

*Katarzyna Prot-Klinger**Katedra Psychologii Klinicznej Człowieka Dorosłego, Wydział Stosowanych Nauk Społecznych,  
Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie*

# Psychiatria środowiskowa między romantyzmem a pozytywizmem — próba integracji podejść

*Community psychiatry between romanticism and positivism — the attempt of integration***Abstract**

*This paper will attempt to address the following question: What should modern community psychiatry entail? I will try to discuss key issues, of which the most basic and important can be summed up as: What is mental illness? Is it a permanent change in the brain with all its social consequences, or a way in which we define "others"? Should we build a system of care "for life" or only plan for a crisis? Are the problems associated with "mental illness" within the bounds of the medical system/social assistance, or rather in the area of human rights? Is it possible to integrate these seemingly contradictory attitudes? These basic problems of community psychiatry are discussed in the areas of diagnoses, treatment, forced treatment, housing, work, and patients' organizations. The challenge ahead now becomes not the deinstitutionalisation of hospitals but a complete change of view of what constitutes "mentally ill".*

*Psychiatry 2013; 10, 3-4: 101-108***key words:** *community psychiatry, mental illness, DSM-V, patients' organizations***Wstęp**

Problemem pisania w XXI wieku o psychiatrii środowiskowej jest ogólna zgoda, a w każdym razie wyrażane w duchu „poprawności politycznej” przekonanie, że każda psychiatria powinna być środowiskowa. Jak pisaliśmy sześć lat temu: „psychiatria środowiskowa nie jest określoną instytucją ani usługą, ale przede wszystkim sposobem myślenia. Jest to myśl, że człowiek chorujący psychicznie powinien mieć dostęp do tych samych dóbr co inni obywatele. Dotyczy to zarówno systemu leczenia, jak szeroko pojętej obecności w społeczeństwie” [1]. Nie można obecnie oficjalnie bronić modelu azylowego/instytucjonalnego i twierdzić, że chorzy nie powinni posiadać pełni praw człowieka do wolności, pracy, poszanowania godności, jak każdy inny obywatel.

Tym bardziej aktualne staje się pytanie — jaka ma być współczesna psychiatria środowiskowa? Może nale-

ży zrezygnować z określenia „środowiskowa”, bo przecież taka ma być cała psychiatria — określenie „instytucjonalna” powinno dotyczyć przeszłości, historii psychiatrii.

Od momentu powstania idei zmiany w psychiatrii w latach 60. XX wieku mamy do czynienia z dwiema koncepcjami. Pierwsza z nich to koncepcja reformy — głębokiej, prośrodowiskowej zmiany systemu leczenia psychiatrycznego. Przykładem takiej reformy jest reforma włoska, której autor, Franco Basaglia, podjął próbę reorganizowania szpitala na podstawie zasady społeczności terapeutycznej Maxwella Jonesa [2]. Jego zdaniem szpital okazał się instytucją niereformowalną, gdyż organizacja instytucji szpitala ukierunkowana jest na efektywność systemu, a nie na opiekę nad pacjentami. W związku z tym społeczność terapeutyczna w szpitalu została uznana tylko za formę przejściową, a celem stało się całkowite rozmontowanie instytucji psychiatrycznej. Konsekwencją tego myślenia było wprowadzenie w 1978 roku prawa Basagli zamykającego szpitale psychiatryczne we Włoszech. Franco Basaglia nie negował istnienia choroby psychicznej, ale uważał, że o rokowaniu nie

**Adres do korespondencji:**

dr hab. Katarzyna Prot-Klinger  
Akademia Pedagogiki Specjalnej  
Wydział Stosowanych Nauk Społecznych  
Katedra Psychologii Klinicznej Człowieka Dorosłego  
ul. Szczęśliwicka 40, 02-353 Warszawa  
e-mail: k.prot@wp.pl

decyduje sama choroba, ale możliwość zachowania swojej roli społecznej i kontroli nad leczeniem [3].

Druga koncepcja — ruch antypsychiatryczny lat 60. XX wieku. Jego członkowie, powołując się na badania Goffmana [4] dotyczące stygmatyzacji, stwierdzili, że proces etykietowania, nazywania „chorym psychicznie”, jest jednym z najsilniejszych czynników utrwalających łamanie „praw niepisanych” (obyczajowych norm społecznych), a tym samym prowadzi do wkroczenia przez napiętnowanego na drogę „przewlekłe chorego psychicznie” [5]. Antypsychiatrzy wiązali znaczną część objawów określanych jako chorobowe z sytuacją chorego w społeczeństwie, a przede wszystkim z oddziaływaniem szpitala. Postulowali całkowitą likwidację szpitali, odejście od diagnozowania — „etykietowania” chorych na rzecz inspirowania przemian społecznych, które umożliwiłyby tak zwanym „chorym” funkcjonowanie w obrębie naturalnych społeczności. Psychiatria według antypsychiatrów pełni w społeczeństwie rolę systemu kontroli. Sankcjonuje poprzez nadawanie diagnoz-etykiety system społeczny, w którym szpital psychiatryczny pełni rolę instrumentu represji.

Oba te nurty reprezentowane są także od początku, w latach 70., przez działania organizacji pacjentów, z których część chciała współpracować i zmieniać system psychiatryczny, część zaś negowała istnienie choroby psychicznej i uważała się za osoby „ocalałe” po leczeniu psychiatrycznym [6].

Zdaniem autorki niniejszej pracy te dwie koncepcje są stale obecne w dyskursie dotyczącym psychiatrii środowiskowej, wpływają na postawy dotyczące osób z doświadczeniem psychozy i propozycje konkretnych rozwiązań. Osoby „chorujące” też mają problem, czy określać się poprzez diagnozę, „bycie pacjentem”. Na ile chcą korzystać ze wsparcia społecznego? Czy wolą uznać, że jako osoby zdrowe, czasami „z problemami” chcą podjąć trud życia z przywilejami, ale też z odpowiedzialnością „osoby zdrowej”?

