

Małgorzata Olejczyk-Barańska, Gabriela Kowalczewska-Kawała

Psychoterapia indywidualna na tle grupy pacjentów z doświadczeniem psychozy w warunkach dziennego oddziału psychiatrycznego

słowa kluczowe: *dzienny oddział psychiatryczny, psychoterapia indywidualna na tle grupy, organizacja osobowości chronicznej schizofrenii i psychotycznej, borderline, techniki psychoterapii grupowej.*

Wstęp

Niniejszy artykuł chcielibyśmy poświęcić wspólnej pracy psychoterapeutycznej w ramach funkcjonowania ogólnopsychiatrycznego oddziału dziennego, na którym prowadziłyśmy krótkoterminową psychoterapię indywidualną na tle grupy dla pacjentów z doświadczeniem psychozy. Równolegle prowadziłyśmy również psychoterapię indywidualną na tle grupy dla pacjentów z zaburzeniami osobowości. Jednakże w tym miejscu skupimy się na specyfice pracy z pacjentami manifestującymi objawy psychotyczne.

Proces zawiązywania koterapii i powstawania oddziału dziennego

W roku 2017 Szpital Kliniczny im. dr. Babińskiego w Krakowie – istniejący od 1917 roku – otwiera Dzienny Oddział Psychiatryczny w Myślenicach. Funkcjonuje on w strukturze Centrum Zdrowia Psychicznego Małopolska-Południe obok Poradni Zdrowia Psychicznego i Zespołu Leczenia Środowiskowego dla powiatu myślenickiego, co pozwala na objęcie pacjentów koordynowaną opieką psychologiczno-psychiatryczną. W związku z powstawaniem nowej placówki, przy przychylności dyrekcji i kierownictwa, mamy możliwość tworzenia od podstaw własnej koncepcji modelu prowadzenia psychoterapii z zastosowaniem poszczególnych metod pracy. Podobnego modelu leczenia psychoterapeutycznego nie ma na oddziałach dziennych powołanych do życia wcześniej w tymże szpitalu. Sądzymy, że do powstania naszego modelu w dużej mierze przyczyniło się zapewnienie nam dużej swobody w doborze koncepcji teoretycznych, technik i metod, jak również zaufanie w etyczne i naukowe podstawy standardów naszej pracy.

Zaczynając współpracę koterapeutyczną, pragnęłyśmy obie pracować w nurcie psychodynamicznym, co stanowiło wyzwanie z wielu powodów. Należy nadmienić, że nie znałyśmy się wcześniej, obie odbyłyśmy szkolenia w Krakowskim Centrum Psychodynamicznym, jednak w jego różnych edycjach, co niosło za sobą nieco odmienne

podejście w technice pracy. Niosłyśmy też zróżnicowane doświadczenia dotychczasowej pracy zawodowej: jedna z nas dotąd pracowała na ogólnopsychiatrycznym oddziale stacjonarnym, oddziale psychiatrii sądowej oraz epizodycznie na dziennym oddziale psychiatrycznym, druga miała za sobą kilkanaście lat pracy w ośrodku interwencji kryzysowej i pracy trenerskiej mającej na celu podnoszenie kompetencji społecznych osób wykluczonych. Obie natomiast pracowałyśmy z wyżej funkcjonującymi pacjentami w ramach gabinetów prywatnych. Doświadczenia te z jednej strony stanowiły nasz zasób, a z drugiej stanowiły wyzwanie, dlatego wchodziliśmy w tę współpracę z nadziejami i obawami jednocześnie. Specyfika pracy z pacjentami o psychotycznej organizacji osobowości, jak również myśl, że dane jest nam stworzyć program terapeutyczny od podstaw dla nowo powstającej placówki, z początku dostarczały wielu pytań. Zatem naszą współpracę rozpoczęliśmy od wspólnej superwizji u mgr Bożeny Gramatyki, zanim jeszcze w ogóle ukonstytuowała się struktura i organizacja pracy oddziału dziennego.

Zasady funkcjonowania oddziału

Zgodnie z wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia pobyt pacjenta na oddziale dziennym trwa od czterech do maksymalnie szesnastu tygodni. W uzasadnionych przypadkach możliwe jest ponowne przyjęcie pacjenta po minimalnym odstępie trzech tygodni.

Kwalifikacja do przyjęcia na oddział prowadzona jest w ramach poradni zdrowia psychicznego przez lekarza psychiatrę i psychoterapeutę pracujących jednocześnie na oddziale. Rozmowa z pacjentem koncentruje się wtedy przede wszystkim na poznaniu historii leczenia pacjenta oraz jego motywacji do podjęcia psychoterapii. Niejednokrotnie prowadzona jest wtedy psychoedukacja – czym jest psychoterapia. Omawiane są zasady funkcjonowania oddziału oraz przedstawione propozycje oddziaływań terapeutycznych. Po zakwalifikowaniu pierwsze dwa tygodnie służą dalszej diagnozie psychoterapeutycznej i kwalifikacji do terapii grupowej lub innych form oddziaływania.

