



Psychoterapia w ramach zespołu leczenia domowego*

Psychotherapy provision by a home treatment team

KATARZYNA PROT, EDYTA PROCNER

Z Zespołu Leczenia Domowego IV Kliniki Psychiatrii
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. *Autorki przedstawiają 18-letnie doświadczenia pracy psychoterapeutycznej podejmowanej w ramach zespołu leczenia domowego w warszawskim osiedlu Bródno. Omawiają założenia i teoretyczne podstawy swego działania oraz ilustrują jego ogólne zasady indywidualnymi przykładami. Omawiają problemy terapii pacjentów chorych na schizofrenię lub inne zaburzenia oraz przykłady interwencji adresowanych do ich rodzin (red.).*

SUMMARY. *The authors present 18-year experiences in psychotherapy provided by a home treatment team in Bródno, a Warsaw residential district. Theoretical assumptions and rationale of their work are discussed, and these general principles are exemplified by particular cases. Problems emerging in therapy of patients with schizophrenia or other mental disorders are outlined and examples of interventions addressed towards patient families are given (Ed.).*

Słowa kluczowe: leczenie domowe / psychoterapia
Key words: home treatment / psychotherapy

Artykuł podsumowuje 18 lat doświadczeń w psychoterapii w ramach pracy Zespołu Leczenia Środowiskowego na warszawskim osiedlu Bródno. Nasz rejon osiedle Bródno liczy 90 tys. mieszkańców, jest zwarty przestrzennie, z jednego krańca osiedla na drugie można dojść pieszo w ciągu 30 minut.

Chcemy pokazać jak zmieniał się model naszej pracy i jak próbujemy dostosować nasze podejście do pracy z różnymi grupami pacjentów w warunkach narzuconych przez zrejonizowanie placówki.

MIEJSCE ZESPOŁU W SYSTEMIE OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ

Zespół funkcjonuje w modelu medycznym, jest powiązany organizacyjnie z całodobowym oddziałem psychiatrycznym w Woje-

wódzkim Szpitalu Bródnowskim oraz z oddziałem dziennym. W rejonie znajduje się jeszcze warsztat terapii zajęciowej, klub pacjenta i dwa środowiskowe domy samopomocy. Pacjenci otrzymują również specjalistyczne usługi opiekuńcze.

PODSTAWY TEORETYCZNE

Przyjmujemy model zwiększonej „ranliwości” (*vulnerability*) pacjentów schizofrenicznych [12–20]. Praca psychoterapeutyczna dotyczy aktualnej sytuacji pacjenta i jego rodziny. Często cel sformułowany jest jako zapobieganie nawrotowi choroby. Zespół pełni wobec pacjentów schizofrenicznych rolę ambulatorium rejonowego, co oznacza wieloletni kontakt terapeuty z pacjentem.

Zespół Leczenia Domowego ewoluował od ośrodka oferującego wyłącznie hospitalizację domową [6] do ośrodka prowadzącego również czynną opiekę ambulatoryjną i starające się udzielić pacjentom psychotycznym i ich

* Tekst na podstawie referatu wygłoszonego na konferencji Sekcji Naukowej Psychoterapii PTP, w lutym 1998 r., w Białymstoku.

rodzinom pełnego wsparcia, zarówno w okresie zaostrzeń, jak i remisji choroby.

PACJENCI PSYCHOTYCZNI

W początkowej fazie rozwoju Zespołu podstawą naszej pracy był trening umiejętności społecznych, zarówno w pracy indywidualnej, jak i grupowej [3, 4, 5, 11, 13] i podejście psychoedukacyjne w terapii rodzin [1, 2, 14, 15].

Grupa treningu umiejętności społecznych trwała ok. 2 lat, brali w niej udział młodzi pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii. Podstawową trudność stanowiło dobranie pacjentów o podobnych deficytach i zbliżonym poziomie funkcjonowania. Pozostawianie w jednej grupie osób całkowicie wycofanych oraz pacjentów, dla których problemem były skomplikowane relacje społeczne, np. zawarcie znajomości z dziewczyną na dyskotece, prowadziło do obniżenia motywacji u wszystkich uczestników.