Spróbuję omówić podstawowe kwestie, w których w tle znajduje się dyskusja podstawowa — czym jest choroba psychiczna? Czy jest trwałą zmianą mózgu z wszystkimi tego społecznymi konsekwencjami, czy sposobem w jaki określamy „innych”? Czy należy budować system opieki „na całe życie” czy tylko na wypadek kryzysu? Czy problemy związane z „chorobą psychiczną” mieszczą się w obszarze system medyczny/pomoc społeczna czy raczej w obszarze praw człowieka? Czy jest możliwa integracja tych wydawałoby się sprzecznych postaw?

### **Czym jest diagnoza w psychiatrii?**

Pozostając w obszarze medycznych rozważań próbujemy do psychiatrii zastosować biomedyczny model zdrowia, który zaczął dominować w XIX wieku w związku z odkry-

waniem przyczyn i możliwości leczenia chorób zakaźnych. Podstawowymi założeniami tego modelu są doktryna specyficznej etiologii (każda choroba jest wywołana przez konkretne czynniki, np. bakterie lub pasożyty), założenie istnienia chorób ogólnych (uniwersalnych dla wszystkich ludzi), uznanie wszystkich przypadków złego stanu zdrowia za odstępstwo od normy i naukowa neutralność medycyny [7]. Od 1980 roku, kiedy Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA, *American Psychiatric Association*) opublikowało trzecią edycję swojej klasyfikacji zaburzeń psychicznych (DSM, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), w której ostatecznie zaakceptowano model biomedyczny psychiatrii, mamy stale do czynienia z wzmacnianiem poczucia diagnozy, jako rzeczywistości, za którą stoi określona patologia mózgu. Historycznym źródłem takiego myślenia jest teoria nierównowagi chemicznej z lat 60., według której schizofrenię wywołuje nadmiar dopaminy w mózgu, a depresję zbyt niskie stężenia serotoniny i noradrenaliny w szczeliny synaptycznej (co nie zostało nigdy potwierdzone). Współcześnie neuropsychiatria ma być nowoczesną próbą znalezienia „zmian w mózgu”. Problem polega jednak na tym, czy zmiany w badaniach neuroobrazowych traktuje się to jako dowód na istnienie choroby czy wynik zmienności i plastyczności mózgu wobec różnych czynników zarówno korzystnych (np. psychoterapia), jak i niekorzystnych (np. trauma). Zgodnie z drugim, nazwijmy go „antypsychiatrycznym”, nurtem diagnozę traktuje się jako coś absolutnie zbędnego, ograniczającego, w najlepszym razie „szufladkującego”, w gorszym — stosującego „mit choroby psychicznej” dla celów opresyjnych [8]. Współcześnie wzrasta coraz bardziej niepokój dotyczący diagnozowania osób zdrowych. Szeroką dyskusję wzbudziło usunięcie z nowej klasyfikacji DSM-V żałoby, jako stanu „normalnej” depresji. Te decyzje klasyfikacyjne są zgodne z powszechnym doświadczeniem klinicznym licznych zgłaszania się do psychiatrii osób z oczekiwaniem leczenia ich smutku i trudności życiowych. Trudno nie zgodzić się z Szaszem [8], że choroba psychiczna staje się wygodnym mitem, ukrywającym fakt, że życie jest dla większości ludzi trudne, a relacje międzyludzkie skomplikowane. W tym rozumieniu choroba psychiczna jest abstrakcyjnym konstruktem, którego nie wykorzystuje się, by nie konfrontować się z problemami życiowymi i brakiem harmonijnego życia społecznego.

Medyczny model psychiatrii odpowiada pozytywistycznemu modelowi rozumienia nauki. Opiera się na wierze w to, że badacz (psychiatra) jest w stanie za pomocą naukowych metod zdiagnozować chorego, określić zasady jego „szaleństwa” i znaleźć na nie rozwiązanie. Dzieje się tak, ponieważ w rozumieniu biomedycznym choroba psychiczna odnosi się do fizjochemicznych zjawisk. Biopsychiatra

uważa, że nauka pozwala mu zrozumieć „uszkodzony mózg” pacjenta i przywrócić go normalnemu, zdrowemu społeczeństwu. Psychiatra posługujący się modelem społecznym nie uważa się za lepiej rozumiejącego od chorego, wierzy w możliwość samoleczenia się pacjentów w społecznościach terapeutycznych [9].

Na styku tych dwóch, wydawałaby się, nieprzystających podejść jest myślenie o diagnozie nie tylko w kategoriach medycznych, ale postulowanej, choć niestosowanej, „diagnozie wieloosiowej”, gdzie czynniki społeczne są równie ważne, jak medyczne. Traktowanie diagnozy jako hipotezy, metafory, sposobu porządkowania informacji dotyczących osoby, która zgłasza się po pomoc, niejako „układania sobie w głowie” obrazu drugiej osoby, w którym to procesie obraz ten ulega nieustannym zmianom i wzbogacaniu. W tym drugim podejściu „niejasność diagnozy” jest związana ze stałym tworzeniem wspólnej z klientem/pacjentem rzeczywistości w duchu konstrukcjonizmu społecznego [10].

### Leczenie

Opisywany powyżej model biomedyczny zyskał duże poparcie rodzin pacjentów (w Ameryce National Alliance for the Mentally Ill [NAMI]) oraz, oczywiście, firm farmaceutycznych. Uwalniał rodzinę z poczucia winy, minimalizując czynniki psychologiczne i społeczne na rzecz biologicznego podłoża. Dawał też wygodny i prosty schemat postępowania. Ulubionym przekazem edukacyjnym dla pacjentów z diagnozą schizofrenii i ich rodzin stała się analogia z cukrzyką wskazująca na niedobór lub nadmiar jakiejś tajemnicznej substancji (może dopaminy?), konieczność dostarczania jej organizmowi za pomocą leków, a więc konieczność stałego ich przyjmowania i niemożność wyzdrowienia.

