

Czy możliwa jest realizacja systemowej koncepcji stacjonarnej instytucji psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży?

Podsumowanie doświadczeń własnych

Is the systemic approach implementation feasible in a stationary psychiatric institution for children and adolescents? A summary of clinical experiences

KAZIMIERZ PIETRUSZEWSKI

Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Collegium Medicum UJ w Krakowie

STRESZCZENIE. *Na podstawie własnego doświadczenia klinicznego z wprowadzaniem terapii systemowej w stacjonarnym oddziale psychiatrycznym dla młodzieży oraz na podstawie danych z literatury przedmiotu autor dokonuje rozróżnienia między konstruktywistyczną a holistyczną koncepcją systemową stacjonarnej instytucji psychiatrycznej. Tylko tę drugą koncepcję można realizować w ostrym oddziale przyjęciowym spełniającym zadania rejonowe.*

SUMMARY. *On the grounds of the author's clinical experiences concerning the implementation of systemic therapy in an adolescent psychiatry ward, and on the basis of the research literature a differentiation is made between the constructivist and holistic systemic models of inpatient psychiatric facility. Only the latter model implementation seems to be feasible in a psychiatry ward for acute cases, serving a specified catchment area.*

Słowa kluczowe: psychiatria młodzieżowa / podejście systemowe / leczenie stacjonarne

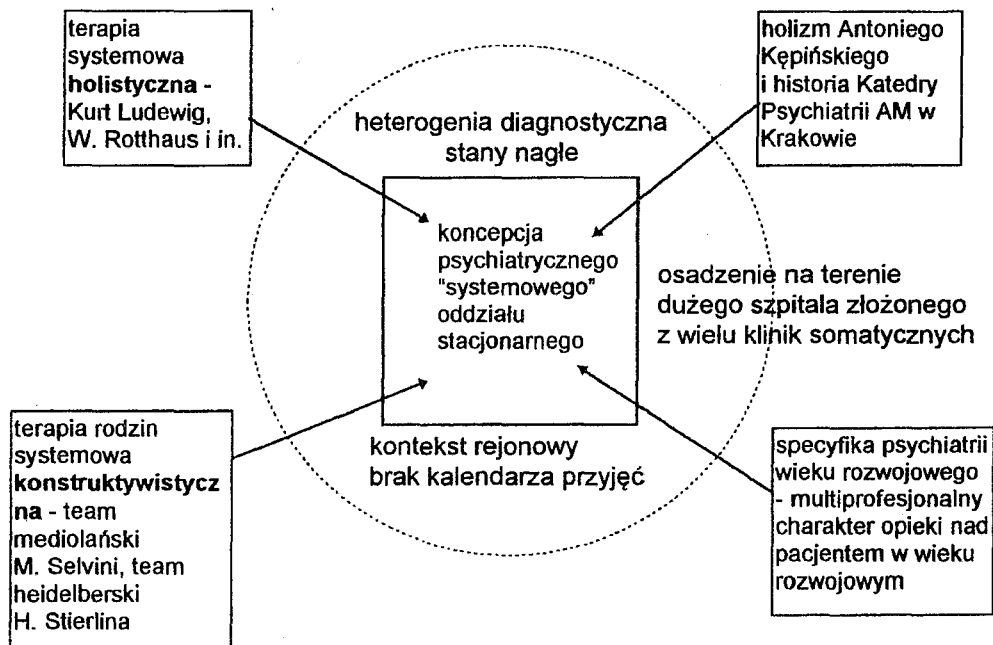
Key words: adolescent psychiatry / systemic approach / stationary treatment

Poszukiwanie odpowiedzi na pytanie postawione w tytule warto rozpocząć od zdefiniowania tego, co rozumiane jest przez *systemowość, podejście systemowe, terapię systemową, teorię systemów* w odniesieniu do działań klinicznych i przez inne podobne określenia zawierające w sobie słowo *system*. Wydaje się, że paradoksalnie - niejako wbrew dużej ilości wypowiedzi odnoszonych do pojęcia *systemowości* - nie istnieje jakaś powszechnie uznana definicja tego pojęcia, która znajdowałaby wyraz w jednolitym jego zastosowaniu w języku potocznym i w języku publikacji. Przypuszczam, że ten właśnie fakt oraz pewne szczególne atrybuty przypisywane koncepcjom systemowym są odpowiedzialne za ich szybkie rozpropagowanie,

a zarazem brak klarownych i porównywalnych zastosowań w praktyce klinicznej. Nim to jednak szerzej wyjaśnię, chciałbym dokonać krótkiej rekapitulacji źródeł terminologii systemowej, tak jak ona funkcjonuje w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w Krakowie.