Innym zaobserwowanym przez nas w toku pracy problemem grup o nastawieniu psychoedukacyjnym był brak dynamiki grupy i wyczerpywanie się tematyki spotkań. Było to dobrze widoczne w odniesieniu do *grupy rodzin*, która przeszła zmianę od grupy informacyjno-psychoedukacyjnej (np. wykłady dotyczące leków) do psychoterapeutycznej, nastawionej na problemy emocjonalne członków grupy związane z życiem z osobą chorą na schizofrenię. Grupa trwała 3 lata, rozpadła się w trakcie dłuższego urlopu terapeuty prowadzącego. Pomimo długiego czasu trwania grupy nie wytworzyły się dostateczne więzi scalające między członkami grupy. Jedną z możliwych przyczyn jest to, że uczestnicy traktowali grupę jako punkt oparcia w okresach trudnych, rezygnowali z udziału w momentach poprawy stanu pacjenta. Tak więc skład grupy był bardzo zmienny.

Aktualnie zasadniczą część pracy Zespołu stanowi indywidualna terapia pacjentów psychotycznych w oparciu o długotrwały związek z jednym terapeutą i całym zespołem – *terapeutą zbiorowym*. Leczenie prowa-

dzi się w systemie *terapii prowadzącej* (*case management*) [7, 9, 16, 17] – każdy pacjent ma swojego terapeuta – pielęgniarkę lub psychologa, lekarz pełni rolę konsultanta. W ostatnim okresie rozumienie relacji z pacjentem i rodziną opiera się w większym stopniu na teoriach psychodynamicznych i systemowych, w związku ze zmianami w Zespole i szkoleniem własnym terapeutów.

Codziennie w trakcie dwugodzinnej odprawy terapeuci relacjonują swoje wizyty. Celem zebrań jest ustalenie planu postępowania wobec pacjenta, w tym ustalenie diagnozy zarówno samego pacjenta, jak i jego systemu rodzinnego, wybranie odpowiedniej farmakoterapii oraz oddziaływań terapeutycznych indywidualnych i dotyczących całej rodziny. Poza sprawami związanymi z aktualnym funkcjonowaniem Zespołu oraz celami edukacyjnymi regularne spotkania Zespołu umożliwiają formułowanie i przekazywanie „ideologii” Zespołu, rozumianej jako zestaw norm, którymi kierują się w swojej pracy członkowie Zespołu. Postawa Zespołu wobec pacjentów odmawiających leczenia była już szczegółowo omawiana w *Postępach* [18]. Istotne w niej jest podążanie za potrzebami pacjenta, utrzymywanie kontaktu nawet przy niemożności określenia kontraktu i niejasności ról.

Relacje z wizyt stanowią często okazję do emocjonalnego odreagowania napięcia związanego nieodłącznie z tak bliskim kontaktem z pacjentem oraz jego rodziną.

Dzięki codziennej wymianie informacji terapeuci znają problemy i przebieg pracy z każdym pacjentem, pozwala to na zastępowanie się oraz udzielenie w razie potrzeby natychmiastowej pomocy pacjentowi. Taki sposób pracy wytwarza w pacjencie poczucie więzi z całym Zespołem. Jest to dostrzegalne w sytuacjach koniecznych zmian osoby prowadzącej – pacjenci stawiani w sytuacji wyboru terapeuty twierdzą, że czują się blisko ze wszystkimi członkami Zespołu. Mówienie o tym, co działo się na wizycie, pozwala na ciągłą superwizję relacji terapeutycznej i utrzymanie granic tej relacji. Jest to szcze-

gólnie ważne wobec faktu, że kontakt terapeutyczny często ma miejsce na „terytorium” pacjenta, w jego domu. Daje to szansę lepszego poznania sytuacji pacjenta oraz możliwość naturalnej interwencji w układ rodzinny (np. zwrócenie się do wypieranej z systemu rodzinnego osoby). Stwarza to także ograniczenia interwencji terapeutycznej wynikające z roli gościa w cudzym domu, konieczności dostosowania się do praw i zwyczajów rodziny. Tym bardziej, że nie jest to psychoterapia opierająca się na ścisłym, określonym także czasowo kontrakcie, lecz wieloletnia opieka [19].

Wobec pacjentów psychotycznych pozostających w stałej opiece ambulatoryjnej stosowany jest model *terapii przerywanej (intermittent)*. Polega on na tym, że w okresach intensywnego kontaktu, np. podczas hospitalizacji domowej, pracuje się nad aktualnymi i głębszymi problemami pacjenta, poza tymi okresami realizowany jest wobec pacjenta model terapii podtrzymującej. Pogłębienie kontaktu terapeutycznego ma miejsce w odpowiedzi na potrzeby pacjenta i może, ale nie musi, mieć związek z nasileniem doznań psychotycznych.