Obecnie nawet główni krytycy myślenia biomedycznego nie negują krótkotrwałego stosowania leków psychiatrycznych. Wątpliwości budzi masowe stosowanie leków w stanach, które mogłyby być opanowane psychologicznymi metodami leczenia oraz długotrwałe stosowanie farmakoterapii [11]. Z kolei badacze zajmujący się wpływem farmakoterapii przyznają, że długotrwałe stosowanie leków przeciwpsychotycznych może negatywnie wpływać na przebieg choroby [12, 13].

Psychiatria środowiskowa stoi więc wobec pytania, czy lansować wydawałoby się antystygmatyzujące podejście: „choroba psychiczna jest taką samą chorobą jak każda inna” oznaczające w praktyce integrację leczenia psychiatrycznego z leczeniem somatycznym. W praktyce oznacza to postulat, żeby szpitale psychiatryczne były oddziałami w szpitalach ogólnych, a lekarze rodzinni włączyć w proces leczenia.

Innym podejściem jest uznanie, że depresja, psychoza, lęk są być może nietypowymi, ale doświadczanymi przez

wiele osób reakcjami na problemy wewnątrzpsychiczne i interpersonalne, wymagającymi wsparcia i pomocy, czasami farmakoterapii i specjalistycznego (niemedycznego) podejścia, gdzie być może ważniejszy jest udział socjologów, antropologów czy kulturoznawców niż lekarzy „pierwszego kontaktu”.

Doświadczenie osób pracujących w psychiatrii środowiskowej pokazują, że typowe „medyczne” placówki — zespoły leczenia domowego i oddziały dzienne wypracowały sposoby pracy odpowiednie do prowadzenia wieloletniej terapii pacjentów z doświadczeniami psychozy [14, 15]. Pacjent decyduje, czy chce pracować nad rozumieniem znaczenia doznań psychotycznych, czy wypracować techniki pozwalające na radzenie sobie z objawami. Jest to praca często polegająca na stałym budowaniu i refleksji nad relacją terapeutyczną. 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.

Obserwowanym obecnie zjawiskiem jest przesunięcie terapii do miejsc należących do systemu opieki społecznej — Warsztaty Terapii Zajęciowej, Środowiskowe Domy Samopomocy, Usługi Opiekuńcze poprzez możliwość nielimitowanego i bardziej elastycznego kontaktu stają się miejscem dającym większą szansę na rozwój długotrwałej relacji terapeutycznej.

Być może psychiatria środowiskowa obecnie rezygnuje z pytania „gdzie?”, bo odpowiedź jest już dla wszystkich oczywista, ale staje wobec pytania „jak?”.

Jedną z nowszych propozycji integrujących różne podejścia jest propozycja „otwartego dialogu”. Jaakko Seikkula określa swoją metodę pracy jako „sposób życia”, a nie metodę psychoterapeutyczną [16].

Metoda ta wywodzi się z fińskiego modelu „leczenia dostosowanego do potrzeb” [17], które kwestionuje podejście „medycyny opartej na dowodach”, gdzie lekarz/terapeuta powinien wybrać jedną, odpowiednią metodę leczenia, po wcześniejszym dokładnym zdiagnozowaniu „przypadku”. Podejście dostosowane do potrzeb podkreśla, że „odpowiednia” diagnoza wyłoni się podczas wspólnych spotkań, które same w sobie stanowią proces leczniczy.

Interwencja oparta na ideach „otwartego dialogu” jest równocześnie interwencją psychiatryczną (stosując ją profesjonaliści w ramach placówek medycznych) i antypsychiatryczną (zakłada, że „choroba” jest załamaniem dialogu, który należy przywrócić). Istotna jest natychmiastowa (w ciągu 24 godzin) reakcja na kryzys w postaci spotkania członków sieci społecznej klienta

oraz profesjonalistów. „Dialogiczność” jest głównym celem wspólnych spotkań dla zrozumienia aktualnego kryzysu w kontekście życia klientów.

Zdaniem praktyków „otwartego dialogu” relację dialogową generuje poczucie bycia wysłuchanym i traktowanym poważnie. Zadaniem dla profesjonalistów jest podążanie za sposobem życia klientów i za ich językiem — całkowicie, bez warunków wstępnych, a powrót do dialogu, porozumiewania się ze światem jest miarą wyzdrowienia.

### Stosowanie przymusu leczenia

Jest to temat, który niechętnie poruszają psychiatrzy „środowiskowi” pracujący poza szpitalem, podkreślając, że forma leczenia pośredniego — oddziały dzienne i leczenie domowe ograniczają stosowanie przymusu [18]. Prawdą jest, że część osób godzi się na pozaszpitalną formę leczenia, ale pozostają osoby niegodzące się na żaden kontakt z „systemem leczącym”, które wobec braku opieki mogą stanowić zagrożenie dla siebie bądź innych. Paradoksalnie to psychiatrzy pracujący najbardziej „przy pacjencie”, bo wykonujący wizyty domowe stają się „zbrojnym ramieniem” systemu opresji.

Hospitalizacja wbrew woli i, szerzej, „leczenie wbrew woli” to kluczowe problemy psychiatrii. Według osób z doświadczeniem choroby i systemu psychiatrycznego sama możliwość zastosowania przemocy wyłącza psychiatrię z obszaru innych oddziaływań medycznych i staje się źródłem jej stygmatyzacji w obrębie nauk medycznych. Stygmatyzacja w tym ujęciu nie jest związana ani z nazwą choroby ani ze stosunkiem społeczeństwa do chorych. Jak pisze o tym Judi Chamberline [19] — oddział psychiatryczny, pomimo naszych starań, zawsze będzie się różnił od szpitala kardiologicznego tym, że można znajdować się tam wbrew swojej woli.

