fazach dekompensacji psychicznej ma zapewnić pacjentom:

1. bezpieczeństwo,
2. możliwość wypowiedzenia i opisanie chorobowych przeżyć,
3. odmrożenie i ożywienie zasobów w celu ukierunkowania jego rozwoju.

1. Oddział stacjonarny jako schronienie i miejsce odbudowy zdrowych struktur wewnętrznych z perspektywy indywidualnej i społecznej

Dla pacjentów zaburzenia myślenia i brak kontroli nad tym, co zachodzi w ich umyśle są związane z lękami o największym możliwym nasileniu. Przeżywanie lęku dotyczy samego chorego oraz całego społeczeństwa obawiającego się niestabilności osoby i nieobliczalności jej zachowań. Z powodu możliwości zagrażania przez chorego w kryzysie sobie samemu oraz otoczeniu w wypadku utraty kontroli nad zachowaniem lub uruchomienia zachowań alloagresywnych i niszczących prawne regulacje dążą do zapewnienia mu bez-

pieczeństwa [10]. Statystycznie zachowania niszczące są przeważnie domeną zdrowych, a chorzy odpowiadają za niewielką część zachowań destrukcyjnych w stosunku do innych lub otoczenia [11, 12].

Tworzenie poczucia bezpieczeństwa jako odzwierciedlenie wewnętrznej potrzeby pacjenta uzyskania stabilnego oparcia dla niestabilnej struktury jest jednym z podstawowych elementów terapii głębokich kryzysów psychicznych. Doświadczenia pacjentów pokazują, że ambiwalentne nastawienie do hospitalizacji psychiatrycznej często utrzymuje się jeszcze w momencie wypisu z oddziału, a tęsknota za poczuciem bezpieczeństwa jest jej ważnym elementem [13]. Doskonale odzwierciedlają to słowa pacjenta: „Doszedłem tu do siebie. Czuję się tu bezpiecznie [...] Chodzi o to, żebym był bezpieczny. Personel sprawił, że poczułem się bezpiecznie i poczułem się lepiej” [14, s. 17]. Przywoływane powyżej cytaty z wypowiedzi pacjentów zwracają uwagę na metaforyczne znaczenie słowa „bycie przyjętym do szpitala/na oddział” („being received”) jako emocjonalne przeżycie przyjęcia do rodziny zastępczej, któremu towarzyszy niepewność, lęk, ale też pragnienie bycia „opatulonym w ciepły koc w czyichś ramionach” [15, s. 102]. Struktura oddziału, zapewniająca „przytrzymanie”, stałość i jasny cel zdrowienia, bywa dla pacjentów źródłem jedynego poczucia stabilności. Daje ona także możliwość doświadczenia bycia kierowanym, jednak z opcją negocjacji ucieczki we własną przestrzeń [16].

2. Oddział jako miejsce ewakuacji głębokich bezwiednych przeżyć

Zaburzenia psychiczne uruchamiają kontakt z emocjami o dużym nasileniu, które można nazwać protoemocjami [4]. Wielu autorów uważa, że bez ram strukturalnych „mentalna galareta”, jeśli w dekompensacji już się wyleje, nie będzie mogła zostać zresorbowana i wygojona. Potrzebne są architektoniczne i społeczne struktury, które muszą wspierać zdrowienie po głębszym rozbiciu osobowości aż do jej głębokich, bezwiednych pokładów [17]. W innym wypadku pewne treści psychiczne mogą pozostać stracone, zdysocjowane i niedostępne pamięci [18]. Rana psychiczna pozostaje wówczas niezagojona, a bliźni duszy nie dopuszczają do wzrostu posttraumatycznego, do którego dążymy jako do reakcji na głęboki kryzys psychiczny [19]. „Heroizm terapeutyczny” [20] mówi o możliwości pomieszczenia przez terapeutę przeżyć z głębokich poziomów w ramach więzi terapeutycznej. Nie każdy ma jednak wymagane do tego możliwości czasowe oraz zasoby zawodowe. Stąd dla przeciwwagi romantycznemu nastawieniu terapeutycznemu ważne jest tworzenie strukturalnych ram dla leczenia głębokich zaburzeń psychicznych (GZP). Wymaga to szukania równowagi między myśleniem konkretystycznym i matriksowym [21] a wyobraźnią architektoniczną. Architektura oddziałów zamkniętych powinna choć częściowo odzwierciedlać architekturę wewnętrzną poranionych światów, a równocześnie wskazywać na ład i przyszłe uporządkowanie, wytwarzane w procesie leczenia. Krótko mówiąc, architektura miejsca terapii powinna zawierać nadzieje uzdrowienia chorej duszy [22].

