

Projekt Soteria: zwiastun „trzeciej drogi” w psychiatrii?

The Soteria Project: A forerunner of “a third way” in psychiatry?

Radosław Stupak, Bartłomiej Dobroczyński

Instytut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński

Summary

The article presents a somehow forgotten, yet largely controversial, experiment and therapeutic phenomenon known as Soteria Research Project. History, circumstances and main methodological assumptions of the experiment are briefly presented. Theoretical inspirations behind therapeutic model of Soteria are discussed and analyzed, and the results of the experiment are shortly described. The Soteria Research Project is placed in historical and contemporary context and compared to other theoretical propositions and practical solutions. A summary of critical arguments against Soteria is presented. Results of the Soteria Research Project suggest that therapeutic methods employed there were at least as effective as hospital treatment as usual, despite a radical reduction in, or even a complete lack of, pharmacotherapy. These results are still very important in the context of the debate concerning effective and ethical treatment of psychiatric disorders. It is claimed that Soteria was an attempt of restoring the importance of subjective experiences and subjectivity of a psychiatric patient in organized mental health care and a forerunner of contemporary postpsychiatric approaches, which postulate larger autonomy of patients, criticize sole reliance on pharmacotherapy and contemporary diagnostic systems, and underline the importance of psychotherapeutic interventions.

Słowa kluczowe: Soteria, schizofrenia, psychoterapia zaburzeń psychotycznych

Key words: Soteria, schizophrenia, psychotherapy of psychotic disorders

Wstęp

Jerzy W. Aleksandrowicz w artykule, który stanowił wstęp do dyskusji na temat psychoterapii prowadzonej na łamach czasopisma „Diametros”, stawia tezę, że narusza ona „autonomię pacjenta w najbardziej intymnych obszarach. Uprawnieniem do takiej ingerencji jest kierowanie się jego dobrem, a więc naczelną zasadą deontologii [...]. Co stanowi owo dobro, zależy jednak od decyzji psychoterapeuty” [1]. Wydaje się, że stwierdzenie to można uogólnić także na inne składowe postępowania psychiatrycznego, w którym nie tylko zakres pozostawianej pacjentowi autonomii, ale

także stopień uwzględniania jego przekonań i subiektywnych odczuć w diagnozie oraz ustalaniu celu i przebiegu leczenia, zależą od decyzji lekarza dużo bardziej, niż to się dzieje w obrębie innych działów medycyny. Główną przyczyną tego stanu rzeczy jest w pierwszej kolejności znaczne niekiedy zmniejszenie podmiotowości pacjenta oraz osłabienie jego możliwości poznawczych, zwłaszcza krytycznego myślenia, charakterystyczne dla sporej części zaburzeń psychicznych, w drugiej zaś – specyficzny kulturowy i historyczny kontekst, który fenomenowi choroby psychicznej towarzyszy od stuleci. Wpływa on i na społeczne postrzeganie chorego, i na jego profesjonalne diagnozowanie i leczenie oraz sposoby sprawowania nad nim opieki.

Szczególnie ta ostatnia kwestia jawi się jako newralgiczna, jej rozstrzygnięcie nie zależy bowiem wyłącznie od obowiązującej w danym czasie doktryny medycznej czy panujących zwyczajów pielęgniarstwa, ale również od fundamentalnych sądów dotyczących natury choroby psychicznej, jej genezy i lokalizacji, a także odpowiedzi na pytanie o ewentualny udział chorego w powstaniu swojego cierpienia. Rozstrzygnięcia tych kwestii poza tym, że decydowały o wyborze konkretnej strategii terapeutycznej, skutkowały też określonymi poglądami na chorych psychicznie, którzy stawali się zarówno problemem medycznym, jak i moralnym.

Wydaje się przy tym, że poczynając od symbolicznego początku psychiatrii jako osobnej nauki, kiedy to Pinel wyzwolił chorych psychicznie z łańcuchów pod koniec XVIII wieku [2], dyskusja o naturze choroby psychicznej, sposobach jej leczenia czy zakresie autonomii, jaką można/należy pozostawić choremu, oscylowała między dwiema skrajnościami, które dzisiaj określa się jako podejście naturalistyczne oraz konstruktywistyczne. Spór między nimi dotyczy przede wszystkim tego, czy: „pojęcie choroby można zdefiniować za pomocą normatywnie neutralnych pojęć naukowych (jak twierdzą naturaliści), czy też konieczne jest w tym celu odwołanie się do społecznie zakorzenionych pojęć o charakterze normatywnym (jak utrzymują przedstawiciele konstruktywizmu)” [3, s. 96]. Pierwszą opcję najlepiej reprezentuje, jak się zdaje, współczesne podejście biomedyczne, polegające na połączeniu farmakologii z dyrektywnymi oddziaływaniami terapeutycznymi oraz izolacją najbardziej chorych, drugą zaś – antypsychiatria, wedle której w diagnozie choroby psychicznej biorą udział nie tylko kwestie medyczne, ale też społeczne, etyczne i polityczne, a choroba psychiczna – jak to ujął Thomas Szasz – jest „metaforą, którą przyzwyczailiśmy się brać za fakt” [4]. Ujmując syntetycznie różnicę między tymi podejściami z perspektywy istotnej dla niniejszego opracowania, można zaryzykować tezę – opartą wszakże na faktach historycznych – że o ile w ramach modelu biomedycznego pacjentowi zagrażał „nadmiar” opieki medycznej, o tyle „grzech” główny antypsychiatrii sprowadzał się w istocie do pozostawienia chorych samym sobie, bez żadnej opieki [5].

W artykule chcemy przedstawić pewne mniej znane, historyczne rozwiązanie, które można uznać za rodzaj „trzeciej drogi”, zawierające zarówno elementy medycyny głównego nurtu, jak i oddziaływania o charakterze alternatywnym, konstruktywistycznym. Będą to rekonstrukcja i analiza fenomenu terapeutycznego znanego pod nazwą Soteria (zakończone dyskusją nad nim), którego wartość polega przede wszystkim na umiejętnym połączeniu obu tych, nieprzystających na pierwszy rzut oka, alternatyw w spójną i – jak pokazują jej analizy – skuteczną formę opieki nad pacjentami leczącymi się psychiatrycznie. Najpierw więc przedstawimy historyczny zarys tego zjawiska.

