

Andrzej Cechnicki

W STRONĘ PSYCHOTERAPEUTYCZNIE ZORIENTOWANEJ PSYCHIATRII ŚRODOWISKOWEJ — 30 LAT DOŚWIADCZEŃ KRAKOWSKICH

TOWARDS THE PSYCHOTHERAPEUTIC ORIENTED MILIEU COMMUNITY PSYCHIATRY — 30 YEARS OF THE KRAKOW EXPERIENCE

Pracownia Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii CMUJ w Krakowie
Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej

Pro memoriam Professor Antoni Kepiński

Autor opisuje, inspirowany od ponad 30 lat myślą Antoniego Kepińskiego, program i w trakcie jego rozwoju ulepszany model leczenia i rehabilitacji, integrujący osoby chorujące na schizofrenię i ich rodziny we wspólną przestrzeń życia w Krakowie. Przedstawia zagrożenia dla rozwoju tego programu płynące z tendencji do redukcji tego, co najistotniejsze w delikatnych relacjach międzyludzkich. Istotą tego programu opisywanego jako „Leczyć się, mieszkać i pracować w lokalnej wspólnocie” jest podejście psychoterapeutyczne przeniesione w środowiskowy kontekst – wielu współpracujących ze sobą instytucji, których miejsce i charakter jest opisany w artykule.

**schizophrenia
person oriented psychiatry**

Summary: The author is inspired by the ideas of Antoni Kepiński and describes a programme of treatment and rehabilitation which integrates persons suffering from schizophrenia and their families into the community life of Krakow. The core of this programme, named „To get treatment, live and work in a local community”, consists in a psychotherapeutic approach transferred to the community context. The work has been noticed and awarded in 2007 with the Pro Publico Bono award in the category of civic initiatives.

Motto: Ethos oznacza między innymi miejsce, na którym jakaś żywa istota „zadomowila się”, które sobie „oswoiła”, naturalne dla niej miejsce pobytu, gdzie czuje się bezpiecznie i nie potrzebuje maskować siebie. Człowiek, jak wszystko, co żyje, szuka swojego „etosu” — miejsca zadomowienia i kręgu swojskości. J. Tischner [1]

W opisie psychoterapeutycznie zorientowanej psychiatrii środowiskowej posłużę się krakowskim przykładem kompleksowego programu leczenia i rehabilitacji schizofrenii, jako rozwiązaniem, któremu ja sam i wielu moich kolegów poświęciło całe swoje zawodowe życie [2, 3]. Dzieła tego dokonaliśmy tylko dzięki bliskim więziom w naszym zespole terapeutycznym i intelektualnej wspólnocie naszego środowiska. Wydaje się nam, że w ciągu tych lat zachowaliśmy podstawowe wartości i standardy, jakie wiązaliśmy z tym podejściem, nawet wówczas, kiedy wpadaliśmy w obszar nowych konfliktów, jakie rodziła ekonomia, a o wszystkim decydował budżet [4]. Działanie w ramach budżetu stanowi niewątpliwie jakiś postęp. Wprowadza przejrzystość. Wiadomo, czym się dysponuje, co

można planować i czym gospodarować. Wszyscy zmieniliśmy się w ekonomistów. To nie jest błąd, że staliśmy się realistami, przestaliśmy marzyć i narzekać. Budżet ma tylko jedną wadę: z roku na rok jest mniejszy! Jak się do tego odnieść? Debaty na ten temat prowadzą, chcąc nie chcąc, do centralnego pytania o to, co niezbędne. Skoro z roku na rok mamy coraz mniej środków, to co jest jeszcze absolutnie niezbędne? Pragmatycznie problem ten rozwiązujemy następująco: zatrudnić lekarza czy psychologa? Oczywiście lekarza, ponieważ lekarz może też pracować na dyżurach. Zatrudnić pielęgniarkę czy ergoterapeutę? Oczywiście pielęgniarkę, ponieważ zapewnienie dobrej opieki ma bez wątpienia pierwszeństwo przed terapią zajęciową, itd., itd. Kontynuując ten proces znów możemy wylądować przy dwóch grupach zawodowych, które zawsze były nieodzowne, a mianowicie — lekarzy i personelu pielęgniarskiego. To, co niezbędne, okaże się w końcu podejściem medycznym.

My, wywodząc się z tradycji ukształtowanej przez Antoniego Kępińskiego, na pytanie o to, co niezbędne, odwołujemy się do samej istoty, do specyfiki psychiatrii, czyli podejścia medyczno-społecznego. Wówczas — jako to, co niezbędne — musimy rozważyć:

- rozwijanie relacji z pacjentem i rodziną;
- wrażliwość w postrzeganiu i reflektowaniu;
- budowanie poczucia bezpieczeństwa, zaufania i pewności;
- ostrożne odkrywanie związków pomiędzy chorobą a biografią;
- staranne odnajdywanie i przygotowywanie indywidualnej drogi powrotu z choroby do życia;
- a to wszystko w środowisku, dającym czas i przestrzeń na zmiany, których człowiek nie może dokonać w ciągu trzech miesięcy.

Ten zagrożony redukcją „dodatek” z dala od biologicznego jądra naszego fachu, jest więc właściwie tym, co niezbędne. Z pewnością nadszedł czas, aby na nowo uprzytomnić sobie wartości i normy naszego zawodu. Chodziłoby więc dzisiaj o krytyczną ocenę i przeciwstawianie się tendencjom do:

- redukcji kompleksowości teorii i praktyki psychiatrycznej i skupianiu się na tym, co biologiczne;
- forsowania zasady skuteczności, sprzyjającej redukcji do tego, co mierzalne;
- kształtowania atmosfery pośpiechu zagrażającej kulturze leczenia psychiatrycznego;
- ograniczania działalności klinik psychiatrycznych i szpitali do tego, co uleczalne i obiecujące powodzenie, co zwalnia z odpowiedzialności za pacjenta.