Od wielu lat toczy się dyskusja nad zasadnością stosowania przymusowej hospitalizacji. Interesująca jest radykalna zmiana opinii psychiatry Fullera Toreya, znanego w Polsce autora kultowej książki *Czarownicy i psychiatrizy* [20], w której zrównuje on skuteczność leczenia psychiatrycznego z oddziaływaniem tradycyjnych uzdrowicieli ludowych. W latach 70. pisał, że sam termin „choroba psychiczna” jest semantycznym błędem i może być używany tylko jako metafora [19]. Ten sam Torrey w latach 90. opowiada się za biomedycznym modelem choroby, pisząc o schizofrenii i chorobie dwubiegunowej, że są „chorobami mózgu” i oskarżając ruch antypsychiatryczny sprzeciwiający się leczeniu wbrew woli o śmierć osób potrzebujących, ale odmawiających leczenia [22]. W dyskusji z tą opinią działacze ruchów konsumenckich, a także profesjonalści, protestują przeciwko obciążaniu winą za odmowę leczenia ruchu pacjentów. Ich zdaniem za śmierć tych osób odpowiada niewłaściwy system le-

czenia, który z powodu braku zasobów, nasila przemoc. Uważają określenie „leczenie bez zgody” za oksymoron, gdyż „leczenie” musi uwzględniać prawa pacjenta i zwracają uwagę, że odmowa leczenia może się wiązać z dotychczasowym doświadczeniem nieuwzględniania tych praw [23–25]. Poza prawem do wolności w toku hospitalizacji bywają naruszane inne prawa, co powoduje lęk przed szpitalem. Badania dotyczące przemocy doznawanej w placówkach psychiatrycznych pokazują jej nadużywanie przez personel, nadużycia seksualne ze strony personelu oraz brak ochrony przed różnego rodzaju nadużyciem ze strony innych pacjentów [26]. Przeciwnicy hospitalizacji wbrew woli podkreślają kluczowe znaczenie alternatywy wobec niej, w zamian prawnego poszerzania warunków do leczenia bez zgody [24, 27, 28]. Zgadza się z tym wielu profesjonalistów, uznając za alternatywę wobec hospitalizacji wbrew woli działalność zespołów wczesnej interwencji oraz zespoły zajmujące się osobami ze szczególnie dużym ryzykiem hospitalizacji. Ważnym elementem są też powstające poza systemem psychiatrycznym organizowane przez „ocalałych z leczenia” domy — schronienia pozwalające osobie nieakceptującej opieki medycznej przetrwać kryzys.

Można powiedzieć, że budowanie alternatyw ograniczy stosowanie hospitalizacji wbrew woli, ale całkowicie może ją znieść tylko regulacja prawna. Przykładem, że jedynie pozbawienie możliwości zastosowania przymusu może go powstrzymać, jest opisane przez Andreoliego [29] wprowadzenie w kierowanej przez niego placówce zakazu wiązania pacjentów. Próba złamania postanowienia doprowadziła do decyzji publicznego spalenia pasów i kaftanów bezpieczeństwa. Dopiero to spowodowało, że personel musiał radzić sobie w inny sposób z agresją. Wynik wielośrodkowego badania nad stosowaniem hospitalizacji wbrew woli wykazał, że znaczny procent pacjentów po przeminięciu ostrych objawów choroby nadal nie uznaje przyjęcia wbrew woli za słuszne [30]. Wynik ten, zdaniem autorów, stawia pod znakiem zapytania etyczne uzasadnienie hospitalizacji wbrew woli. Na pewno istotne są postulowane zmiany legislacyjne. „Użytkownicy” systemu sprzeciwiają się sytuacji, w której nie jest konieczne w postępowaniu procesowym udowodnienie winy, żeby trafić do szpitala „za karę” [19]. Istotna jest nie tylko legislacja dotycząca zastosowania przymusu, ale jej praktyczna realizacja. Ważne, czy lekarz kierujący tłumaczy pacjentowi swoją decyzję, czy po wypisie pacjent wraca pod opiekę tego lekarza i mogą dalej omawiać uczucia obu stron związane z hospitalizacją. Dowiedziono, że jest możliwe zachowanie relacji terapeutycznej nawet po jednostronnej decyzji o konieczności hospitalizacji [31].

**Mieszkanie**

Chyba nic nie wiąże się tak ściśle z psychiatrą środowiskową jak problem dotyczący utraty przez chorych mieszkań i ich bezdomności [32]. Podstawowym zarzutem wobec przemian zachodzących w psychiatrii stało się, że deinstytucjonalizacja jest *de facto* zrzeczeniem się opieki przez państwo nad najslabszymi obywatelami i sprzyjaniem bezdomności. Szczególnie reforma amerykańska wzbudziła duże kontrowersje jako pozbawienie chorych tego, co było ich dotychczasowym „domem” i w praktyce pozostawieniu na ulicy [33–35].

Jednym z najważniejszych elementów reformy psychiatrycznej jest zapewnienie osobom chorującym możliwości zamieszkania w normalnym otoczeniu, z elastycznym wsparciem. Według „reformatorów” osoby, których objawy choroby i zachowanie nie pozwalają na niezależne mieszkanie, powinny otrzymać możliwość zakwaterowania w mieszkaniach terapeutycznych oferujących wysoki poziom wsparcia.