Projekt Badawczy Soteria

Projekt Badawczy Soteria (*Soteria Research Project*) (gr. σωτηρια – ‘zbawienie, ratunek’) trwał od 1971 do 1983 roku. Jego kierownikiem i inicjatorem był Loren Mosher, mianowany w 1968 roku dyrektorem ośrodka badań nad schizofrenią przy National Institute of Mental Health. Istota tego quasi-eksperymentu sprowadzała się do porównania (za pomocą różnych skal odnoszących się do funkcjonowania społecznego, psychopatologii oraz kryteriów w rodzaju liczby ponownych hospitalizacji czy czasu ich trwania) wyników leczenia po dwóch latach od momentu przyjęcia do „tradycyjnego” szpitala z efektami pobytu w założonym na potrzeby badania eksperymentalnym ośrodku [6]. Początkowo funkcjonował jeden dom – o nazwie Soteria, zlokalizowany w San Jose w stanie California, ale w 1974 roku otwarto także drugi ośrodek w okolicach San Francisco o nazwie Emanon („No name” pisane wspak), który stanowił swego rodzaju dodatkową „grupę eksperymentalną”. Chodziło o to, aby w możliwie najwierniejszy sposób odtworzyć warunki i podstawowe reguły wprowadzone w życie w pierwszym domu. Celem było sprawdzenie, czy aby wyniki z Soterii nie są wyłącznie wypadkową takich a nie innych czynników sytuacyjnych oraz relacji pomiędzy nimi (ludzie, *genius loci*, inne nieprzewidziane zmienne), co podważałoby założenia tej metody, a potencjalny sukces terapeutyczny pozwalało sprowadzić do zbiegu okoliczności i unieważniło tym samym wyniki całego projektu [7].

Do Soterii zamierzano przyjmować osoby spełniające kryteria schizofrenii według DSM-II (potwierdzone przez trzech niezależnych lekarzy), wymagające hospitalizacji, u których występowały przynajmniej 4 z 7 kryteriów schizofrenii według Bleulera (stwierdzone przez dwóch lekarzy), a które wcześniej hospitalizowane były nie więcej niż raz lub nie dłużej niż 30 dni, w wieku 18–30 lat i niebędące w związku małżeńskim [8]. W końcowych analizach statystycznych wiek określony jest jako 15–32 lata [10]. Przyjęte początkowo kryteria miały służyć wykluczeniu z eksperymentu osób, które mogły już „wejść w rolę pacjenta” – czyli zgodnie z rozumieniem twórców ośrodka stały się nadmiernie zależne i pozbawione inicjatywy. Z drugiej strony, wyniki ówczesnych badań wskazywały, że samotne osoby w młodym wieku mają najgorsze długoterminowe rokowania – jeśli psychospołeczne podejście mogło im pomóc, miał to być tym silniejszy dowód na skuteczność przyjętego w Soterii modelu [11].

W ośrodku znajdowało się jednocześnie nie więcej niż 10 osób, łącznie z personelem, który stanowiły dwie osoby (mężczyzna i kobieta, bez wykształcenia psychologicznego lub medycznego) pracujące w trybie 24- i 48-godzinnych zmian. Codzienne obowiązki związane z prowadzeniem domu dzielone były, w miarę możliwości, między wszystkich mieszkańców, a minimalna hierarchia i podział na role miały służyć m.in. utrzymaniu autonomii pacjentów [11]. Mosher stosował w odniesieniu do osób przechodzących terapię w ośrodku określenie „klient” (które może, słusznie, kojarzyć się z nurtami humanistycznymi w psychoterapii), a także nawet bardziej familiarne pojęcie „domownik”. Gdy mowa była o osobach, które terapię w Soterii zakończyły, stosował słowo „absolwent”.

Podczas początkowych sześciu tygodni pobytu w ośrodku zezwalano na użycie neuroleptyków, jeśli uznano, że leki mogą pomóc opanować agresywne lub samobój-

cze zachowania pacjenta, którym nie dało się zapobiec w żaden inny sposób, albo też cierpiał on tak bardzo, że jego bólu nie kołły sama obecność pozostałych osób ani inne „interpersonalne środki”, lub gdy domownik sam poprosił o lek [7].

„Bycie z”

Jednym z kluczowych elementów procesu terapeutycznego podczas pobytu w Soterii było tzw. bycie z (*being with*). „Bycie z” wyewoluowało w zasadzie z pomysłu, aby podczas ostrej fazy psychozy „czuć” z klientem w specjalnie przygotowanym do tego celu pokoju. W pomieszczeniu tym, wyłożonym dywanami i poduszkami, oprócz zestawu stereo nie było żadnych twardych mebli; znajdowało się tam także kilka małych lamp pozwalających regulować oświetlenie. Owa sala zajmowała centralną część domu, ponieważ zakładano, że „coś, co jest ukryte, może przerażać jeszcze bardziej”. Taka lokalizacja miała też zachęcić innych domowników do współpracy. Przede wszystkim jednak pomieszczenie to musiało być bezpieczne i zapewniać minimalną liczbę bodźców.

Wkrótce jednak stwierdzono, że nie spełnia ono swojej roli i co do zasady jest sprzeczne ze swobodnym charakterem Soterii, która miała być pozbawiona narzuconej struktury, toteż formalnie wykorzystano je tylko dwa razy. W praktyce okazało się, że cały dom może służyć do tego celu i że wystarczy jakiegokolwiek ciche pomieszczenie, w którym osoba w kryzysie będzie się mogła zaszyć, ważne jednak, aby był przy niej ktoś, do kogo ma ona zaufanie. Takie sesje mogły trwać od kilku lub kilkunastu godzin do nawet dwóch dni bez przerwy. Krótsze sesje mogły się odbywać np. dwa razy w ciągu dnia, a pomiędzy nimi chorzy potrafili w miarę normalnie funkcjonować.

Istotnym czynnikiem, który mógł mieć wpływ na korzystne wyniki leczenia w Soterii, była także sieć wsparcia, jaka wytworzyła się w naturalny sposób między domownikami, personelem i absolwentami. Duże osobiste zaangażowanie w to, co działo się z ludźmi przyjmowanymi do Soterii, rozmycie ról i zachęcanie do nawiązywania przyjacielskich relacji zaowocowały wykształceniem się autentycznej więzi, która była podtrzymywana po opuszczeniu placówki przez klientów [7].

