

Ryszard Praszquier

Uniwersytet Warszawski, Instytut Studiów Społecznych im. Profesora Roberta Zajonca

Historia idei Kazimierza Jankowskiego i zespołu „Synapsis”

The History of Kazimierz Jankowski's and the „Synapsis” team's ideas

STRESZCZENIE

Artykuł jest prezentacją historii idei i praktyki doc. dr hab. n. med. Kazimierza Jankowskiego w 50-lecie utworzenia przez Niego ośrodka, znanego pod nazwą „Synapsis”. Przedstawione są kolejne zmiany i poszerzenia metod pracy z pacjentami, badanie skuteczności tych metod oraz rozwój towarzyszącej im idei. Ukazana jest droga od stosowania metod psychokorekcyjnych skoncentrowanych na jednostce do rozszerzenia na rodzinę, a następnie na środowisko. Zaprezentowany jest – nowatorski w latach 70. XX wieku – model psychoprofilaktyki środowiskowej. Równolegle dokumentowana jest przechodzenie od pracy na oddziale zamkniętym do leczenia w trybie otwartym, a w następnym kroku – do psychiatrii środowiskowej.

Słowa kluczowe: Kazimierz Jankowski, „Synapsis”, psychiatria społeczna, terapia rodzinna, profilaktyka

ABSTRACT

This article presents the history of Prof. Kazimierz (Kaz) Jankowski M.D., Ph.D. ideas and their implementation, on the 50th anniversary of him creating the “Synapsis Center.”

Subsequent modifications, expansion of therapeutic methods and projects for measuring their effectiveness, as well as their conceptual development are presented. The path from the therapy focused on the individual through one expanding the focus to the family as well, and finally – to the environment is delineated. Moreover, the comprehensive environmental prevention system of Jankowski and the “Synapsis” team which was innovative in the 1970s is shown. Simultaneously, a way from in-patient to out-patient model of therapy is documented.

Keywords: Kazimierz Jankowski, “Synapsis”, community psychiatry, family therapy, prophylaxis

Adres do korespondencji / Address for correspondence: ryszardpr@gmail.com

ORCID: 0000-0002-5135-5210

Brak źródeł finansowania / No sources of financing

WPROWADZENIE

W związku z 50. rocznicą powstania Młodzieżowego Ośrodka Leczenia Nerwic (MOLN), przekształconego później w Ośrodek Terapii Rodzin (OTR) „Synopsis”, istotne wydaje się upamiętnienie wkładu jego twórcy – psychiatry doc. dr. hab. n. med. Kazimierza Jankowskiego – w upowszechnienie psychokorekcyjnych metod terapii pacjentów z różnymi rodzajami zaburzeń oraz wieloaspektowego modelu psychiatrii rodzinnej i środowiskowej. Zespół stworzony przez Kazimierza Jankowskiego, dynamicznie rozwijający się w kolejnych programach MOLN, OTR i Osiedlowy Ośrodek Zdrowia Psychicznego (OOZP) „Synopsis”, jako jeden z pierwszych w Polsce stosował psychoterapię i terapię rodzin, a w późniejszym okresie – wprowadzał w życie nowatorski model psychiatrii środowiskowej i psychoprofilaktyki.

Idee Jankowskiego były źródłem licznych dyskusji nie tylko wśród specjalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego. Przykładem jest odzew, jaki wywołał wywiad z Jankowskim opublikowany w 1974 roku w „Polityce” (Łozińska, 1974). Na temat jego treści, a także na temat książki Jankowskiego *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej* (Jankowski, 1975a), wypowiedziało się na łamach tego tygodnika wielu psychiatrów, psychologów, socjologów i dziennikarzy, między innymi (kolejno) Adam Szymusik, Stanisław Pużyński, Ireneusz Krzemiński, Daniel Passent, Andrzej Mazur, Maria Witorzeń, Tadeusz Bilikiewicz, Maciej Iłowiecki, Adam Majczak, Wademar Domachowski.

Szczególne kontrowersje wzbudził krytyczny stosunek Jankowskiego do nadmiernej neuroleptyzacji pacjentów¹. Jednym z wątków dyskusji w „Polityce” było pytanie: „Leki czy psychoterapia?”, choć Jankowski nie odżegnywał się od farmakoterapii, pisząc na przykład, że „neuroleptyki są skuteczne w ostrej fazie choroby” (Jankowski, 1975c, s. 100). Krytykował jedynie nadmierną

neuroleptyzację oraz uznawanie leków za jedyną metodę leczenia.

W 1975 roku ukazała się wspomniana książka Jankowskiego *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej*. Autor prezentował w niej filozofię oraz praktykę psychiatrii i psychologii humanistycznej, których założeniem jest koncentracja na opisie niepowtarzalnych właściwości pacjenta jako jednostki, upodmiotowienie go (polemika z założeniem dotyczącym przekonania o zewnętrznej sterowności człowieka), a wśród metod preferuje się (zamiast manipulacji) dialog oparty na możliwie partnerskiej komunikacji oraz odwołanie się do empatii jako najbardziej efektywnego kanału komunikacyjnego. W myśl tej idei rozwój i zaburzenia jednostek mają również istotne źródła w środowisku, a nie tylko w uwarunkowaniach biologicznych. Niejako uzupełnieniem stała się wydana w 1978 roku książka pod redakcją Jankowskiego *Przełom w psychologii* (Jankowski, 1978b), prezentująca badania naukowe dokumentujące pogląd o środowiskowym czy sytuacyjnym źródle zachowań.

Warto dodać, że pracy zespołu Jankowskiego z pacjentami towarzyszył system spotkań, seminariów, warsztatów i dyskusji, dzięki któremu idee i metody działania były upowszechniane w całej Polsce. Uczestniczyli w nich między innymi psychiatrzy: Andrzej Różycki, dyrektor szpitala w Drewnicy; Andrzej Szemis, wicedyrektor Instytutu Psychiatrii i Neurologii (IPiN); Andrzej Żmudzki, ordynator oddziału Szpitala Nowowiejskiego; Jacek Wciórka i Włodzimierz Szyszkowski z IPiN; Jerzy Zadęcki z Kliniki Psychiatrii AM w Krakowie.

W niniejszym artykule zaprezentowano 20 lat ewolucji koncepcji Jankowskiego: od badania konsekwencji przewlekłej hospitalizacji i propagowania idei przeciwdziałania im przez zastosowanie alternatywnych metod psychokorekcyjnych w pracy z młodymi osobami z zaburzeniami antysocjalnymi, nerwicowymi i borderline do wprowadzenia do pracy z młodymi pacjentami z rozpoznaniem psychozy psychoterapii indywidualnej, grupowej i rodzinnej, wizyt domowych oraz oddziaływań socjokorekcyjnych. W artykule ukazano także dalszy rozwój myśli Jankowskiego w kierunku psychiatrii środowiskowej.

¹ Efekt między innymi wniosków z badań Jankowskiego nad skutkami przewlekłej hospitalizacji i podawania leków psychotropowych (Jankowski, 1970).

BADANIE EFEKTÓW DŁUGOTRWALEJ HOSPITALIZACJI, 1966–1968

W latach 1966–1968 Kazimierz Jankowski przeprowadził badania nad psychofizjologicznymi następstwami długotrwałego pobytu w tradycyjnym szpitalu psychiatrycznym² (Jankowski, 1970; 1972b). Objęto nimi 241 pacjentów sześciu szpitali psychiatrycznych, u których rozpoznano schizofrenię. Wiek badanych mieścił się w przedziale 24–44 lata, średni czas hospitalizacji wynosił 11,2 roku. Część pacjentów poddana oddziaływaniom rehabilitacyjnym weszła w skład grup eksperymentalnych, pozostali tworzyli grupy kontrolne. Grupy porównawcze stanowiło 100 osób zdrowych, z których część uczestniczyła w treningu fizycznym.

Za podstawę oceny psychofizjologicznych następstw hospitalizacji i rehabilitacji przyjęto wskaźniki wydolności fizycznej (wytrzymałości i sprawności psychomotorycznej) oraz reaktywności³.

W badaniach wykazano, że długotrwała hospitalizacja „prowadzi do spadku poziomu wydolności w różnych układach fizjologicznych oraz zmian w sposobie fizjologicznego reagowania na bodźce zewnętrzne” (Jankowski, 1972b, s. 93). W szczególności następstwa te przejawiają się obniżeniem pułapu tlenowego, spowolnieniem reakcji psychomotorycznych, spadkiem aktywności tarczycy i kory nadnerczy oraz większą opornością przewodnictwa skóry.

W porównaniu z grupą kontrolną rehabilitacja w istotny sposób zmniejszyła negatywne zmiany psychofizjologiczne spowodowane długotrwałą hospitalizacją, co było widoczne przede wszystkim we wskaźnikach endokrynologicznych i pułapu tlenowego, a także – choć w mniejszym stopniu – reakcji skórno-galwanicznej (Jankowski, 1970; 1972a). Pod wpływem

rehabilitacji różnice między poziomem wydolności i reaktywności osób długotrwanie hospitalizowanych i zdrowych zmniejszyły się w sposób istotny statystycznie.