Rodzaj tworzonych domów koresponduje z poglądami dotyczącymi choroby psychicznej oraz celami leczenia czy opieki nad ich mieszkańcami. I tak po deinstytucjonalizacji dominującą formą były placówki opiekuńcze zapewniające wyżywienie, utrzymywanie porządku, czystości. Placówki te uwzględniały deficyty osób chorujących, zapewniały im opiekę, ale nie rozwój [36]. Kolejną formą było tak zwane „zamieszkanie wspierające” w postaci domów lub mieszkań zamieszkiwanych grupowo (z reguły od dwóch, trzech osób w mieszkaniach i do ośmiu w domach). W tej formie podstawowy nacisk kładzie się na odbudowanie umiejętności społecznych u ich mieszkańców. Oznacza to, że nadal postrzegani są z perspektywy deficytu, ale widzi się ich możliwości rozwojowe [37]. Mieszkańcy tworzą z pomocą terapeutów społeczność terapeutyczną, w której podstawowym celem jest rehabilitacja [38]. Nowszym podejściem jest koncepcja „zamieszkanie wspierane” polegająca na zależnym od potrzeb wsparciu udzielanym w różnych formach zamieszkania. Wsparcie jest związane z użytkownikiem, a nie z miejscem, i „wędruje” za nim [39, 40]. Istotą tego podejścia jest konieczność dokonywania samodzielnych wyborów, a nie „przydzielanie” do określonej formy opieki. Ta forma pomocy ma prowadzić do „umacniania” oraz integracji społecznej rozumianej jako nie tylko „bycie w społeczeństwie”, ale stanowienie „części społeczeństwa”. Wyniki badań potwierdzają, że ta forma jest oceniana przez użytkowników jako mniej stygmatyzująca, bardziej sprzyjająca nie tylko integracji wewnątrz domu czy mieszkania, ale z sąsiadami [40].

Wydawałoby się, że hostele czy inne domy oferujące utrzymanie powinny być ofertą dla osób bardziej „chorych”, to znaczy mniej dających sobie radę w codziennym życiu. Tak jednak nie jest. W badaniach pokazano, że o tym, czy

osoba chorująca znajdzie się w domu „wspieranym” czy w swoim własnym, nie decydują objawy, ale wyłącznie oparcie społeczne i ze strony najbliższych, ważna aktywność lub praca [41].

Okazuje się jednak, że niezależnie, jak dobre instytucje staramy się stworzyć, osoby po kryzysie psychotycznym wybierają możliwość mieszkania we własnym domu [42, 43]. Można też powiedzieć, że dyskusja dotycząca przyczyn bezdomności nie dotyczy tylko chorych psychicznie. Patrick Declerck, pracujący z bezdomnymi antropolog i psychoanalityk, uważa, że kategorie ubóstwa i wykluczenia społecznego nie są wystarczające do wyjaśnienia przyczyn bezdomności [44]. Opisuje on „kloszardyzację” w modelu cyrkularnym — jako skutek oraz przyczynę zaburzeń psychicznych, nie jako objaw sam w sobie. Zdaniem Declercka „kloszardyzacja” jest procesem o wieloczynnikowej etiologii — społecznej, ekonomicznej, rodzinnej, kulturalnej, a także związanej z patologią indywidualną. Uważa kloszardów za „szaleńców wykluczenia”, gdzie patologiczne autowykluczenie zmierza poza granice marginalizacji społecznej. Inni badacze także uważają, że problem bezdomności powinien być rozpatrywany nie tylko jako rezultat indywidualnych deficytów oraz sytuacji społecznej, ale także w kategoriach adaptacji do przedłużającego się wydarzenia traumatycznego, którym jest życie na ulicy [45].

Praca z osobami z doświadczeniem psychozy i bezdomnością prowadzi do opracowywania coraz skuteczniejszych strategii pomocy, opartych na pełnej dobrowolności i poszanowaniu autonomii osoby chorującej. W interwencjach tych podkreślane jest znaczenie relacji terapeutycznej, gdzie kluczową rolę odgrywa rozumienie narracji bezdomnego, a nie diagnoza psychiatryczna [46].

**Praca**

Zygmunt Bauman [47] twierdzi, że podstawową cechą wyłączenia ze społeczeństwa staje się pozbawienie wykluczonych możliwości pracy. Przyznawanie rent i zasiłków społecznych nie jest działaniem wystarczającym. Po pierwsze, utrzymuje osoby chorujące w sferze biedy. Badania wskazują na związek ubóstwa z przebiegiem schizofrenii — choroba przebiega gorzej u osób żyjących w biedzie, a tak zwane „negatywne objawy choroby” są także cechami towarzyszącymi długotrwałemu ubóstwu (brak inicjatywy, zainteresowań, energii życiowej) [48]. Po drugie, praca pełni poza źródłem dochodu ważną funkcję psychologiczną. Jest istotnym elementem poczucia tożsamości oraz możliwości kształtowania rzeczywistości. Badania nad bezrobociem wskazują, że osoby pozbawione pracy tracą poczucie czasu i przestrzeni, tracą związek z realnością, wpadają w „błędne koło depresyjne” [49]. Bezrobocie działa szczególnie

destrukcyjnie na osoby chorujące psychicznie poprzez utratę struktury, celu oraz identyfikacji [50].

Według nurtu „reformatorskiego” osoby chorujące psychicznie powinny być włączane w programy rehabilitacji społeczno-zawodowej [51], której kolejnymi etapami są:

1. terapia zajęciowa w szpitalu,
2. warsztaty terapii zajęciowej,
3. chronione miejsca pracy w firmie społecznej,
4. zakład aktywności zawodowej,
5. zatrudnienie wspierane na chronionym i otwartym rynku pracy.

Wieloletnie doświadczenia pracy z pacjentami w środowisku pokazują, jak trudne jest przejście do tego ostatniego etapu stanowiącego koniec procesu rehabilitacyjnego. Możemy zadać sobie pytanie, jakim wymogom pracy muszą „sprostać” klienci warsztatów, podejmując pracę przeznaczoną dla goffmanowskich „normalsów” [4]. Rozziew pomiędzy warsztatami lub zakładami aktywności zawodowej a „rynkiem pracy” wynika być może z faktu, że warsztaty przygotowują do pracy w rozumieniu twórczej aktywności, dającej możliwości rozwoju, satysfakcji z jej wykonania. Działania w grupie nastawione są na współpracę, a nie konkurencję, co odróżnia od „normalnych” miejsc pracy, gdzie stosunki międzyludzkie rzadko charakteryzuje otwarta komunikacja i współdziałanie. Jak pisał Kępiński [52], „odnosi się wrażenie, że *societas schizophrenica* jest zdrowsza niż przeciętna społeczność ludzi psychicznie zdrowych. Więcej jest w niej wzajemnego zrozumienia, szczerego współczucia, gotowości pomocy, a nie ma rywalizacji, intryg, wzajemnego niszczenia się”. Obecnie coraz więcej mówi się o absentyzmie jako reakcji na warunki pracy, zespole wypalenia [53], powstają programy terapeutyczne mające na celu poprawę stanu psychicznego pracowników. Praca często staje się aktywnością narzuconą, dehumanizującą. Warto się więc zastanowić, w jakich sytuacjach niemożność „przystosowania się” jest brakiem tak chętnie diagnozowanego „braku umiejętności społecznych”, a w jakich naturalną reakcją na niewłaściwe warunki pracy.

