

Partnerstwo w praktyce psychiatrii środowiskowej*

Moje partnerstwo polsko-niemieckie zaczęło się w 1989 roku. Nie bez znaczenia jest, że spotkałam grupę z Monchengladbach z Ralfem Seidlem zaraz po rocznym pobycie we Włoszech, gdzie przyglądałam się reformie włoskiej po 10 latach od wprowadzenia prawa Basaglii. Patrząc na leczenie psychiatryczne we Włoszech miałam poczucie „świata na opak”. W Polsce prowadzone przeze mnie leczenie domowe było formą tak marginalną, że można ją było uznać za eksperyment grupy dziwaków, którzy uznali, że będą prowadzić „szpital w domu”. We Włoszech leczenie środowiskowe było zasadą, duże szpitale od wielu lat nie istniały i dyskusja dotyczyła tego, czy w niektórych rejonach „eksperymentalnie” nie wprowadzić szpitala.

Wtedy we Włoszech w 89 roku uczestniczyłam w pierwszych polskich wolnych wyborach po wojnie. Okazało się, że zmiany są możliwe i społeczeństwo polskie żyło w poczuciu wolności i onnipotencji. Na gruncie psychiatrii zmiany polityczne doprowadziły do wejścia w życie „Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego”. Osoby pracujące w psychiatrii środowiskowej wierzyły, że zmiany są na wyciągnięcie ręki. W końcu, jeżeli uwolniliśmy świat od komunizmu to uwolnienie pacjentów ze szpitala wydawało się łatwo osiągalne.

Wierzyłam w możliwość szybkich zmian jeszcze także w 1998 roku, kiedy pisałam o cudzie transformacji: „W 1994 roku byłam

w Monchengladbach w ramach partnerstwa polsko - niemieckiego. Oglądałam domki podobne do tych, które widziałam we Włoszech (...) Wówczas już inaczej patrzyłam na doświadczenia Monchengladbach niż poprzednio na doświadczenia włoskie. Zmiany polityczne i ekonomiczne w Polsce po 1989 roku - wejście w życie w 1990 roku „Ustawy o pomocy społecznej” oraz w 1994 roku „Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego” pozwalały wierzyć w możliwość tworzenia podobnych struktur w ramach polskiej psychiatrii.”(Prot-Herczyńska 1998)

To co w tym okresie wniosła współpraca polsko-niemiecka to możliwość zobaczenia z bliska przez nas, z Polski różnych form leczenia środowiskowego, które co prawda nie zastępuje w pełni szpitala, ale wielu chorym pozwala na życie poza instytucją. Niezwykle ważny był udział w tym spotkaniu osób różnych profesji, nie tylko, jak to bywa na konferencjach naukowych, lekarzy i psychologów. We współpracy polsko-niemieckiej brały udział pielęgniarki, pracownicy socjalni oraz, co istotne, także pacjenci. Przełamywało to charakterystyczną dla instytucji szpitalnych goffmanowską strukturę „totalną” (Goffman 1961) – piramidę na szczycie której są lekarze, a na dole pacjenci. Pielęgniarki i pracownicy socjalni ze strony polskiej mogli się przekonać, że ich rola nie musi być rolą pomocniczą w stosunku do lekarza, ale że mogą być równorzędnym członkiem zespołu leczącego. Bardzo interesującą częścią współpra-

*XXI Sympozjum PNTZP, Paderborn 2010

cy były wspólne wyjazdy pacjentów polskich i niemieckich. Pokazywały one, podobnie jak cała współpraca, że nie jest potrzebny wspólny język, żeby się rozumieć. Z mojego punktu widzenia ten pierwszy „entuzjastyczny” etap współpracy określiłabym jako upowszechnienie w ośrodkach polskich myślenia o psychiatrii w kategoriach środowiskowych, poznawanie idei deinstytucjonalizacji, zmiany myślenia o roli tak zwanego „personelu średniego”.

Na gruncie polityczno-społecznym (jak w każdej dynamice grupy) po okresie „oczarowania”, że rewolucja polska 1989 roku zrealizowała idee wolności, równości i braterstwa nastąpił okres „rozczarowania” (Agazarian 1981). Podobnie, na terenie psychiatrii te rewolucyjne idee nie okazały się łatwe do zrealizowania i sytuacja w polskim leczeniu psychiatrycznym nie uległa zasadniczej zmianie w stosunku do okresu z przed 1989 roku. Wprowadzenie nowego systemu finansowania w służbie zdrowia sprzyjało podporządkowaniu leczenia chorego idei „opłacalności” – pacjent „powinien” określoną ilość dni pozostać w leczeniu szpitalnym, bądź mieć określoną ilość wizyt w środowisku, żeby placówka lecząca mogła otrzymać zwrot kosztów leczenia by się utrzymać. Interesującym zjawiskiem stało się przeniesienie opieki środowiskowej w obszar opieki społecznej. Ze względu na elastyczniejszy system kalkulacji kosztów oraz dysponowanie większymi środkami miejscem realizacji psychiatrii środowiskowej stają się placówki opieki społecznej.