Podstawowe zasady

Dla Moshera [10] po tym, jak odwiedził założony z inicjatywy Ronalda D. Lainga w Londynie Kingsley Hall, stało się jasne, że w domu powinny obowiązywać pewne „kontekstualne ograniczenia”. Znalazły się wśród nich: niewyrządzanie nikomu krzywdy, traktowanie wszystkich z szacunkiem i oczekiwanie, że nicyzje poczucie godności również nie zostanie naruszone, zagwarantowanie ciszy, wsparcia, ochrony i „interpersonalnego uprawomocnienia”, zapewnienie pożywienia i schronienia. Przede wszystkim zaś chodziło o to, aby atmosfera w domu podtrzymywała nadzieję, że wyjście z psychozy jest możliwe – bez użycia środków antypsychotycznych.

Trzy wprost wyrażone zasady, z którymi Soteria rozpoczynała działalność, to: zakaz przemocy, zakaz wstępu obcym bez zgody domowników i zakaz używania narkotyków. Z czasem – w reakcji na incydenty, do jakich dochodziło w domu – wprowadzono

także czwartą regułę, zabraniającą utrzymywania kontaktów seksualnych pomiędzy personelem a pacjentami. Zasada ta wynikała z prowokacyjnego zachowania jednej z pacjentek wobec członków personelu. Okresowo, za zgodą i zazwyczaj z inicjatywy społeczności, ustalano też dodatkowe obostrzenia, np. dotyczące przechowywania ostrych narzędzi [7].

Wyniki

Wyczerpująca analiza wszystkich zebranych podczas eksperymentu danych ukazała się dopiero w 2003 roku [6]. Użyto w niej ośmiu miar, takich jak: ponowne przyjęcie do całodobowej opieki psychiatrycznej (tak lub nie), liczba ponownych przyjęć, liczba dni spędzonych w całodobowej opiece w czasie ponownych przyjęć, wynik na skali ogólnej psychopatologii (od 1 do 7), wynik na skali ogólnej poprawy (kodowany od 1 do 7, 1 = duża poprawa, 4 = brak zmian, 7 = znaczne pogorszenie), mieszkanie samemu lub z rówieśnikami (tak lub nie), zatrudnienie (brak, pół etatu, cały etat) oraz wynik podskali społecznego funkcjonowania z *Brief Follow-up Rating*. Zbieranie danych powierzono niezależnej grupie badaczy, utrzymano poziom zgodności pomiędzy poszczególnymi sędziami na poziomie Kappa > 0,80. Oceny były przeprowadzane na początku badania przy przyjęciu na oddział szpitalny lub do Soterii, po 72 godzinach (co miało wykluczyć psychozy indukowane narkotykami), sześciu tygodniach i dwóch latach.

Niestety, objętość artykułu nie pozwala na szczegółowy opis i analizę wszystkich danych. Ogólnie wyniki na większości skal były porównywalne dla grupy osób leczonych w szpitalu i w Soterii już po 6 tygodniach terapii, pomimo unikania stosowania neuroleptyków w grupie eksperymentalnej. Osoby poddane leczeniu w Soterii, biorąc pod uwagę ostatni pomiar, którego udało się dokonać, miały na zbiorczej skali – będącej przekształceniem ośmiu wcześniej wskazanych miar, tak aby możliwe było jej rozpatrywanie w kategoriach odchylenia standardowego – nieistotnie statystycznie lepsze rezultaty w porównaniu z leczonymi na oddziałach szpitalnych ($N = 160$, $+0,17 SD$) i o 18% większą szansę na mieszkanie samemu lub z rówieśnikami ($p = 0,05$). Wyniki 129 osób, do których udało się dotrzeć po dwóch latach od przyjęcia do szpitala lub do Soterii, były nieistotnie o jedną trzecią odchylenia standardowego lepsze ($N = 129$, $+0,35 SD$; $p = 0,09$) dla leczonych eksperymentalnie, a także mieli oni istotną statystycznie większą (o 21%) szansę na brak objawów psychopatologicznych lub niski wynik na tej skali ($p = 0,01$). Po zastosowaniu procedury Heckmana – pozwalająca ona na korygowanie wyników, gdy mogły być one zniekształcone z powodu różnej liczby osób w grupie eksperymentalnej i kontrolnej, od których nie zebrano danych po dwóch latach – leczeni w Soterii mieli o prawie pół odchylenia standardowego istotnie statystycznie lepsze wyniki ($+0,47 SD$; $p = 0,03$) w porównaniu z osobami leczonymi szpitalnie. Ponadto o 20% większe było prawdopodobieństwo, że zostaną przyporządkowani do jednego z dwóch najniższych wyników na skali psychopatologii ($p = 0,03$) i o blisko jedno odchylenie standardowe mniej – że zostaną ponownie przyjęci do 24-godzinnej opieki psychiatrycznej ($-0,98$; $p = 0,02$). Wyniki dotyczące pozostałych skal i wskaźników były bardzo zbliżone dla grupy kontrolnej i eksperymentalnej.

W trakcie swego pobytu w Soterii 24% pacjentów przyjęło choć raz neuroleptyki, a 16% podawano je dłużej niż przez tydzień [9]. Żadnych leków antypsychotycznych podczas całego dwuletniego okresu badania nie brało 43% osób z grupy eksperymentalnej i ta grupa wypadła najlepiej na ogólnej skali (+0,82 *SD*). Wśród osób leczonych w szpitalu 94% otrzymywało leki [10]. Wynika z tego, że model terapeutyczny Soterii, mimo mniejszych dawek lub niestosowania leków, był przynajmniej równie efektywny, co tradycyjne leczenie szpitalne.

Soteria w kontekście historycznym i współczesnym

Nawet biorąc pod uwagę dość zróżnicowaną ofertę terapeutyczną tamtego okresu, Soteria wyróżniała się zdecydowanie na tle innych ówczesnych środowiskowych i społecznych rozwiązań mających na celu niesienie pomocy osobom doświadczającym kryzysu. Wydaje się, że o jej unikalnym statusie zdecydowały następujące cechy:

- mimo że nie był to szpital, a projekt nie był bezpośrednio zarządzany przez lekarzy, przyjmowano jedynie osoby, które w innym wypadku skierowane zostałyby do szpitala;
- stosowanie neuroleptyków, powszechne w innych placówkach, starano się ograniczyć do minimum, a optymalną sytuacją było ich całkowite unikanie;
- odpowiedzialność za leczenie i zarządzanie placówką spoczywała na niewykwalifikowanej (bez przygotowania psychologicznego czy psychiatrycznego) kadry.