Wnioski i idee

Wyniki programu badawczego skłaniały do wniosku o negatywnych konsekwencjach długotrwałej hospitalizacji i nadmiernie intensywnej farmakoterapii oraz o pozytywnych efektach rehabilitacji w redukowaniu negatywnych następstw hospitalizacji. Dalsze poszukiwania Jankowskiego szły w kierunku określenia form rehabilitacji, które mogą być najskuteczniejsze. W tym celu zainicjował on program oddziaływań psychokorekcyjnych dla młodzieży i rodziców.

Pierwszą część programu realizowano w systemie stacjonarnym w Sanatorium Neuropsychiatrii Dziecięcej w Garwolinie i kontynuowano w trybie ambulatoryjnym w Młodzieżowym Ośrodku Leczenia Nerwic (MOLN) w Warszawie (Jankowski 1975c).

GARWOLIN – MOLN, 1970–1974

Projekt był realizowany w Sanatorium Neuropsychiatrii Dziecięcej w Garwolinie oraz w dziennym Młodzieżowym Ośrodku Leczenia Nerwic (MOLN) w Warszawie.

W 1970 roku powstał w Garwolinie całodobowy oddział dla 40 chłopców z zaburzeniami zachowania w wieku 14–18 lat. Przestrzeń podzielono na cztery odrębne „mieszkania” (tzw. M-y)⁴; w każdym z nich mieszkała 10-osobowa społeczność, z którą pracował psycholog⁵ i troje wychowawców⁶. Wszyscy chłopcy byli objęci opieką psychologiczną oraz wychowawczą i poddawani którejś z form oddziaływań: w jednym

² W ramach polsko-amerykańskiej umowy (VRA-POL 6/67).

³ Między innymi puls serca w trakcie i po pracy fizycznej, maksymalny pobór tlenu, prosty i złożony czas reakcji, poziomy noradrenaliny, adrenaliny, VMA, wydalanie 17-OHCS w moczu w różnych sytuacjach testowych, objętość osocza, zmiany oporności skóry.

⁴ Idea „M-ów” jako podstawowych społeczności powstała we współpracy Kazimierza Jankowskiego z Heleną Keller – później wychowawczynią w jednym z M-ów.

⁵ Anna Teresa Jakubowicz, Małgorzata Jodko, Ewa Wolton.

⁶ Między innymi Mieczysław Dobrowolny, Piotr Gasparski, Helena Keller, Anna Kubalska, Ryszard Praszkiar, Barbara Rucińska, Wiesław Sokoluk.

M-ie prowadzono psychoterapię⁷, w drugim – kinezyterapię, w trzecim – jogę, mieszkańcy czwartego M-a tworzyli grupę kontrolną. Losowo dobrana część chłopców otrzymywała farmakoterapię⁸, druga część – placebo.

W latach 1970–1971 przeprowadzono badania pilotażowe. Właściwy projekt realizowano w latach 1971–1972 w Garwolinie (uczestniczyło w nim 94 chłopców), a następnie – w związku z wycofaniem się dyrekcji szpitala w Garwolinie z projektu – w powołanym w tym celu 8 marca 1972 roku ośrodku dziennym w Warszawie, Młodzieżowym Ośrodku Leczenia Nerwic, MOLN (114 chłopców w wieku 14–18 lat z zaburzeniami zachowania, nerwicą, borderline). Prowadzone były dwie grupy eksperymentalne: z psychoterapią i kinezyterapią, oraz grupa kontrolna (*waiting list*).

Pozwoliło to zarówno na porównanie skuteczności różnych oddziaływań psychokorekcyjnych (psychoterapia grupowa dla chłopców dwa razy w tygodniu i równolegle prowadzone grupy psychoterapeutyczne dla rodziców⁹), jak i porównanie efektów oddziaływań w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych (Jankowski, 1975c, s. 15).

Metody pomiaru efektywności programu

Skutki oddziaływań oceniano na podstawie wyników testów psychiatrycznych, psychologicznych oraz psychofizjologicznych. Prowadzono między innymi standardowe badania kliniczne, analizę aspektów behawioralnych, funkcjonowanie w rolach społecznych, testy psychologiczne mierzące poziom neurotyzmu, agresji i kilka aspektów osobowościowych. Badania fizjologiczne pozwoliły określić reakcję organizmu na naturalne stymulacje pochodzące ze środowiska (np. 24-godzinne próbki do badań noradrenaliny i adrenaliny, 17-OHCS, 17-KS i 5-HIAA w moczu); badano też kondycję fizyczną i możliwości psychomotoryczne.

Wyniki

Nie znaleziono pozytywnych efektów pobytu pacjentów na oddziale całodobowym w Garwolinie niezależnie od rodzaju oddziaływań. Więcej, odnotowano negatywne skutki: zwiększenie poziomu adrenaliny i noradrenaliny, przy jednoczesnym zmniejszeniu poziomu 17-OHCS, co można interpretować jako fizjologiczną reakcję na chroniczny stres. U części hospitalizowanych chłopców wystąpiło pogorszenie kondycji fizycznej – nawet w grupach, w których prowadzona była kinezyterapia.

U chłopców leczonych w MOLN odnotowano istotne zmniejszenie wskaźników patologii, a także poprawę funkcjonowania w rolach społecznych. Ten ostatni wynik był szczególnie widoczny w grupach poddanych psychoterapii (w porównaniu z grupami poddanymi kinezyterapii i z grupą kontrolną, czyli *waiting list*). W grupach uczestniczących w psychoterapii i kinezyterapii w porównaniu z grupą kontrolną nastąpiła też znacząca poprawa wskaźników kondycji fizycznej (por. Jankowski, 1975c, s. 63–65).

Ocena zmian klinicznych opierała się na dwóch kryteriach: klinicznym (ustąpienie objawów psychiatrycznych) i społecznym (powrót do normalnego funkcjonowania w rolach społecznych). Przewidziano 3 stopnie ocen:

- wyleczenie: spełnienie obu wymienionych wyżej kryteriów;
- poprawa: spełnienie częściowe któregoś z tych kryteriów;
- niepowodzenie: niespełnienie żadnego z kryteriów klinicznego i społecznego.

Okazało się, że 53% pacjentów można było zakwalifikować jako wyleczonych, poprawę uzyskało 32%, a niepowodzeniem zakończyła się terapia 15%. Razem pacjentów wyleczonych i z poprawą było więc 85% (Jankowski, 1974, s. 14–15).

Wnioski i idee

Ważnym wnioskiem z tego programu było potwierdzenie wyników poprzednich badań, wskazujących na negatywny wpływ hospitalizacji, przy pozytywnym znaczeniu oddziaływań rehabilitacyjnych i psychoterapeutycznych w trybie ambulatoryjnym.

Ponieważ skuteczna okazała się psychoterapia rodziców i rodzin, Jankowski oraz jego

⁷ Prowadzona przez Izabelę Osuchowską i Annę Artman.

⁸ Thioridazyna raz dziennie, 3–4 mg na 1 kg masy ciała.

⁹ Psychoterapia prowadzona była przez Izabelę Osuchowską i Annę Artman.

zespół¹⁰ postanowili dalej rozwijać te formy terapii rodzinnej.

W 1972 roku, równolegle z przeniesieniem programu z sanatorium w Garwolinie do MOLN, ukazała się pierwsza popularnonaukowa książka Jankowskiego o ruchu hipisowskim w USA (Jankowski, 1972a). Na podstawie obserwacji amerykańskich komun i ośrodków rehabilitacyjnych autor poddał wnikliwej analizie psychologicznej przemiany społeczne i kulturowe, jakie przyniósł ruch zwany hipisowskim. Książka wywarła znaczący wpływ na tworzenie się koncepcji ośrodka, będącego jednocześnie miejscem terapii i społecznością sprzyjającą rozwojowi psychologicznemu. Wpłynęła też na społeczne otworzenie się na psychologię humanistyczną i związane z nią metody psychoterapii (Jankowski, 1978b; 1981). W 1974 roku Młodzieżowy Ośrodek Leczenia Nerwic przerodził się w Ośrodek Terapii Rodzin (później OTR „Synapsis”) z programem rozszerzonym na pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii oraz na ich system rodzinny.

OŚRODEK TERAPII RODZIN 1974–1975 ORAZ OŚRODEK TERAPII RODZIN „SYNAPSIS” 1975–1978

Zmiana nazwy na Ośrodek Terapii Rodzin (OTR) „wyraża wcześniej rozwijającą się doktrynę orientacji na rodzinę, a nie jedynie na jej młodocianego «delegata do terapii»”¹¹.

Drugi człon nazwy, „Synapsis”¹², w języku greckim oznacza: złącze, kontakt, styk. Symbolicznie ta nazwa wyraża istotę ‘metody Synapsis’, rozumianą dwójako: zaspokajanie podstawowej potrzeby psychologicznej, jaką jest potrzeba kontaktu, oraz oferowanie pacjentom środowiska, w którym może nastąpić ich dalszy rozwój i najszerszej rozumiane uczenie się¹³.