O psychoterapeutycznie zorientowanej krakowskiej psychiatrii środowiskowej

Kiedy myślimy o korzeniach psychoterapeutycznie zorientowanej psychiatrii środowiskowej, wracamy do intelektualnej i duchowej spuścizny Antoniego Kępińskiego [5, 6]. Kępiński, podobnie jak Manfred Bleuler [7], opowiada się za tą tradycją, która w myśleniu o schizofrenii podkreśla to, co wspólne, a nie to, co specyficzne. Takie rozumienie schizofrenii owocuje w zaleceniach terapeutycznych: Kępiński uważa, że stały związek z drugą osobą, włączenie chorego w akceptowaną przez niego aktywną wspólnotę, ciągła aktywizacja zdrowych sił w chorym człowieku i mobilizacja ukrytych możliwości

rozwojowych jest oddziaływaniem zwróconym ku istocie choroby, gdyż wpływa na harmonizację wewnętrznego rozszczepienia. Mamy więc za zadanie wprowadzić chorego na schizofrenię „w przestrzeń wspólną” (koitos kosmos), a ponieważ nasza uwaga przesunęła się z „psychotycznego epizodu” na „przebieg życia ze schizofrenią”, a „przebieg życia ze schizofrenią” przesunął się z instytucji do środowiska — dostaliśmy w spadku zadanie kształtowania nie tylko „wspólnoty terapeutycznej” z pacjentem w instytucji w okresie ostrej psychozy, ale „przestrzeni wspólnej” przez lata wspólnego życia poza szpitalem.

Tworzenie zintegrowanego systemu i programu leczenia i rehabilitacji osób chorujących na schizofrenię i ich rodzin ma w krakowskiej katedrze psychiatrii ponad 30-letnią tradycję [2, 3]. Trzy pokolenia psychiatrów, inspirowane myślą Antoniego Kępińskiego, stworzyło na przestrzeni lat sieć powiązanych ze sobą instytucji środowiskowych. System ten ma zróżnicowany program terapeutyczny, zorientowany na potrzeby osoby chorej, dostępny bez żadnych ograniczeń dla niej i jej rodziny. W 1976 roku zespół terapeutów pracujący wcześniej na stacjonarnym oddziale leczenia „pierwszego epizodu”, w poszukiwaniu lepszego zrozumienia własnych pacjentów i ich rodzin odbył dwieście wizyt w ich domach [8]. Rozumienie, a przez to leczenie, uzyskiwało szerszy kontekst rodzinny i miało niebawem rozciągnąć się na wiele aspektów życia z chorobą.

W pierwszej kolejności utworzono ambulatoryjne grupy psychoterapeutyczne oraz łączone grupy rodzinne, w których spotykają się od trzydziestu trzech lat, w każdą środę, pacjenci i ich rodziny [9, 10]. Z podobną już ponadtrzydziestoletnią tradycją działa hostel [11, 12] i organizowane są obozy terapeutyczne [13, 14]. Miejszem leczenia przestał być tylko oddział całodobowy, a czas pomagania dla wielu pacjentów rozciągnął się na całe życie. To były konsekwentnie realizowane zadania i wizja psychiatrii środowiskowej w myśl ruchu reformatorskiego lat siedemdziesiątych. Wielu kolegów z naszego zespołu miało szczęście współpracować przy tym projekcie od samego początku. Ostatecznym celem było stworzenie zintegrowanego, kompleksowego, programu leczenia dla osób chorujących na schizofrenię i ich rodzin oraz sieci wielofunkcyjnych ośrodków stanowiących jeden system umożliwiający jego realizację. Dzisiaj jest to 12 instytucji, 60 terapeutów — lekarze, psycholodzy, pedagodzy, terapeuci zajęciowi, pielęgniarki, lekarze, ksiądz, reżyser teatralny, malarka i pracownicy socjalni, oraz 43 beneficjentów (byłych pacjentów) zatrudnionych w różnych ogniwach systemu, ale powiązanych ze sobą wspólnym rozumieniem psychozy, zadaniami również edukacyjnymi i badawczymi oraz superwizją. Koordynacja i ciągłość leczenia zapewniona jest z jednej strony przez uniwersytecką Pracownię Psychiatrii Środowiskowej, z drugiej zaś przez powiązany uniami personalnymi Zarząd Stowarzyszenia na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej. W ostatnich latach opisywano zarówno cały model [2, 3], jego teoretyczne założenia i zjawiska towarzyszące jego rozwojowi [4, 15–19], jak i znaczenie psychoterapii indywidualnej i grupowej [20, 21], treningu społecznego [22], oddziału dziennego [23], współpracy z rodzinami [24], rolę dramaterapii i leczącego teatru [25–28], szerszej rehabilitację i integrację zawodową i przeciwstawianie się wykluczaniu z życia społecznego [29–33] — żeby wymienić tylko kilka przykładów oddających złożoność zjawiska, jakim jest konstruowanie takiego systemu i programu leczenia.

Rozumiemy chorobę i chorowanie poprzez historie życia naszych pacjentów i w szeroko pojętym kontekście społecznym — jest istota psychiatrii środowiskowej. Chcemy, aby

pomoc docierała do nich w miejscu zamieszkania i była rozłożona na barki wielu ludzi w lokalnych wspólnotach. Odwołujemy się do idei więzi i solidarności. Łączymy model medyczny i społeczny. Tworzymy całościowy zintegrowany program leczenia i rehabilitacji i wspieramy człowieka latami w jego życiu z chorobą. Skupiamy swoją uwagę na chorujących ciężko i chronicznie, nie tracąc z oczu tych, którzy chorują krótko i lżej. Wspieramy rodzinę i szukamy wsparcia w rodzinie. Myślimy całościowo: o leczeniu, mieszkaniu, pracy i czasie wolnym. Organizujemy pomoc wszechstronną, zorientowaną na różnorodne potrzeby pacjentów. Staramy się, aby w największym możliwie stopniu służyła ona jako „pomoc prowadząca do samopomocy”. Wzmacniamy zdrowe zasoby w pacjentach tak, aby o ile to możliwe, mogli pomóc sami sobie. Takie działanie uruchamia procesy zdrowienia i umacnia chorą osobę (recovery i empowerment).