Np. pani S. chorująca od lat na schizofrenię, w okresach kiedy ma pracę i dobrze funkcjonuje społecznie przychodzi tylko na wizyty kontrolne związane z iniekcjami preparatu *depot*. W okresach gorszego funkcjonowania, zwłaszcza kiedy traci pracę, omawia swoje przeżycia związane z niskim poczuciem własnej wartości, stygmatyzacji jako osoby chorej, przegranej w życiu. Powraca temat ambiwalentnych uczuć wobec matki. Czuje się przez nią odrzucona emocjonalnie czerpiąc oparcie z zaplecza finansowego i organizacyjnego. Zwierając się matce z treści psychotycznych ma poczucie niezrozumienia, ale bagatelizowanie przez matkę treści urojeniowych daje jej poczucie, że matka kontroluje rzeczywistość.

Pomyślny przebieg psychoterapii pacjenta psychotycznego nie gwarantuje dobrego funkcjonowania po latach psychozy.

Np. pan M. był w silnym związku terapeutycznym ze swoim terapeutą i całym zespołem, pracował nad częściową separacją od matki i nawiązywaniem kontaktów z ludźmi, świetnie radził sobie z zadania-

mi treningu umiejętności społecznych. W trakcie hospitalizacji domowych miały miejsce sesje rodzinne dotyczące jego relacji z matką i ojczymem. W ciągu 10 lat leczenia zdał maturę, ukończył szkołę pomaturalną, okresowo bywał zatrudniony. W rezultacie wielu lat terapii nie ma nawrotów psychozy, wie jak postępować w sytuacjach społecznych, ale pozostaje nieaktywny i odizolowany w domu, twierdzi, że czuje się zadowolony i asertywnie odmawia propozycjom zmiany sytuacji. Wydaje się, że niewielka ilość kontaktów społecznych i mała aktywność jest zgodna z jego aktualnymi potrzebami.

PACJENCI DEPRESYJNI

Okazało się, że dla wielu chorych z depresją intensywna opieka w hospitalizacji domowej i stopniowo rozrzedzany kontakt w długoletnim związku terapeutycznym daje poprawę funkcjonowania i możliwość psychoterapii. Pacjent depresyjny otrzymuje opiekę i dużo czasu na rozmowę (do kilku godzin tygodniowo), co zaspokaja jego potrzeby symbiotyczne i pozwala poruszyć problemy stanowiące psychologiczne jądro depresji.

Np. pani M. trafiła do hospitalizacji domowej z pierwszym rzutem depresji po urodzeniu dziecka. Była osobą budzącą szczególny niepokój w związku z wywiadem rodzinnym i obrazem choroby. Ojciec pacjentki leczony był z powodu depresji, popełnił samobójstwo. W obrazie choroby pacjentki przeważały cechy niepokoju. W rozmowach okazało się, że pacjentka przygotowywała się do roli „idealnej matki”, ponieważ nie chciała, żeby jej synek miał takie dzieciństwo jak ona. Miała wiele obaw co do swojego macierzyństwa i dużo pretensji do matki. W trakcie terapii powoli uczyła się akceptować ziele chwile w opiece nad niemowlęciem, jako że jeszcze przed chorobą wyobrażała sobie, że ona i dziecko będą zawsze razem szczęśliwi. Kilka spotkań małżeńskich posłużyło zmniejszeniu nadmiernych oczekiwań męża wobec pacjentki i jej samej wobec siebie. W toku wieloletniej opieki pani M. silnie związała się z terapeutką, uzyskała bardzo dobrą poprawę pozwalającą na odstawienie litu, zaplanowała ciążę i urodziła następane dziecko, zbliżyła się z matką. Po przyjściu na świat drugiego dziecka kontaktowała się z terapeutką z powodu mniejszych wahań nastroju i wracała do normy bez leków.