Wspierany obecnie przez prawo Unijne jeden z najstarszych modeli spółdzielczości socjalnej to model włoski, którego powstanie wiąże się z wdrażaniem deinstytucjonalizacji oraz opieki nad osobami wypisywanymi ze szpitala psychiatrycznego w latach 70. Spółdzielczość socjalna została wymyślona ze względu na trudności w zatrudnieniu byłych pacjentów szpitala na otwartym rynku pracy na skutek wysokiego poziomu bezrobocia. Początkowo była to odpowiedź na terapię zajęciową uważaną za mistyfikację i wyszk. Pacjenci zatrudnieni w ramach spółdzielni mieli takie same prawa, jak inni pracownicy oraz stawali się członkami spółdzielni. Początkowo zajmowali się sprzątnięciem szpitala,

następnie poszerzyli swoją działalność o inne budynki w mieście. Następnie powstawały kolejne spółdzielnie, które stały się konkurencyjne wobec innych istniejących na rynku. Aktualnie spółdzielczość socjalna odnosi duże sukcesy we Włoszech, gdzie tworzy się miejsca pracy dla osób leczących się psychiatrycznie. W ciągu około 20 lat swego istnienia spółdzielnie przekształciły się z małych firm w przedsiębiorstwa specjalizujące się w nowoczesnej technologii i wymagające wysoko kwalifikowanych pracowników [3]. Podobnie, jak zmianę myślenia w wymiarze indywidualnym pacjenta określa zmiana z modelu *compliance*, czyli stosowania się pacjenta do zaleceń lekarza, na model współpracy (*collaboration*) [54, 55], tak w wymiarze społecznym rezygnuje się z integracji, przyłączania pacjenta do istniejącego systemu, na rzecz inkluzy — wpuszczania osoby chorującej w środek systemu z założeniem, że powinno to spowodować korzystną zmianę systemową.

### Organizacje pacjentów

Jak wspomniano na początku, szczególne widoczne w tak zwanym „ruchu konsumenckim” są dwa nurty psychiatrii środowiskowej [56].

Pierwszy rodzaj grup określanymi jako „opiekuńczy” uważa, że organizacje pacjentów są ważnym źródłem pomocy i informacji dla profesjonalistów. Organizacje te kładą nacisk na umacnianie, zdrowienie i dawanie sobie wsparcia, odwołują się do wartości osobistych i grupowych. Ważne wartości osobiste wiążą się ze zdrowiem i samostanowieniem, wartości grupowe to opieka, współodczuwanie, wspólnota i poszanowanie różnic.

Drugi rodzaj organizacji nazywany „emancypacyjnym” stawia sobie za główny cel obronę praw osób poddawanych leczeniu psychiatrycznemu. Jego źródłem jest krytyka systemu, dążenie do uwolnienia osób więzionych w systemie opieki psychiatrycznej. Organizacje te, podkreślając nadużycia dokonywane w obrębie psychiatrii, dążą do sprawiedliwości społecznej poprzez tworzenie niewykluczającej infrastruktury społecznej (na przykład tanich mieszkań). Uważają, że ruch konsumencki jest zagrożeniem poprzez żądanie lepszego leczenia zamiast żądania prawa do bycia wolnym od etykietowania oraz leczenia.

Podstawową wartością jest samopomoc. Konsumenci/ocalali wierzą, że pomaganie innemu w osiągnięciu zdrowienia (*recovery*) wspomaga zdrowienie wszystkich osób będących w tej relacji. Ideologia „zdrowienia” stworzona została przez osoby doświadczone przez psychozę, jako odpowiedź na zachowawczy system opieki psychiatrycznej i pozostaje w opozycji do koncepcji biomedycznej uznającej za wyzdrowienie eliminację objawów. W tym rozumieniu zdrowienie jest procesem, a nie rezultatem i każdy może je określać na swój sposób, stawiać sobie własne cele [57]. Za podstawę procesu zdrowienia

uważa się umacnianie (*empowerment*). Umocnienie jest poczuciem osobistej siły i efektywności, poczuciem uzyskiwania kontroli nad swoim życiem [58]. Umocnienie wiąże się z nadzieją — elementem niezbędnym dla niezależnego życia i zdrowia. Źródło umocnienia w programach prowadzonych przez pacjentów jest związane z poczuciem sprawstwa i wpływu na rzeczywistość. Istotna jest także przynależność do zorganizowanej grupy uznawanej przez szerszą społeczność. Aktualnie wiele programów prowadzonych przez użytkowników nie stawia się w opozycji do profesjonalnego systemu leczącego ani nie uważa się za leczenie alternatywne. Ich uczestnicy korzystają zarówno z profesjonalnego, jak i z nieprofesjonalnego systemu leczenia.

Programy prowadzone przez osoby z doświadczeniem psychozy stanowią wartościowe uzupełnienie dla tradycyjnego systemu leczenia. Z jednej strony często korzystają z nich osoby odmawiające leczenia psychiatrycznego w placówkach leczenia psychiatrycznego, z drugiej koncentrując się na mocnych stronach, na zdrowieniu, a nie na diagnozie „choroby” mają większe sukcesy we wspomaganie niezależności. Zagrożeniem dla ruchu samopomocowego jest biologiczny model psychiatrii, który wpływa na postrzeganie osób chorujących jako trwale zmienionych, niezdolnych do rozpoznawania swoich potrzeb, w tym w szczególności potrzeby leczenia farmakologicznego.