Istotą psychoterapeutycznie zorientowanej psychiatrii środowiskowej jest wykorzystywanie czterech czynników mających podstawowe znaczenie dla uzyskiwania korzystnych zmian [34–39]:

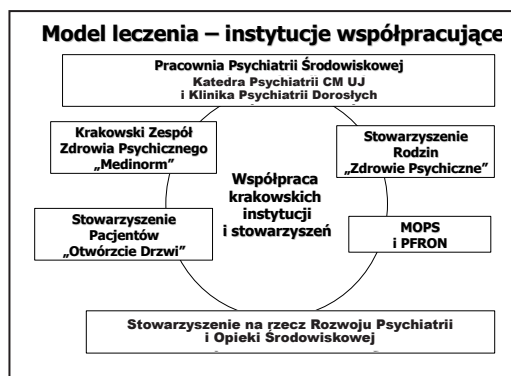
- wyjaśnianie — oznacza poszerzanie rozumienia problemu i pogłębianie rozumienia wewnętrznych i zewnętrznych istotnych uwarunkowań pacjenta;
- radzenie sobie — aktywna pomoc w pokonywaniu problemu, zarówno przez wsparcie, jak i rozszerzanie społecznych kompetencji;
- aktualizacje problemu i aktywizacje zasobów — dla aktywizacji nowych wzorców przeżywania i działania, alternatywnych rozwiązań konieczne jest w każdej fazie terapii aktywne poszukiwanie zasobów;
- dobry, pozytywny, stabilny w czasie, tzn. zabezpieczający ciągłość, związek terapeutyczny jest najlepiej udokumentowanym badawczo elementem skutecznej terapii.

Ostatecznie, istotnym aspektem programu leczenia zorientowanego na osobę są działania na rzecz przywrócenia chorującym na schizofrenię należnego im miejsca w lokalnej wspólnocie, włączenie ich jak najpełniej w życie społeczne i przeciwstawienie się ich stygmatyzacji i wykluczeniu [30–32, 36].

Model leczenia – współpraca instytucji, ośrodków i zespołów terapeutycznych

Aby mógł powstać taki, dostosowany do potrzeb, program leczenia i rehabilitacji psychoz, przekonaliśmy do współpracy instytucje odpowiedzialne zarówno za naukę, edukację, jak i leczenie: z jednej strony ośrodki uniwersyteckie Katedry Psychiatrii CMUJ, Klinikę Psychiatrii Dorosłych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, w którego strukturach pozostają dwa oddziały dzienne oraz niepubliczny zakład „Medinorm” świadczący opiekę ambulatoryjną, z drugiej zaś struktury pomocy społecznej i działające na rzecz zatrudnienia finansowane przez PFRON. Doprowadziliśmy do bliskiego współdziałania trzy organizacje pozarządowe: pacjentów, rodzin i profesjonalistów zapewniając integrację, ciągłość opieki i kontrolę jakości świadczonych usług. Ta wielostronna współpraca, zwana często dialogiem, wspierana jest przez lokalny samorząd gminy (rys.1).

W ten sposób zbudowaliśmy cały system współpracujących blisko ze sobą, połączonych w sieć, instytucji środowiskowych, położonych w centrum miasta, a więc łatwo dostępnych i otwartych na wszystkich pacjentów (rys. 2).



Rys. 1 Środowiskowy model leczenia schizofrenii w Krakowie – instytucje współpracujące



Rys. 2 Sieć ośrodków zintegrowanych w systemie pomocy chorym na schizofrenię w Krakowie

W programie prowadzonym przez Pracownię Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii CMUJ przy współpracy ze Stowarzyszeniem na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej stworzono dla chorych na schizofrenię, również tych o nawracającym i mniej korzystnym przebiegu choroby, model leczenia i rehabilitacji dający szansę na rehabilitację zawodową i współuczestnictwo w życiu społecznym. Na mapie miasta wpisanych zostało kilka adresów znanych wszystkim pacjentom i ich rodzinom. Noszą różne nazwy: Oddział Dzienny Psychoterapeutyczny (Sikorskiego 2) i Dzienny Oddział Rehabilitacyjny (Miodowa 9), Poradnia Rodzinna, Hostel Terapeutyczny (mieszkanie chronione), mieszkania grupowe, Ambulatorium Terapii i Rehabilitacji Psychoz, Warsztaty Terapii Zajęciowej, Zakład Aktywizacji Zawodowej — hotel i restauracja „U Pana Cogito”, firma społeczna — Laboratorium Cogito; Środowiskowy Dom Samopomocy, Centrum Seniora. Wszystkie te ośrodki mają rodzinny klimat, niezależnie od tego, czy finansowane są przez fundusz zdrowia, pomoc społeczną czy też państwowy fundusz rehabilitacji.

Zespoły pracujące w tych ośrodkach i leczeni w nich pacjenci blisko współpracują ze sobą. Leczenie i rehabilitacja są nieodpłatne. To, w którym z ośrodków pacjent będzie kontynuował leczenie, zależy od ustaleń pomiędzy zespołem terapeutycznym, pacjentem i jego rodziną. Tak otwiera się przestrzeń dla psychiatrii zorientowanej na osobę, na jej potrzeby [34–36, 40, 41], tak tworzy się kulturę współżycia, współdziałania, negocjacji i uzgodnień, odpowiedzialności terapeutów i opiekunów za los osoby chorującej i jej rodziny.

Po opuszczeniu szpitala psychiatrycznego nie tylko pacjenci będą potrzebowali pomocy, aby kontynuować leczenie, ale również ich rodziny, które muszą być włączone do współpracy. Wielu chorych będzie potrzebowało treningu i edukacji, żeby odzyskać utraconą pracę, zamieszkać samodzielnie lub przy niewielkim wsparciu ze strony opiekunów. Dla większości pacjentów potrzebna jest pomoc przy organizacji czasu wolnego. Tak więc program rehabilitacyjny obejmuje różne obszary leczenia i pomocy (rys. 3).