ROZUMIENIE HOLISTYCZNE A ROZUMIENIE KONSTRUKTYWISTYCZNE

Jak widać na ryc. 1 pojęcie terapii systemowej i szerzej - podejścia systemowego rozumiane jest niejednorodnie wahając się pomiędzy rozumieniem holistycznym a rozumieniem konstruktywistycznym.



Rysunek 1. Źródła koncepcji psychiatrycznego "systemowego" oddziału stacjonarnego dla młodzieży w krakowskiej Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ.

Podejście holistyczne jest bardziej wszechstronne, może obejmować wszystkich pacjentów niezależnie od diagnozy, miejsca zamieszkania, okoliczności przyjęcia i specyfiki języka oraz kultury pacjenta, zakłada konieczność łączenia wielu metod leczenia i współpracę multiprofesjonalną, a jego istotą jest integracja na wielu poziomach (teoria, diagnoza, leczenie, działanie *teamu* itd.).

Efektom terapii holistycznej ma być wielostronna diagnoza objawów i problemów pacjenta wraz z ich mniej lub bardziej szeroko pojmowanym kontekstem i stosowne do tej diagnozy leczenie złożone z wielu równoczesnych oddziaływań o różnym stopniu koordynacji, dostosowane do indywidualnych potrzeb określonych w procesie diagnostycznym. Czynniki sprawcze leczenia mogą być różne i równoczesne, mogą też oddziaływać z

Tablica 1. *Holizm versus konstruktywizm w terapii systemowej.*

HOLIZM	KONSTRUKTYWIZM
integracja multiprofesjonalizm patogeneza wieloczynnikowa	specjalizacja profesjonalizm kwalifikowany patogeneza zredukowana do konstruktów terapeutycznych
leczenie kompleksowe obszar stacjonarny i ambulatoryjny wszyscy pacjenci	psychoterapia obszar ambulatoryjny niektórzy pacjenci

różną siłą w kolejnych fazach terapii. Mimo trudności z nadaniem jednoznacznej rangi czynnikom terapii holistycznej z braku współcześnie odpowiedniej wiedzy, podejście holistyczne stara się ich nie antagonizować, lecz łączyć je ze sobą, dając każdemu pacjentowi otwartą, szeroką ofertę, która staje się tym bardziej specyficzna dla danego pacjenta, im bardziej precyzyjny jest aparat pojęciowy i koordynacja zespołu stacjonarnego zajmującego się taką terapią. Terapia holistyczna jest adresowana do wielu instancji jednocześnie: pacjent jako indywidualium, najważniejsze relacje diadyczne pacjenta, rodzina pacjenta jako całość, szkoła pacjenta itd.

Terapia konstruktywistyczna natomiast ma charakter specjalistycznej metody dla niektórych pacjentów, zwłaszcza w obszarze ambulatoryjnym, o określonym języku i kulturze środowiskowej oraz wymaga odpowiednio wyszkolonych psychoterapeutów.

Efektami terapii konstruktywistycznej ma być stworzenie przez pacjenta oraz najczęściej członków jego rodziny i terapeutów w przebiegu procesu terapeutycznego specyficznego konstruktów poznawczych, który pozwalałby pacjentowi zmienić dotychczasowe schematy poznawcze i emocjonalne usuwając objaw, który musi zostać jakoś wyjaśniony w ramach uzyskiwanego konstruktów poznawczych. Konstrukty takie określane bywa najczęściej jako *reframing* (nowe znaczenie lub zespół nowych znaczeń uzyskany w warunkach silnego poruszenia emocjonalnego), ale można go również określać w kategoriach sugestii lub efektu hipnotycznego (Schmidt 1985). W sensie intencjonalnym terapia konstruktywistyczna jest jednym oddziaływaniem, a leczenie ma mieć tylko jeden czynnik sprawczy, którego stopień dopasowania do indywidualnych potrzeb pacjenta zależy wyłącznie od finezji, z jaką terapeuci stosują swoją metodę leczenia. Terapia konstruktywistyczna jest adresowana tylko do jednej instancji: systemu społecznego, tj. najczęściej rodziny, której członkiem jest pacjent, i pośrednio poprzez oddziaływanie na tę instancję ma spowodować skutki w innych.