Najważniejszy jednak wyróżnik stanowiło to, że Soteria nie była ośrodkiem, do którego kierowano osoby wypisane wcześniej ze szpitala. Nie była więc ona przedłużeniem prowadzonej tam terapii, tylko miała stanowić dla niej alternatywę [7]. Projekt Badawczy Soteria stawiał więc pod znakiem zapytania nie tylko medyczny model szaleństwa, konieczność leczenia osób z diagnozą schizofrenii w szpitalach, użyteczność neuroleptyków w zapobieganiu zaburzonym oraz niepokojącym zachowaniom i ich leczeniu, ale także sens udziału wykwalifikowanej kadry w procesie terapeutycznym. Może właśnie dlatego w pracach Moshera trudno tak naprawdę znaleźć *explicite* wyrażoną rozbudowaną, spójną i kompletną wizję zarówno schizofrenii, jak i terapii, którą chciał wprowadzić w życie w Soterii. Współgra to zresztą z postulowanym przez niego ateoretycznym podejściem do pacjenta. Wskazuje on wprawdzie na pewne (całkiem liczne) inspiracje, jednak odnosi się do nich dość lakonicznie. W wielu miejscach zaś wydaje się przeczyć samemu sobie. W istocie jakakolwiek spójna wizja mogła wcale nie istnieć, na co wskazuje zresztą fakt, że do większości wniosków na temat tego, co działo się w Soterii, Mosher doszedł już po zakończeniu jej działalności. Można jednak, opierając się m.in. na wskazanych przez niego inspiracjach, wyróżnić pewne kluczowe elementy teoretyczne, praktyczne i chyba przede wszystkim światopoglądowe tej wizji.

Soteria nawiązywała do dość idealistycznie postrzeganej epoki „moralnego leczenia”. Inaczej widział to Michel Foucault [12], wedle którego owo podejście opierało się raczej na rygorze i wywoływaniu w pacjentach strachu. Zastrzeżenia Foucaulta wydają się o tyle słuszne, że jednym ze źródeł terapii moralnej była przecież psychiatria romantyczna, która w odróżnieniu od psychiatrii somatycznej, mówiącej o fizycznej etiologii chorób umysłowych, przyczyny obłąkania odnajdywała w czynnikach psy-

chicznych, rozumianych jako nieodpowiednie zachowanie lub namiętności. Stanowiło to punkt wyjścia do rozważań o winie, jaką ponosi chory psychicznie za stan, w którym się znalazł. Jeden z pierwszych przedstawicieli tego nurtu, Johann Christian August Heinroth, uważał, że choć choroba psychiczna jest wynikiem zakłóceń duszy o moralnym podłożu, obłąkany ponosi odpowiedzialność za ich obecność, a zatem jest winny swojej choroby. Jako „remedium” stosowano więc „terapię moralną”, swoistą technikę perswazyjną mającą oddziaływać bezpośrednio na świadomość i sumienie chorego, aby „nawrócił się” na właściwie tory, z których wcześniej świadomie – co należy jeszcze raz podkreślić – zбочył [13]. Jednakże sposób, w jaki Mosher definiował rolę „bycia z”, oraz to, jak ważne było dla niego nadanie placówce terapeutycznej charakteru domu rodzinnego, przywołują na myśl poglądy niektórych dziewiętnastowiecznych psychiatrów zaliczanych do tego nurtu, m.in. George’a Mana Burrowsa i Williama Charlesa Ellisa.

Burrows nalegał, aby nazwę „dom wariatów” zastąpić określeniem „zakład psychiatryczny”, które miało w owym czasie mniej negatywny wydźwięk, co można uznać za próbę zdjęcia stygmatu z obłądu. Zalecał też łagodne postępowanie z pacjentami i niepodawanie w wątpliwość zgłaszanych przez pacjentów w ostrej fazie choroby skarg. Ellis zaś uważał, że najtrudniejszym składnikiem moralnej terapii jest ciągła, uważna i wytrwała życzliwość, która miała przynosić efekty nawet u osób, którym „została tylko odrobina rozumu” [2, s. 56].

Soteria wpisuje się w nurt kontestujący metody instytucjonalnej psychiatrii i Mosher, podobnie jak Thomas S. Szasz, zdaje się uważać pojęcie schizofrenii za sztuczny koncept, który przede wszystkim odnosi się do wartości, a nie do rzeczywistego procesu chorobowego. W przeciwieństwie jednak do autora *Myth of mental illness*, twórca Soterii nie podważał patologicznej natury stanu, w którym znajdują się ludzie z taką diagnozą. W jego opisach niektórych pacjentów pojawiają się takie sformułowania, jak: „zaprzeczali swojej chorobie”, „personel podejrzewał, że ukrywają oni sporo objawów”, dlatego trudno uznać Moshera za antypsychiatrę, który propagowałby całkowicie subiektywne stanowisko przy ocenie stanu psychicznego, mimo że gdzie indziej możemy znaleźć zapewnienia, że w Soterii odrzucano „metaforę choroby psychicznej”.

Choć Mosher nigdzie właściwie nie wyjaśnia, co dokładnie oznaczają takie terminy, jak „system wsparcia” czy „sieć interpersonalna”, do których często się odwołuje, Soteria wpisuje się poniekąd w model terapii systemowej bądź rodzinnej [14]. Niewątpliwie jednak na Moshera, podobnie jak na Lainga, wpływ miała teoria podwójnego wiązania opracowana przez Batesona w połowie lat pięćdziesiątych XX wieku, upatrująca przyczyn schizofrenii w problemach z komunikacją w rodzinie i różnych, często sprzecznych lub niejasnych komunikatach i wymaganiach przekazywanych na poziomach werbalnym i niewerbalnym. Ciągłe pozostawianie pod wpływem takich sprzecznych komunikatów miałoby u dziecka prowadzić do postrzegania rzeczywistości jako zagmatwanej i pełnej sprzeczności, a w efekcie do nieumiejętności adekwatnego reagowania na nią i objawów charakterystycznych dla schizofrenii. Wydaje się, że w tym kontekście Laing bardziej zwracał uwagę na niejasno zdefiniowane role, jakie poszczególne osoby mogą pełnić w rodzinie [15]. W Soterii, pod nieobecność rodzi-

ny, przechodząca kryzys osoba miała w kontakcie z innymi pacjentami i personelem wypracować swoje własne sposoby radzenia sobie z tymi problemami oraz metody komunikacji interpersonalnej, a ostatecznie rodzina także miała stanowić część sieci wsparcia, od której jednak, tak samo jak i od społeczności Soterii, należało się w końcu w znacznym stopniu uniezależnić.