Pozytywne wyniki oddziaływań psychospołecznych w programie OTR spotkały się z krytycznymi opiniami, że wprawdzie wykazano skuteczność psychoterapii, ale nie w odniesieniu do osób z rozpoznaniem schizofrenii. W celu weryfikacji hipotezy, że oddziaływania psychokorekcyjne przynoszą pozytywne skutki także w przypadku takich pacjentów, Jankowski zainicjował projekt terapeutyczno-badawczy dla młodych dorosłych z diagnozą psychozy i ich rodzin (Jankowski *et al.*, 1976a).

Założenia wstępne

Jednym z założeń było spojrzenie

(...) na rodzinę schizofrenika jako na ludzi nienaznaczonych piętnem „rodziny schizogennej”, [co] zwalnia rodziców z przytłaczającego ich poczucia winy, dając im możliwość spojrzenia na siebie jako na współ-ofiary pewnego układu, powstałego w wyniku gry nie w pełni kontrolowanych przez nich sił, a także pozwala dostrzec i docenić rolę partnerskiego układu w rodzinie (Jankowski *et al.*, 1976a, s. 24).

Powyższa konstatacja wspomina o „grze”, rozumianej tu jako utrwalony sposób pośredniego wyrażania emocji, szczególnie wrogości. Objaw natomiast jest rozumiany jako „narzędzie, którym pacjenci walczą o swoją pozycję w rodzinie” (Jankowski *et al.*, 1976a, s. 26). Istotna była też pozytywna konotacja „kryzysu” (Jankowski, 1981, s. 6–7), który „jest często jedyną drogą do wywalczenia lub wytworzenia partnerskich stosunków w rodzinie (...), [a przedwczesne] stłumienie kryzysu może opóźnić rozwiązanie tych problemów, które kryzysy wywołują” (Jankowski, 1981, s. 26–27). Dlatego też terapia powinna

¹⁰ W 1974: Hanna Buza, Magda Czapińska, Marek Dramiński, Krzysztof Jedliński, Helena Keller, Marek Liciński, Ryszard Praszkie, Andrzej Samson, Barbara Tryjarska, Michał Wroniszewski; koterapeuci: Helena Baran, Czesław Doktor, Zbigniew Jakubowski, Włodzimierz Kastelaniec, Zbigniew Kotowicz, Tomasz Kowalewicz, Anna Pele, Hans Peter, Ewa Rose, Maria Rudzińska, Marcin Rusiecki, Hanna Sierzpowska, Monika Sowicka, Anna Strzałkowska, Grażyna Szapiro, Monika Turska, Danuta Wiewióra, Bożena Winch, Mieczysław Wojciechowski.

¹¹ *Informator*, 1976, s. 1–2; zob. też: „Guide-book”, The Family Therapy Center.

¹² Pomysł nazwy zgłosił Krzysztof Jedliński.

¹³ *Informator*, 1976, s. 3.

dążyć do destabilizacji kryzysów niefunkcjonalnych i zamiany ich na kryzysy funkcjonalne, wywołane intencjonalnie w trakcie procesu terapeutycznego (Praszquier, 1980).

Ważne jest też rozwijanie mocnych stron pacjentów, rozumiane „jako inspirowanie takich sytuacji i relacji międzyludzkich, w których osoby grające role terapeutów mogłyby nawiązać kontakt przypominający związek z rodzicami, a jednocześnie, aby poprzez te związki mogli oni stymulować pacjentów do nowych zachowań, reakcji i zadań, tak by w konsekwencji dostarczyć pacjentom nowych, korektywnych doświadczeń” (Jankowski *et al.*, 1976a, s. 29).

Wśród założeń istotna była koncepcja „zintegrowanej terapii” (Buza *et al.*, 1979), składającej się z wielu różnorodnych ścieżek terapii i rozwoju: terapii indywidualnej i grupowej, oddziaływań zarówno w ośrodku, jak i w domu pacjenta, uczestniczenia w obozach terapeutycznych, pobytu w hostelu.

Dobór pacjentów

Do udziału w programie dobrano reprezentatywną dla polskiej populacji próbę młodych ludzi (18–24 lata), którzy co najmniej raz znaleźli się w szpitalu psychiatrycznym z rozpoznaniem schizofrenii lub pokrewnej psychozy (według ówczesnej klasyfikacji zaburzeń psychicznych)¹⁴. Zidentyfikowano 110 osób (57 chłopców i 53 dziewczęta) spełniających te kryteria, z których wylosowano dwie grupy eksperymentalne i jedną kontrolną.

Pierwsza grupa eksperymentalna (40 osób) podjęła leczenie w OTR „Synapsis” w styczniu 1975 roku. Druga (20 osób) uczestniczyła w programie Klubu Byłych Pacjentów (zakończonym po sześciu miesiącach). 40 osób pozostających w leczeniu w tradycyjnym systemie psychiatrycznym stanowiło grupę kontrolną.

Sposób pomiaru funkcjonowania psychospołecznego i psychofizycznego

We wszystkich grupach przewidziano okresowe badania psychiatryczne i psychologiczne (wg Buza *et al.*, 1979, s. 38–43):

- Dane o przebiegu leczenia, pracy zawodowej i nauce pacjentów zbierano przed rozpoczęciem terapii, po roku i po trzech latach.
- Oceny stanu psychicznego dokonywano na podstawie danych pochodzących z badania psychiatrycznego (Current and Past Psychopathology Scale), od matek (które wypełniały kwestionariusz Katz Adjustment Scales) oraz samych pacjentów (kwestionariusz samooceny SCL-90). Na początku i na końcu programu mierzono również iloraz inteligencji pacjentów (za pomocą testu Wechslera).
- W badaniach wydolności fizycznej i sprawności psychomotorycznej wykorzystano wskaźniki pułapu tlenowego oraz czasu reakcji prostej.
- Satysfakcję z leczenia i plany na przyszłość pacjentów oceniano na podstawie wywiadów przeprowadzonych na zakończenie programu z pacjentem oraz jego matką.

Metody działania

Pierwszą grupę eksperymentalną podzielono na cztery podgrupy 10-osobowe. Każdej podgrupie przydzielono stały zespół terapeutyczny, którego wstępnym zadaniem było odwiedzenie rodzin „swoich” pacjentów (w domach czy w szpitalu) i umotywowanie ich do uczestnictwa w terapii. Działania terapeutyczne obejmowały:

- psychoterapię grupową dla pacjentów (dwa razy w tygodniu);
- psychoterapię indywidualną dla pacjentów (raz w tygodniu);
a ponadto – w miarę potrzeb:
- psychoterapię dla rodziców w formie maratonów weekendowych;
- sesje terapii rodzinnej prowadzone w domu lub ośrodku;
- oddziaływania socjoterapeutyczne – obozy, hostele, warsztaty;
- pomoc w rozwiązywaniu realnych problemów życiowych – na przykład w załatwianiu spraw urzędowych i przy wznowieniu nauki (Buza *et al.*, 1979, s. 103–106);

¹⁴ Na podstawie danych z czterech warszawskich szpitali psychiatrycznych.

- prowadzenie hosteli dla pacjentów lżejs¹⁵ i ciężej¹⁶ zaburzonych (Jankowski *et al.*, 1976a; 1976b);
- podawanie leków traktowane jako wspomaganie oddziaływań psychoterapeutycznych; pacjentom wyjaśniano, że leki działają na objawy, a nie na istotę problemów (Jankowski *et al.*, 1976a, s. 87–88);
- partnerskie środowisko terapeutyczne: brak różnicowania ubrań (np. białych fartuchów) i tabliczek (np. „Tylko dla personelu”), wspólne posiłki, uczestniczenie w przyjęciach imieninowych czy urodzinowych, wyprawy do kina lub kawiarni.

Wyniki programu

Liczba hospitalizacji: w ciągu trzech lat terapii przebywało w szpitalach psychiatrycznych co najmniej raz 50% pacjentów grupy eksperymentalnej i 72,5% grupy kontrolnej.

Farmakoterapia: 53% pacjentów grupy eksperymentalnej obyło się bez leków psychiatrycznych, w ostatnim roku terapii odsetek ten wzrósł do 73,3%.

Sytuacja społeczno-zawodowa: przed rozpoczęciem programu pracowało w zwykłym (niechronionym) zakładzie pracy lub się uczyło 52,5% pacjentów z grupy eksperymentalnej i 57,5% z grupy kontrolnej. Po jego zakończeniu w grupie eksperymentalnej odsetek ten wzrósł do 70%, a w grupie kontrolnej spadł do 37,5%. W ciągu trzech lat programu 20% pacjentów grupy eksperymentalnej wyprowadziło się z domu, w porównaniu z 10% grupy kontrolnej.