W ramach służby zdrowia nadal dominuje model szpitalocentryczny, w związku z likwidacją rejonizacji usług oraz systemem kontraktowania określonej liczby usług, dostępność bezpłatnej opieki ambulatoryjnej w niektórych rejonach jest mniejsza, niż przed wprowadzeniem zmian systemowych.

Rozwój ekonomiczny oraz zmiany finansowania stały się szansą na tworzenie nowych, niezależnych od budżetu państwa ośrodków, ale spowodowały likwidację nieprzynoszących oczekiwanego dochodu spółdzielni inwalidzkich. W tej sytuacji siłą polskiej psychiatrii stają się, poza placówkami związanym z pomocą społeczną, organizacje poza-

rządowe. W oparciu o te organizacje rozwija się psychiatria pozaszpitalna. Często, wobec niedostępności placówek leczących organizacje te starają się w różny sposób zapewnić swoim uczestnikom/podopiecznym leczenie poza finansowanymi przez NFZ poradniami.

W tej sytuacji społecznej w 2006 roku powstaje Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, którego głównym celem jest zmiana oblicza polskiej psychiatrii z instytucjonalnej na środowiskową. Tworząc Program, a przede wszystkim zastanawiając się jaką nadać mu formę prawną korzystaliśmy z doświadczeń naszych niemieckich kolegów. Zgodnie z ich opinią doprowadziliśmy do przegłosowania Programu w Sejmie jako aneksu do Ustawy Psychiatrycznej dając mu tym samym najwyższą rangę prawną. W chwili obecnej podejmowane są ustalenia na temat sposobu i zakresu finansowania Narodowego Programu.

Reforma psychiatrii ma mieć charakter środowiskowy i samorządowy. Powołane przez władze samorządowe Zespoły Ochrony Zdrowia Psychicznego mają określać lokalne potrzeby i czuwać nad wykonywaniem zadań Narodowego Programu. Podstawową strukturą organizacyjną zgodnie z Programem staje się Centrum Zdrowia Psychicznego zapewniające opiekę psychiatryczną na terenie około 50 tys mieszkańców. Centrum składa się z zespołu szpitalnego, ambulatoryjnego, dziennego oraz leczenia domowego. Ważnym elementem jest zapewnienie koordynacji działań w ramach Centrum oraz z innymi ośrodkami związanymi z szeroko pojętymi problemami zdrowia psychicznego. W obecnej sytuacji rozproszenia placówek różniących się zarówno miejscem w strukturze administracyjnej jak i sposobem finansowania temat współpracy staje się szczególnie aktualny.

Ważnym obszarem w Programie jest umożliwienie osobom chorującym uczestnictwa w życiu zawodowym. Wg. Zygmunta Baumana (2004) podstawową cechą wyłączenia ze społeczeństwa staje się pozbawienie wykluczonych możliwości pracy. Osoby z doświadczeniem choroby psychicznej podkreślają rolę pracy w ich zdrowieniu: „Dla osoby

chorej psychicznie praca to nie tylko szansa na poprawienie sytuacji materialnej, to przede wszystkim najlepsza rehabilitacja. Najlepszy sposób na długie remisje, najlepsza obrona przed szpitalem czy też zamknięciem się w domu, a niejednokrotnie droga do całkowitego wyzdrowienia, a także szansa na zachowanie własnej godności.” (Biernacka 2005). Naprzeciw tym potrzebom wychodzi krakowski model rehabilitacji społeczno-zawodowej, której kolejnymi etapami są (Cechnicki, Kaszyński 2005):

- terapia zajęciowa
- warsztaty terapii zajęciowej
- chronione miejsca pracy w firmie społecznej
- zakład aktywności zawodowej
- zatrudnienie wspierane na chronionym i otwartym rynku pracy

Wieloletnie doświadczenia pracy z pacjentami w środowisku pokazują jak trudne jest przejście do etapu otwartego rynku pracy. Wydaje się, że przyczyny tego są złożone – z jednej strony obawy osób chorujących, z drugiej procesy wykluczania i stygmatyzacji (Janik et al). Można więc powiedzieć, że kolejny etap współpracy polsko-niemieckiej w zakresie psychiatrii środowiskowej to wspólne rozmowy na temat konkretnych rozwiązań, zarówno tych o charakterze ogólnopolskim, jak rozważania dotyczące Programu, jak na poziomie lokalnym.