### Zakończenie

Thornicroft i Tansella [59] ujmują historię psychiatrycznej opieki zdrowotnej w krajach rozwiniętych w trzy okresy historyczne:

- 1) powstanie szpitali psychiatrycznych,
- 2) schyłek szpitali psychiatrycznych,
- 3) rozwój zdecentralizowanej psychiatrii środowiskowej, osadzonej w środowisku lokalnym.

Jak widać w tym podziale, nie podnosi się już tematu

istnienia odrębnej „psychiatrii środowiskowej”. Jest to obecny etap rozwoju psychiatrii, który może przebiegać w różny sposób w różnych krajach. Rozwój psychiatrii środowiskowej, stwarzając bardziej humanitarne miejsca leczenia, nie znosi podstawowych pytań dotyczących stosunku do „chorych” i „choroby”.

Zmiany w psychiatrii prowadzą do powstania „pacjenta nowej generacji” [60]. Jest on często przedstawiany jako problem — nie miał do czynienia długotrwałe z instytucją, nie jest pasywny i nie godzi się na propozycje psychiatrii, co więcej, nie identyfikuje się z rolą chorego. Możemy uważać go za „problem” albo uznać, że na jego siłę można budować — traktować go jako partnera w dyskusji nad nowym modelem psychiatrii.

Nie stoimy więc być może obecnie przed wyzwaniem deinstytucjonalizacji, jak na początku tworzenia się psychiatrii środowiskowej, ale całkowitej zmiany widzenia „chorego psychicznie”.

Jak trudny jest w takiej sytuacji balans pomiędzy dawaniem opieki-wsparcia a przemocą widać w filmie „Solista” [61] pokazującym doświadczenie kontaktu dziennikarza — Steve’a Lopeza z bezdomnym, chorym na schizofrenię genialnym muzykiem Nathanielem Ayersem. Jest to już film (podobnie jak jego główny bohater) „nowej generacji” — problemu nie stanowi 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” [62], gdzie przejście ze szpitala do mieszkania chronionego 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.

### Streszczenie

*Autorka niniejszej pracy próbuje zmierzyć się z pytaniem: jaka ma być współczesna psychiatria środowiskowa? Próbuje omówić podstawowe kwestie, w których prześwituje w tle dyskusja podstawowa: czym jest choroba psychiczna; czy jest trwałą zmianą mózgu z wszystkimi tego społecznymi konsekwencjami; czy sposobem w jaki określamy „innych”; czy należy budować system opieki „na całe życie” czy tylko na wypadek kryzysu; czy problemy związane z „chorobą psychiczną” mieszczą się w obszarze system medyczny/pomoc społeczna czy raczej w obszarze praw człowieka; czy jest możliwa integracja tych, wydawałoby się, sprzecznych postaw? Te podstawowe problemy psychiatrii środowiskowej omówione są w obszarze — diagnoza, leczenie, stosowanie przymusu leczenia, mieszkanie, praca, organizacje pacjentów. Aktualnym wyzwaniem psychiatrii środowiskowej staje się nie deinstytucjonalizacja, ale całkowita zmiany widzenia „chorego psychicznie”.*