Obok stabilności, dostępności i doświadczenia zespołu terapeutycznego, różnorodność ofert terapeutycznych gwarantuje, że leczenie i psychoterapia, rehabilitacja i wsparcie

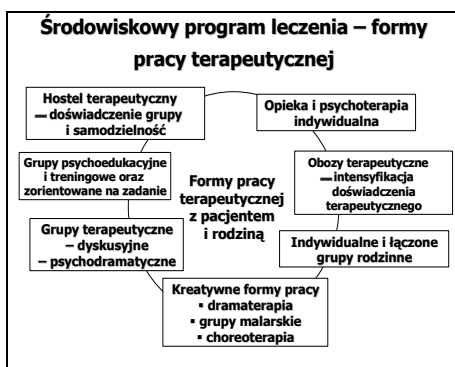
znajdują w różnych fazach przebiegu choroby odpowiednie akcenty i tworzą wzajemnie uzupełniający się program odpowiadający na potrzeby zarówno pacjenta, jak i jego rodziny. Pozwala to pacjentowi na zdobywanie coraz pełniejszej wiedzy o chorobie i sposobach radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, przeciwdziałania jej nawrotom, nabywania coraz szerszych kompetencji społecznych i umiejętności życiowych umożliwiających coraz większą samodzielność, współodpowiedzialność i prawdziwe dążenie do partnerstwa ze świadomością olbrzymiego własnego wkładu w leczenie (rys. 4).



Rys. 3. Środowiskowy program leczenia, rehabilitacji i wsparcia – obszary pomocy

wszystkim zwiększają motywację, aktywność lub też stwarzają pole ekspresji. Myślę o prowadzonych przez nas przez lata obozach psychoterapeutycznych, ale też o wspólnych działaniach takich, jak: ratowanie oddziału dziennego zagrożonego przez prywatyzację i administrację szpitala, propagowanie idei otwartej psychiatrii, prowadzenie wspólnie dydaktyki, kręcenie filmów telewizyjnych, wydawanie czasopisma „Dla Nas”, założenie teatru terapeutycznego, prowadzenie Galerii „Miodowa”, organizowanie Dni Solidarności z Osobami Chorującymi Psychiczenie i wreszcie otwarcie hotelu „U Pana Cogito” z jego filozofią stawania na wysokości zadania i zaglądania losowi prosto w oczy, wielością idei i projektów oraz promieniującą na całą Polskę nadzieją. Ustalając w zależności od potrzeb i możliwości pacjenta indywidualny program leczenia i rehabilitacji opieramy się na kilku podstawowych zasadach:

Pomoc pacjentowi w wyrażaniu siebie i odzyskaniu aktywności polega na rozbudzaniu jego ciekawości, zwiększaniu kompetencji i budowaniu poczucia przynależności do grupy. I tu niewątpliwie ważna jest nasza motywacja, zwłaszcza kiedy pozyskaliśmy już pacjenta do współdziałania i kiedy to współdziałanie przegrywamy. Cały nasz program leczenia zbudowany jest na pracy w małych grupach i na budowaniu więzi w grupie. Sądzimy, że pewne formy działania są szczególnym zagęszczeniem „wspólnej przestrzeni”, przede



Rys. 4. Środowiskowy program – formy pracy terapeutycznej z pacjentem i rodziną

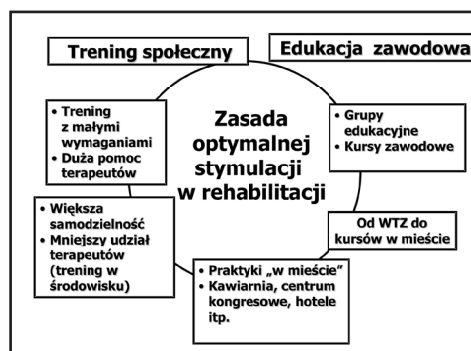
- integracji, która polega na kompleksowym stosowaniu leczenia biologicznego oraz oddziaływań psychoterapeutycznych i psychospołecznych;
- dążenia do partnerstwa: na każdym kroku istnieje konieczność odwoływania się do współpracy wychodząc z założenia, że nie można leczyć i rehabilitować pacjenta bez jego czynnego współdziałania i bez pomagania całej rodzinie;
- wielostronności oddziaływań w celu wprowadzenia korzystnych zmian w różnych obszarach życia zawodowego, rodzinnego, towarzyskiego, społecznego;
- optymalnej stymulacji, która zakłada, że dla chorego szkodliwa jest zarówno nadmierna, jak i niedostateczna stymulacja, czyli niedobór bodźców, monotonia zdarzeń;
- stopniowania trudności krok po kroku: zasada ta stosowana jest w zakresie wszystkich form oddziaływania w związku z upośledzeniem zdolności adaptacyjnych, a szczególnie adaptacji społecznej u wszystkich osób z zaburzeniami psychicznymi;
- powtarzalności oddziaływań, która wynika z konieczności utrwalenia nabytych umiejętności i potrzebie przeciwdziałania nawrotom objawów chorobowych.

Po wypisaniu z oddziału stacjonarnego, zarówno na oddziale dziennym, jak i w różnych grupach ambulatoryjnych kładzie się nacisk na edukację, i to nie tylko psychoedukację nastawioną na powiększanie wiedzy o chorobie, leczeniu i zapobieganiu nawrotom, ale również na szeroko rozumianą edukację zawodową, z rosnącym znaczeniem „treningu społecznych kompetencji” i „sieci społecznej” z jej korzeniami w lokalnym środowisku (rys. 5).

W treningach społecznych kompetencji należy uwzględniać indywidualne możliwości pacjentów i początkowo stawiać małe wymagania, zapewniając dużą pomoc terapeutów, aż do ich coraz mniejszego udziału i przenoszenia nabytych doświadczeń w naturalne sytuacje życiowe, w praktyki zawodowe itp. Wraz z rozprzestrzenianiem się psychiatrii społecznej wiele programów leczenia bardziej podkreśla rolę edukacji niż leczenia, kładzie nacisk na rozwój umiejętności i trening, a nie reintegrację procesów JA, na środowisko terapeutyczne z jego korzeniami w społeczeństwie, a nie na szpital z jego specyficzną kulturą.