Wpływ terapii konstruktywistycznej jest tym większy, im silniej zawęży ona pole widzenia do jednego konstruktów, redukując obecność innych, a zarazem redukując oddziaływania na inne instancje pacjenta, np. pacjent – indywidualium, pacjent w relacjach diadycznych itd.

W praktyce, niestety, nader często to rozróżnienie pomiędzy systemowym podejściem holistycznym a systemowym podejściem konstruktywistycznym nie jest dostrzegane, co prowadzi do nieporozumień na poziomie teoretycznym oraz pragmatycznym. Na marginesie nasuwa się uwaga, czy słowa *system*, *systemowość*, *systemowy* – należąc do najbardziej w chwili obecnej nadużywanych pojęć w słowniku psychiatryczno-psychoterapeutycznym – są tutaj w ogóle potrzebne. W dalszym toku opracowania posłużę się tym rozróżnieniem na podejście holistyczne i podejście konstruktywistyczne.

HOLISTYCZNA SYSTEMOWA KONCEPCJA stacjonarnej instytucji psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży

Koncepcja taka, jak wynika z własnych długoletnich doświadczeń, polegająca na widzeniu problemów pacjenta w wielu kontekstach (kontekst biologiczny, psychopatologiczny, psychodynamiczny, rodzinny, środowiskowy, prawny, szkolny, kulturowy) i próbie łączenia ich w procesie diagnostycznym i terapeutycznym jest koncepcją, przed którą bardzo trudno jest uciec w psychiatrii wieku rozwojowego, i która rzeczywiście wydaje się mieć bezsporne zalety (pełniejsza diagnoza, mniej sztywne i często szybsze rozwiązywanie problemów terapeutycznych, mniejsza jatrogenia wynikająca z jednostronności albo sztywności postępowania leczniczego itp.). Podejście holistyczne jest szczególnie ważne w obszarze stacjonarnym, gdyż jest on bardziej jeszcze od ambulatoryjnego wielowymiarowy (dynamika zespołu multiprofesjonalnego, dynamika nieformalnych grup tworzonych przez pacjentów, dyna-

Tablica 2. *Holizm versus konstruktywizm - podstawy i efekty poznawcze*

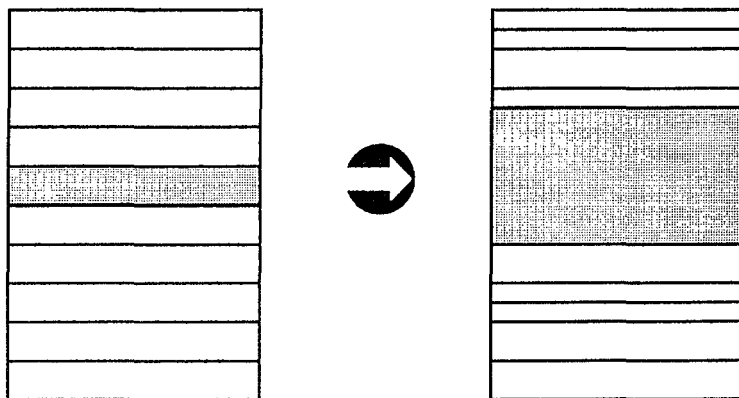
	Podstawa poznawcza	Efekt
Holizm nieograniczony metodologicznie	brak podstaw poznawczych	ideologia
Holizm ograniczony metodologicznie	poznanie naukowe	wiedza naukowa
Konstruktywizm	poznanie konstruktywistyczne	konstrukt poznawczy

mika większych instytucji, w których funkcjonuje oddział, nieformalna dynamika rodzin i grup rodziców itd.).