Obraz psychopatologii: w badaniach wstępnych i końcowych nie stwierdzono żadnych istotnych różnic między grupami eksperymentalną a kontrolną. W grupie eksperymentalnej nastąpił istotny statystycznie spadek nasilenia zaburzeń mierzonych na skalach: „depresja-lęk” i „obsesja-natręctwa-poczucie winy” (Current and Past Psychopathology Scales), „bezzradność”

i „zahamowanie-izolacja” (Katz Adjustment Scales).

Badanie wydolności fizycznej (maksymalny pułap tlenowy) i sprawności psychomotorycznej (czas reakcji prostej) nie wykazały statystycznie istotnych zmian przed i po terapii.

Satysfakcja z leczenia, plany na przyszłość: pacjenci z grupy eksperymentalnej i ich matki ocenili jako najbardziej korzystne i zarazem satysfakcjonujące trzy formy leczenia: psychoterapię, obozy terapeutyczne oraz wizyty domowe. Dla matek z grupy kontrolnej najbardziej korzystne były pobyt w szpitalu i farmakoterapia, a najbardziej satysfakcjonujący – pobyt w szpitalu, w opinii zaś samych pacjentów najkorzystniejsza była farmakoterapia; pobytu w szpitalu nie wyróżnili pod względem korzyści ani satysfakcji. Statystycznie istotna różnica wystąpiła w przewidywaniu przez matki przyszłości – w grupie kontrolnej znacznie więcej matek przewidywało ponowną hospitalizację psychiatryczną niż w grupie eksperymentalnej (Buza *et al.*, 1979, s. 45–62).

Okazało się także, że intensywne oddziaływania psychospołeczne przyczyniają się do płytszego zaangażowania w rolę pacjenta i do lepszego funkcjonowania w podstawowych rolach społecznych (Jedliński, 1985).

Podsumowanie efektów leczenia

Nastąpiła znaczna poprawa funkcjonowania społecznego zarówno w sferze zawodowej, jak i osobistej, przy jednoczesnym zmniejszeniu wskaźnika rehospitalizacji.

Stwierdzono niewielki spadek nasilenia części objawów psychopatologicznych.

Nastąpił znaczny wzrost nadziei na możliwość powrotu do normalnego życia (Buza *et al.*, 1979, s. 63–64).

OTR „Synapsis” – inne obszary działalności

Poza wyżej opisanym programem działały też inne grupy terapeutyczne dla pacjentów: z rozpoznaniem borderline (prowadząca: Helena Keller), zaburzeniami zachowania (Marek Liciński), różnym rozpoznaniem (Marek Damiński) oraz wspomniany wcześniej Klub, a następnie grupa dla byłych pacjentów (Ryszard Praszquier).

¹⁵ Hostel na Bródnie prowadzili Małgorzata Adamczuk i Bogdan Krawczyk, na Ursynowie – Helena Keller wraz z zespołem.

¹⁶ W Miedzeszynie, prowadzący: Michał Wroniszewski wraz z zespołem.

Istotny był system pracy zespołowej, zebrania kliniczne, cotygodniowe spotkania w zespołach, udzielanie sobie wzajemnego wsparcia i system superwizyjny. Wśród pracowników panowała atmosfera rozwoju zawodowego i osobistego, co pozytywnie wpływało na pracę z pacjentami.

Ponadto w latach 1974–1989 przy Ośrodku działał Komitet Rodzicielski, następnie przekształcony w Specjalistyczne Koło Towarzystwa Przyjaciół Dzieci nr 134, dzięki któremu prowadzono szkolenia i działalność wydawniczą.

Wnioski i idee

Jak wspomniano na wstępie, w 1975 roku wyszła ważna książka Kazimierza Jankowskiego *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej* (1975a), wzbudzająca dyskusję w środowisku zawodowym oraz w prasie. Autor pisał w niej o wadze kontaktu: dla prawidłowego rozwoju człowiek musi się kontaktować z innymi ludźmi oraz być poddany wszystkim czynnikom, które z tego kontaktu wynikają – zarówno tym pozytywnym, jak i negatywnym. Omawiał też warunki zaspokojenia potrzeby kontaktu; jego zdaniem w człowieku pozbawionym w określonych momentach życia kontaktu z ludźmi powstaje „dziura”, której nigdy już nie da się wypełnić.

Według Jankowskiego środowisko zewnętrzne wpływa na środowisko wewnętrzne za pośrednictwem systemu znaczeń, jakim człowiek się kieruje. Jeśli fizyczna zależność jednostki biologicznej od środowiska zewnętrznego jest przedmiotem zainteresowania medycyny, to zależność jednostki biologiczno-społecznej od świata znaczeń powinna być głównym obszarem zainteresowania psychiatrii.

Autor podał różne przykłady wdrażania idei psychiatrii i psychologii humanistycznej z USA, między innymi „Fountain House”¹⁷, w którym ekspacjenci szpitali psychiatrycznych pomagają sobie nawzajem w poszukiwaniu pracy czy tworzeniu środowiska społecznego (Jankowski, 1975a; 1975b).

Ten kierunek myślenia widoczny jest także w książce pod redakcją Kazimierza Jankowskiego *Przełom w psychologii*¹⁸, gdzie autor porównuje założenia ujęcia humanistycznego z założeniami behawioryzmu i ortodoksyjnej psychoanalizy:

- Natura człowieka jest zdeterminowana tylko we wczesnych fazach rozwoju, później człowiek determinuje sam siebie.
- Głównym mechanizmem psychicznym jest świadomość siebie i świata (w przeciwieństwie do założeń behawioryzmu o dominującej roli uczenia się dzięki karom i nagrodom oraz psychoanalizy o dominującej roli podświadomości i mechanizmów obronnych).
- Przyczyną patologii jest uniemożliwienie rozwoju.
- Istotna jest świadomość siebie i świata (w przeciwieństwie do behawiorystycznego uczenia się drogą prób i błędów).
- Natura człowieka: człowiek jest z natury dobry, może ufać swoim spontanicznym reakcjom (w przeciwieństwie do założenia o zdeterminowaniu człowieka przez groźne instynkty w psychoanalizie) (Jankowski, 1978b, s. 9–10).

W ocenie terapeutów pracujących w programie z młodymi osobami z rozpoznaniem psychozy ważny okazał się bezpośredni kontakt z pacjentem i jego otoczeniem. Istotną rolę odgrywało też skupienie uwagi na rodzinie i środowisku pacjenta zamiast koncentrowania się na objawie bądź samym pacjencie jako jednostce (jak wówczas uważano – „delegowanej przez rodzinę do roli chorego”, Praszquier, 1980).

Przekonanie o wadze środowiska zapoczątkowało poszukiwania rozwiązań terapeutycznych w kierunku psychiatrii środowiskowej.

PROGRAM PSYCHIATRII ŚRODOWISKOWEJ, 1978–1990

Założenia programowe

W 1976 roku Kazimierz Jankowski wraz ze współpracownikami¹⁸ rozpoczął współpracę z Markiem Budzyńskim, głównym projektantem nowo powstającego warszawskiego osiedla

¹⁷ Zob. www.fountainhouse.org (dostęp: 17.06.2022). W Polsce na przykład www.zrozumiecipomoc.pl/o-domu (dostęp: 17.06.2022).

¹⁸ Z Markiem Licińskim i Ryszardem Praszquierem.

Ursynów, oraz z zespołem architektów¹⁹. Omawiano dostosowanie infrastruktury do założeń zarówno psychiatrii środowiskowej, jak i do nowatorskiego systemu wychowawczo-profilaktycznego.

W myśl wypracowanej w poprzednich programach idei oddziaływania nie tylko na pacjenta i jego rodzinę, ale także na środowisko – założono umiejscowienie systemu w środowisku mieszkalnym, a nie poza nim. Zaplanowano utworzenie Osiedlowych Ośrodków Zdrowia Psychicznego oraz Klubów Mieszkańców na parterze domów mieszkalnych. Tak powstał jedyny wówczas w Polsce autorski program środowiskowy „Profilaktyka i przeciwdziałanie negatywnym zjawiskom społecznym w osiedlu mieszkaniowym” (Program..., 1977; Jankowski, Liciński, 1978).

Organizacja systemu środowiskowego

Segment psychiatrii środowiskowej²⁰: powstały (umiejscowione na parterze domów mieszkalnych) Osiedlowy Ośrodek Zdrowia Psychicznego dla dorosłych²¹ i Osiedlowy Ośrodek Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży²².

Ośrodek dla dorosłych był zorganizowany w tzw. Rejonowe Zespoły Terapeutyczne, obejmujące swoją opieką poszczególne rejon Ursynowa Północnego. Zapewniono wszechstronność i ciągłość terapii: od opieki psychiatrycznej przez różne formy oddziaływań psychoterapeutycznych i psychospołecznych (np. wizyty środowiskowe) po kontynuację kontaktu terapeutycznego na terenie zrejonizowanych (wówczas) oddziałów szpitalnych, z którymi „Synapsis” zawarł stosowne umowy o współpracy i koordynacji działań.