Dla pacjenta podstawowym elementem wyrażenia (i usłyszenia) własnych przeżyć jest jakość relacji i sposób komunikacji z personelem medycznym. Pacjenci szczególnie cenią sobie właśnie możliwość bycia wysłuchanym z uważnością i zainteresowaniem. W komunikacji na linii pacjent–personel medyczny pojawia się też omawiany wcześniej

element zapewniania pacjentowi bezpieczeństwa. Przykładowo, swobodna przestrzeń do wypowiedzania myśli autodestrukcyjnych spełnia ważną funkcję profilaktyki suicydalnej [23]. Otwarte opisywanie personelowi przez pacjenta swoich przeżyć daje większą pewność ich zapamiętania i zrozumienia. Dzięki płynnemu przekazowi informacji w oddziale, jak choćby w raportach pielęgniarstkich, informacje te stają się istotne i powinny dotrzeć do wszystkich członków zespołu leczącego [24].

3. Oddział jako miejsce budzenia zasobów prozdrowotnych („recovery”)

W świecie współczesnej psychiatrii coraz większego znaczenia nabiera koncepcja „recovery” [25]. Zakłada ona istotny wpływ i odpowiedzialność osoby chorującej za swoje zdrowie. Podkreśla znaczenie zdrowych części „ja”, ich odkrywania i rozwoju. W większości wypadków koncepcja ta jest możliwa do zastosowania także w oddziale stacjonarnym, w ostrej fazie choroby. Ten etap leczenia to potencjalna szansa nie tylko na opanowanie ostrych objawów psychotycznych czy ekstremalnych wahań nastroju, ale także na odkrywanie przyczyn aktualnego kryzysu, budowanie przymierza terapeutycznego i motywacji do dalszego leczenia. Innymi słowy, pobyt w oddziale stacjonarnym może stać się początkiem lub etapem drogi, na której pacjent będzie nie tylko biorcą świadczeń, ale osobą aktywnie współdecydującą o swoich losach. Można w ten sposób uniknąć uruchomienia w pacjencie poczucia bycia osobą chorą „w całości”. Chora może być częścią albo nawet kilka składowych. Pacjent mimo choroby ma jednak swoje pasje, zainteresowania i mocne strony. Zasoby te, w kontekście oddziału psychiatrycznego, mogą być odkrywane zarówno w relacji terapeutycznej, jak i w relacjach z innymi pacjentkami/pacjentami. Stwarza to także dla pacjentów warunki do przeżycia gratyfikującego poczucia pomocy innym, dawania wsparcia czy dzielenia się swoim doświadczeniem. Do legendy „szóstki A” przeszedł jeden z dialogów pacjenta portiera opiekującego się wejściami na oddział z rzecznikiem praw pacjenta. „Jest pan pacjentem i trzyma pan w ręku klucze do oddziału. Dlaczego?”. — „Bo to jest oddział zamknięty”, odpowiedział pacjent portier. Jesteśmy bardzo wdzięczni wszystkim osobom nadzorującym pracę oddziału za zrozumienie takich, na przykład, terapeutycznych wyrazów funkcjonowania społeczności pacjentów i pracowników szpitala Babińskiego.

Koncepcja „recovery” zakłada nie tylko zmianę paradygmatu w podejściu do chorych na schizofrenię, ale również idące za tym nowe rozwiązania organizacyjne i terapeutyczne [26–28]. Także na polskim gruncie pojawiły się refleksje dotyczące tego obszaru, zarówno na poziomie teoretycznym [29, 30], jak i propozycji rozwiązań organizacyjnych [31]. Koncepcja zdrowienia (recovery) wywołuje istotne implikacje dla pracy zespołu terapeutycznego. Pomaga w tworzeniu tożsamości terapeutycznej zespołu oraz docieraniu wspólnych poglądów na leczenie z pozostawieniem miejsca na spór i trwałe kontrowersje. Poniżej zostaną opisane dwie podstawowe metody pracy: kontakt indywidualny i społeczność terapeutyczna. Pozostałe formy pracy terapeutycznej, przedstawione w załączniku (zał. 1), ze względu na ograniczenia niniejszego tekstu, zostaną opisane w odrębnych pracach.