Należy wszakże jeszcze raz podkreślić, że trudno uznać Moshera za twórcę konkretnego, szczegółowo opracowanego modelu terapeutycznego. Terapeutyczny być może właśnie brak takiego modelu. To, co działo się w Soterii czy w Emanonie, miało sytuacyjny charakter i było w dużym stopniu uzależnione od osób, które się tam w danym momencie znajdowały. Gdy personel stanowili ludzie, którzy zetknęli się z myślą Junga, takie też treści wkradały się w relacje między domownikami; gdy były to osoby zafascynowane filozofią Wschodu, robiło się bardziej orientalnie [7]. Mało reguł, ale za to spora dynamika relacji w grupie, która starała się być wyrozumiała i akceptująca, oraz nawiązane dzięki temu relacje wydają się tutaj najważniejsze. Choć nie można też wykluczyć, że było to po prostu środowisko, które pozwalało pacjentom na bezpieczne przejście „naturalnego biegu psychozy”.

Nacisk, jaki Mosher kładł na znaczenie relacji, przypomina wnioski z badań i poglądy Jerome’a Franka. Frank sądził, że zaplecze teoretyczne terapeuty jest w zasadzie bez znaczenia – ważne było to, aby wyjaśnienia dostarczane przez daną teorię zostały zaakceptowane przez osobę leczoną. Psychoterapię zaś postrzegał jako proces, w którym pozbawieni początkowo nadziei pacjenci ją odzyskują – bardziej dzięki samej relacji niż temu, co można by określić jako techniczną procedurę terapii. Jego wnioski potwierdzają badania empiryczne wskazujące, że często to właśnie natura relacji między terapeutą a klientem okazuje się kluczowa dla powodzenia terapii [16]. Można więc uznać, że w wypadku Soterii w terapeutów wcielali się przeważnie zwykli ludzie, a terapeutyczne relacje mogły się zawiązywać niejako samoistnie.

Krytyka Soterii

Najbardziej wszechstronną krytykę, zawierającą jednocześnie większość argumentów przeciwko Soterii podnoszonych gdzie indziej, przeprowadzili Carpenter i Buchanan [17]. Twierdzą oni, zgodnie zresztą z ogólnie przyjętą opinią, że schizofrenia to choroba, którą najlepiej ujmować badawczo i w kontekście klinicznym w ramach modelu biopsychospołecznego, pozwalającego na zintegrowanie podejść wynikających z różnych teorii i tradycji odnoszących się do różnych poziomów ludzkiego funkcjonowania. Soteria zaś była według nich oparta na modelu „antymedycznym” i „antychorobowym”. Przyznają jednocześnie, że w praktyce zwykle rola farmakoterapii wysuwa się zdecydowanie na pierwszy plan, a praktykujący psychiatry są niedoinformowani w kwestii innych możliwych sposobów interwencji, nawet tych o udowodnionej skuteczności. Tym samym potwierdzają *de facto*, że funkcjonująca rzekomo od lat siedemdziesiątych XX wieku integracja różnych podejść w ramach modelu biopsychospołecznego i ich równowaga jest po prostu złudzeniem. Piszą o tym Read, Mosher i Bentall [18], wskazując, że kluczowym elementem modelu biopsychospołecznego jest koncepcja „podatności-stresu”, w której – mimo że bierze się pod uwagę okoliczności życiowe – rola stresujących wydarzeń

zredukowana jest do poziomu zapalnika wyzwalającego leżącą u podłoża zaburzenia genetyczną przypadłość (dodajmy – wbrew pierwotnym założeniom tej koncepcji, gdzie „podatność” mogła być także cechą nabytą i mieć charakter psychologiczny). W ich opinii świadczy to raczej o „kolonizacji” podejścia społecznego przez biologiczne niż o równowadze i integracji modeli.

Carpenter i Buchanan [17] jako kolejny zarzut podnoszą przede wszystkim antymedyczny charakter omawianego projektu i w związku z tym pytają, czy wprowadzenie w życie modelu Soterii byłoby możliwe bez właśnie takiego, kontestującego jego charakteru. W Szwajcarii od połowy lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku funkcjonuje ośrodek o nazwie „Soteria Berne”, oparty na bardzo zbliżonych zasadach do tych zaproponowanych przez Moshera, jednak bez wyraźnie antymedycznego czy antyfarmakologicznego podejścia. W ośrodku tym przy dawkach leków znacznie mniejszych niż w tradycyjnych szpitalach osiągane są zbliżone do szpitalnych wyniki, a nawet korzystniejsze, jeśli chodzi o subiektywno-emocjonalny, rodzinny i społeczny poziom funkcjonowania [19]. Carpenter i Buchanan [17] podkreślają też (i to jest ich kolejny argument przeciwko Soterii), że osoby z pierwszym zdiagnozowanym epizodem schizofrenii mają zazwyczaj lepsze prognozy i długoterminowe rezultaty leczenia niż pacjenci, u których epizody te wystąpiły więcej niż raz – tylko że w eksperymencie Moshera w obu porównywanych grupach (szpitalnej i leczonej w Soterii) znajdowały się przecież osoby ze świeżo postawioną diagnozą.