Psychoterapia grupowa prowadzona jest trzy razy w tygodniu po dwie sesje w settingu – co drugi dzień, łącznie sześć godzin tygodniowo. Poza nią pacjenci mają również inne zajęcia, takie jak psychoedukacja, edukacja zdrowotna, trening kompetencji społecznych, terapia zajęciowa – w tym trening kulinarny, spotkania społeczności terapeutycznej, konsultacje rodzinne z psychoedukacją.

Podstawy teoretyczne

Kluczowym elementem wdrażania techniki pracy indywidualnej na tle grupy było osadzenie jej w koncepcjach teoretycznych, dających rozumienie, czym w zasadzie jest psychoza, jaka jest natura psychotycznej organizacji osobowości oraz struktura różnicująca poziom jej zaburzenia.

Niejednokrotnie można spotkać się z powątpiewaniem klinicystów co do zastosowania psychoterapii psychodynamicznej opartej o myśl psychoanalityczną w przypadku pacjentów z psychozą. Choć trudność w „analizowalności” pacjentów psychotycznych

w refleksji Zygmunta Freuda była akcentowana między innymi z racji na trudność wytworzenia całościowej relacji przeniesieniowej, to zastosowanie jej we współczesnej psychiatrii i psychoterapii nie jest nierealne. Sam Freud uważał, iż odpowiednia modyfikacja technik terapii umożliwia stosowanie psychoterapii psychozy. Psychoza stanowi tu odzwierciedlenie zerwania więzi ego z rzeczywistością, a objaw wytwórczy staje się „łatą” pomiędzy ego a światem rzeczywistym (Prot, Murawiec, 2013).

Nie sposób też pominąć intensywnego rozwoju metod neuroobrazowych, badających metaboliczną aktywność poszczególnych płatów mózgowych oraz struktur całego mózgowia przy użyciu technik funkcjonalnego obrazowania (np. PET, SPECT, fMRI)¹, dostarczających tym samym wiedzy o neurobiologicznej etiologii psychozy na przykładzie schizofrenii (Jodzio, 2011). Doniesienia wskazują, iż nieprawidłowości w przebiegu schizofrenii nie mają charakteru strukturalno-anatomicznego, a bardziej funkcjonalno-patofizjologiczny. Oznaczałoby to, że zaburzony tok myślenia – psychotycznie „pofragmentowany” – może mieć charakter dynamicznej nieprawidłowości (Jodzio, 2011), a więc podatnej na oddziaływanie psychofarmakologiczne, uwzględniające również istnienie zjawisk świadomości i nieświadomości (Herzyk, 2017).

Istotnymi teoriami w temacie zaburzeń psychotycznych okazały się koncepcje Williama R. Fairbairna, Wilfreda R. Biona, Melanii Klein, Margaret Mahler (Cierpiąłkowska, Gościński, 2008), a kluczową i porządkującą wiedzą – koncepcja teorii relacji z obiektem Otto F. Kernberga oraz wypracowany model strukturalnej organizacji osobowości ze szczególnym uwzględnieniem organizacji z poziomu: 1) chronicznej schizofrenii, 2) psychotycznej i 3) osobowości z pogranicza, to jest borderline z niższego poziomu funkcjonowania z dekompensacjami psychotycznymi (Kernberg, 2020). Pacjentów ze wszystkich tych trzech grup charakteryzuje między innymi: kruchość ego, zaburzenia w testowaniu rzeczywistości lub czasowe takie funkcjonowanie (fuzja self i obiektu), dominacja prymitywnych mechanizmów obronnych opartych na rozszczepieniu, projekcyjnej identyfikacji, idealizacji i dewaluacji oraz dominacja prymitywnych konfliktów preedypalnych.

W przypadku głęboko zaburzonych pacjentów w dużym stopniu bazujemy na teoriach związanych z deficytem w obrębie ego, a w mniejszym stopniu opartych na konfliktach, co kieruje naszą pracę psychotherapeutyczną bardziej na „nadawanie znaczeń” niż na ich „odkrywanie” (Gościński, Raginia, 2008). Te teoretyczne odniesienia determinują też cele psychoterapii grupowej naszych pacjentów. Głównymi celami stały się między innymi: wzmacnianie motywacji do podjęcia i kontynuowania farmakoterapii i psychoterapii; „uporządkowanie” historii życia, co w dalszej perspektywie służyło poprawie w zakresie konsolidacji, integracji tożsamości; praca nad adekwatnym testowaniem rzeczywistości; poprawa w zakresie funkcjonowania społecznego oraz komunikacji interpersonalnej z umiejętnością nadawania przeżyciom znaczeń i słów; pozyskiwanie

¹ PET – *positron emission tomography*, pozytonowa emisyjna tomografia komputerowa; SPECT – *single photon emission computed tomography*, tomografia emisyjna pojedynczych fotonów; fMRI – *functional magnetic resonance imaging*, funkcjonalny rezonans magnetyczny – *przyp. red.*

zdolności do rozpoznawania objawów wytwórczych i budowania krytycyzmu względem nich. Terapeuta pełni tu rolę **pomocniczego ego**, pomagając też pacjentowi w przewidywaniu konsekwencji jego działań. Dopiero w sytuacji, w której udaje się utrwalić również przymierze terapeutyczne oraz rozpoznać i omówić indywidualne czynniki determinujące nawrót choroby z przepracowaniem deficytu, można mówić o stosowaniu terapii wspierającej, poszerzonej o elementy terapii ekspresywnej (Gabbard, 2015).