4. Indywidualny kontakt terapeutyczny z pacjentem w oddziale ogólnopsychiatrycznym

Łącznikiem pomiędzy rzeczywistością oddziału, którą pacjent z głębokimi zaburzeniami percepcji odbiera jako „matrix” [32] lub co najmniej organizację opiekuńczo–represyjną, jest osoba lekarza (lekarza–terapeuty–członka zespołu leczącego, tych słów znaczeniowo pokrywających się używamy tu wymiennie). Kontakt indywidualny jest złotą nicią łączącą chorego z rzeczywistością poprzez zanurzenie w przemianach procesów psychotycznych. Kontakt ten jest masywnie odbierany jako znaczący, skala znaczeń jest ekstremalnie zmienna co do zakresu, zmiany w jego przeżywaniu przez pacjenta zaś następują czasem w ułamkach sekundy [33]. Najważniejszym sposobem umożliwiającym realne wejście pacjenta w program terapeutyczny i skorzystanie z niego jest właśnie kontakt. W głębokich kryzysach psychicznych terapeuta staje się dla pacjenta lustrem, w którym ten ma sposobność dostrzegać rzeczywistość [34, 35]. W takim rozumieniu psychoterapia wspierająca (supportive psychotherapy) jest szczególnie nakierowana na stopniowe zachęcanie pacjenta do wyjścia ze świata wewnętrznego chaosu [36]. Warto zaznaczyć, że dla samego pacjenta proces ten jest niezwykle trudny i wymaga dużego zaufania. Chory z czasem zauważa, że realność nie jest zagrażająca. Jak pisze Garry Prouty [36], komunikaty związane z rzeczywistością tworzą z czasem pewną sieć (*Web of Contact*), niepsychotyczny „anty–matrix”, umacniając pacjenta w jego własnych wysiłkach. Pozwalają tym samym spojrzeć mu z innej perspektywy na własny kryzys, a następnie stworzyć konceptualizację swojej choroby. Zwykle odbywa się to w kilku etapach:

- a. Pacjent zaczyna być w stanie przyjąć perspektywę drugiej osoby (psychologa/terapeuty). Rozumie także, że jego zachowanie/sposób myślenia mogły kogoś niepokoić. Jest to ważny moment, który świadczy o możliwości zwrócenia swojego spojrzenia na zewnątrz, tworzenia się podwalin do konceptualizacji własnego kryzysu. Dostrzeżenie perspektywy innych (zwykle osób bliskich i ważnych dla pacjenta) jest często wyrazem gotowości pacjenta do prowadzenia dyskursu. Perspektywa innych jest symbolem perspektywy własnej — w takich warunkach mentalnych jako spojrzenie zewnętrzne, nie–pacjenta, stwarza warunki do bezpiecznego (nie–mojego) przepracowania kryzysu. (*Mogli pomyśleć sobie, że oszalałem, ale ja tylko chciałem, żeby odeszli, chciałem ich wystraszyć. Gdybym wtedy po prostu sobie poszedł, nie znalazłbym się tutaj, tylko wrócił spokojnie do domu*).
- b. Pacjent tworzy wstępną konceptualizację kryzysu psychicznego, uwewnętrzniając pewne elementy przeżywane wcześniej jako nie–swoje. Zwykle dzieje się to równoległe z budowaniem poczucia bezpieczeństwa i przymierza terapeutycznego. Takie robocze konceptualizacje często są proste i dotyczą raczej wyizolowanych trudności niż procesu chorobowego. (*Rzeczywiście coś się ze mną dzieje. Nie radzę sobie ze stresem, wszystko mnie denerwuje*). Jest to często etap, na którym pacjent jest gotowy do negocjacji dalszego leczenia i rehabilitacji w warunkach otwartych.
- c. Pacjent tworzy, mniej lub bardziej rozbudowaną, koncepcję swojego kryzysu psychicznego. W miarę swoich zasobów (indywidualnych i społecznych) uwewnętrznia w sposób niezagrażający chorobę jako element swojego życia. Tym samym ma szansę doświadczać wpływu na własne życie i proces leczenia.