Chociaż wspomniani autorzy [17] przyznają, że właśnie ostrożne podawanie neuroleptyków lub wstrzymanie się od ich używania mogło się przyczynić do korzystnych wyników pacjentów leczonych w Soterii, pomijają najwyraźniej tę okoliczność, że zazwyczaj odpowiedź na pytanie o to, czy należy podawać neuroleptyki w pierwszym epizodzie psychotycznym, jest twierdząca (APA, 1997). Obecnie mówi się wręcz o konieczności jak najszybszego podjęcia interwencji, szczególnie w ramach badań nad tzw. *Duration of Untreated Psychosis*, mimo że badania te obarczone są poważnymi błędami metodologicznymi, a uzyskiwane wyniki, nawet w wypadku nieleczonych ponad 6 miesięcy psychoz, są nierzadko sprzeczne bądź na granicy istotności statystycznej i klinicznej [20]. Tak więc efekty Projektu Badawczego Soteria zdają się przeczyć powszechnej praktyce i wskazują na potrzebę dokładniejszego przyjrzenia się temu problemowi.

Mosher nie odrzucał jednak stosowania leków w ogóle:

Dziś uważam, że ponieważ nie istnieje żadna realna alternatywa dla leków przeciwpsychotycznych, całkowite ich odrzucenie wydaje się stanowiskiem nie do utrzymania. Dlatego poważnie zaburzonym osobom niekiedy – w ramach wspólnego planowania leczenia z klientem – je zalecam, ale w najmniejszej możliwej dawce przez najkrótszy możliwy czas. Jednakże zamiast aplikować leki przeciwpsychotyczne, wolę wyciszyć ostrą fazę psychozy i przywrócić naturalny rytm dobowy za pomocą lżejszych środków uspokajających w połączeniu z interwencją kryzysową w domu klienta [7, s. 303].

Podobny model opieki jest współcześnie stosowany, z bardzo dobrymi wynikami, w ramach podejścia *Open Dialogue* [21, 22].

Soteria jako próba przywrócenia podmiotowości pacjenta leczącego się psychiatrycznie

Biologiczne ujęcia zaburzeń psychicznych mogą być odbierane jako całkowicie pozbawiające chorych poczucia sprawstwa, podmiotowości i odpowiedzialności. Na zniekształcenia w obrazie człowieka, jakie wynikają z podporządkowania go tylko jednemu wybranemu wymiarowi i zamykania w skostniałych strukturach wyjaśnień przyjmujących formę rozmaitych „izmów” (psychologizmu czy socjologizmu), zwracał uwagę już Victor Frankl [23]. Jednostkowe narracje i bardziej psychologicznie zorientowane koncepcje uwypuklają wszakże osobisty sens, znaczenie i przyczyny psychotycznych doświadczeń. To, co dla jednych może być źródłem nadziei – fakt, że nauka, medycyna, tabletki, zastrzyki są w stanie okiełznać szaleństwo – dla innych stanowić może rodzaj traumy, w istocie dehumanizujące i odzierające w brutalny sposób z tożsamości doświadczenie, gdyż nie dość, że sprowadzono ich do poziomu neuroprzekazników, anormalnych struktur mózgowych i nieubłaganych praw fizyki, to jeszcze autorytatywnie i autorytarnie ich tożsamość została określona przez specjalistów jako niewłaściwa, zaburzona, chora. Dobrze obrazuje to poniższy gorzki opis autorstwa osoby z diagnozą schizofrenii:

Całe lata swego życia istniałem jako przypis, zapis przypadku, opis kliniczny, przyłgnąwszy do koncepcji, że jestem wadliwą jednostką biologiczną. Tak się po prostu jakoś stało, że czas, materia oraz dowcip zgotowany mi przez geny i enzymy wypędziły mnie na obrzeża istnienia. Wierzę, że może to być cenną perspektywą dla tych, którzy tylko obserwują choroby psychiczne, lecz dla mnie, dla podmiotu, to drzewo rodzi wyłącznie suche i niesmaczne owoce.

Jestem chemicznie niezrównoważony; i tak naprawdę to nie ja to zrobiłem.

Jestem chemicznie niezrównoważony; i tak naprawdę to nie przeżywałem tego.

Jestem chemicznie niezrównoważony; i tak naprawdę to nie myślałem o tym.

Jestem chemiczny i nie myślę tak naprawdę.

To dopiero wgląd! Cały ludzki dramat miłości, cierpienia, ekstazy i radości, po prostu chemia [24, s. 317].

Estroff [24] wskazuje, że istnieje wiele opisów wyrażających rozczarowanie, ból i złość wywołane zachowaniem personelu, któremu zarzuca się obojętność i brak zrozumienia potrzeb pacjentów. Wspólny mianownik tych relacji to poczucie, że osoby chore w systemie opieki zdrowotnej traktowane są jak przedmiot, a nie podmiot. Według byłych pacjentów przymus fizyczny związany z leczeniem szpitalnym i jednoznaczne podważanie przez lekarzy ich przeżyć z okresu psychozy wzbudzają rozpacz, poczucie przegranej i wstyd nierzadko trudniejszy do zniesienia niż pierwotne objawy choroby. Oczywiście podobne narracje trudno jest włączyć w naukowy dyskurs „medycyny opartej na dowodach” (*evidence-based medicine*), jednak ich całkowita marginalizacja raczej nie służy rozwojowi rozumienia schizofrenii, a tym samym nie

przyczynia się do wzrostu wiedzy o tym, w jaki sposób ludziom z taką diagnozą należy pomagać w praktyce. Soteria ze swoim indywidualnym, egzystencjalnym czy może wręcz personalistycznym podejściem do pacjentów wydawała się lepiej odpowiadać na tego typu wyzwania.

Pewnym rozwiązaniem mogłoby być działanie w zgodzie z postulatami *value-based medicine*, podejście to akcentuje bowiem potrzebę uwzględnienia, obok dowodów naukowych, także wartości, jaką danym interwencjom przypisują sami ich adresaci [25]. Badania jakościowe sugerują, że wielu pacjentom zależy przede wszystkim na tym, aby zostali wysłuchani, na zrozumieniu i właśnie „byciu z” [26]. Być może próba nadania intensywnym psychotycznym doznaniom jednostkowego sensu, a także „normalizujące” te stany komunikaty i oczekiwania personelu, co stanowiło część procesu terapeutycznego Soterii, mogą, paradoksalnie, być bardziej pomocne niż jednoznaczne określanie takich doświadczeń jako chorobowe.