Geneza i opis metody

Omawiając istotę procesu psychoterapii grupowej i indywidualnej w warunkach oddziału dziennego, po wspólnej superwizji, obrałyśmy model psychoterapii grupowej z pracą indywidualną pacjenta na tle grupy. Metodę tę zaczerpnęłyśmy z doświadczeń pracy zespołu dr. Piotra Drozdowskiego z Oddziału Nerwic Kliniki Psychiatrii Dorosłych AM w Krakowie (obecnie CMUJ), gdzie była stosowana przy leczeniu pacjentów z patologią nerwicową i osobowości (Drozdowski, Kokoszko, 1990). Jednak zmodyfikowałyśmy ją, uwzględniając kruchość ego, trudności w testowaniu rzeczywistości czy też stosowanie mechanizmów obronnych opartych o rozszczepienie pacjentów z psychotyczną organizacją osobowości.

Powstawało wiele wątpliwości co do techniki pracy i wiążących się z tym sposobów oddziaływania psychoterapeutycznego. Często towarzyszyła nam obawa związana z tym, że struktura sesji oparta o pracę indywidualną pacjenta na tle grupy jest odzwierciedleniem techniki pracy z pacjentem osobowościowym. W związku z tym pacjent mógłby być nadmiernie frustrowany. Rozważałyśmy, czy frustracja ta mogłaby niepotrzebnie regresować pacjentów, sprzyjać mechanizmom rozszczepiennym i prowadzić do paranoidalnych lęków. Ostatecznie jednak udało się stworzyć model sesji, który z jednej strony ma jasną strukturę, co dla pacjentów psychotycznych jest porządkujące i dające poczucie bezpieczeństwa, a z drugiej – jest na tyle elastyczny, że umożliwia dostosowanie się do psychopatologii pacjenta.

Ze względu na specyfikę oddziału dziennego grupa psychoterapeutyczna ma charakter półotwarty. Uczestniczą w niej pacjenci na różnym etapie pobytu, co pozwala z jednej strony osadzać się w grupie nowym pacjentom, ale też poznać świeżą perspektywę pacjentom już będącym w procesie grupowym.

Przez pierwsze dwa tygodnie pobytu pacjent nie dołącza jeszcze do grupy. Prowadzone są wtedy konsultacje i diagnostyka psychoterapeutyczna w oparciu o wywiad strukturalny. Badana jest także organizacja i psychopatologia osobowości, manifestacja objawów oraz prowadzone są obserwacje dotyczące funkcjonowania pacjenta w społeczności oddziału. W tym czasie określana i budowana jest motywacja pacjenta do podjęcia leczenia wraz z uszczegółowieniem celu terapii. Po zakwalifikowaniu do psychoterapii grupowej pacjent dołącza do grupy, a jego pierwszą sesją indywidualną jest przedstawienie swojego życiorysu, ma na to dwa tygodnie. Proszony jest o przygotowanie życiorysu na piśmie i zaprezentowanie w dialogu z obiema terapeutkami, które pomagają wyjaśnić grupie różne wątki z życia pacjenta. Po tym etapie jest czas na refleksje grupowe, którym pacjent w milczeniu się przysłuchuje. Życiorys

pacjenta ma pełnić wiele funkcji. Przede wszystkim jest przedstawieniem się grupie, opowiedzeniem o sobie tak, aby uczestnicy grupy mogli lepiej rozumieć pacjenta, jego historię i zachowanie. Poza tym ma wartość terapeutyczną. Pozwala w historyczny i chronologiczny sposób ułożyć wydarzenia ze swojego życia.

Sesje są prowadzone na zasadzie pracy indywidualnej na tle grupy, a co najmniej raz na dwa tygodnie mają też charakter pracy opartej o proces grupowy, gdzie celem staje się omówienie ważnych dla pacjentów wątków grupowych z wyjaśnieniem dynamiki procesu.