Indywidualna praca psychologiczna z pacjentem przebywającym w oddziale psychiatrycznym w dużej mierze opiera się na budowaniu i wzmacnianiu przymierza terapeutycznego, towarzyszeniu pacjentowi we wszystkich etapach budowania świadomości własnego kryzysu i jego podłoża, pogłębieniu rozumienia własnych emocji i radzeniu sobie z innymi, a także pozostawieniu przestrzeni na poszukiwanie wsparcia u innych (personelu, pacjentów). Ze względu na specyfikę oddziaływań (stosunkowo krótkoterminowa opieka w głębokim kryzysie psychicznym), terapeuta powinien mieć jednocześnie świadomość własnych ograniczeń i ważnej roli, jaka na nim ciąży — roli osoby współodpowiedzialnej za przygotowanie pacjenta do świadomego i wolicjonalnego kontynuowania pracy nad sobą — w formie dostosowanej do jego możliwości i potrzeb. Opisany powyżej proces, często obserwowany w pracy z pacjentami w głębokich kryzysach psychicznych jest ilustracją roli terapeutycznego kontaktu wspierającego, a także (a może przede wszystkim) zasobów pacjentów do wychodzenia z kryzysu. Opisane powyżej zasady pracy zostaną unaocznione na konkretnym przykładzie.

Przykład pracy z pacjentem

Pacjent lat 26, hospitalizowany z powodu zaostrzenia objawów w przebiegu schizofrenii. Przy przyjęciu i w pierwszym tygodniu po przybyciu w silnym lęku spowodowanym wieloma przeżyciami psychotycznymi (głównie o treści prześladowczej, religijnej i nihilistycznej). Lęk spowodował u niego skrajne wycofanie, niechęć do nawiązania kontaktu. Pacjent zapytany o chęć rozmowy ucieka, za chwilę jednak wraca, żeby zaproponować rozmowę w jadalni. W trakcie spotkania komunikuje się poprzez treści psychotyczne. Wybiera jako miejsce rozmowy jadalnię na parterze oddziału, gdzie panuje hałas i zamieszanie (odzwierciedlenie świata wewnętrznego). Po przeniesieniu spotkań do gabinetu skoncentrowany jest na uzyskaniu dostępu do internetu celem oglądania portalu religijnego. Spotkania są coraz dłuższe, pacjent daje okazję do odzwierciedlenia jego słów. Na kolejną rozmowę przychodzi napięty. Siada i po raz pierwszy czeka na moją reakcję. Pyta, czy w pomieszczeniu są kamery i czy mam dostęp do internetu. Pozwalam mu samodzielnie przekonać się o braku połączenia sieciowego. Pacjent testuje po raz pierwszy pewną realność, uspokaja się znacznie, spontanicznie zaczyna opowiadać o swoich zainteresowaniach filozofią i pisaniem wierszy. Zachęcam go, żeby pisał je nadal w oddziale, co następnie robi skrupulatnie przez cały pobyt.

Pacjent nie pyta o moje rozumienie jego objawów, jednak coraz częściej daje mi przestrzeń do wypowiedzi. Im mniej jest w jego przeżywaniu treści psychotycznych, tym więcej wyziera z niego bezradności i niepewności, w której ukrywa się pragnienie do bycia zaopiekowanym w sposób totalny. Jednocześnie w swojej ambiwalencji odszczepia złość i wyrzuca ją na zewnątrz, na „innych”: „Pozwę całą psychiatrię”. W treściach psychotycznych w tym czasie dominują urojenia religijno-nihilistyczne, dotyczące zbliżającego się końca życia („Zbliża się wiek chrystusowy, nic z tym nie mogę zrobić, to wszystko nie ma sensu”).

Pacjent nawiązuje do wcześniejszych wypowiedzi, łączy je ze sobą, początkowo w sposób powierzchowny — za pomocą własnych kodów znaczeniowych (słów, skojarzeń).