Działał także hostel dla byłych pacjentów²³.

Zespół pionu psychiatrii rozwijał koncepcję pracy z rodziną, w szczególności adaptując do warunków środowiskowych systemowe podejście do terapii rodzin (np. Praszquier, 1992; Grochola, Wiśniewski, 2016).

Zespół Klubów Mieszkańców Osiedla Jary²⁴: we współpracy Kazimierza Jankowskiego i zespołu „Synapsis” z wyżej wspomnianym zespołem architektów oraz władzami spółdzielni mieszkaniowej²⁵ powstał na ursynowskim osiedlu Jary Ursynowa Północnego nowatorski program psychoprofilaktyczny osiedlowych Klubów Mieszkańców. Z założenia jeden klub miał przypadać na około 1500 mieszkańców. Oznaczało to stworzenie sieci wielu małych, związanych z lokalną społecznością placówek prowadzących zajęcia zarówno dla dorosłych, jak i dla dzieci (Program..., 1976; 1977).

Autorem koncepcji działania klubów był Marek Liciński. Zakładała ona trzy nurty działalności: klubową, opieki nad dziećmi i gabinetu psychoterapeuty (wraz z salą do treningów grupowych). Celem była aktywizacja mieszkańców i profilaktyka potencjalnych negatywnych zjawisk psychospołecznych.

Zajęcia prowadziło trzech pracowników:

- animator, czyli środowiskowy organizator czasu wolnego, form współżycia i aktywności mieszkańców;
- mediator, czyli środowiskowy ekspert od problemów psychologicznych i międzyludzkich;
- opiekun dzieci, czyli środowiskowy ekspert od rozwiązywania problemów wokół małych dzieci i od spraw wychowawczych (Program..., 1976; 1977; Jankowski, Liciński, 1978).

Metodą działania była decentralizacja działań (poprzez małe rejon, kluby, zespoły, usytuowane bliżej mieszkańców), aktywizowanie mieszkańców i inicjowanie oddolnych wspólnot (Jankowski, Liciński, 1978), co miało szczególne znaczenie w kontekście politycznym i społecznym lat 70. ubiegłego wieku.

Klub Seniora: Ponadto w założonym systemie psychoprofilaktycznym uwzględniono Klub

¹⁹ Między innymi Jerzy Szczepanik-Dzikowski, Włodzimierz Witaszewski, Andrzej Szkop, Jan Gromadzki, Olgierd Jagiełło.

²⁰ Kierownikiem pionu psychiatrii był specjalista psychiatra Michał Wroniszewski.

²¹ Kierownikiem poradni były Irena Damienska-Łojak i Alina Naporowska.

²² Kierownikami byli kolejno: Ryszard Praszquier i Teresa Chachulska.

²³ Kierownik: Helena Keller.

²⁴ Kierownik: Marek Liciński.

²⁵ Wówczas: SBM „Ursynów”.

Seniora, którego celem była aktywizowanie osób starszych. Przewidziano wizyty domowe, uaktywnianie (np. spacer, wyjścia do kawiarni) i aktywny udział w działalności klubu (Bieniasz *et al.*, 1978).

Wnioski z działalności systemu psychiatrii środowiskowej i psychoprofilaktyki

W toku działalności potwierdziło się wstępne założenie, że pełny system psychiatrii środowiskowej wymaga harmonijnej współpracy pionów psychiatrycznego i psychoprofilaktycznego, a w razie hospitalizacji – koordynacji działań z odpowiednim oddziałem szpitalnym.

Bardzo ważną okazała się też współpraca z lokalnymi służbami (spotkania z przedstawicielami szkół, opieki społecznej, policji oraz spółdzielni mieszkaniowej organizowano na terenie OOPZ „Synapsis”). Duże znaczenie miało to w przypadkach przemocy w rodzinie, zwłaszcza gdy ofiarą było dziecko. Warto zaznaczyć, że program ochrony dzieci był wówczas (w latach 70.) nowatorski (Bieniasz *et al.*, 1978).

Zespół Klubów Mieszkańców (podlegający spółdzielni mieszkaniowej) został rozwiązany w grudniu 1981 roku wraz z nastaniem stanu wojennego. Pion osiedlowej psychiatrii działał do 1999 roku.

Program szkoleniowy

Szkolenia dla członków zespołu dotyczyły przede wszystkim umiejętności nawiązywania – w zależności od potrzeb – relacji interpersonalnych z mieszkańcami, rozpoznawania ich potrzeb, pracy z różnorodnymi grupami, radzenia sobie w sytuacjach konfliktowych, przejawiania własnej inicjatywy, jak i oddawania jej w ręce mieszkańców (Bieniasz *et al.*, 1978, s. 103–105).

Cykl szkoleń wstępnych trwał około miesiąca i składał się z trzech treningów: interpersonalnego, terapeutycznego oraz zadaniowego. Po zatrudnieniu pracownicy uczestniczyli w stałych szkoleniach, grupach superwizyjnych i zebraniach teoretycznych.

Trening interpersonalny był ukierunkowany na zmianę lub poszerzenie osobistych schematów interakcji. Tworzono środowisko swobodnej wymiany doświadczeń, eksperymentowania z nowymi sposobami interakcji i wzajemnych

informacji zwrotnych (zob. Praszquier, Strzałkowska, 1978; Praszquier, Tryjarska, 1981; Praszquier, Różycki, 1983). Trening terapeutyczny był pogłębianą kontynuacją treningu interpersonalnego, nastawioną na osobiste dyspozycje uczestników do nawiązywania i utrzymywania kontaktu terapeutycznego.

Trening zadaniowy oferował specyficzne doświadczenia związane ze środowiskiem pracy. Uczestnicy otrzymywali różnorodne zadania, między innymi przeprowadzenie wywiadów z mieszkańcami wybranego bloku, rozpoznanie ich potrzeb i trudności, organizowanie imprez dla mieszkańców, dyżurowanie na oddziałach psychiatrycznych przyjmujących pacjentów z rejonu działania.

Stażyści uczestniczący w działalności środowiskowej brali udział w treningu przygotowawczym, a w toku stażu – w spotkaniach superwizyjnych i zebraniach roboczych (Bieniasz *et al.*, 1978, s. 107–109).

W trakcie działania pionu psychiatrii osiedlowej prowadzono także szkolenia zewnętrzne dla pracowników służby zdrowia i innych osób pracujących z ludźmi.

PRZYKŁADY INICJATYW POWSTAŁYCH W WYNIKU INSPIRACJI KAZIMIERZA JANKOWSKIEGO

Po wyjeździe Kazimierza Jankowskiego do USA (1979) członkowie zespołu kontynuowali i rozwijali jego idee. Znaczne wsparcie zespołowi „Synapsis” okazywali wówczas psychiatrzy: Teresa Dąbrowska, Grażyna Małatyńska, Andrzej Różycki i Andrzej Szemis.

Część pracowników podjęła własne działania, wymienione poniżej.

Działalność naukowa i dydaktyczna Barbary Tryjarskiej

Barbara Tryjarska pracowała w Katedrze Psychoterapii, a następnie w Katedrze Psychologii Dziecka i Rodziny Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, uzyskując tu doktorat i habilitację. Idee Kazimierza Jankowskiego były dla niej inspirujące w dwojaki sposób. Po pierwsze, prowadziła badania nad relacjami między małżonkami, więziami między członkami

rodziny, znaczeniem wzorów więzi dla konstytuowania relacji (Grzesiuk, Tryjarska, 1995; Tryjarska, 1995; 2002; 2010). Przeprowadziła adaptację narzędzia służącego do badania rodziny (Tryjarska, Chrzastowski, 2010). Była promotorką kilku rozpraw doktorskich poświęconych rodzinnym uwarunkowaniom zaburzeń i kryzysów emocjonalnych. Po drugie, zajmowała się terapią małżeńską i rodzinną w paradygmacie systemowym. Wiele lat prowadziła wykłady na temat szkół terapii rodzin na Uniwersytecie Warszawskim i w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej. Opisała specyfikę różnych nurtów terapii rodzin w podręczniku akademickim (Tryjarska, 2006). Na Uniwersytecie Warszawskim uruchomiła specjalizację terapia rodzin i małżeństw, która dawała studentom podstawy teoretyczne rozumienia systemów rodzinnych i wyposażała w umiejętności niezbędne do podejmowania interwencji terapeutycznych. Organizowała i prowadziła szkolenia podyplomowe z terapii rodzin dla psychoterapeutów. Jest certyfikowaną przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne psychoterapeutką i superwizorką psychoterapii.

Krzysztof Jedliński i Ośrodek Pomocy i Edukacji Psychologicznej Intra

Krzysztof Jedliński był w 1991 roku współzałożycielem Ośrodka Pomocy i Edukacji Psychologicznej Intra²⁶. Od początku profil ośrodka skupiał się na działalności humanistyczno-doswiadczeniowej. Ważną inspiracją była terapia skoncentrowana na przekazie Carla Rogersa oraz terapia Gestalt – obydwa kierunki były istotne w systemie „Synapsis”.