Pacjenci rozpoczynają od około 15-minutowej rundki otwierającej sesję, w czasie której omawiają bieżące sprawy, swoje samopoczucie, przemyślenia. Zgłaszają też swoją chęć podjęcia pracy indywidualnej, podtrzymując wcześniejsze ustalenia, choć zdarzały się sytuacje, w których grupa dokonywała tu zmian. Jest to też tematem refleksji grupy i terapeutów. Następnie pacjent, który zgłosił się do pracy własnej, wybiera z dwojga terapeutów tego, z którym chciałby rozmawiać, co również poddawane jest pod dyskusję grupy. Część sesji poświęcona pracy indywidualnej pacjenta trwa około 35 minut. Grupa wraz z drugim terapeutą przysłuchuje się rozmowie. Pacjent może wnieść dowolny temat, również terapeuta może wskazać obszar do pracy własnej. W kolejnej części – około 30 minut – drugi terapeuta wraz z grupą dzieli się swoimi spostrzeżeniami i obserwacjami dotyczącymi wysłuchanej sesji indywidualnej. W tym czasie pacjent, który przedstawiał pracę własną, oraz terapeuta, który z nim pracował, przysłuchują się rozważaniom grupy. Ostatnie 10 minut sesji zajmuje rundka zamknięcia, a pacjent, którego sesja dotyczyła, ma możliwość odniesienia się do własnej pracy z terapeutą i rozważań grupy. Takie zakończenie sesji jest modyfikacją oryginalnej metody stosowanej przez zespół dr. Drozdowskiego. Ma to na celu zmniejszenie frustracji powstającej podczas słuchania pracy grupy, pozwala też na rozładowanie napięcia i zgłoszenie swoich obaw przez pacjenta, jednocześnie dając psychoterapeutom możliwość monitorowania jego stanu.

Na koniec pobytu każdy pacjent ma tworzoną i omawianą dalszą indywidualną ścieżkę leczenia, dostosowaną do naszej diagnozy psychoterapeutycznej i strukturalnej. Niektórzy pacjenci mają zalecenia powrotu do grupy psychoterapeutycznej, inni są kierowani na psychoterapię indywidualną. Do tych zaleceń względem pacjenta odchodzącego odnoszą się również pozostali pacjenci jako „trzeci psychoterapeuta”, podsumowując w dwunastym bądź szesnastym tygodniu leczenie.

Stosowane techniki jako czynnik leczący

W ramach opisywanej tu psychoterapii grupowej stosowano różne techniki terapeutyczne dostosowane do pracy z pacjentami z psychotyczną organizacją osobowości. Są to techniki psychoterapii podtrzymująco-wspierającej z elementami pozyskiwania wglądu, ale również techniki psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu w leczeniu zaburzeń osobowości borderline (Yeomans i in., 2015), gdzie jednak aspekty przeniesienia i przeciwprzeniesienia są reflektowane, ale nie komentowane nadmiernie. W naszej pracy skupiamy się przede wszystkim na „tu i teraz” pacjenta. W zwią-

ku z półotwartym charakterem grupy i rotacją pacjentów o różnym poziomie zaburzeń proporcje stosowanych technik ulegają zmianie.

Biorąc pod uwagę specyfikę pracy z pacjentami psychotycznymi i możliwość wykorzystania grupy i dwóch terapeutów, chcielibyśmy zwrócić uwagę na kilka technik, które okazały się kluczowe w procesie leczenia. Są to:

- a) kontenerowanie stanów pacjenta;
- b) praca nad integrowaniem rozszczepienia;
- c) mentalizacja;
- d) praca nad adekwatnym testowaniem rzeczywistości;
- e) omawianie i analiza objawów zwiastunowych oraz wytwórczych;
- f) psychoedukacja;
- g) grupa jako pomocnicze dla pacjenta;
- h) wspieranie aktywności społecznej poza oddziałem.

1. Kontenerowanie stanów pacjenta. W psychoterapii pacjentów z psychotyczną organizacją osobowości często pojawia się mechanizm identyfikacji projekcyjnej. W onnipotentnej fantazji pacjent, chcąc uwolnić ego od niechcianych, często wrogich aspektów, projektuje je na inną osobę lub grupę – obiekt. W fantazji tej obiekt ma cechy projektowanych treści i jest przez to kontrolowany, zawłaszczany lub niszczone. Odbiorca projekcji czuje przymus, by myśleć, czuć i zachowywać się zgodnie z projekcją (Mazgaj, Stolarska, 2008). Szczególnie istotne wtedy jest umiejętne kontenerowanie (pomieszczanie) stanów pacjenta, ich reflektowanie, a następnie zwracanie w formie niezagrażającej. Zgodnie z koncepcją kontenerowania Biona matka pomieszcza projektowane surowe treści dziecka (elementy beta) i dzięki wewnętrznemu opracowaniu przekształca je w „niezatrute”, możliwe do przyjęcia przez dziecko elementy alfa. Terapeuta i grupa – podobnie jak Bionowska matka – pomagają przetworzyć surowe doświadczenia i emocje pacjenta na słowa, a doznania ułożyć w logiczną całość (Prot, Murawiec, 2013).