Pomimo obecnych wciąż treści urojeniowych w pacjencie zachodzi widoczna zmiana — uporządkowanie przeżywania, zaciekawienie innym, dzielenie się przestrzenią. To pozwala na stopniowe planowanie dalszych oddziaływań rehabilitacyjnych, do której to propozycji pacjent podchodzi nieufnie. Możliwość bezpośredniej kontynuacji oddziaływań, poprzedzonej stopniowym przygotowaniem (wizyta w oddziale rehabilitacyjnym, bliskość lokalizacyjna) przekonuje go do podjęcia próby. Podczas ostatnich spotkań pacjent daje mi prezent — przynosi opakowanie herbaty, którą dostał od matki, i osobistą historię. Opowiada o wczesnym doświadczeniu śmierci ojca. Podczas tej historii ani razu nie mówi o perspektywie własnej śmierci, co było prawdopodobnie rezultatem przyglądania się sobie w rzeczywistości i separacji od obiektu ojca, z którym psychotyczna bliskość utożsamiana była w jego (pacjenta?) przeżywaniu ze śmiercią.

5. Społeczność terapeutyczna

a. Przebieg faktograficzny przykładowego, cotygodniowego, spotkania społeczności w oddziale:

Zebranie społeczności otworzył punktualnie starosta oddziału. Niemal wszyscy byli obecni. Po rozpoczęciu jeden z pacjentów chciał wyjść, jednak został zachęcony przez personel do pozostania. Pierwszym punktem zebrania było przedstawienie się pacjentów przyjętych do oddziału w ostatnim tygodniu. Przedstawił się także pacjent, który mimo dłuższego pobytu dotychczas nie był na zebraniach społeczności. Następnie starosta ocenił sprawowane przez pacjentów funkcje w minionym tygodniu, jednocześnie prosząc ich o samoocenę. Poprosił, aby przynajmniej jedna osoba pełniąca daną funkcję oceniła, jak dobrze udało jej się zadanie wykonać, a z czym miała trudności. Kolejnym punktem zebrania było odczytanie przez kronikarza jego zapisu wydarzeń z poprzedniego tygodnia. Kronika była szczegółowa. Na koniec, co wydało się mniej adekwatne, jako ważne wydarzenie z życia oddziału opisał wyjazd jednego z pacjentów do oddziału chirurgii stomatologicznej/do poradni chirurgii stomatologicznej w celu wyrwania „zęba mądrości”. Po odczytaniu kroniki, osoby, które organizowały turnieje sportowe w weekend, rozdały dyplomy i rozległy się brawa dla zwycięzców. Starosta omówił zajęcia terapeutyczne, które odbywały się w minionym tygodniu. Pacjenci uczestniczący w zajęciach opisywali swoje doświadczenia. Zaczęli spontanicznie chwalić pracownię zajęciową w oddziale i prowadzącą zajęcia terapeutkę (znów brawa). Kilku pacjentów chciało opuścić zebranie, ale zachęceni przez innych, pozostali. Starosta przeszedł do przyjmowania zgłoszeń do pełnienia funkcji w oddziale w kolejnym tygodniu, do czego nie trzeba było pacjentów zachęcać. Do większości funkcji chętnych było więcej niż możliwych do rozdania miejsc. Pacjent, który nie zorganizował wieczorku literackiego w uprzednim tygodniu, mimo podjęcia się tego zadania, zgłosił się ponownie i zapewnił, że tym razem wieczorek się odbędzie.

Kolejnym punktem było zgłaszanie przez pacjentów wolnych wniosków dotyczących funkcjonowania w oddziale. Pierwszy wypowiedział się sam starosta, zachęcając do szanowania przestrzeni wspólnej poprzez dbanie o czystość, wietrzenie sal i toalet