Obecnie oprócz psychoterapii Intra prowadzi systematyczne szkolenia, uczące zawodów psychologicznych: psychoterapeuty, trenera i trenera biznesu – w formie treningów, superwizji i warsztatów. To między innymi Szkoła Treningu i Warsztatu Psychologicznego oraz Trenerów Biznesu, Szkoła Psychoterapii, Studium Pomocy i Edukacji Psychologicznej, Studium Treningu Interpersonalnego, warsztaty, treningi i superwizje dla terapeutów i trenerów podnoszące ich

kwalifikacje zawodowe oraz szkolenia dla osób indywidualnych, firm i instytucji uczące ważnych umiejętności psychologicznych.

Krzysztof Jedliński jest współautorem książki *Doświadczenie a psychoterapia* (Sokół-Jedlińska, Jedliński, Kołodziejczyk-Stryjek, 2019), autorem książek *Trening interpersonalny* (Jedliński, 2008) i *Godność. Jak ją chronić bez upokarzania innych* (Jedliński, 2018), a także autorem poradnika *Jak rozmawiać z tymi co stracili nadzieję* (1997).

Michał Wroniszewski – kierowanie pionem psychiatrii środowiskowej oraz Fundacją Synapsis dla dzieci ze spektrum autyzmu

Po wyjeździe Kazimierza Jankowskiego do USA Michał Wroniszewski został kierownikiem pionu psychiatrii środowiskowej na Ursynowie Północnym.

W 1989 roku, by wzbogacić działalność ursynowskich ośrodków środowiskowych, został współzałożycielem i prezesem Fundacji Synapsis, która z biegiem czasu wyspecjalizowała się w terapii dzieci ze spektrum autyzmu.

Wroniszewski był prekursorem nowoczesnej diagnostyki autyzmu, a także współtwórcą systemu prawnego otwierającego możliwości działań interdyscyplinarnych. Od roku 2004 pilotował program wdrażania procedur i narzędzi do monitorowania rozwoju małych dzieci w sposób umożliwiający wychwycenie wczesnych objawów spektrum autyzmu. Na podstawie wyników pilotażu powstał ogólnopolski program przesiewowy „Bada Bada”²⁷.

Fundacja Synapsis pracuje z dziećmi i rodzinami, prowadzi przedszkole terapeutyczne dla dzieci z autyzmem oraz warsztaty chronione dla osób dorosłych ze spektrum autyzmu. Jej działalność obejmuje również szkolenia w dziedzinie pracy z pacjentami ze spektrum autyzmu w Polsce, Litwie i Ukrainie. Michał Wroniszewski jest Przewodniczącym Zarządu Porozumienia Autyzm-Polska.

²⁶ <https://osrodekintr.pl/> (dostęp: 17.06.2022).

²⁷ <http://badabada.pl/> (dostęp: 17.06.2022).

Działalność terapeutyczna i szkoleniowa Marka Licińskiego

W 1978 roku Andrzej Różycki, ówczesny dyrektor Szpitala Drewnica, powołał przy szpitalu trzy ośrodki psychiatrii środowiskowej. Marek Liciński zorganizował i prowadził jeden z nich – Ośrodek Terapii Środowiskowej „Saska Kępa”. Pracowało w nim 21 osób (w tym czterech psychiatrów). Zajmowały się terapią i rehabilitacją pacjentów z psychozami, uzależnieniami, zaburzeniami neurotycznymi i psychogeriatrycznymi oraz młodzieżą z zaburzeniami antysocjalnymi. W Ośrodku prowadzono interwencje kryzysowe, hospitalizacje domowe, psychoterapię rodzinną, grupową i indywidualną, działał klub pacjentów, klub młodzieżowy, organizowano obozy terapeutyczne oraz różne formy profilaktyki i rehabilitacji w zakresie zdrowia psychicznego. Ośrodek „Saska Kępa” objął swoim oddziaływaniem wszystkich pacjentów z Saskiej Kępy i Przyczółka Grochowskiego, zmniejszając trzykrotnie obłożenie łóżek szpitalnych z tego rejonu w Drewnicy. Działał do 1989 roku, rozwijając formy i metody terapii i rehabilitacji prowadzone w „Synapsis” w latach 70. ubiegłego wieku. Wypracowane w Ośrodku sposoby pracy terapeutycznej stosowano później w ramach programu psychiatrycznego Powiślańskiej Fundacji Społecznej.

W 1978 roku Marek Liciński założył również ośrodek treningowy „Drewnica” przy szpitalu w Ząbkach, w którym prowadzono różne formy szkoleń, treningów i warsztatów. Ośrodek ten funkcjonuje do dzisiaj w Kuligowie. Przez 43 lata działalności przeszkolił ponad 7 tysięcy osób z szeroko rozumianego środowiska zawodowego (zob. Liciński 1997; 2010; 2018a; 2018b). W ramach działalności Ośrodka Liciński wygłosił też wykład konferencyjny pt. „Psychoterapia poza kontraktem” (1997).

Działalność praktyczna i naukowa Ryszarda Praszkiera

Do 1995 roku Ryszard Praszquier był kierownikiem (i współzałożycielem) Osiedlowego Ośrodka Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży „Synapsis”, wchodzącego w skład systemu psychiatrii środowiskowej na Ursynowie Północnym. Jednocześnie rozwijał i badał systemowe i środowiskowe podejście do terapii rodzin

(Praszquier, 1989; 1992). Później rozwijał zainteresowania synchronizacją w procesie psychoterapii: w zakresie systemowej terapii rodzin (zob. Nowak *et al.*, 2020, s. 169–182), terapii Gestalt (Praszquier, Nowak, 2021) i terapii dzieci ze spektrum autyzmu (Praszquier, Wroniszewski, 2021).

Czerpiąc z inspiracji Jankowskiego, Praszquier zaangażował się w analizę tak zwanych pozytywnych dewiantów, czyli innowatorów społecznych. W tym nurcie zaproponował między innymi koncepcję stopnia, w jakim ludzie postrzegają trudne wyzwania jako wykonalne (Praszquier, Ząbłocka, 2021). Obecnie zajmuje się badaniem tendencji jednostek do budowania pokojowych relacji międzyludzkich i międzygrupowych (zob. Praszquier, Munnik, 2022).

Od 2003 roku w Instytucie Studiów Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego prowadził badania dynamiki zmian społecznych, a w szczególności czynników powodujących długofalowość i nieodwracalność zmian, uzyskując w tej dziedzinie doktorat i habilitację.

Marek Damiński, Studium Pomocy Psychologicznej i Socjoterapii

Marek Damiński, wieloletni pracownik „Synapsis”, prowadzi od 1978 roku Studium Pomocy Psychologicznej i Socjoterapii, działające początkowo w środowisku szkolnym, a od 2010 roku także jako studia podyplomowe w Collegium Verum. W latach 1982–1989 Damiński założył przy Polskim Towarzystwie Psychologicznym – Pracownię Psychorozwoju i Psychoprofilaktyki z programem szkoleniowym i treningowym.

Joanna Krzyżanowska i rozwój psychiatrii środowiskowej

Znaczący wkład w rozwój psychiatrii środowiskowej wnosi lekarz psychiatra Joanna Krzyżanowska-Zbucka, członek Zarządu Sekcji Naukowej Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, współzałożycielka – razem z Jerzym Kłoskowskim (oboje są byłymi pracownikami „Synapsis”) – Fundacji eFkropka²⁸. Joanna Krzyżanowska-

²⁸ <https://ef.org.pl/> (dostęp: 17.06.2022).

-Zbucka pisze²⁹: „Czas stażu i pracy w Synapsis (...) wpłynął na mnie na tyle, że teraz energicznie działam na rzecz psychiatrii środowiskowej”.

ZAKOŃCZENIE

Dla pełnego obrazu działalności i wpływu Jankowskiego warto dodać, że zespół „Synapsis” rozwijał swoją działalność w okresie autorytaryzmu lat 70. oraz stanu wojennego lat 80. minionego wieku. Powodowało to liczne utrudnienia (np. legendarna akcja „aresztu pieczętek” przeprowadzona przez urzędników ówczesnego komisarza wojennego czy wykryty system podsłuchu szkoleń prowadzonych w czasie wczesnej działalności MOLN, naruszający tajemnicę lekarską). Dla wizytujących gości z krajów wówczas socjalistycznych było nie do pojęcia, że nikt, łącznie z ordynatorem (a więc Jankowskim), nie jest członkiem partii. Po latach okazało się zresztą, że część zespołu była związana z opozycją demokratyczną lat 70., a prawie cały zespół był zaangażowany w późniejsze działania „Solidarności” podziemnej.