Także Opoczyńska [27] zwraca uwagę, że pacjenci bardzo często starają się nadać doświadczeniu schizofrenii sens, a przez samych chorych traktowane jest ono jako swego rodzaju proces rozwojowy. Dla wielu z nich pomaganie innym staje się także podstawową wartością w życiu, co koresponduje z wprowadzonym przez Soterię modelem „sieci wsparcia”, w którym byli domownicy, pozostając w bliskich relacjach, mogą pomagać sobie nawzajem oraz współpracować w życiu codziennym i w sytuacjach kryzysowych. Patrząc na historie osób z diagnozą schizofrenii idiograficznie, nie zaś nomotetycznie, bardzo często doszukać się możemy głównie czynników o charakterze emocjonalnym, rodzinnym, systemowym, środowiskowym, społecznym czy też po prostu wewnątrzpsychicznym, tak jak np. robią to John Modrow [28] (w swojej części autobiograficznej książce) czy też pracujące na uniwersytetach psycholożki Arnhild Lauveng [29] i Eleanor Longden [30], u których zdiagnozowano w młodości schizofrenię. Daniel Fisher, praktykujący psychiatrę z diagnozą schizofrenii, pisze zaś: „Jeśli ty i twoje otoczenie wierzycie, że twój umysł będzie wadliwy i chory do końca twoich dni, pozbawia cię to nadziei, że kiedykolwiek posiadasz możliwość kierowania swoim życiem i budowania go. Taka przygnębiająca perspektywa może stać się samospełniającą się przepowiednią” [31].

Uwagi końcowe

Oczywiście szerokie i całkowicie wierne zastosowanie modelu Soterii byłoby dzisiaj bardzo trudne, jeśli nie po prostu niemożliwe, chociażby ze względu na kwestie formalno-prawne związane m.in. z udziałem niewykwalifikowanej kadry w leczeniu czy też prowadzeniem długotrwałych „dyżurów”. Projekt Soteria stawiał jednak pytania o naturę schizofrenii i właściwą jej terapię w sposób, który dobrze rezonuje ze współczesną debatą na ten temat, a odpowiedzi, jakich starał się udzielić, zbliżone są do niektórych proponowanych aktualnie rozwiązań.

Jedną z takich kwestii są kontrowersje wokół samej diagnozy schizofrenii. Bentall [32] wskazuje, że szeroka gama zachowań, jakie wchodzą do jej kryteriów diagnostycznych, sprawia, że dwie osoby zachowujące się w zupełnie inny sposób, u których właściwie żaden z objawów się nie pokrywa, mogą otrzymać tę samą diag-

nozę, dlatego postuluje porzucenie tej kategorii zarówno w kontekście klinicznym, jak i badawczym. Murray [33] (który za zasługi dla medycyny otrzymał tytuł szlachecki) snując refleksję na łamach „Schizophrenia Bulletin” na temat czterdziestu lat swojej kariery naukowej psychiatrii badającego schizofrenię, pisze m.in., że spodziewa się, że koncept schizofrenii zostanie wkrótce porzucony. Z kolei Wojciszke [34, s. 5], raczej empirycznie zorientowany psycholog społeczny, gdy pisze o miłości, stwierdza, że jej naukowe analizy „przypominają nieco wnioskowanie o naturze huraganu na podstawie tej jego części, którą udało się pracowitemu badaczowi złapać do słoika”, a słowa te wydają się dobrze oddawać kondycję psychiatrii i psychologii w ogóle, doskonale też charakteryzują naukowe próby zrozumienia schizofrenii, która jest zjawiskiem równie wieloaspektowym, efemerycznym, tak naprawdę ciężko definiowalnym i równie mocno osadzonym w kulturze i przez nią współtworzonym i określanym, co miłość. Pozostając w obrębie tej metafory – krytyczna analiza naukowych opracowań i historii schizofrenii może prowadzić do wniosku, że jako dążący do naturalistycznej obiektywności i pewności badacze wciąż tak naprawdę nie wiemy, co właściwie łapiemy do owego słoika, ani nawet czy nasz słoik – zestaw metod, które stworzyliśmy i którymi się posługujemy – się do tego w ogóle nadaje.

Być może wynika to z tego, że z jednej strony sami pacjenci mają poczucie, że ich doświadczenie jest tak do końca niewyraźne, że psychiatrzy nie rozumieją, a być może nie chcą zrozumieć i nigdy nie rozumieją jego istoty, z drugiej zaś strony mamy głęboko skrywane przekonanie psychiatrów, że to właśnie osoby z diagnozą schizofrenii, ze względu na brak wglądu, zaburzenia poznawcze i inne czynniki, nie chcą i nie potrafią zrozumieć stanowiska psychiatrów [zob. 24]. Jest to zapewne nierozwiązalny dylemat dotyczący możliwości poznania samego siebie i drugiego człowieka. Soteria, jak się wydaje, starała się scalić te rozbieżne wizje dotyczące natury szaleństwa. Łączyła perspektywę doświadczającego z perspektywą oceniającego, akcentując potrzebę wspólnego – na ile to możliwe – przeżywania. Porzucenie „terapeutycznego dystansu” oraz „bycie z” mogły prowadzić do subiektywnego zmniejszenia poczucia niezrozumienia i alienacji u pacjentów i ułatwiać nawiązanie terapeutycznej relacji, w której chory występuje jako podmiot, a nie przedmiot. Wydaje się też, że aby lepiej pomagać osobom z diagnozą schizofrenii, także w pracy naukowej warto wsłuchać się w ich relacje i przeanalizować to, co mają do powiedzenia o sobie i o swoim leczeniu. Projekt Badawczy Soteria wpisuje się zatem we współczesny nurt postpsychiatrii czy też psychiatrii krytycznej, który podkreśla m.in. potrzebę pełniejszego udziału osoby leczonej w doborze właściwej dla niej terapii. Pacjenci występują tu w roli ekspertów i w o wiele szerszym wymiarze uwzględnia się ich punkt widzenia jako pełnoprawnych i wielowymiarowych istot ludzkich. Nurt ten stara się „użytkownikom serwisu” nadać większą autonomię oraz krytycznie odnosi się do modeli leczenia opartych jedynie na farmakoterapii oraz do współczesnych systemów diagnostycznych, podkreślając znaczenie i przydatność innego rodzaju interwencji [35, 36].

Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz JW. *Psychoterapia: etyka – wartości – deontologia*. Diametros – Internetowy Serwis Filozoficzny. <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/serwis/?l=1&p=deb5&m=18&if=26>.
2. Shorter E. *Historia psychiatrii. Od zakładu dla obłąkanych po erę prozaku*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; 2005.
3. Banicki K. *Między medycyną a humanistyką. Filozoficzne zmagania z pojęciem zaburzenia psychicznego*. Ethos 2015; 110(2): 91–108.
4. Szasz T. *Mit choroby psychicznej*. W: Jankowski K wybór. *Przełom w psychologii*. Warszawa: Czytelnik; 1978.
5. Strojnowski J. *Dialektyczna antyteza psychiatrii*. Znak 1995; 6: 69–75.
6. Bola JR, Mosher LR. *Two-year outcomes from the Soteria project*. J. Nerv. Ment. Dis. 2003; 191(4): 219–229.
7. Mosher LR, Hendrix V, Fort DC. *Soteria: Through madness to deliverance*. Philadelphia: Xlibris Corporation; 2004.
8. Mosher LR. *Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalization: A personal and professional review*. J. Nerv. Ment. Dis. 1999; 187(3): 142–149.
9. McCarthy-Jones S. *Hearing voices. The histories, causes and meanings of auditory verbal hallucinations*. Cambridge: Cambridge University Press; 2012.
10. Mosher LR. *Non-hospital, non-drug interventions with first episode psychosis*. W: Read J, Mosher LR, Bentall RP red. *Models of madness. Psychological, social and biological approaches to schizophrenia*. New York: Routledge; 2004. S. 349–364.
11. Mosher LR. *Treating madness without hospitals. Soteria and its successors*. W: Schneider KJ, Bugental JFT, Pierson JF. red. *The handbook of humanistic psychology: Leading edges in theory, research and practice*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2001. S. 389–402.
12. Foucault M. *Madness and civilisation: A history of insanity in the age of reason*. London: Tavistock; 1965.
13. Dobroczyński B, Marcinów M. *Gdzie „czarny anioł obłąkania nie ma przystępu”. Szkic o pochodzeniu idei obłądzenia zawinionego w kontekście literatury XIX wieku*. Ethos 2015; 110(2): 109–126.
14. Barbaro de B. *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.
15. Koopmans M. *Schizophrenia and the family: Double Bind Theory revisited*. <http://www.goertzel.org/dynapsyc/1997/Koopmans.html> (dostęp: 9.05.2017).
16. Paris J. *Prescriptions for the mind: A critical view of contemporary psychiatry*. New York: Oxford University Press; 2008.
17. Carpenter WT, Buchanan RW. *Commentary on the Soteria Project: Misguided Therapeutics*. Schizophr. Bull. 2002; 28(4): 577–581.
18. Read J, Mosher LR, Bentall RP. *'Schizophrenia' is not an illness*. W: Read J, Mosher LR, Bentall RP. red. *Models of madness. Psychological, social and biological approaches to schizophrenia*. New York: Routledge; 2004. S. 3–7.
19. Ciompi L, Hoffmann H. *Soteria Berne: An innovative milieu therapeutic approach to acute schizophrenia based on the concept of affect-logic*. World Psychiatry 2004; 3(3): 140–146.
20. Cechnicki A, Hanuszkiewicz I, Polczyk R, Bielańska A. *Prospektywna ocena wpływu czasu nieleczonej psychozy na przebieg schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 2010; 44(3): 381–394.
21. Dyga K, Stupak R. *Obraz rehabilitacji psychiatrycznej w Polsce. Opis, porównania i ocena*. W: Otrębski W, Wiącek G red. *Przepis na rehabilitację. Metodologie oraz metody w badaniach*

- i transdyscyplinarnej praktyce rehabilitacyjnej*. Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego; 2014.
22. Seikkula J, Alakare B, Haarakangas K, Keränen J, Lehtinen K, Aaltonen J. *Five years experiences of first-episode non affective psychosis in an open dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes and two case studies*. *Psychotherapy Research* 2006; 16(2): 214–228.
 23. Frankl VF. *Homo patiens*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX; 1984.
 24. Estroff SE. *Spór o podmiot i subiektywność: poetyka i charakterystyka pierwszoosobowych narracji osób ze schizofrenią*. W: Jenkins JH, Barrett RJ red. *Schizofrenia, kultura i subiektywność – na krawędzi doświadczenia*. Kraków: Libron; 2005. S. 317–342.
 25. Bae J-M. *Value-based medicine: Concepts and application*. *Epidemiol. Health* 2015; 37: e2015014.
 26. Agar-Jacomb K, Read J. *Mental health crisis services: What do service users need when in crisis?* *Journal of Mental Health* 2009; 18(2): 99–110.
 27. Opoczyńska M. *Kim jestem? Doświadczenie choroby psychicznej a stawianie się sobą*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002.
 28. Modrow J. *How to become a schizophrenic. The case against biological psychiatry*. New York: Writers Club Press; 2003.
 29. Lauveng A. *Byłam po drugiej stronie lustra*. Sopot: Smak Słowa; 2008.
 30. Longden E. 2013. *The voices in my head. TED Talk*. https://www.ted.com/talks/eleanor_longden_the_voices_in_my_head?language=en (dostęp: 9.05.2017).
 31. Fisher D. *We are whole people, not broken brains. Mad in America*. <http://www.madinamerica.com/2013/02/we-are-whole-people-not-broken-brains/> (dostęp: 9.05.2017).
 32. Bentall RP. *Deconstructing the concept of 'schizophrenia'*. *Journal of Mental Health* 1993; 2(3): 223–239.
 33. Murray RM. *Mistakes I have made in my research career*. *Schizophr. Bull.* 2017; 43(2): 253–256.
 34. Wojciszke B. *Psychologia miłości. Intymność, namiętność, zaangażowanie*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
 35. Barbaro de B. *Postpsychiatria: surowy krytyk nowoczesnej psychiatrii*. *Psychiat. Dypl.* 2007; 6: 17–23.
 36. Bracken P, Thomas P. *Postpsychiatria: A new direction for mental health*. *BMJ* 2001; 322(7288): 724–727.

Adres: Radosław Stupak
Instytut Psychologii UJ
30-060 Kraków, ul. Ingardena 6
e-mail: radek.stupak@doctoral.uj.edu.pl

Otrzymano: 12.09.2017
Zrecenzowano: 30.01.2018
Otrzymano po poprawie: 7.02.2018
Przyjęto do druku: 27.05.2018