Programy terapeutyczne zorientowane na autonomię

Z perspektywy klinicznej, która jest naszym punktem widzenia, chodzi o to, aby pacjent chorujący na schizofrenię, mający małe szanse na zerwanie, na zawsze, wszystkich związków z instytucjami leczniczymi, mógł doświadczyć możliwie jak największej autonomii i w relacjach zarówno z terapeutą (instytucjami leczniczymi), jak i otoczeniem społecznym. Szansa na osiągnięcie tych celów pojawia się w ramach tych programów terapeutycznych, dla których kategoria „wolności” czy — żeby rzecz mniej patetycznie — „aktywności własnej” pacjentów jest równie ważna jak kategoria „zdrowia”. Tak więc wolność pacjenta musi być również celem terapii. Praktycznie rzecz biorąc, każdą fazę terapii i każdą jej formę można i należy rozważyć z tego punktu wi-



Rys. 5. Zasada optymalnej stymulacji w rehabilitacji

dzenia. W ten sposób uzyskuje się kontinuum, począwszy od maksymalnego uzależnienia pacjenta od terapeuty/instytucji/systemu i przejęcia przez terapeutę (instytucję) prawie wszystkich funkcji ego pacjenta — przez etapy pośrednie — do sytuacji, kiedy pacjent sprawuje kontrolę nad funkcjami ego, uzyskując optymalny w danej sytuacji dystans do terapeutów i instytucji leczniczych. Zatem kategorią różnicującą, *differentia specifica*, jest w tym wypadku spojrzenie na zjawiska „wolności”, „aktywności własnej” oraz „bliskości i dystansu” z dwóch wzajemnie przenikających się perspektyw: pacjenta i terapeuty. Pacjenci chorujący na schizofrenię często upatrują „wolności” czy też wręcz znajdują ją, w swoim świecie schizofrenicznym, zrywając związki z rzeczywistością społeczną i sytuacją życiową, w której przypadło im tkwić. W momencie hospitalizacji artykułują oni problem „wolności”. W sposób najbardziej elementarny przeżywają poczucie zaistniałej zależności, chęć przeciwstawienia się, którą z reguły obawiają się zrealizować, ponieważ terapeuta (instytucja/system) dysponuje całym przejrzystym wyeksponowanym aparatem władzy. Problem „wolności” pomijany jest zarówno w programach terapeutycznych ukierunkowanych na likwidowanie objawów (np. w programach biologicznego leczenia), jak i w tych programach psycho-społeczno-biologicznych, z dominantą behawioralno-edukacyjnego podejścia, w których nacisk kładzie się jedynie na trening społeczny, korekcję zachowania i adaptację. Opowiadamy się za trzecią perspektywą, w której „wolność” — aktywność własna JA — jest również celem terapii.

Kolejne ogniwa systemu odpowiadają różnym formom organizacyjnym — od psychoterapeutycznych i rehabilitacyjnych po samopomocowe i organizujące zatrudnienie na otwartym rynku pracy. Stopień autonomii zawarty jest w języku. Na oddziałach dziennych są pacjenci, w Warsztatach Terapii Zajęciowej, Środowiskowym Domu Samopomocy i obozach terapeutycznych — uczestnicy, w hostelu terapeutycznym — mieszkańcy, w teatrze leczącym „Psyche” — aktorzy, w organizacji byłych pacjentów „Otwórzcie Drzwi” — członkowie stowarzyszenia, edukatorzy, w czasopiśmie „Dla Nas”, będącym forum pacjentów i profesjonalistów — redaktorzy, a w działających w sferze integracji zawodowej ZAZ-ie i firmie społecznej, czyli hotelu i restauracji „U Pana Cogito” — są pracownicy. Różnorodność ról wpisana jest w program leczenia.

Cały proces terapii, od oddziału stacjonarnego do firmy społecznej „U Pana Cogito”, można zobaczyć jako problem stopniowego zwiększania aktywności Ja poprzez wykorzystanie pola społecznego grupy i asymilacji emocjonalnej nowych doświadczeń. Innymi słowy, terapeuci, instytucje terapeutyczne i systemy terapeutyczne mogą ten proces stymulować i wspierać, albo blokować i hamować. Tę drogę można opisać również od „pasywnego” środowiska terapeutycznego, dającego głównie „ochronę” i „wsparcie”, do „aktywnego” środowiska terapeutycznego, w którym istotnymi czynnikami terapeutycznymi stają się struktura, włączenie, kreowanie aktywnego pola terapeutycznego, negocjacje [37–39].

Rozwiązania systemowe nie zastąpią jednak indywidualnego wyboru, przed którym stoi każdy terapeuta i który ujawnia się w jego relacji z pacjentem od momentu podjęcia leczenia. Albo odbieramy wolność pacjentowi razem z jego chorobą, albo celem terapii jest również — poza zmniejszeniem lub likwidacją objawów — utrzymanie jego „wolności” jako zasadniczej wartości wzbogacającej życie i nadającej mu sens.

Dwa przykłady z praktyki

Psychiatria środowiskowa obejmuje lata leczenia i wsparcia w środowisku. Dla tej historii zmagania się z chorobą przez lata życia symbolem pozostanie filozofia firmy społecznej „U Pana Cogito” oraz „Dni Solidarności z Osobami Chorującymi Psychicznie”. Poprzez te dwa przykłady chciałbym przybliżyć ideę i praktykę psychiatrii środowiskowej.

Hotel „U Pana Cogito” jako firma społeczna i ośrodek szkoleniowy psychiatrii zorientowanej na osobę