Warto zauważyć, iż grupa nie jest tu postrzegana jako zbiór jednostek, ale jako jeden obiekt i może być tak przeżywana przez pacjenta. Zwracamy uwagę, iż zdolność do kontenerowania przez grupę możliwa jest dzięki obecności w niej pacjentów o organizacji osobowości z pogranicza. Jeżeli w grupie uczestniczą jedynie pacjenci z poziomu organizacji osobowości chronicznej schizofrenii, jej zdolność do kontenerowania jest wątpliwa. W naszej ocenie zróżnicowanie diagnostyczne pacjentów pozwala na zaistnienie zjawiska kontenerownia. Istotnym elementem jest przede wszystkim postawa psychoterapeutów, którzy dzięki swojej zdolności do pomieszczania i przetwarzania również stymulują grupę do pomieszczania, reflektowania i przywracania wyprojektowanych treści – co stanowi finalnie gratyfikację (Groth, 2008).

Dynamika grupowa stanowi swoisty pomost pomiędzy surowym doświadczeniem a budowaniem sensu i logiki. Wtedy grupa niejako konteneruje doświadczenie pacjenta i oddaje je przetworzone. Dzięki strukturze sesji, w której pacjent może się odnieść do słów grupy, obniża się też lęk, że zostanie on przez grupę zdominowany, wchłonięty.

2. **Praca nad integrowaniem rozszczepienia.** Grupa psychoterapeutyczna i praca z dwoma terapeutami pozwala często na przyjrzenie się rozszczepieniom pacjenta, w których poszczególne części self są projektowane na obu terapeutów. Często, zwłaszcza podczas pracy z pacjentami z zaburzeniem osobowości borderline z niższego poziomu, jeden z psychoterapeutów postrzegany jest jako pozornie bezpieczny, idealizowany obiekt, a drugi jako zdewaluowany z prześladowczą narracją. Dzięki temu, że psychoterapeuta postrzegany jako bezpieczny obiekt analizuje z pacjentem jego relację z drugim psychoterapeutą, stworzony jest pomost umożliwiający nawiązanie dialogu, testowanie rzeczywistości i powolne integrowanie pofragmentowanych obrazów self i obiektu. Należy tu nadmienić, iż jest to technika, której efekty były widoczne u pacjentów po kilkukrotnych pobytach, utrzymujących stały kontakt z oddziałem i zespołem.

3. **Mentalizacja.** Dzięki rozmowie innych pacjentów i głosom terapeutów pacjenci stopniowo próbują mentalizować, to jest budować zdolność uświadamiania sobie, że ich myśli i uczucia mają charakter reprezentatywny. Kluczowym staje się wspomaganie umiejętności pacjentów do rozpoznawania i rozumienia zachowań własnych i innych (Allen i in., 2014), wynikających z celowych stanów umysłowych oraz różnicowania rzeczywistości zewnętrznej od wewnętrznej. W mentalizacji duże znaczenie ma grupa, której refleksje pomagają normalizować uczucia pacjenta, przeciwdziałając poczuciu samotności i wyobcowania. Jednocześnie – oprócz funkcji emocjonalno-wspierającej – nauka mentalizacji posiada funkcję rozwoju konkretnych zdolności umysłowych, to jest myślenia o własnym myśleniu oraz myślenia o myśleniu innych, co daje szansę na lepsze rozumienie świata społecznego. Należy też zwrócić uwagę, aby komentować uczucia pacjenta, a nie jego prymitywne mechanizmy obronne, gdyż budziłoby to silny lęk i skutkowało pogorszeniem stanu. Z badań wynika, że poziom umiejętności mentalizacji w grupie pacjentów o psychotycznej organizacji osobowości jest silnie zróżnicowany: od możliwości jej rozwijania po całkowity deficyt w tym obszarze (Jańczak, 2018). Jest to zbieżne z naszymi doświadczeniami klinicznymi, gdzie u pacjentów z chroniczną schizofrenią nie następowała istotna poprawa w zakresie mentalizowania.

Rozwój mentalizacji dobrze uwidacznia praca z życiorysem pacjentów. Czasami samo napisanie życiorysu zajmuje pacjentowi kilka dni, podczas których stara się odtworzyć historię życia, czasem nawet sięga po dokumenty, aby sobie z tym poradzić, rozmawia z rodziną. Pacjenci o psychotycznej lub schizofrenicznej organizacji osobowości często przeżywają swoje doświadczenie życiowe w sposób pofragmentowany, ahisteryczny, czasem jest to nieuporządkowany zbiór surowych emocji i doznań. Tożsamość jest rozproszona, trudno zrozumieć, co wynika z czego. Motywacje, myśli i emocje są niespójne i pofragmentowane. Grupa i terapeuci, zadając pytania i nadając rozumienie wydarzeniom z życia pacjenta, pomagają „poukładać” je w historię. Nierzadko wskazują możliwe powiązania pomiędzy zdarzeniami a reakcjami pacjenta. Zmiany w postrzeganiu swojego życia widzimy często podczas czytania kolejnych życiorysów naszych pacjentów – kiedy przychodzą na przykład na kolejny pobyt. Ich życiorysy stają się bardziej historyczne i spójne, wydają się mniej pofragmentowane. Pacjenci zaczynają

tłumaczyć, z czego wynikały ich wybory czy zachowania. Rozumienie siebie i umiejętność analizy swoich myśli i motywacji powoli wzrasta. To pozwala pacjentom lepiej rozumieć swoje doświadczenia i powoli wzmacniać tożsamość.