W naszej nowej współpracy z ośrodkiem Pinela z Berlina rozpoczęliśmy upowszechnianie w Polsce idei „seminarium o psychozie” (Scattergood et al. 2010). Efektem tej współpracy jest seminarium prowadzone od 2 lat w dialogu pacjenci – rodziny – profesjonalści oraz rozpowszechnianie tej idei w Polsce w ramach kursów i konferencji. Niezwykle ważną pomocą w pokazywaniu czym jest seminarium jest film nagrany przez kolegów z Berlina. Szczególnie wobec czekających nas zmian uczenie się wspólnej rozmowy jest kluczowe. Ważne jest, żeby realizacją zadań Narodowego Programu nie zajmowali się tylko profesjonalści, żeby słuchany był głos pacjentów/użytkowników i ich rodzin. Wymaga to nie tylko dobrych przepisów prawnych, ale także

zmiany myślenia o psychiatrii. W tej chwili już nie tylko w kategoriach deinstytucjonalizacji. Doświadczenia wspólnych spotkań profesjonalistów, pacjentów i rodzin pokazują, że dla każdego uczestnika tego dialogu „poprawa” wiąże się z czymś innym. Dla profesjonalistów skuteczność leczenia jest przede wszystkim związana z brakiem objawów, rodziny mówią o obciążeniu opieką nad chorym członkiem rodziny i brakiem profesjonalnej pomocy, dla pacjentów kluczowa jest obecność w społeczeństwie pomimo objawów choroby.

Stanowisko pacjentów jest zbieżne z ideologią „zdrowienia” (recovery) stworzoną przez osoby doświadczone przez psychozę, jako odpowiedź na zachowawczy system opieki psychiatrycznej. Ideologia „recovery” jest w opozycji do koncepcji biomedycznej uznającej za wyzdrowienie eliminację objawów. Zdaniem zwolenników idei „zdrowienia” takie rozumienie wpływa na destrukcję poczucia „self”, pozbawia doświadczenie psychozy pozytywnego znaczenia. Polskim, istniejącym od wielu lat „seminarium o psychozie” jest krakowskie Forum Pacjentów, Rodzin i Profesjonalistów. Jest ono okazją do dialogu, a także do spotkań i współpracy z naszymi niemieckimi kolegami.

Stanowisko osób doświadczonych przez psychozę w wielu krajach jest wyrażane przez Stowarzyszenia pacjentów/użytkowników. Organizacje działające w Polsce dążą do zmiany w kierunku destygmatyzacji, tworzenia miejsc pracy, nie negują samej koncepcji choroby psychicznej, współpracują z systemem leczącym (w podziale Campbell (2005) są organizacjami o charakterze „opiekuńczym”, a nie emancypacyjnym). Jest to przypuszczalnie związane z historią tworzenia się tych organizacji. Powstawały, podobnie jak inne organizacje społeczne w Polsce na fali zmian społecznych i poczucia jedności po zmianach 89 roku. Często inspirowane były przez środowiskowo pracujących psychiatrów i psychologów, jako organizacje pacjentów, rodzin i przyjaciół osób chorujących psychicznie z ideą wspólnego działania na rzecz upowszechniania psychiatrii środowiskowej, działań edukacyjnych i destygmatyzacyjnych.

Obecnie „emancypują” się od „rodziców i przyjaciół” (jak np. krakowska organizacja „Otwórzcie Drzwi”), samodzielnie realizują granty dotyczące aktywizacji zawodowej oraz edukacji społecznej dotyczącej problemów związanych z chorobą psychiczną (Liberadzka 2009, Cichocki et al. 2010). Nie rezygnują jednak ze współpracy z systemem leczącym. Charakterystyczne jest, że zarówno osoby z doświadczeniem psychozy, jak personel w Polsce wybiera jako słowo preferowane nie użytkownik, konsument czy beneficjent (nie mówiąc już o ocalałym), ale słowo „pacjent” (Anczewska et al. 2010).

Możemy sobie zadać pytanie czy ta „polska droga” jest drogą dobrą i słuszną. Co tracimy nie mając organizacji podważających samą ideę leczenia psychiatrycznego i nazywania „innych” „chorymi”? Na pewno sytuacja ta nakłada większe zobowiązanie na profesjonalistów, żeby słyszeć jeszcze słaby głos osób nie godzących się z rolą chorego.