oraz dbanie o sprzęty w oddziale. Do złożenia wniosków było później wielu chętnych. Pacjenci zgłaszali petycje o remont sali czy, na przykład, zachęcali innych pacjentów do przestrzegania zasad segregacji śmieci. Po składaniu wniosków starosta poprosił o pożegnanie się pacjentów, którzy mieli opuścić oddział w najbliższych dniach. Pacjenci kolejno dziękowali personelowi i innym pacjentom za pobyt i opiekę oraz opisywali krótko swoje plany, te związane z dalszym leczeniem, ale nierzadko też te życiowe. Po pożegnaniach starosta przeprowadził wybory na nowego starostę i wicestarostę oddziału na kolejny tydzień. Pacjenci niemal jednogłośnie wybrali starostę, drugi z kandydatów otrzymał dwa głosy. Na wicestarostę kandydatów było czterech, głosy pacjentów rozłożyły się dość równo, ostatecznie jednak wyłoniono też wicestarostę. Obecny starosta podziękował za obecność i zakończył spotkanie.

- b. Dynamika spotkania: spotkanie rozpoczęło się w ciszy. Odnosiło się wrażenie, że starosta nadaje wyraźną strukturę spotkaniu, jednocześnie zachowując dużo spokoju. W czasie omawiania kilku kolejnych punktów zebrania panowała senność, wyczuwalny był klimat „mgły”, przez którą pacjenci musieli się przedzierać, aby móc zaangażować się w konkretne wypowiedzi. Dzięki nadanej przez starostę strukturze i jego umiejętności do pomieszczania emocji innych, nawet gdy nie były one adekwatne do aktualnej treści spotkania, wyczuwalny był klimat pewnego rodzaju regresji. Można było się poczuć jak na szkolnym apelu. Pacjenci chętnie się wypowiadali, a społeczność reagowała, była zainteresowana. Wyłoniła się grupa pacjentów, którą, podążając za szkolną metaforą, można by nazwać „klasowymi buntownikami”. Jednak formą ich kontestowania sensu zebrania było paradoksalnie silne zaangażowanie w wydarzenia, zgłaszanie się do pełnienia wielu funkcji, ironiczne bicie braw czy zgłaszanie wniosków. Można było poczuć ich lęk o odrzucenie ze strony społeczności, a formą prezentowania/ujawniania chęci pozostania w grupie było pewnego rodzaju „błaznowanie”. Możliwe, że lęk dotyczył także zupełnie nieobecnego werbalnie psychotycznego tła, które chętnie blokował strukturyzujący rzeczywistość spotkania starosta. Pacjenci, którzy byli aktualnie w gorszej formie psychicznej, sprawiali wrażenie zamrożonych dużą liczbą zdarzeń, później stopniowo się ożywiali, aż do chęci opuszczenia sali, kiedy to zostawali zatrzymani przez personel, i napięcie malało. Jeden z tych pacjentów, wracając, usiadł obok członka personelu oddziału i pozostał na miejscu już na spotkaniu do końca. Paradoksalnie, częściowo ironiczne zaangażowanie kilku pacjentów miało pozytywny wpływ na rozwianie psychotycznej gęstej mgły z początku zebrania, a ich działania zachęciły innych pacjentów do włączenia się w społeczność.

Społeczność była maniakalna, na granicy drażliwości. Chaos porządkowały urojenia posłannicze obecne w strukturze tej społeczności. Porządkująca rola starosty przy silnym wsparciu zespołu (w formie zaangażowanej, ale raczej milczącej obecności) informuje o typie regresji w społeczności, skupionej na jednej osobie [7]. Granice były słabo zaznaczone, ponieważ spora część pacjentów była jeszcze w stanach odsonięcia. Społeczność kanalizowała dużą ilość napięcia, nie do końca organizowanego przez stopniowo leczące się urojenia członków tej społeczności.