4. **Praca nad adekwatnym testowaniem rzeczywistości.** Objawy psychozy łączą się z zaburzeniami zdolności testowania rzeczywistości. Omawianie tego problemu obejmuje umiejętność odróżniania tego, co wewnętrzne, od tego, co zewnętrzne (self / obiekt). Umożliwia to realniejszą ocenę własnego zachowania, uczuć i myśli, co pozwala pacjentom na pełniejsze funkcjonowanie społeczne (Prot, Murawiec, 2013).

5. **Omawianie i analiza objawów zwiastunowych oraz wytwórczych.** Pozyskiwanie wglądu w objawy zwiastunowe uczy zapobiegania nawrotom, a omawianie objawów wytwórczych przybliża pacjentów do pozyskania krytycyzmu, a nawet pracy nad mechanizmem zaprzeczania choroby (Gabbard, 2015). Koterapeuci dokonują analizy znaczenia objawów, choć przeważnie nie prezentują jej pacjentom w formie interpretacji ze względu na ich kruche ego. Daje to terapeutom możliwość lepszego rozumienia dynamiki zaburzeń i psychopatologii pacjenta. Natomiast omawianie objawów, możliwości ich zaistnienia, sekwencji wydarzeń i towarzyszących temu uczuć jest dla pacjenta pomocą w testowaniu rzeczywistości przy jednoczesnym niezaprzeczaniu jego doświadczeniem.

6. **Psychoedukacja.** Podczas sesji pojawiają się też elementy psychoedukacji dotyczące kluczowych symptomów choroby, skupionych wokół objawów pozytywnych, objawów negatywnych i zaburzonych relacji osobistych. Psychoedukacją objęte są również rodziny pacjentów. Odbywa się ona w obecności psychiatry, jednego z koterapeutów i pacjenta. Ten element uległ modyfikacji, ponieważ początkowo psychoedukacja rodziny była pewnego rodzaju propozycją, a z czasem stała się obligatoryjną częścią leczenia.

7. **Grupa jako ego pomocnicze dla pacjenta.** U pacjentów psychotycznych często występuje silny lęk przed naruszeniem przez innych granic ego, co owocuje zazwyczaj lękiem uogólnionym i w efekcie wycofywaniem się z relacji. Grupa psychoterapeutyczna budzi obawy pacjentów, ale stwarza też możliwość przebywania między innymi ludźmi. Może też stanowić ego pomocnicze pacjenta (Gabbard, 2015), które pozwala dostrzegać i lepiej testować rzeczywistość oraz sprawniej funkcjonować i przewidywać konsekwencje swoich działań.

8. **Wspieranie aktywności społecznej poza oddziałem.** Jednym z celów psychoterapii grupowej prowadzonej na oddziale dziennym powinno być wzmacnianie aktywności pacjentów poza nim. Pacjenci zachęceni są do większej aktywności w obszarze wykonywania obowiązków domowych, podejmowania pracy chronionej czy też uczestniczenia w spotkaniach towarzyskich. Uczy się ich również układania harmonogramów dnia i zagospodarowania wolnego czasu.

Obserwacje i wnioski końcowe

Nasza praca budziła nieustanne wątpliwości i zmuszała do ciągłego stawiania pytań merytorycznych. Prowokowała również psychoterapeutów do refleksyjnego życia osobistego

w odniesieniu do życia zawodowego i odwrotnie. Chciałybyśmy zatem poruszyć kilka istotnych dla nas kwestii.