**Psychiatria 2013; 10, 3-4: 101-108**

**słowa kluczowe:** psychiatria środowiskowa, choroba psychiczna, DSM-V, organizacje pacjentów

## Piśmiennictwo

1. Zaluska M., Prot K., Bronowski P. Psychiatria środowiskowa jako środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym. IPiN, Warszawa 2007.
2. Maxwell Jones J. The Therapeutic Community. Basic Books, Inc., New York 1953.
3. Mosher L.R., Burti L. Community Mental Health. Principles and Practice. W: Norton & Company, New York, London 1989.
4. Goffman E. Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
5. Scheff T.J. Schizofrenia jako ideologia. W: Przełom w psychologii. Czytelnik, Warszawa 1978: 241–249.
6. Prot K. Aktywność samopomocowa. W: Wciórka W., Pużyński S., Rybakowski J. (red.). Psychiatria. t. 3. Metody leczenia, zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012.
7. Blaxter M. Zdrowie. Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2009.
8. Szasz T. Mit choroby psychicznej. W: Przełom w psychologii, Czytelnik, Warszawa 1978.
9. Herczyńska S. Antypsychiatryczna koncepcja zdrowia i choroby psychicznej jako postulat nowego ruchu społecznego, manuskrypt. Warszawa 2013.
10. Chrzastowski S., de Barbaro B. Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2011.
11. Whitaker R. Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America. Broadway Paperback, New York 2010.
12. McGlashan T. Rationale and parameters for medication-free research in psychosis. Schizophrenia Bulletin. 2006; 32: 300–302.
13. Harrow M. Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on psychotic medications. The Journal of Nervous and Mental Disease. 2007; 195: 406–414.
14. 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. (red.). Routledge, London, New York 2008.
15. 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.
16. Seikkula J. Becoming dialogical: psychotherapy or a way of life? The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy 2011; 32: 179–193.
17. Alanen Y. Schizofrenia: jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000.
18. Lefley H.P. Multiply Sclerosis, Mental Illness, and Forced Treatment (letter). Psychiatric Services. 2006; 57: 1517.
19. Chamberlin J. On our own. National Empowerment Center. 1988.
20. Torrey E.F. Czarownicy i psychiatrzy. PIW, Warszawa, 1981.
21. Torrey E.F. The death of psychiatry. Chilton Book Company 1974.
22. Torrey E.F. Psychiatric survivors and nonsurvivors. Psychiatric Services. 1997; 48: 143.
23. Huffine C. Psychiatric survivors and nonsurvivors (letter). Psychiatric Services. 1997; 48: 605.
24. Rogers J.A. Psychiatric survivors and nonsurvivors (letter). Psychiatric Services. 1997; 48: 602.
25. Budd D. Psychiatric survivors and nonsurvivors (letter). Psychiatric Services. 1997; 48: 603.
26. Kumar S. Client empowerment in psychiatry and the professional abuse of clients: where do we stand? Int. J. of Psychiatry in Medicine 2000; 30: 61–70.
27. Jaffe D.J. Psychiatric Survivors and nonsurvivors (letter). Psychiatric Services. 1997; 48: 604.
28. Segal S.P. Psychiatric Survivors and nonsurvivors (letter). Psychiatric Services. 1997; 48: 604.
29. Andreoli V. Moi wariaci. Wspomnienia psychiatrii. Wydawnictwo Homini, Kraków 2007.
30. Priebe S., Katsakou C., Glöckner M. i wsp. Patients' views of involuntary hospital admission in psychiatry after one and three months: a prospective study in eleven European countries. Br. J. Psychiatry 2010; 196: 179–85.
31. Tibaldi G., Govers L. Evidence-based hope. La proposta di una prospettiva comune. Psychiatria di comunità. 2009; 8: 117–127.
32. Prot K. Od azylu, poprzez dom wariatów do domu własnego. Konteksty. Polska sztuka ludowa. 2011; 65: 294–298.
33. Koegel P., Burnam M.A., Baumhol J. The cases of homelessness. W: Baumhol J. (red.). Homelessness in America. Phoenix, Ariz, Oryx 1996.
34. Drake R.E., Wallach M.A. Homelessness and mental illness: a story of failure. Psychiatric Services 1999; 50: 589.
35. Robertson M. The prevalence of mental disorder among homeless people. W: Baltimore J.R., Hopkins J. (red.). Homelessness: a prevention-oriented approach. University Press 1992.
36. Parkinson S., Nelson G., Horgan S. From housing to homes; A review of the literature on housing approaches for psychiatric consumers/survivors. Canadian Journal of Community Mental Health 1999; 18: 145–164.
37. Sylvestre J., Nelson G., Sabloff A. Housing for people with serious mental illness: a comparison of values and research. Am. J. Community Psychol. 2007; 40: 125–137.
38. Carling P.J. Housing and supports for persons with mental illness: Emerging approaches to research and practice. Hospital and Community Psychiatry 1993; 44: 439–450.
39. Carling P.J. Return to community: building support systems for people with psychiatric disabilities. Guilford Press. New York 1995.
40. Nelson G., Walsh-Bowers R., Hall G.B. Housing for psychiatric survivors: Values, policy and research. Administration and Policy in Mental Health 1998; 25: 455–462.
41. Browne G., Courtney M. Measuring the impact of housing on people with schizophrenia. Nursing and Health Sciences. 2004; 6: 37–44.
42. Piat M., Ricard N., Sabetti J., Beauvias L. Building life around foster homes versus moving on: the competing needs of people living in foster homes. Psychiatric Rehabilitation Journal 2008; 32: 32–39.
43. Browne G., Courtney M. Housing, social support and people with schizophrenia: a grounded theory study. Issues in Mental Health Nursing 2005; 26: 311–326.
44. Declerck P. Rozbitkowie. Rzecz o paryskich klozardach. Warszawskie Wydawnictwo Literackie, Muza SA, Warszawa 2004.
45. Kuhlman T.L. Psychology on the streets: mental health practice with homeless persons. John Wiley & Sons, New York 1994.
46. Levy J. S. Homeless narratives and pretreatment pathways. From words to housing. Loving Healing Press 2010.
47. Bauman Z. Życie na przemiał. Wydawnictwo Literackie, Kraków 2004.
48. Cohen C. Poverty and the course of schizophrenia: implications for research and policy. Hospital and Community Psychiatry 1993; 44: 951–958.
49. Negt O. Praca, a godność człowieka W: Cechnicki A., Kaszyński H. (red.). Praca, zdrowie psychiczne, gospodarka społeczna. Przyszłość pracy dla osób chorujących psychicznie. Krakowska Inicjatywa na Rzecz Gospodarki Społecznej COGITO, Kraków 2005: 31–37.
50. Rowland L.A., Perkins R.E. You can't eat, drink or make love eight hours a day. The value of work in psychiatry. Health Trends. 1988; 20: 75–79.
51. Cechnicki A., Kaszyński H. Praca, zdrowie psychiczne, gospodarka społeczna. Przyszłość pracy dla osób chorujących psychicznie. Krakowska Inicjatywa na Rzecz Gospodarki Społecznej COGITO, Kraków 2005.
52. Kępiński A. Schizofrenia. Wydawnictwo Literackie, Kraków 2001: 162.
53. Anczewska M., Świtaj P., Roszczyńska J. Wypalenie zawodowe. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2005; 14: 67–77.
54. Dencker S., Liberman R. From compliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. Int. Clin. Psychopharmacol. 1995; 9: 75–78.
55. Prot-Herczyńska Jak postępować z pacjentem odmawiającym leczenia? Postępy Psychiatrii i Neurologii 1997; 6: 115–119.
56. Campbell J. The historical and philosophical development of peer-run support programs. W: Clay S., Schell B., Corrigan P.W. & Ralph R.O. On our own together: peer programs for people with mental illness. Vanderbilt University Press, Nashville 2005: 17–64.
57. Jacobson N., Greenley D. What is recovery? A conceptual model and explication. Psychiatric Services 2001; 52: 482–484.
58. Anczewska M., Wciórka J. Umacnianie — nadzieja czy uprzedzenia. IPiN, Warszawa 2007.
59. Thornicroft G., Tansella M. W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej. IPiN, Warszawa 2010.
60. Lamb H.R., Bacharach L.L. Some perspectives on deinstitutionalization. Psychiatric Services 2001; 52: 1039–1045.
61. Solista, reż. J. Wright, 2009 USA.
62. Elling, reż. P. Naess, 2001 Norwegia.