Swoiste dla podejścia holistycznego niebezpieczeństwo polega na nadmiernym rozszerzaniu zakresu czynników branych pod uwagę w procesie diagnozy i terapii, czyli swoisty "holizm bez granic". Takie podejście poznawcze nie może być zrealizowane, bo nie ma możliwości ufundowania wiedzy kojarzącej wszystko ze wszystkim, a zatem prowadzić musi do ideologizacji postaw psychiatrii. Dzieje się tak w myśl szerszej prawidłowości występowania ideologii zawsze tam, gdzie mamy do czynienia z brakiem wiedzy. Ideologizacja zaś może prowadzić do nadużyć teoretycznych, a w konsekwencji do nadużyć pragmatycznych w imię holizmu. Dlatego celem uniknięcia tego

niebezpieczeństwa konieczne jest nałożenie ograniczenia metodologicznego poprzez wyliczenie czynników uwzględnianych w analizie klinicznej - holizm ograniczony metodologicznie, jak czyni to np. A. Kępiński wyliczając płaszczyzny: biologiczną, psychologiczną i społeczną, dzięki czemu, nawet przy mało precyzyjnym określeniu tych płaszczyzn jego holizm nie jest holizmem bez granic (tab. 2). Im większa precyzja wyliczenia czynników branych pod uwagę w całościowej analizie klinicznej, tym większa jest precyzja pracy, stosowanych pojęć, języka klinicznego oraz interwencji terapeutycznych, z czym jednak wiąże się druga specyficzna trudność podejścia holistycznego.

Drugą specyficzną trudność podejścia holistycznego stwarza fakt, że współczesna wiedza



Rysunek 2. *Równowaga emocjonalnej rangi czynników uznawanych za sprawcze w procesie patogenezy i terapii zaburzeń psychicznych.*

na temat patogenezy zaburzeń psychicznych nie pozwala na ścisłe ilościowe określenie udziału poszczególnych czynników w patogenie zaburzenia, toteż w *teamie* multiprofesjonalnym najdrobniejsza przewaga określonego czynnika patogenetycznego lub terapeutycznego, spowodowana takim czynnikiem ubocznym, jak np. modą albo indywidualnym entuzjazmem lub osobistymi preferencjami pociąga za sobą zmniejszenie "emocjonalnej" wagi innych (ryc. 2), a cały ten proces wymaga nieustannego monitorowania uczuć i konfrontowania poglądów personelu, co jest czasochłonne i trudne oraz wymaga dojrzałości personelu i dużej wiedzy fachowej. Proces takiej superwizji jest, niestety, oparty wyłącznie o analizę jakościową i doświadczenie kliniczne, które okazuje się najbardziej cenne dla podejścia holistycznego, chociaż jest trudno przekazywalne.

Patrząc na ten proces z perspektywy historycznej można również powiedzieć, że każda dekada ma swoje przesunięcia akcentów patogenetycznych i diagnostycznych, o czym w ramach podejścia holistycznego nie powinno się zapominać. Można mieć tylko nadzieję, że postęp nauki będzie coraz precyzyjniej pokazywał nie tylko kolejne czynniki o charakterze sprawczym w zaburzeniach psychicznych, lecz przede wszystkim ich ilościowy udział i powiązania wzajemne.

Wydaje się, że jeszcze trudniej jest myśleć holistycznie w pojedynkę, kiedy psychiatra lub psycholog uwięziony jest w ramach własnego zawodu i zdany na własne uczucia, co zgodnie ze zwykłą ludzką skłonnością do redukcji złożoności, powinno prowadzić raczej do zawężania perspektywy widzenia. Z drugiej strony nie ma jednak pewności, że multiprofesjonalizm jest gwarantem widzenia holistycznego (dynamika *teamu* jako grupy ludzkiej jest bardziej złożona, niż jakakolwiek indywidualna dynamika intrapsychiczna).

Pomijając te złożone i wymagające rozwinięcia w innym miejscu zagadnienia, można stwierdzić, że holistyczna koncepcja stacjonarnej instytucji psychiatrycznej dla dzieci

i młodzieży sprawdza się w praktyce klinicznej.