Z naszych obserwacji klinicznych wynika, że niewskazane jest łączenie funkcji psychoterapeuty i psychologa w ramach oddziału. Jednocześnie sądzimy, że niewątpliwym atutem psychoterapeuty zatrudnionego na dziennym oddziale psychiatrycznym jest wykształcenie psychologiczne. Jednakże stoimy na stanowisku, że niekorzystne, a przynajmniej trudne do pogodzenia, jest łączenie ról psychologa – w tym psychologa diagnosty (np. do spraw orzecznictwa) czy arteterapeuty – z rolą psychoterapeuty. Wielość ról zazwyczaj zaburza przeniesienie pacjenta oraz niekorzystnie odbija się na psychoterapii. Wprowadza tym samym w relację terapeutyczną niejasność. Przyjęliśmy więc zasadę, że jako psychoterapeutki pozostajemy jedynie w tej roli. Wydaje się, że owocuje to możliwością lepszej analizy przeniesienia i przeciwprzeniesienia, jasnością relacji z pacjentami – między innymi dlatego, że procesy różnych zajęć w relacji z jednym terapeutą się nie nakładają. W przypadku pacjentów psychotycznych jako terapeuci jesteśmy znacznie bardziej dostępni i mniej wycofani niż w przypadku pacjentów z patologią osobowości. Dla przykładu, poza psychoterapią grupową spotykamy się z pacjentami na zebraniach społeczności rozpoczynających i kończących dzień, na wspólnych, przygotowanych przez pacjentów posiłkach czy imprezach świątecznych. Wiąże się to ze wzmacnianiem więzi z pacjentami o kruchej strukturze osobowości, zmniejsza lęki prześladowcze i pomaga w lepszym testowaniu rzeczywistości. Zbyt frustrująca i niedostępna figura terapeuty może budzić lęk i wzmacniać mechanizmy rozszczepienne, a co za tym idzie – mechanizmy idealizacji i dewaluacji przenoszone nie tylko na diadę psychoterapeutyczną, ale i na cały zespół. Ze względu na specyfikę pracy grupy – terapię indywidualną na tle grupy – nie prowadzi się też oddzielnie terapii indywidualnej pacjentów. Pacjenci odbywają swoje sesje indywidualne w grupie terapeutycznej, co wzbogaca ich pracę o dodatkowy komentarz zarówno grupy, jak i przysłuchującego się temu drugiego psychoterapeuty. Uznajemy, że w większości przypadków indywidualne sesje psychoterapii, odbywające się poza grupą terapeutyczną, sprzyjałyby rozszczepieniu, wzmacniały paranoidalne lęki, podtrzymywały obawę wchłonięcia przez grupę, dawały możliwość podwójnego procesu terapeutycznego bądź „pielęgnowały” w pacjencie poczucie wyjątkowości.

Myśląc o leczeniu psychoterapeutycznym pacjentów doświadczających dekompensacji psychotycznej, zwłaszcza tych z chroniczną schizofrenią, często spotykamy się z pewną bezsilnością związaną z ich deficytami. Większość pacjentów, która trafia na nasz oddział, to osoby, które pomimo wieloletniego leczenia psychiatrycznego nie były leczone psychoterapeutycznie. Często jest to ich pierwszy kontakt z psychoterapią. Część z nich na skutek wieloletniego korzystania z leczenia jedynie farmakologicznego oraz funkcjonowania w instytucjach leczniczych i pomocowych, gdzie nie byli poddawani psychoterapii, zaczyna czerpać wtórne korzyści z chorowania. Wzmacnia to ich patologiczne funkcjonowanie i pogłębia deficyty. Widoczne są też zaburzenia w zakresie funkcji poznawczych. Nierzadko pojawia się też mniejsza gotowość do podjęcia psychoterapii i wprowadzania zmian. Jednak nasze doświadczenie pracy w ramach oddziału dziennego skłania nas

do refleksji, iż leczenie pacjentów psychotycznych psychoterapią psychodynamiczną przynosi poprawę w funkcjonowaniu pacjentów przede wszystkim w obszarze życia społecznego, lepszemu rozumieniu siebie i swojej sytuacji zdrowotnej.

Trzeba zaznaczyć, że pacjenci przebywający na oddziale dziennym w związku ze stosowaną farmakoterapią są pacjentami zwykle już stabilniej funkcjonującymi niż pacjenci oddziałów stacjonarnych. Jednakże podczas kwalifikacji do grupy zwracaliśmy też uwagę na to, aby taki pacjent posiadał zasoby intelektualne, nie przejawiał zachowań antyspołecznych oraz był zdolny do funkcjonalnego różnicowania obiektów. Choć opisani przez nas pacjenci diagnozowani są na stosunkowo szerokim spektrum zaburzeń – od pacjentów z patologią osobowości w obszarze chronicznej schizofrenii do pacjentów z patologią osobowości typu borderline niżej funkcjonujących z objawami psychotycznymi i zaburzeniami testowania rzeczywistości – widzimy zasadność łączenia ich w grupę. Wynika to również ze specyfiki oddziału dziennego związanej ze stosunkowo krótką formą oddziaływania. Takie doświadczenie dawało pacjentom możliwość mówienia o swoich emocjach, objawach i przeżyciach. Jednocześnie przyglądanie się pacjentów sobie i innym przypominało niejednokrotnie diagnostykę różnicową dokonywaną przez klinicystów. Polegało to na tym, że pacjenci odnosili się do siebie nawzajem, dostrzegali różnice i podobieństwa w funkcjonowaniu. Dzięki temu lepiej rozumieli i nazywali swoją chorobę.

Dużą trudnością do tej pory było określenie momentu, w którym pacjent nie powinien już korzystać z terapii na oddziale dziennym, kiedy jego pobyt zaczyna być już nie formą leczenia, ale wzmocnieniem jego zależnego funkcjonowania. Wiele naszej bezsilności budziło to, kiedy pacjenci zaczęli traktować oddział jako „sposób na życie”. Zastanawialiśmy się, czy pozostawianie ich nie jest wtórnym utrzymywaniem ich w objawach i nie wspiera korzyści z choroby.