Firma społeczna „U Pana Cogito” jest modelowym projektem, łączącym wiele istotnych, różnorodnych elementów programu przeciwdziałania stygmatyzacji. Jest ona integralną częścią infrastruktury hotelarskiej w Krakowie. Zatrudnia 25 osób cierpiących na schizofrenię oraz 8 osób zdrowych. Koordynatorem projektu jest Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej. W roku 2005 hotel „U Pana Cogito” przyjął 2500 gości z 43 krajów z całego świata (obłożenie 76%), a kolejne 2000 mieszkańców Krakowa odwiedziło go uczestnicząc w różnego rodzaju wydarzeniach rodzinnych organizowanych w restauracji hotelowej. Usiłujemy określić, dokonać ewaluacji i rozpropagować korzyści wynikające z projektu dla jego pracowników oraz dla innych grup osób, które dowiadują się w ten „niewidoczny sposób” o schizofrenii i możliwościach, zdolnościach osób cierpiących na tę chorobę. Hotel „U Pana Cogito” będąc firmą społeczną stał się znaczącą kulturotwórczą instytucją dla społeczności lokalnej Krakowa. Wizerunek ten utrwala fakt, iż obok oferty noclegowej dla turystów, Stowarzyszenie i Pracownia Psychiatrii Środowiskowej CMUJ prowadzi w sali konferencyjnej hotelu „U Pana Cogito” szeroko rozbudowany program edukacyjny. Uczestnicy odbywających się tam seminariów i szkoleń — kolejnych około 2000 osób rocznie — są studentami medycyny, pracownikami socjalnymi, lekarzami rodzinnymi, dziennikarzami, nauczycielami i przedstawicielami lokalnych władz samorządowych. Hotel, odwiedzany przez liczne grupy studyjne z zagranicy oraz media, przybliża wiedzę o chorobie psychicznej, osobach chorujących, psychiatrii zorientowanej na osobę, stał się wizytówką tej bardziej wrażliwej, sięgającej do tradycji Kepińskiego i Tischnera, twarzy miasta.

Hotel „U Pana Cogito” jest firmą społeczną, instytucją kulturotwórczą, ale równocześnie ma wartość symboliczną. Co kryje się za tym symbolem? W Polsce symbolizuje ona odzyskiwanie przez pacjentów wpływu na własne życie, umacnianie ich w procesie zdrowienia. Buduje kulturę dialogu pomiędzy lokalną społecznością a psychiatrią zorientowaną na potrzeby. Kreuje dialog poświęcony schizofrenii, przezwyciężaniu choroby i ułatwieniu integracji społecznej.

Program „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi”, Program Solidarności z Osobami Chorującymi Psychicznie

Najważniejszym wydarzeniem w społecznej, politycznej i medialnej kampanii na rzecz osób chorujących na schizofrenię są organizowane w ramach programu „Schizofrenia — Otwórzcie Drzwi” roczne Dni Solidarności z Osobami Chorującymi Psychicznie. Odbywają się one od 2000 roku we wszystkich dużych miastach w całym kraju przy współpracy z lokalną społecznością. Istotne jest zarówno szersze społeczno-kulturowe tło tego

wydarzenia, jak i jego edukacyjne znaczenie. Aby program „Schizofrenia — Otwórzcie Drzwi” był wiarygodny, musiał zawierać obok działań edukacyjnych promocję dobrych przykładów leczenia i pokonywania choroby. W naszym kraju na obecnym etapie nie do zakończonej reformy opieki psychiatrycznej powiązanie edukacji z promocją wartościowych aktywności psychiatrii środowiskowej było warunkiem wiarygodności samego programu. Główną ideą jednoczącą była idea „dobrej wspólnoty”. Dni Solidarności są świętem lokalnej wspólnoty. Ulubiona ulica w mieście, często odwiedzana, zaprasza na wspólny festyn. Kawiarnie, restauracje prezentują wystawy prac pacjentów i artystów, urządzą wieczory poezji i spektakle teatralne. Statuetką „Przedsiębiorca z Twarzą” nagradzani są ci, którzy stworzyli w danym roku najwięcej miejsc pracy dla naszych pacjentów. Solidarność to poczucie więzi, to symbol najważniejszego doświadczenia naszego narodu, w którym była ona siłą zwycięską i otwierała przestrzeń nadziei.

Psychiatria społeczna jest powszechną edukacją. Tutaj olbrzymią rolę pełnią media. Filmy edukacyjne (10 przykładów psychiatrii środowiskowej — o zdrowieniu, pracy, rodzinie, wierze) nakręcone we współpracy z naszymi pacjentami przez krakowską TVP, opowiadają o trudnych doświadczeniach choroby, poszukiwaniu przez nich sensu przeżyć psychotycznych, odzyskiwaniu wpływu na przebieg choroby i „współautorstwie” w terapii. Opowiadają też, jak przeżywają oni społeczny odbiór schizofrenii, przestrzegają, że to rozpoznanie często jeszcze brzmi „jak wyrok, przegrany los, zrzucenie do otchłani”. Poprzez odsłonięcie twarzy pacjentów, wymienienie ich z nazwiska, podjęcie misji publicznej, uczestnictwo w programie „Schizofrenia — Otwórzcie Drzwi”, prowadzenie powszechnej, ogólnonarodowej edukacji i pokazywanie drogi do dialogu terapeutycznego, ukazując ogromny potencjał tkwiący w postulowanym „współautorstwie w leczeniu”. Są jak książki Arnild Lauveng przesłaniem nadziei, wygraną walką ze schizofrenią [41].

To, co istotne w psychospołecznym leczeniu schizofrenii

Podstawowa zasada leczenia i rehabilitacji w psychiatrii społecznej polega na włączeniu całego znaczącego otoczenia we współpracę. Mam tutaj na myśli rodzinę, partnerów, osoby wspólnie mieszkające, środowisko pracy, ale również uwzględnienie sytuacji bytowej, np. bezrobocia, które dotknęło naszego pacjenta. Tak więc psychiatria społeczna uwzględnia i leczy nie tylko mózgi i pojedynczą osobę, ale cały społeczny mikrosystem. Terapeuta społeczny musi scalić w sobie dwie perspektywy. Z jednej strony musi mieć umiejętność zanurzenia się w wewnętrzny świat chorego, towarzyszenia mu w jego chorobie, musi akceptować istniejącą sytuację i tylko starać się ją zrozumieć, nadać sens przeżyciom chorego porządkując jego wewnętrzny chaos, często tylko przez samą obecność, troskliwość, która nie ma nic wspólnego z całą machiną „inżynierii społecznej”. Równocześnie musi być wrażliwy na zjawiska, które są realnym doświadczeniem naszych pacjentów i ich rodzin. Mam tu na myśli: bezdomność, bezrobocie, pusty dzień, samotność, pauperyzację w świecie konsumpcji, brak albo rozpadanie się więzi rodzinnych i społecznych, a nawet wrogość i odrzucenie, zniszczone społeczne nisze przez wszechobecny rynek, piętno, zwykły brak wiedzy o chorobie i leczeniu, przeciążenie rodziny, wypalenie w zespołach prowadzących leczenie i brzemień w rodzinach podejmujących trud opieki nad chorym, komercjalizację, a więc zjawiska, z którymi w terapii społecznej stykamy się na co

dzień. Od umiejętności i stopnia, w jakim poszczególni terapeuci, zespoły terapeutyczne i instytucje potrafią scalić, zintegrować te dwie, jakże często rozszczepione perspektywy w spójne działania, w duchu Bleulera i Kępińskiego, w „tworzeniu wspólnej przestrzeni” nie tylko terapeutycznej, ale też wspólnego życia, będzie zależał wynik zmagania się ze schizofrenią. I to uważam w psychoterapeutycznie zorientowanym psychospołecznym leczeniu — za naprawdę istotne.