Pozostaje, więc pytanie czego może dotyczyć przyszłość współpracy polsko – niemieckiej w aspekcie środowiskowym, czy mówiąc szerzej w zakresie psychiatrii, bo zakładamy, że dążymy do niwelowania podziału na psychiatrię środowiskową i instytucjonalną w nowej rzeczywistości polskiej psychiatrii. Można zastanawiać się na ile polska psychiatria przygotowana jest do zmiany. Jeżeli będzie postępował proces deinstytucjonalizacji coraz więcej osób z psychologicznego punktu widzenia „głębiej zaburzonych”, a ze społecznego „gorzej funkcjonujących” znajdzie się poza instytucją szpitala lub domu pomocy społecznej. Jak wiemy z doświadczenia, ale także z badań (Załużka 2000) proces „chronicyzacji” nie jest ograniczony tylko do szpitala, ale dotyczy także środowiska, które nie spełnia wobec pacjenta (klienta? użytkownika?) funkcji leczącej. Powstaje, więc pytanie jakim rodzajem leczenia czy oddziaływań poza farmakologicznym dysponujemy w ramach psychiatrii środowiskowej. Pomimo znacznego rozwoju różnych szkół psychoterapeutycznych w Polsce nadal pokutuje podział na pacjentów „neurotycznych”, których dotyczy „prawdziwa” psychoterapia, a leki mają działanie wspoma-

gające oraz „psychotycznych”, którzy „oczywiście” muszą otrzymywać leki oraz ewentualnie grupy wsparcia, oddziaływania rehabilitacyjne i psychoedukacyjne.

Z naszych, osób pracujących w psychiatrii środowiskowej doświadczeń wynika, że zespoły leczenia domowego i oddziaływanie są właściwymi miejscami do prowadzenia wieloletniej terapii pacjentów z doświadczeniami psychozy, u których poprzez relację terapeutyczną dochodzi do stopniowej rekonstrukcji self (Cechnicki et al 2008, Prot et al. 2010). Pacjent decyduje, czy chce pracować nad rozumieniem znaczenia doznań psychotycznych, czy wypracować techniki pozwalające na radzenie sobie z objawami. Wymaga to jednak od terapeutów dużej cierpliwości i elastyczności w stosowanych metodach. Pacjenci widzą terapeutów zarówno w czasie sesji, jak na zajęciach klubowych czy w czasie wspólnych wyjazdów. Od dojrzałości terapeuty, jego umiejętności budowania szczerej relacji, przyznawania się do błędów zależy sukces w terapii pacjentów, którzy „więcej czują i inaczej rozumieją”. Oferta środowiskowa powinna z jednej strony zaspakajać potrzeby pacjenta, z drugiej sprzyjać jego wychodzeniu poza system opieki. Postulowana często wszechstronność opieki może prowadzić do regresu lub jawić się jako groźne psychiatryczne monstrum wobec kruchego self pacjenta psychotycznego.

W ramach współpracy polsko-niemieckiej interesująca byłaby wymiana doświadczeń dotycząca konkretnych rozwiązań leczenia pozaszpitalnego.

Myślę, że obszarem działania, w którym możemy korzystać z doświadczeń naszych niemieckich kolegów jest obszar tworzenia nowych dla nas form środowiskowych – domów czy mieszkań chronionych, miejsc pracy.

Wspólnym obszarem zainteresowań mogą być zmiany w psychiatrii związane z rozwojem psychiatrii środowiskowej (a niekoniecznie z deinstytucjonalizacją) i powstaniem „pacjenta nowej generacji” (Lamb et al. 2001). Jest on często przedstawiany jako problem – nie miał do czynienia długotrwale z instytucją, nie jest pasywny i nie godzi się na propozycje

psychiatrii, co więcej nie identyfikuje się z rolą chorego. Możemy uznać go za „problem”, albo uznać, że na jego sile można budować – traktować go jako partnera w dyskusji nad nowym modelem psychiatrii.

Tak więc być może nie stoimy obecnie przed wyzwaniem deinstytucjonalizacji, ale całkowitej zmiany widzenia „chorego psychicznie”, do czego deinstytucjonalizacja może się przyczynić.