Podsumowanie — działania lecznicze w oddziale zamkniętym

Rozumiejąc związek pomiędzy strukturami wewnętrznymi „ja”, które tworzą warunki dla toczącego się normalnego życia wewnętrznego widzimy, że rolą oddziału zamkniętego nie jest tylko proste usunięcie objawów zaburzenia. Objawy należy zrozumieć, żeby uruchomić głębsze procesy zdrowienia. Rolą oddziału zamkniętego jest rozpoznanie zasobów chorego oraz wewnętrznych i zewnętrznych zahamowań rozwoju, których skutkiem jest kryzys psychiczny. Uruchomienie procesów zdrowienia płynących z zasobów pacjenta powoduje nie tylko proste ustąpienie objawów, ale — po okresie stabilizacji — ukierunkowanie rozwoju życiowego pacjenta. Podjęte działania socjalne i równoległa psychoterapia towarzysząca mają umożliwić wdrożenie odświeżonych czy też nowo nabytych umiejętności życiowych również poza społecznością oddziału zamkniętego. Aby tak się działo, 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. Pierwszym i podstawowym z nich jest ciągłość leczenia i komunikacji z pacjentem oraz o pacjencie między profesjonalistami zaangażowanymi w leczenie, pomaganie i opiekę nad nim. Z uwagi na swoją specyfikę, pozostałe narzędzia pracy terapeutycznej w oddziale zamkniętym będą przedmiotem szczegółowego omówienia w odrębnych pracach.

Piśmiennictwo

1. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r. Główny Urząd Statystyczny. Urząd Statystyczny w Krakowie (2019). Dostępny na stronie internetowej: <https://stat.gov.pl/obszary--tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2018-roku,1,9.html>
2. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla Polski. Ministerstwo Zdrowia (2018). Dostępny na stronie internetowej: http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/17_polska.pdf
3. Cichocki Ł. Zespół leczenia środowiskowego — świeżym okiem. *Psychiatr. Dypl.* 2019; 1: 1–4.
4. Ferro A. *The bi-personal field: experiences in child analysis*. London: Routledge; 1999.
5. Symington N. *Becoming a person through psychoanalysis*. London: Karnac Books; 2007.
6. Bowers L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *J. Psychiatr. Ment. Health. Nurs.* 2014; 21(6): 499–508.
7. Bion WR. *Doświadczenia w grupach i inne prace*. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2015.
8. Redfern S, Norman I. Quality of nursing care perceived by patients and their nurses: an application of the critical incident technique: part 2. *J. Clin. Nurs.* 1999; 8(4): 407–421.
9. Deacon M, Cleary M. The reality of teamwork in an acute mental health ward. *Persp. Psychiatr. Care* 2013, 49(1): 50–57.
10. Gałęcki P, Bobińska K, Eichstaedt K. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego — komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer; 2016.
11. Main TF. The hospital as a therapeutic institution. *Bull. Menninger. Clin.* 1946; 10: 66–70.
12. Swanson JW, McGinty EE, Fazel S, Mays VM. Mental illness and reduction of gun violence and suicide: bringing epidemiologic research to policy. *Ann. Epidemiol.* 2015; 25(5): 366–376.