Ważnym oparciem w tych warunkach była współpraca z przedstawicielami środowiska zawodowego:

- z Instytutu Psychiatrii i Neurologii: prof. dr. hab. Stanisławem Dąbrowskim, dr. Teresą Dąbrowską, dr. Andrzejem Szemisem, doc. dr. hab. Teresą Stańczak, dr. Bożeną Pietrzykowską, dr. Bohdanem Woronowiczem;
- z Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej w Warszawie: prof. dr. hab. Haliną Wardaszkę-Łyskowską, prof. dr. hab. Zdzisławem Bizoniem, prof. dr. hab. Ireną Namysłowską;
- z Dyrekcji Specjalistycznego Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej (SPZOZ): dr. Arkadiuszem Uznańskim i dr. Grażyną Malatyńską;
- z „Rasztowa”: dr. Janem Malewskim, dr. Michałem Łapińskim, dr. Jerzym Pawlikiem;
- z Ośrodka Terapii i Rozwoju Osobowości (OTiRO): dr. Lidią Mieścicką i dr. hab. Jerzym Mellibrudą;

- z ośrodków terapii środowiskowej w Drewnicy (utworzonych przez dr. Andrzeja Różyckiego) i przy Szpitalu Bródnowskim;
- z dr. Joanną Flatau (z poradni zdrowia psychicznego dla młodzieży) i prof. Jerzym Strojnowskim (z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego).

Warto zaznaczyć, że ówczesne założenia programu na Ursynowie okazały się zgodne ze współczesnym rozumieniem psychiatrii środowiskowej, zwanej „trzecią rewolucją w psychiatrii” (Beck, 2008), zapewniającej szybki dostęp do terapii, ciągłość leczenia, przy jednoczesnej odpowiedzialności za zdrowie całej populacji, ponadto prowadzącej działania profilaktyczne oparte na zaangażowaniu wspólnoty mieszkańców (zob. Beck, 2008). Podejście psychiatrii środowiskowej jest szczególnie aktualne w sytuacji, w której wiele systemów opieki psychiatrycznej bywa nadmiernie skoncentrowane na leczeniu szpitalnym, bez wychodzenia na zewnątrz, do mieszkańców (Alan, Gill, Salvador-Carulla, 2020).

Istotne wskazówki do działania na rzecz psychiatrii środowiskowej przekazał Jacek Wciórka:

Po pierwsze – ogłosić profesjonalną pobudkę, budzić zainteresowanie środowiskowym sposobem myślenia o zadaniach i powinnościach psychiatrii. (...)

Po drugie – tworzyć modele instytucjonalne i modele zachowań zawodowych sprzyjające realizacji idei psychiatrii w przyjaznej wspólnocie społecznej. (...)

Po trzecie – promować, szkolić i upowszechniać dobre narzędzia terapii i rehabilitacji środowiskowej, by zmniejszyć poczucie profesjonalnej bezradności i pokusę bierności (Wciórka, 2000).

Zgodnie z powyższymi koncepcjami w listopadzie 2021 roku powstało Polskie Towarzystwo Psychiatrii Środowiskowej. Wśród jego założycieli znaleźli się też byli członkowie zespołu Kazimierza Jankowskiego.

²⁹ W rozmowie e-mailowej na temat inspiracji Jankowskiego.

Idee Kazimierza Jankowskiego nie dotyczyły wyłącznie metod pracy z pacjentem, rodziną i środowiskiem. Ważny był także system szkoleniowy oparty na samodoskonaleniu członków zespołu (trening interpersonalny, terapeutyczny i zadaniowy). Jankowski równolegle z programami terapii prowadził badania jej skuteczności. Wreszcie, jego przesłaniem było publikowanie opisów pracy, na przykład z osobami z rozpoznaniem schizofrenii i ich rodzinami: *Mid-way report* (Jankowski *et al.*, 1976b) poprzedzał *Report końcowy* (Buza *et al.*, 1979).

Kazimierz Jankowski był też nauczycielem akademickim, wychowawcą wielu pokoleń przyszłych psychoterapeutów. Warte podkreślenia są jego publikacje akademickie, czytane również przez wielu nieprofesjonalnych odbiorców. W nurcie dydaktycznym szczególnie ważne wydają się dwie książki wydane przez wydawnictwo Czytelnik: *Przełom w psychologii* (1978a) i *Psychologia w działaniu* (1981), prezentujące polskim studentom i terapeutom światowy dorobek (nowoczesnej wówczas) psychologii.

Historia idei dr hab. Kazimierza Jankowskiego byłaby niepełna bez informacji o znaczącym wpływie, jaki te idee wywarły na inne ośrodki terapeutyczne. Przykładem może być ruch Monar założony przez Marka Kotańskiego, pod wyraźnym wpływem książki Jankowskiego o ruchu Synanon w USA, *Mój Śambhala* (Jankowski, 1978a)³⁰. W Monarze pracuje i jest odpowiedzialna za szkolenia certyfikacyjne psychoterapeutów uzależnień, związana uprzednio z zespołem OTR „Synopsis” Danuta Wiewióra.

W szpitalu psychiatrycznym w Drewnicy powstały, pod wyraźnym wpływem Jankowskiego, ośrodki psychiatrii środowiskowej powołane przez Andrzeja Różyckiego: prowadzony przez Marka Licińskiego OTŚ „Saska Kępa” (1978–1989), Andrzeja Wiśniewskiego OTŚ „Targówek” (1979–1986) i przez Bożenę Paczuską OTŚ „Ząbki” (1981–1986).

Dodatkowo powstawały różne ośrodki inspirowane ideami Jankowskiego, prowadzone przez byłych pracowników „Synopsis”, w tym Młodzieżowy Ośrodek Psychoterapii (MOP)³¹, który jako jeden z pierwszych w Polsce odpowiadał na potrzeby psychoterapii wśród młodzieży, z włączeniem współpracy ze środowiskiem rodzinnym i szkolnym; oraz Szkolny Ośrodek Socjoterapii (SOS) – założony z inspiracji idei Jankowskiego przez Jacka (Jaca) Jakubowskiego oraz Martę Bieniasz, przy pomocy Moniki Turskiej i Michała Olszańskiego, oferujący różnorodne oddziaływania psychoterapeutyczne w środowisku szkolnym. Innym przykładem jest Fundacja Pomocy Wzajemnej Barka³², zajmująca się osobami bezdomnymi i wykluczonym społecznie: jej założyciel (w 1989 roku) i wieloletni prezes Tomasz Sadowski twierdził, że źródłem inspiracji była dla Niego działalność Kazimierza Jankowskiego³³. Barka działa obecnie, także poza Polską, w kilku europejskich krajach.

PODZIĘKOWANIA

Dziękuję Krystynie Jankowskiej i Elżbiecie Knoll za znaczący wkład organizacyjny, umożliwiający harmonijną działalność wspomnianych wyżej programów.

Szczególnie jestem wdzięczny Barbarze Tryjarskiej za liczne i istotne uwagi merytoryczne oraz Annie Strzałkowskiej za wnikliwą i wszechstronną redakcję tego tekstu.

Podziękowania za cenne uwagi składam również: Markowi Damińskiemu, Jackowi Jakubowskiemu, Krzysztofowi Jedlińskiemu, Joannie Krzyżanowskiej-Zbuckiej, Markowi Licińskiemu, Krystynie Łubnickiej, Jackowi

³⁰ Zob. relacja Pawła Karpowicza (2004).

³¹ Zainicjowany i prowadzony przez Hannę Rylke, Barbarę Jakubowską, Włodzimierza Kastelańca, Helenę Keller, Marię Keller, Magdę Olszańską, Marię Rudzińską, Monikę Sowiaką i Mieczysława Wojciechowskiego.

³² <https://barka.org.pl/> (dostęp: 17.06.2022).

³³ Wywiad przeprowadzony w 1995 roku przez autora, dla stowarzyszenia Ashoka, <https://www.ashoka.org/en-us/fellow/tomasz-sadowski> (dostęp: 17.06.2022).

Michałowskiemu, Marii Rudzińskiej, Annie Tanalskiej, Monice Turskiej, Bożenie Winch i Michałowi Wroniszewskiemu.

Upamiętnienie

Należy też oddać cześć i wyrazić wdzięczność za zaangażowanie w pracę Zmarłym uczestnikom i współtwórcom projektów „Synopsis”: Czesławowi Doktorowi, Grażynie Drożdż-Kubiak, Zbigniewowi Jakubowskiemu, Kazimierzowi Jankowskiemu, Krystynie Jankowskiej, Helenie Keller, Zbigniewowi Kotowiczowi, Aleksandrze Rogowskiej, Andrzejowi Samsonowi, Andrzejowi Wiśniewskiemu, Magdzie Zdrożnej.