Jak trudny jest w takiej sytuacji balans pomiędzy dawaniem opieki-wsparcia, a przemocą widać w filmie „Solista” pokazującym doświadczenie kontaktu dziennikarza – Steve Lopeza (2009) z bezdomnym, chorym na schizofrenię Nathanielem Ayersem. Jest to już film (podobnie jak jego główny bohater) „nowej generacji” – problemem nie jest instytucja psychiatryczna (bo jej nie ma lub pozostaje daleko w tle problemu), ale wydobywanie z bezdomności i nawiązywanie relacji. W tym sensie jest on bardziej skomplikowany i mniej optymistyczny niż „Elling”(2002), gdzie przejście szpital – mieszkanie chronione jest znacznie mniej dramatyczne. Zestawienie tych filmów pokazuje też dwie filozofie opieki nad chorymi – jedną jest zapewnienie ciągłej opieki, gdzie karą za nieumiejętność zamieszkania jest powrót do szpitala, druga oznacza zgodę na towarzyszenie choremu? przyjacielowi? w jego niestandardowych i czasami trudnych do przyjęcia wyborach życiowych.

Myślę, że rozmowa na temat zmiany myślenia o „chorym” i „leczeniu” jest ważna w Polsce, w Niemczech oraz w ramach partnerstwa.

Literatura:

Agazarian I, Peters R. The visible and invisible group. London: Routledge & Kegan; 1981.

Anczewska M, Świtaj P, Waszkiewicz J, Indulska A, Prot K, Raduj J, Pałycka M. Pacjent, klient, czy...określenia preferowane w psychiatrycznej opiece zdrowotnej. *Psychiatria Polska*. 2011; 1: 35-44.

Bauman Z. *Życie na przemiał*. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 2004.

Biernacka D. Dlaczego musimy praco-

wać?. W: *Praca, zdrowie psychiczne, gospodarka społeczna. Przyszłość pracy dla osób chorujących psychicznie*. Cechnicki A, Kaszyński H (red.). Kraków: Krakowska Inicjatywa na Rzecz Gospodarki Społecznej COGI-TO. 2005; s. 37-41.

Campbell J. The historical and philosophical development of peer-run support programs. W: Clay S, Schell B, Corrigan PW, Ralph RO (red.) *On our own together: Peer programs for people with mental illness*. Nashville: Vanderbilt University Press; 2005; s. 17-64.

Cechnicki A, Kaszyński H. Programy rehabilitacji zawodowej i pracy dla osób chorujących na schizofrenię – rozwiązania krakowskie. W: *Praca, zdrowie psychiczne, gospodarka społeczna. Przyszłość pracy dla osób chorujących psychicznie*. Cechnicki A, Kaszyński H (red.). Kraków: Krakowska Inicjatywa na Rzecz Gospodarki Społecznej COGI-TO. 2005; s. 152-153.

Cechnicki A, Bielańska A. A community treatment programme for people suffering from schizophrenia in Krakow. W: *Therapeutic Communities for Psychosis. Philosophy, History and Clinical Practice*. Gale J, Realpe A, Pedriali E., London & New York: Routledge; 2008; s.171-183.

Cichocki Ł, Cechnicki A, Bielańska A, Kaszyński H, Liberadzka A. „Jak uczyć Innych o Nas, czyli edukacja w duchu Kępińskiego.” XLIII Zjazd Psychiatrów Polskich. Poznań 23-26.06.2010.

Elling [film] Naess P. (reżyser), Ambjornsen I., Hellstenius A. (autor), Alveberg D.(producent); 2001.

Goffman E. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Garden City, New York: Doubleday; 1961.

Janik J, Wroński K. O barierach w pracy i zatrudnianiu osób chorujących psychicznie – perspektywa beneficjentów. *Dla Nas*. 2009; 19: 13-16.

Lamb HR, Bacharach LL. Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Services*. 2001; 52: 1039-1045.

Liberadzka A. Opuścić przystań. *Dla Nas*. 2009; 19: 8-9.

Lopez S (autor), Wright J (reżyser), Grant S (scenariusz), Foster G, Krasnoff R (producent). *Solista* [film]. USA: DreamWorks, UK: Universal Studios; 2009.

Prot-Herczyńska K. Pacjent chroniczny - cud transformacji. *Dialog*. 1998; 6: 70-73.

Scattergood M., Krzystoszek B., Grębecka-Romanowska K., Prot-Klinger K. "Seminarium o Psychozie". *Psychiatria Polska*, 2010; 3 (suplement)s. 167.

Prot-Klinger K, Scattergood M. Integration of different psychotherapeutic approaches to psychotic patients in community treatment. *Integracja w psychoterapii. Jak z niej korzystać?* Warszawa, 17-19 września 2010.

Załużka M. Funkcjonowanie społeczne i zapotrzebowanie na opiekę środowiskową w Schizofrenii. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.