13. Jones J, Nolan P, Bowers L, Simpson A, Whittington R, Hackney D. et al. Psychiatric wards: places of safety? *J. Psychiatr. Ment. Health. Nurs.* 2010; 17(2): 124–130.
14. Thomas SP, Shattell M, Martin T. What's therapeutic about the therapeutic milieu? *Arch. Psychiatr. Nurs.* 2002; 16(3): 99–107.
15. Molin J, Graneheim UH, Lindgren BM. Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care—patients' perspectives. *Int. J. Qual. Stud. Health. Well-being.* 2016; 11.
16. Symington N. Narcyzm. Nowa teoria. Gdańsk: Imago; 2013.
17. Walczewski K. Długoterminowe leczenie pacjentki z rozpoznaniem schizofrenii — opis przypadku. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1996; 5: 401–406.
18. Ogińska-Bulik N. The role of ruminations in the relation between personality and positive posttraumatic changes resulting from struggling with cancer. *Health Psychol. Report* 2018; 6(4): 296–306.
19. Kępiński A. Schizofrenia. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 2001.
20. Mensfeld S. Rozważania okołoschizofreniczne. O jakościach wewnętrznych w oparciu o stan psychotyczny. Kraków: Wydawnictwo Literackie Rumak; 2019, s. 6–11.
21. Papoulias C, Csipke E, Rose D, McKellar S, Wykes T. The psychiatric ward as a therapeutic space: systematic review. *Br. J. Psychiatry.* 2014; 205(3): 171–176.
22. Berg SH, Rørtveit K, Aase K. Suicidal patients' experiences regarding their safety during psychiatric in-patient care: a systematic review of qualitative studies. *BMC Health. Serv. Res.* 2017; 17(1): 73.
23. Kanerva A, Kivinen T, Lammintakanen J. Communication elements supporting patient safety in psychiatric inpatient care. *J. Psychiatr. Ment. Health. Nurs.* 2015; 22(5): 298–305.
24. Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M. et al. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 2013; 39(6): 1296–1306.
25. Bullock WA, O'Rourke M, Breedlove A, Farrer E, Smith MK. Effectiveness of the illness management and recovery program in promoting recovery: preliminary results. *New Res. Ment. Health.* 2007; 17: 282–291.
26. Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW, Tanzman B, Schaub A, Gingerich S. et al. Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatr. Serv.* 2002; 53: 1272–1284.
27. Bejerholm U, Roe D. Personal recovery within positive psychiatry. *Nord. J. Psychiatry.* 2018; 72(6): 420–430.
28. Sawicka M, Charzyńska K. Lekarz psychiatra w procesie leczenia i zdrowienia osób chorych na schizofrenię. *Psychiatr. Pol.* 2015; 49(2): 377–389.
29. Witkowska-Łuć B. Schizofrenia i poczucie koherencji. *Psychiatr. Pol.* 2018; 52(2): 217–226.
30. Cechnicki A. W stronę psychoterapeutycznie zorientowanej psychiatrii środowiskowej — 30 lat doświadczeń krakowskich. *Psychoter.* 2009; 150 (3): 43–55.
31. Cartwright D. Film review: b-Mentality in *The matrix* trilogy. *Int. J. Psychoanal.*, 2005; 86(1): 179–190.
32. Steiner J. Widzieć i być widzianym. Wyłanianie się z psychicznego azylu. Gdańsk: Imago; 2017.
33. Mensfeld S. Rozważania okołoschizofreniczne: o jakościach wewnętrznych w oparciu o stan psychotyczny. Kraków: Wydawnictwo Literackie Rumak; 2019.
34. Lauveng A. Byłam po drugiej stronie lustra. Wygrana walka ze schizofrenią. Sopot: Smak Słowa; 2016.

35. Gentile JP, Niemann P. Supportive psychotherapy for a patient with psychosis: schizopreniform disorder. *Psychiatry (Edmont)*. 2006; 3(1): 56–61.
36. Prouty G. Pre-therapy: the application of contact reflections. *Am. J. Psychother.* 2007; 61(3): 285–295.

Adres: a.fusinska@gmail.com

ZAŁĄCZNIK 1. Plan zajęć terapeutycznych w oddziale

IMIĘ I NAZWISKO.....

Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek
PRACOWNIA terapii zajęciowej w oddziale				
gimnastyka poranna 7:15–7:45	gimnastyka poranna 7:15–7:45	gimnastyka poranna 7:15–7:45	gimnastyka poranna 7:15–7:45	gimnastyka poranna 7:15–7:45
trening aktywizujący – toaleta poranna – ścielenie łóżek – sprząatanie szafek 7:00–7:45	trening aktywizujący – toaleta poranna – ścielenie łóżek – sprząatanie szafek 7:00–7:45	trening aktywizujący – toaleta poranna – ścielenie łóżek – sprząatanie szafek 7:00–7:45	trening aktywizujący – toaleta poranna – ścielenie łóżek – sprząatanie szafek 7:00–7:45	trening aktywizujący – toaleta poranna – ścielenie łóżek – sprząatanie szafek 7:00–7:45
		zebranie społeczności 10:00–11:00		
grupa wsparcia psychospołecznego 14:00–15:00	muzykoterapia 13:30–15:00	relaksacja 13:45–14:45	psychoterapia grupowa 13:15–14:30	psychoedukacja 13:30–14:30
trening pamięci 15:45–16:15	trening pamięci 15:45–16:15	trening pamięci 15:45–16:15	trening pamięci 15:45–16:15	trening pamięci 15:45–16:15
trening lekowy samodzielne układanie leków 20:00–20:30	trening lekowy samodzielne układanie leków 20:00–20:30	trening lekowy samodzielne układanie leków 20:00–20:30	trening lekowy samodzielne układanie leków 20:00–20:30	trening lekowy samodzielne układanie leków 20:00–20:30