ODDZIAŁYWANIE RODZINNE

Zasadniczo terapeuci Zespołu pracują z pacjentami indywidualnie i nie prowadzą długoterminowej psychoterapii. Sesje rodzinne dotyczą aktualnych problemów wynikających w kontakcie z pacjentem lub jego bliskimi, jak w przykładach powyższych: jak w terapii małżeńskiej pani M i spotkaniach rodzinnych pana M. Sesje rodzinne mają z reguły formę skoncentrowanej na problemie interwencji kryzysowej [8, 10].

Problemem często są zaburzone, niezrozumiałe dla rodziny, zachowania pacjenta psychotycznego. Celem interwencji jest pokazanie rodzinie przekazu emocjonalnego zawartego w postawie chorego i ustanowienie granic dla destrukcyjnego zachowania pacjenta. Często powodem interwencji są sytuacje nie wynikające bezpośrednio z choroby, np. kiedy rodzina niesłusznie widzi źródło konfliktu w zaburzeniu pacjenta.

Przykładem interwencji w układ rodzinny może być rozwiązywanie problemu rodziny naszej pacjentki, która odmówiła uczestniczenia w kosztach utrzymania. Ojciec reagował na to zamykaniem jej w domu, ograniczaniem dostępu do jedzenia, a nawet agresją fizyczną. Ojciec był ambiwalentny w ocenie zachowań pacjentki. Z jednej strony mówił o zwiększeniu dawki leków lub hospitalizacji, z drugiej – uważał, że wynika to z jej złego charakteru (druga córka, również chora na schizofrenię, jest całkowicie podporządkowana rodzicom). Interwencja rodzinna służyła ustaleniu kontaktu pomiędzy członkami rodziny: ustaleniu obowiązków pacjentki, co do jej łóżenia na dom oraz jej praw do wolności i nietykalności osobistej. Przekonanie rodziny do tego, zdawałoby się banalnego, rozwiązania nie jest proste w sytuacji, w której jedna córka uważa, że jest księżniczką z należnymi jej prawami, druga składa siebie w ofercie jako święta, ojciec wykazuje kraciową sztywność postawy w związku z zaburzeniami organicznymi, a matka lęk przed konfrontacją i całkowite wycofanie.

Pomoc dla osób bez psychozy z rejonu Bródna, zgłaszających się z problemem rodzinnym, ma również charakter interwencji kryzysowej.

PACJENCI Z INNYMI ZABURZENIAMI

W ostatnim okresie problemem Zespołu jest napływ pacjentów „pogranicza” – pacjentek bulimicznych z głębokimi zaburzeniami osobowości, depresyjnych, wymagających zarówno farmakoterapii, jak i intensywnych oddziaływań psychoterapeutycznych. Dla tych osób leczenie farmakologiczne oferowane przez poradnię zdrowia psychicznego jest niewystarczające, ośrodki prowadzące psychoterapię niechętnie przyjmują ich do leczenia.

Próba wyjścia z tej sytuacji jest ustalenie z takimi osobami krótkiego kontraktu psychoterapeutycznego, celem wspólnego podjęcia dalszej decyzji o kontynuowaniu terapii w ramach ośrodka psychoterapeutycznego, przejścia pod mniej intensywną opiekę w ramach poradni zdrowia psychicznego lub przedłużenia kontaktów z psychoterapeutą Zespołu. Jest to rozwiązanie ograniczające liczbę pacjentów niepsychotycznych, ale nie rozwiązujące w pełni problemu. Jedynym rozwiązaniem byłoby powstanie ośrodka dostosowanego do potrzeb tych pacjentów.

Obecnie, w związku z transformacją ustrojową, stajemy się świadkami likwidacji psychoterapii w ramach tzw. publicznej opieki zdrowotnej. Istniejące ośrodki psychoterapeutyczne mają bezpłatną ofertę leczenia tylko w trybie oddziałów dziennych lub całonocnych. Coraz mniej pacjentów pracujących może uczestniczyć w kilkutygodniowej psychoterapii grupowej w takich ośrodkach, ze względu na ryzyko utraty pracy. Bezpłatna psychoterapia indywidualna jest prawie niedostępna w warunkach ambulatoryjnych, jako że ośrodki leczenia nerwic państwowej służby zdrowia w większości sprywatyzowały terapię indywidualną. Dlatego wielu spośród pacjentów, którzy powinni być leczeni psychoterapią, a których nie stać na wizyty w prywatnym gabinecie, pozostaje bez stosownego leczenia. Sytuacja naszego ośrodka próbującego realizować program oddziaływań psychoterapeutycznych wobec pacjentów psychotycznych staje się coraz trudniejsza w związku z wprowadzeniem samodziel-

ności finansowej szpitala i narastającym naciskiem w kierunku ilości, a nie jakości usług. Powoduje to oczywistą eliminację psychoterapii jako metody bardzo czasochłonnej. Pozostaje pytanie o wpływ aktualnych zmian na funkcjonowanie ośrodków stosujących psychoterapię jako jedną z form oddziaływania.