Trudność wzmocniał fakt, że zespół oddziału – niekiedy pozostając w rozszczępieniu – przeżywał nasze próby usamodzielniania pacjentów jako porzucające. Zwykle w takich chwilach widoczna była projekcja pacjenta i rozszczępienie, które uwidaczniało się w przeżywaniu części zespołu w kontrze do psychoterapeutów. Być może sytuację taką można rozumieć za Bionem (Groth, 2008) jako spór pomiędzy psychotyczną i niepsychotyczną częścią osobowości pacjenta. Wyzwalało to silne projekcje identyfikacyjne oparte o rywalizacyjne, a nawet zawistne impulsy w zespole. Ze względu na to, iż wiele procesów z dynamiki grupy psychoterapeutycznej znajduje swoje odzwierciedlenie w dynamice zespołu leczącego, jak i na odwrót, uznajemy za konieczne, aby cały zespół posiadał podstawy rozumienia psychodynamicznego. Poza wiedzą istotną dla naszej pracy była gotowość całego zespołu do analizy mechanizmów grupowych. Przy pacjentach z tak głębokimi zaburzeniami psychicznymi mamy poczucie, że nasze wątpliwości i trudności nie są obce innym zespołom, a przeplatanie się procesów grupowych i zespołowych jest wpisane w specyfikę tej pracy, dlatego wymaga nieustannej analizy. Jednocześnie w naszej koterapii były trudne momenty związane z życiem osobistym, które współistniały z dynamiką procesu grupowego. Jednakże uważamy, że koterapia oparta na szczerości i bliskości wzbogacała również relacje pacjentów, co także było poddawane superwizji.

Literatura

- Allen J.G., Fonagy P., Bateman A.W. (2014). *Mentalizowanie w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Cierpiałkowska L., Gościński J. (red.). (2008). *Współczesna psychoanaliza. Modele konfliktu i deficytu*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Gabbard G.O. (2015). *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*, przeł. M. Cierpisz, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gościński J., Raginia T. (2008). Zastosowanie modeli konfliktu i deficytu w wyjaśnieniu zjawisk psychopatologicznych. W: L. Cierpiałkowska, J. Gościński (red.), *Współczesna psychoanaliza. Modele konfliktu i deficytu*, s. 151–165. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Groth J. (2008). Natura psychozy według Wilfreda R. Biona. W: L. Cierpiałkowska, J. Gościński (red.), *Współczesna psychoanaliza. Modele konfliktu i deficytu*, s. 63–80. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Herzyk A. (2017). *Neuropsychologia kliniczna wobec zjawisk świadomości i nieświadomości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.
- Jańczak M. (2018). Mentalizacja w praktyce klinicznej – perspektywa psychodynamiczna. *Psychoterapia*, 4 (187), 5–17.
- Jodzio K. (2011). *Diagnostyka neuropsychologiczna w praktyce klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Difin SA.
- Kokoszka A., Drozdowski P. (red.). (1990). *Wprowadzenie do psychoterapii*. Kraków: Akademia Medyczna im. M. Kopernika w Krakowie.
- Kernberg O. (2020). Psychotyczna struktura osobowości. *Psychoterapia psychodynamiczna w Polsce*, 7, 38–55.
- Mazgaj D., Stolarska D. (2008). Koncepcja rozwoju i psychopatologii Melanii Klein. W: L. Cierpiałkowska, J. Gościński (red.), *Współczesna psychoanaliza. Modele konfliktu i deficytu*, s. 39–62. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Prot K., Murawiec S. (2009). Psychodynamiczna terapia pacjentów psychotycznych w warunkach środowiskowych. *Psychoterapia*, 4(167), 29–39.
- Yeomans F.E., Clarkin J.F., Kernberg O.F. (2015). *Psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu w leczeniu zaburzeń osobowości borderline. Podręcznik kliniczny*. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychodynamicznej.

Małgorzata Olejczyk-Barańska
psycholog, trener, psychoterapeuta
Szpital Kliniczny im. dr. J. Babińskiego w Krakowie,
Dzienny Oddział Psychiatryczny w Myślenicach,
Poradnia Zdrowia Psychicznego w Myślenicach,
Ośrodek Psychoterapii Psychodynamicznej „Busola” w Myślenicach
olejczyk.baranska.m@gmail.com

Gabriela Kowalczevska-Kawala
psycholog, pedagog, psychoterapeuta
Szpital Kliniczny im. dr. J. Babińskiego w Krakowie,
Dzienny Oddział Psychiatryczny w Myślenicach,
Oddział Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu w Krakowie,
Gabinet Psychologiczno-Psychoterapeutyczny Blich 7 w Krakowie
gabriela.k.kawala@gmail.com