Za ten, inspirowany myślą Antoniego Kępińskiego, program włączający osoby chorujące na schizofrenię w życie Krakowa, za zapisanie z nimi „wspólnej historii życia”, a nie tylko „historii choroby”, program, który nazwaliśmy „Leczyć się, mieszkać i pracować w lokalnej wspólnocie” nasze organizacje zostały laureatami nagrody Pro Publico Bono wyróżniającej za najlepsze dzieło obywatelskie w 2007 roku.

Piśmiennictwo

1. Tischner J. Myślenie według wartości. Kraków: Społeczny Instytut Wydawniczy Znak; 1982.
2. Barbaro B, Cechnicki A, Zawadzka K, Zadęcki J. Model terapii i rehabilitacji w schizofrenii. *Psychoter.* 1979; 28: 6–10.
3. Cechnicki A, Bielańska A. A community treatment programme for people in Krakow suffering from schizophrenia. W: Gale J, red. *Therapeutic communities for psychosis*. London, New York: Routledge; 2000.
4. Cechnicki A. Refleksja nad psychiatrią społeczną w krakowskiej klinice — przeszłość i teraźniejszość. *Dialog* 2001; 11.
5. Kępiński A. Schizofrenia. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 1972.
6. Kępiński A. Poznanie chorego. Kraków: PZWL; 1978.
7. Bleuler M. Schizophrenie als besondere Entwicklung. W: Doerner K, red. *Neue Praxis braucht neue Theorie*. Gutersloh: Verlag Jakob van Hoddis; 1986.
8. Zawadzka K, Cechnicki A, Barbaro B. Die Rolle des Haubensuches im Betreuungsmodel von Familien schizophreniekranke Patienten in Kraków. *Psychiatr. Praxis* 1988; 15: 30–33.
9. Zadęcki J, Cechnicki A, Drozdowski P, Kurgan A, Zawadzka K. Terapia bifokalna w leczeniu schizofrenii. Bilans dwuletnich doświadczeń z grup rodzinnych. *Psychoter.* 1979; 28: 21–29.
10. Bogacz J, Cechnicki A. Gesellschaftliches Leben und die Welt der Bedeutungen. *Zeit. Syst. Ther. Beratung* 2007; 1: 5–9.
11. Barbaro B, Cechnicki A, Konieczko B, Ostrowska I, Zadęcki J, Zawadzka K. Hostel jako forma pozaszpitalnej terapii chorych na schizofrenię. *Psychoter.* 1979; 28: 32–37.
12. Zadęcki J, Cechnicki A. Uwagi w sprawie mieszkań terapeutycznych (hosteli) w Polsce. Doświadczenia krakowskie. *Biul. Inst. Psychiatrii* 1985; 1–2.
13. Cechnicki A, Datka J, Hanik B, Hodura E, Zadęcki J, Zawadzka K. Obóz leczniczo-rehabilitacyjny dla chorych na schizofrenię. *Psychoter.* 1979; 28: 38–42.
14. Cechnicki A, Bielańska A, Walczewski K. Therapeutic camp as a part of an integrated community programme for schizophrenic patients. *Therap. Comm. Int. J. Ther. Support. Organiz.* 1999; 2(20): 103–117.
15. Zadęcki J, Cechnicki A. Problematyka wartości w schizofrenii. *Zdrowie Psych.* 1983; 1: 57–62.
16. Cechnicki A. Uwagi o modelu podatności na zranienie w schizofrenii. *Psychoter.* 1990; 3: 39–48.
17. Cechnicki A. Wybrane aspekty leczenia schizofrenii. *Psychoter.* 1992; 2: 27–37.