PIŚMIENNICTWO

- Anderson C. Psychoeducational family therapy. W: Goldstein M, Hand I, Hahlweg K, red. Treatment of Schizophrenia. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer-Verlag; 1992: 145–52.
- Anderson C, Hogarty G, Reiss D. Family treatment of adult schizophrenic patients: A psychoeducational approach. Schizophr Bull 1980; 6: 490–505.
- Anthony W, Liberman R. Principles and practice of psychiatric rehabilitation. W: Liberman R, red. Handbook of Psychiatric Rehabilitation. New York: Macmillan Publishing Company; 1992: 1–29.
- Axer A. Trening umiejętności społecznych dla rodziny z osobą chorą na schizofrenię. W: Axer A, red. Trening umiejętności społecznych w leczeniu zaburzeń psychicznych. Sekcja Psychiatrii Społecznej PTP; 1988: 68–105.
- Axer A. Znaczenie treningu umiejętności społecznych w leczeniu schizofrenii. Nowiny Psychologiczne 1989; 2: 71–87.
- Axer A, Piotrowski A. Psychiatric home treatment as a community service: Its rationale and strategies of intervention. Am J Soc Psychiatry 1985; 4: 39–42.
- Bacharach L. Case management: Towards a shared definition. Hosp Community Psychiatry 1989; 40: 883–4.
- Badura-Madej W. Pojęcie kryzysu i interwencji kryzysowej – przegląd problematyki. Zeszyty Interwencji Kryzysowej 1998; 6–7: 3–13.
- Baker F, Intagliata J. Case management. W: Lierman R, red. Handbook of Psychiatric Rehabilitation. New York: Macmillan Publishing Company; 1992: 213–43.
- Bomba J. Wokół pojęcia kryzysu, implikacje diagnostyczne i terapeutyczne. Zeszyty Interwencji Kryzysowej 1998; 6–7: 24–7.
- Bulaszewski S. Trening umiejętności niezbędnych w samodzielnym życiu dla pacjentów chorych na schizofrenię. W: Axer A, red. Trening umiejętności społecznych w leczeniu zaburzeń psychicznych. Sekcja Psychiatrii Społecznej PTP; 1988: 68–105.
- Cechnicki A. Model podatności na zranienie w schizofrenii. Psychoterapia 1990; 80: 39–48.
- Corrigan P, Schade M., Liberman R. Social skills training. W: Liberman R, red. Handbook of Psychiatric Rehabilitation. New York: Macmillan Publishing Company; 1992: 95–126.
- Falloon I, Liberman R. Behavioral family intervention in the management of chronic schizophrenia. W: McFarlane W, red. Family Therapy in Schizophrenia. New York: The Guilford Press; 1983: 117–37.
- Goldstein M, Strachan A. The family and schizophrenia. W: Jacob T, red. Family Interaction and Psychopathology. New York, London: Plenum Press; 1987: 481–508.
- Kanter J. Clinical case management. Definition, principles, components. Hosp Community Psychiatry 1994; 45: 347–50.
- Prot-Herczyńska K. Terapia prowadząca. Psychiatr Pol 1998; 3: 319–28.
- Prot-Herczyńska K. Jak postępować z pacjentem odmawiającym leczenia? Post Psychiatr Neurol 1997; 6, supl 2 (5): 115–19.
- Szaszkiewicz W, Izdebski R. Idea domu rodzinnego i jej wartość w psychoterapii. Psychoterapia 1998; 4 (107): 95–101.
- Zubin J, Steinhauer SR. Vulnerability – a new view of schizophrenia. J Abnorm Psychol 1997; 86: 103–26.

Adres: Dr Katarzyna Prot,

*Zespół Leczenia Domowego IV Kliniki Psychiatrii Instytutu Psychiatrii i Neurologii,
ul. Suwalska 11, 03-252 Warszawa*