BIBLIOGRAFIA

- Alan R., Gill N.S., Salvador-Carulla L. (2020). The future of community psychiatry and community mental health services. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(4), 375–390.
- Beck B.J. (2008). Community psychiatry. W: T.A. Stern, J.F. Rosenbaum, M. Fava, J. Biederman, S.L. Rauch (red.), *Comprehensive Clinical Psychiatry*. Boston: Massachusetts General Hospital, 917–926.
- Bieniasz M., Buza H., Jankowski K., Liciński M., Łukaszewska D., Monkiewicz J., Pilinow O., Praszquier R., Samson A., Świątek E., Tryjarska B. (1978). *Badania negatywnych zjawisk społecznych w środowisku zamieszkania oraz środki i formy przeciwdziałania tym zjawiskom. Raport zespołu naukowo-badawczego programu rządowego PR-5*. Warszawa: Ośrodek Terapii Rodzin „Synopsis”.
- Buza H., Jankowski K., Jedliński K., Praszquier R., Rogowska A., Samson A., Wroniszewski M. (1979). *Leczenie schizofrenii metodami psychospołecznymi. Raport końcowy*. Warszawa: Zespół Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w m. st. Warszawie, Ośrodek Terapii Rodzin „Synopsis”.
- Grochola K., Wiśniewski A. (2016). *Związki i rozwiązki miłosne. Gry i zabawy małżeńskie*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Grzesiuk L., Tryjarska B. (1995). *Jak pomagać sobie, rodzinie i innym*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jankowski K. (1970). *Psychophysiological Aftereffects of Prolonged Stay in Psychiatric Hospital: The Study of Factors Involved in Rehabilitation of Chronic Patients*. Warszawa: State Sanatorium for Nervous Diseases.
- Jankowski K. (1972a). *Hipisi w poszukiwaniu ziemi obiecanej*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Jankowski K. (1972b). *Psychofizjologiczne aspekty przewlekłej schizofrenii. Badania nad psychofizjologicznymi następstwami długotrwałego pobytu w tradycyjnym szpitalu psychiatrycznym*. Wrocław [etc.]: Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wydawnictwo PAN.
- Jankowski K. (1974). Ocena wyników terapii w Młodzieżowym Ośrodku Leczenia Nerwicy w Warszawie. *Psychoterapia*, 8, 8–15.
- Jankowski K. (1975a). *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Jankowski K. (1975b). *Człowiek i choroba*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Jankowski K. (1975c). *Effects of Psycho-, Kinesi-, and Pharmacotherapy in Emotionally Disturbed Adolescents as Evaluated with Psychological and Physiological Methods: A Comparative Analysis of Therapy in In-Patient and Outpatient Settings. Final Report*. Garwolin: Child Neuropsychiatric Hospital.
- Jankowski K. (1978a). *Mój Śambhala*. Warszawa: Nasza Księgarnia.
- Jankowski K. (1978b). Wprowadzenie. W: K. Jankowski (red.), *Przełom w psychologii*. Warszawa: Czytelnik, 9–23.
- Jankowski K. (1981). Wprowadzenie. W: K. Jankowski (red.), *Psychologia w działaniu*. Warszawa: Czytelnik, 5–15.
- Jankowski K., Buza H., Jedliński K., Praszquier R., Rogowska A., Samson A., Wroniszewski M. (1976a). *Leczenie pacjentów schizofrenicznych w Ośrodku Terapii Rodzin „Synopsis”*. Warszawa: Zespół Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w m. st. Warszawie.
- Jankowski K., Buza H., Jedliński K., Praszquier R., Rogowska A., Samson A., Wroniszewski M. (1976b). *Psychosocial Treatment and Rehabilitation of Young Adult Schizophrenic Patients. Mid-Way Report*. Warszawa: OTR.
- Jankowski K., Liciński M. (1978). Profilaktyka i przeciwdziałanie negatywnym zjawiskom społecznym w osiedlu mieszkaniowym. W: L. Frąckiewicz (red.), *Wybrane problemy społeczne nowych osiedli mieszkaniowych*. Katowice: Śląski Instytut Naukowy, 191–205.

- Sokół-Jedlińska J., Jedliński K., Kołodziejczyk-Stryjek A. (2019). Procesy doświadczania i zmiany na treningu interpersonalnym. W: M. Król-Fijewska (red.) *Doświadczanie a psychoterapia*. Warszawa: Intra.
- Jedliński K. (1985). *Pełnienie ról społecznych przez osoby ze schizofrenią*. Niepublikowana praca doktorska. Warszawa: Akademia Medyczna.
- Jedliński K. (1996). *Nie dać się upokorzyć*. Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.
- Jedliński K. (1997). *Jak rozmawiać z tymi, co stracili nadzieję*. Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.
- Jedliński K. (2008). *Trening interpersonalny*. Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.
- Jedliński K. (2018). *Godność. Jak ją chronić bez upokarzania innych*. Kraków: Wydawnictwo Charaktery.
- Karpowicz P. (2004). *Marek Kotański. Człowiek i jego dzieło*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Kreator.
- Liciński M. (1997, październik). *Psychoterapia poza kontraktem*. Wykład wygłoszony podczas I Konferencji Klubu Psychoterapii i Psychoedukacji, <https://www.tpp.org.pl/materialy/psychoterapia-pozakontraktem> (dostęp: 17.06.2022).
- Liciński M. (2010). *Przemoc w pomocy*. Kuligów: Towarzystwo Psychoprofilaktyczne.
- Liciński M. (2018a). *O przemocy*. Kuligów: Towarzystwo Psychoprofilaktyczne.
- Liciński M. (2018b). *Przemoc wobec dzieci*. Kuligów: Towarzystwo Psychoprofilaktyczne.
- Łozińska E. (1974). Nikt nagle nie popada w obłęd. Rozmowa z doc. dr. Kazimierzem Jankowskim. *Polityka*, 4, 15–15.
- Nowak A., Vallacher R.R., Praszquier R., Rychwalska A., Żochowski M. (2020). *In Sync: The Emergence of Function in Minds, Groups, and Societies*. New York, NY: Springer.
- Praszquier R. (1980). Praca środowiskowa z rodzinami młodych (15–18 lat) pacjentów schizofrenicznych. *Przegląd Psychologiczny*, 23(4), 729–745.
- Praszquier R. (1989). Genogramy. W: R. Praszquier (red.), *Mity i rzeczywistość terapii rodzin* (t. III). Warszawa: Koło TPD nr 134 przy OZP „Synapsis”, 58–65.
- Praszquier R. (1992). *Zmieniać, nie zmieniając. Ekologia problemów rodzinnych*. Warszawa: WSiP.
- Praszquier R., Munnik P. (2022). Peace-oriented mindset. W: V.P. Glăveanu (red.), *The Palgrave Encyclopedia of the Possible*. Cham: Palgrave Macmillan.
- Praszquier R., Nowak A. (2021). In and out of sync: An example of gestalt therapy. *Trends in Psychology*, 29(4), doi: 10.1007/s43076-021-00133-8.
- Praszquier R., Rożycki A. (1983). *Bliskie spotkania. Rzecz o treningu grupowym*. Warszawa: Nasza Księgarnia.
- Praszquier R., Strzałkowska A. (1978, grudzień). *Analiza jednego z modeli treningu terapeutycznego*. Referat wygłoszony na międzynarodowym sympozjum naukowym „Psychologiczne metody optymalizacji funkcjonowania w roli zawodowej”, Grzegorzewice.
- Praszquier R., Tryjarska B. (1981). Wybrane zagadnienia związane z prowadzeniem grup treningowych. *Przegląd Psychologiczny*, 24(2), 341–357.
- Praszquier R., Wroniszewski M. (2021). Autyzm a problem synchronizacji. *Sztuka Leczenia*, 2, 61–69, doi: 10.34938/v5vz-ej58.
- Praszquier R., Zabłocka A. (2021). The perception of doability and how is it measured. *Mind & Society*, 20(2), doi: 10.1007/s11299-021-00284-2.
- Program działalności Zespołu Klubów Mieszkańców i Osiedlowych Klubów Specjalistycznych w Osiedlu „Jary” Ursynów Północny (1976). Spółdzielnia Budownictwa Mieszkaniowego „Politechnika”. Autor [Marek Liciński].
- Program działalności Zespołu Klubów Mieszkańców i Osiedlowych Klubów Specjalistycznych w Osiedlu „Jary” Ursynów Północny (1977). Spółdzielnia Budownictwa Mieszkaniowego „Politechnika”. Autor [Marek Liciński].
- Tryjarska B. (1995). *Skrypty życiowe a konflikty jawne i ukryte w małżeństwie*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Wydziału Psychologii UW.
- Tryjarska B. (2002). Kary doznawane w dzieciństwie a zachowania w konfliktach małżeńskich. *Psychologia Jakości Życia*, 1, 123–143.
- Tryjarska B. (2006). Terapia rodzin. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Praktyka*. Warszawa: ENETEIA Wydawnictwo Psychologii i Kultury, 74–141.
- Tryjarska B. (red.) (2010). *Bliskość w rodzinie. Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Tryjarska B., Chrząstowski S. (2010). Polska adaptacja Kalifornijskiego Kwestionariusza do Badania Rodziny. *Przegląd Psychologiczny*, 53(1), 101–120.
- Wiciórka J. (2000). Psychiatria środowiskowa. Idea, system, metoda i tło. *Postępy w Psychiatrii i Neurologii*, 9, 319–337.