18. Cechnicki A. Co jest istotne w psychospołecznym leczeniu schizofrenii. W: Bomba J, red. Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2000. s. 37–47.
19. Barbaro B, Cechnicki A. Możliwość ograniczenia hospitalizacji psychiatrycznej z perspektywy psychiatrii społecznej. *Psychiatr. Pol.* 1992; 1–2: 155–159.
20. Bielańska A. Psychoterapia indywidualna osób z diagnozą schizofrenii. *Psychoter.* 2006; 3(138): 75–86.
21. Bielańska A, Cechnicki A. Psychoterapia grupowa w leczeniu schizofrenii. W: Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2004, s. 139–150.
22. Cechnicki A, Bielańska A, Drożdżowicz L. Rola treningu społecznych umiejętności w systemie leczenia chorych na schizofrenię. *Psychoter.* 1986; 4: 17–28.
23. Cechnicki A. Dziesięć lat oddziału dziennego dla chorych na schizofrenię – opis programu terapeutycznego. *Psychoter.* 1992; 2: 3–17.
24. de Barbaro B, Ostoja-Zawadzka K, Cechnicki A. Możesz pomóc. Poradnik dla rodzin pacjentów chorych na schizofrenię i zaburzenia schizotypowe. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2005.
25. Bielańska A, Cechnicki A, Rogoż K. Dramaterapia jako forma rehabilitacji chorych na schizofrenię. Doświadczenia własne. *Psychoter.* 1986; 4: 25–30.
26. Cechnicki A, Bielańska A, Budzyna-Dawidowski P. Drama therapy as a means of rehabilitation for schizophrenic patients: our impressions. *Am. J. Psychother.* 1991; 4: 566–575.
27. Bielańska A, Cechnicki A. Drama therapy in a community treatment programme. W: Gale J, red. Therapeutic communities for psychosis. London: Routledge; 2008, s. 224–233.
28. Bielańska A. Teatr, który leczy. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002.
29. Cechnicki A, Kaszyński H. Programy rehabilitacji zawodowej i pracy dla osób chorych na schizofrenię – rozwiązania krakowskie. *Post. Psychiatr. Neurol.* 2000; 9: 427–434.
30. Cechnicki A. Pozytywna kampania edukacyjna. Bilans czterech lat polskiego programu „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi”. W: Cechnicki A, Bomba J, red. Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: 2004; s. 157–169.
31. Cechnicki A, Bielańska A. Przeciwdziałanie wykluczeniu i marginalizacji osób chorujących psychicznie W: Duda M, Gulla B, red. Przeciw wykluczeniu społecznemu. Kraków: Wydawnictwo Naukowe PAT; 2008, s. 99–121.
32. Cechnicki A, Kaszyński H. Przyszłość pracy dla osób chorych psychicznie. W: Cechnicki A, Bomba J, red. Schizofrenia: różne konteksty, różne terapie, tom 3. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2004.
33. Kaszyński H, Cechnicki A. Integracja zawodowa osób chorujących psychicznie w Polsce w perspektywie uchwalenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. *Psychiatr. po Dypl.* (wydanie specjalne), 2007, 36–41.
34. Cullberg J. Therapie der Psychosen. Ein interdisziplinären Ansatz. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2008.
35. Ciompi L. Wie können wir die Schizophrenen besser behandeln? Eine Synthese neuer Krankheits- und Therapiekonzepte. *Der Nervenarzt* 1981; 52: 506–515.
36. Amering M, Krausz M, Katschnig H. Hoffnung Macht Sinn. Wien: Facultas Verlags; 2008.
37. Gunderson JG. Functions of milieu therapy. Psychotherapy of schizophrenia. Proceedings of the 6th International Symposium on the Psychotherapy of Schizophrenia. Lozanna; 1978.

38. Gunderson JG, Carroll A. Klinische Probleme im Lichte empirischer Forschung. W: Stierlin H, Wynne LC, Wirsching M, red. Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenie. Berlin: Springer-Verlag; 1985.
39. Washburn S, Conrad M. Organization of the therapeutic milieu in the partial hospital. W: Luber RF, red. Partial hospitalization. A current perspective. New York: Plenum Press; 1979.
40. Alanen Y. Schizofrenia. Jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2009.
41. Lauveng A. Byłam po drugiej stronie lustra. Wygrana walka ze schizofrenią. Sopot: Smak Słowa; 2008.

Adres: Pracownia Psychiatrii Środowiskowej
pl. Sikorskiego 2/8, 31-115 Kraków

BIBLIOTEKA PSYCHIATRII POLSKIEJ

w serii ukazały się m.in. następujące pozycje (*jeszcze dostępne u wydawcy*):

- Epidemiologia zaburzeń psychicznych**
pod red. A. Kiejny i J. Rymaszewskiej (30 zł)
- Genetyka molekularna zaburzeń psychicznych**
pod red. J. Rybakowskiego i J. Hauser (25 zł)
- Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: podejścia, metody, techniki. Tom 2.**
pod red. B. Józefik i M. Pileckiego (35 zł)
- Mózg i psyche. W stulecie utworzenia Katedry Psychiatrii i Neuropatologii w Uniwersytecie Jagiellońskim. Pokłosie jubileuszowego sympozjum**
pod red. Jacka Bomby i Macieja Pileckiego (35 zł)
- Pacjenci z podwójną diagnozą – problemy diagnostyczne i terapeutyczne**
pod red. J. Meder (35 zł)
- Powikłania somatyczne jądłowstrętu psychicznego**
pod red. J. Rabe-Jabłońskiej (35 zł)
- Problemy zdrowia psychicznego kobiet**
pod red. J. Meder (25 zł)
- Psychiatria Konsultacyjna. Psychiatria Liaison**
pod red. S. Ledera i C. Brykczyńskiej (12 zł)
- Psychiatryczne i psychologiczne aspekty praktyki medycznej**
pod red. S. Ledera i C. Brykczyńskiej (20 zł)
- Psychoonkologia**
pod red. K. de Walden-Gałuszko (25 zł)
- Psychoterapia schizofrenii**
pod red. J. Meder i M. Sawickiej (35 zł)
- Psychoterapia, psychiatria społeczna – wybrane zagadnienia**
Stefan Leder (25 zł)
- Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie**
pod red. J. Meder (20 zł)
- Rodzinne uwarunkowania międzypokoleniowej transmisji alkoholizmu**
Joanna Mazur (30) Nowość
- Rola czynników zakaźnych w zaburzeniach psychicznych**
pod red. F. Rybakowskiego (30 zł)
- Schizofrenia. Psychologia i psychopatologia**
Konstantinos Tsirigotis, Wojciech Gruszczyński (35 zł)
- Schizofrenia: różne konteksty, różne terapie**
pod red. J. Bomby (20 zł)
- Schizofrenia: różne konteksty, różne terapie 2.**
pod red. J. Bomby i B. de Barbaro (25 zł)
- Schizofrenia: różne konteksty, różne terapie 3.**
pod red. A. Cechnickiego i J. Bomby (30 zł)
- Schizofrenia: różne konteksty, różne terapie 4.**
pod red. J. Bomby, M. Rostworowskiej, Ł. Müldnera-Nieckowskiego (35 zł)
- Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej**
Jerzy W. Aleksandrowicz, Jerzy A. Sobański (30 zł)
- Współwystępowanie zaburzeń psychicznych a choroba afektywna dwubiegunowa**
Bartosz Grabski, Dominika Dudek (25) Nowość
- Zaburzenia funkcji poznawczych w chorobach psychicznych**
pod red. A. Borkowskiej (30 zł)
- Zaburzenia psychiczne u mężczyzn. Wybrane zagadnienia.**
pod red. J. Meder i M. Sawickiej (30 zł). Nowość
- Zachowania agresywne. Przeciwdziałanie, leczenie**
pod red. J. Meder (35 zł) Nowość