KONSTRUKTYWISTYCZNA SYSTEMOWA KONCEPCJA stacjonarnej instytucji psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży

Z doświadczeń własnych autora wynika, że wszelkie formy konstruktywistycznej psychoterapii wprowadzane w heterogennym diagnostycznie oddziale zrejonizowanym, prowadzonym bez kalendarza przyjęć, obejmującym stany nagłe i zlokalizowanym na terenie szpitalnym kończą się niepowodzeniem. Wynika to z faktu, że sam oddział i jego usytuowanie oraz niezaprzeczalna rzeczywistość szpitalna potwierdzana w każdej chwili i na każdym kroku stanowią dla pacjentów oraz dla ich rodziców jednoznaczny i samopowierający się dowód choroby i leczenia umiejscowionego w kontekście biomedycznym. W warunkach naszego kraju hospitalizacja psychiatryczna dziecka jest przeżywana bardzo często jako maksymalny stres i stanowi w życiu rodziny wydarzenie egzystencjalne o najwyższym znaczeniu emocjonalnym. Próby konstruowania wraz z rodziną rozumienia objawów jako "skutku gry rodzinnej", pozostają w jaskrawej sprzeczności z oczywistością doświadczania choroby w szpitalu i są w większości przypadków skazane na niepowodzenie. Dlatego generalnie nie należy podejmować prób budowania konstruktywistycznych stacjonarnych instytucji psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w warunkach rejonowych. Nie ma również sensu narażanie *teamu* na wynikające stąd frustracje.

Jeżeli terapia konstruktywistyczna ma być prowadzona w okresie poszpitalnym w instytucji typu ambulatoryjnego, to opisywana powyżej sprzeczność jest automatycznie przenoszona na sferę kooperacji między instytucją stacjonarną i ambulatoryjną. Dlatego lepiej jest, aby ambulatorium oferujące terapię konstruktywistyczną, dawało rzeczywistą alternatywę hospitalizacji nie opierając się o oddział.

Na marginesie warto wspomnieć, że doświadczenia własne wskazują, że istnieją określone, raczej rzadko spotykane rodziny, niejako predystynowane swoim sposobem komunikacji, sposobem budowania pojęć, specyfiką używanego wewnątrz rodziny języka oraz określoną kulturą środowiskowo-rodzinną, które potrafią w najbardziej niesprzyjającym kontekście, czasem nawet absurdalnym, przyjmować konstruktywistyczne rozwiązania swoich problemów. Nie należy jednak tego raczej wyjątkowego doświadczenia uogólniać, a poza tym w chwili obecnej nie ma odpowiedniej wiedzy ani żadnego narzędzia screeningowego, które pozwalałoby wychwycić takie wyjątkowe rodziny w momencie przyjmowania do szpitala.

Bogate doświadczenia we wprowadzaniu konstruktywistycznych form leczenia stacjonarnego dla dzieci i młodzieży omawiane są obszernie przez autorów z niemieckiego kręgu językowego, jak Wilhelm Rotthaus (1990) czy Kurt Ludewig (1992), jednak autorzy ci wydają się dysponować swobodą w kreowaniu instytucji uwzględniających drogę przedszpitalną chorego oraz odpowiednio wykreowaną procedurę przyjęciową i nie będących

instytucjami rejonowymi typu interwencyjno-przyjęciowego.

WNIOSKI

W odpowiedzi zatem na pytanie tytułowe można powiedzieć, że realizacja holistycznej koncepcji instytucji stacjonarnej w psychiatrii rozwojowej jest możliwa, a nawet wskazana, jako skuteczne podejście do rozwiązywania problemów klinicznych, natomiast niemożliwe jest budowanie konstruktywistycznych instytucji stacjonarnych w psychiatrii okresu rozwojowego, jeśli instytucje te mają spełniać zadania rejonowe i nie mogą zastosować kalendarza przyjęć wraz z odpowiednią procedurą przyjęciową inicjującą konstruktywistyczną psychoterapię.

PIŚMIENNICTWO

1. Ludewig K.: Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Klett-Cotta, Stuttgart 1992.
2. Rotthaus W.: Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Verlag Modernes Lernen, Dortmund 1990.
3. Schmidt G.: Systemische Familientherapie als zirkulare Hypnotherapie. Familiendynamik 1985, 3, 241-264.

Adres: Dr Kazimierz Pietruszewski, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Collegium Medicum UJ, ul. Kopernika 21a, 31-501 Kraków