

Andrzej Cechnicki

Podstawowe idee i wartości psychiatrii środowiskowej

Kiedy myślimy o psychiatrii środowiskowej, psychiatrii rozwijanej w wielu miejscach Europy a od 50 lat z dużymi oporami i przerwami w Polsce, to dla zrozumienia jej istoty musimy sięgnąć do fundamentów, do przesłania humanistów i psychiatrów, którzy całe swoje zawodowe życie spędzili blisko ze swoimi pacjentami i ich rodzinami, wniknęli głęboko w przyczyny ich cierpienia i towarzyszyli im w zmaganiach nie tylko z chorobami, ale wysiłkiem zdrowienia. To dzięki nim zrozumieliśmy, że człowiek, przyczyny zaburzeń psychicznych ich przebieg i wysiłek wzmacniający proces zdrowienia to nie tylko badania nad mózgiem i dobrze dobrane leki chociaż są warunkiem koniecznym w rozwoju psychiatrii.

Ale są warunkiem niewystarczającym.

To właśnie dzięki takim psychiatrom, którzy nie pozwolili sprowadzić psychiatrii jedynie do zmian w mózgu, objawów i dobrze dobranych, w jak najmniejszej możliwej dawce tabletek a pominąć ich historie życia, traumy, rozdarcia, osamotnienie, brak zrozumienia, subiektywny świat przeżyć i nieumiejętność radzenia sobie ze stresem życia. To oni zmusili psychiatrię i psychiatrów aby spojrzeli na szerszy kontekst życia, na najbliższe i dalsze otoczenie – na traumatyczne przeżycia, biedę, wojnę, głód, emocjonalne i fizyczne nadużycia, deptanie ludzkiej godności, terror, żeby tylko wspomnieć kilka oczywistych przyczyn wpływających na ludzką egzystencję, kryzysy zdrowia psychicznego, przebieg zaburzeń i ostateczny sukces lub przegraną w ich pokonywaniu. To dzięki ich badaniom stało się oczywiste, że sukces w leczeniu związany jest również z relacjami, siecią bliskich i życzliwych osób, mieszkaniem, zajęciem, pracą, nauką, godną egzystencją i z życiem w lokalnej wspólnocie. Ta zdobyta od nich wiedza została przedstawiona w pracach i praktyce lekarskiej Profesora Antoniego Kępińskiego w dwóch istotnych zaleceniach. Pierwsze dotyczy stosunku do osoby chorej i żąda od nas wszystkich, nie tylko osób leczących pierwszeństwa człowieka przed jego chorobą. Osoba to coś o wiele więcej niż tylko objawy. Dlatego też drugie żądanie związane jest z realizacją często zaniedbywanych dzisiaj celów leczenia, czyli ponownego włączenia osób chorych do naszego społecznego świata, do lokalnej wspólnoty. Wybitny reformator psychiatrii i etyk Klaus Doerner zalecał młodym psychiatrom i terapeutom aby dbając o sensowny zapis procesu leczenia przestawali koncentrować się jedynie na historii choroby a zaczęli ze swoimi pacjentami pisać nową, lepszą historię życia.

Inny wielki psychiatra i nauczyciel Manfred Bleuler, który wprowadził głębsze rozumienie zaburzeń do psychiatrii, po całym spędzonym z pacjentami życiu zawodowym sformułował podobną myśl i wyraził ją prostym zdaniem „naszym pacjentom potrzebne jest do zdrowienia to co potrzebne jest dla rozwoju naszym dzieciom”. Potrzebne, aby kształtować, ufnąć i opartą na poczuciu własnej wartości osobowość, aby dać im siłę i kompetencję w znoszenie kryzysów i stresów życia. I to jest fundament psychiatrii środowiskowej, opartej na wartościach i odpowiadającej na potrzeby pacjentów i ich rodzin.

I tak psychiatria stała się w medycynie somatycznej medycyną opartą na relacji. Medycyną opartą na rozmowie z pacjentem i jego bliskimi. Stała się medycyną która dbając o zdrowie somatyczne naszych pacjentów, nauczyła się słuchać i lepiej rozumieć świat wewnętrzny pacjentów. A jest to możliwe jedynie dzięki rozmowie, która wymaga czasu, a często dłuższej psychoterapii do której wszyscy powinni mieć prawo. To już nie tylko psychiatrzy, ale połączeni w zespoły o wielu zawodach – terapeutów zajęciowych, asystentów zdrowienia i środowiskowych, psychologów, trenerów i wielu innych- , nauczyliśmy się pracując razem naszym pacjentom; pomagać, wspierać w codziennej egzystencji, w zrozumienia swoich przeżyć i radzeniu sobie z nimi, w nadawaniu życiu sensu. W dochodzeniu do największej możliwej autonomii czyli samodzielności i kierowania swoim życiem też wobec osób po bardzo głębokich kryzysach psychotycznych. Nauczyliśmy się pomagać w budowaniu lepszych relacji i odzyskiwaniu utraconego zaufania, w nabywaniu kompetencji w powrocie do nauki lub pracy zawodowej.

O tym jak bardzo pomocna jest w tym procesie najbliższa rodzina, przyjaciele i znajomi, jak ważna jest rozumiejąca postawa nas wszystkich, jak ważny jest sojusz psychiatrii z miejscem życia naszych pacjentów, z działaniami samorządów, instytucji kultury, mediów dowiodła olbrzymia ilość badań z ostatnich 50 lat. W wypadku opieki nad dziećmi i młodzieżą to przede wszystkim psychiatria zorientowana na rodzinę, na pomoc, wsparci i edukację. Mówimy nie tylko o leczeniu ale o edukacji, o takim pomaganiu pacjentom i rodzinom, aby mogli pomagać sami sobie.

Tak więc jeszcze raz wracamy do tego co istotne w psychiatrii środowiskowej. Profesor Jacek Weiórka opisując „**Podstawowe idee i wartości psychiatrii środowiskowej**” pisał m.in.

„*Psychiatria środowiskowa czyli w środowisku życia* - współcześnie psychiatria środowiskowa przestała być działem psychiatrii, **a stała się psychiatrią**, z całym sprawdzonym dorobkiem jej myśli i praktyki, ale uprawianym już nie w warunkach instytucjonalnej izolacji, ale w środowisku życia, zamieszkania osób poszukujących lub potrzebujących pomocy. Jeśli w „środowisku” – to trzeba podkreślić, że chodzi środowisko w sensie międzyludzkim, wynikające z różnorodnych związków (więzi, zobowiązań, przynależności, zależności) między mieszkańcami określonego terytorium, tworzących dzięki temu pewną umiejscowioną, lokalną społeczność lub nawet wspólnotę (ang. *community*), z jej słabościami, przeciwnościami i zagrożeniami, ale także z naturalnymi i organizowanymi zasobami wsparcia i pomocy. Przymiotnik „środowiskowa” dopowiada więc, że chodzi o:

- psychiatrię realizowaną **w społeczności lokalnej** tj. blisko, w miejscu zamieszkania,
- **dla tej lokalnej wspólnoty** tj. z uwzględnieniem znaczenia więzi, realiów społeczno-kulturowych, dostępności wsparcia oraz lokalnego kapitału społecznego
- oraz przez lub dzięki tej lokalnej wspólnocie.tj. we współdziałaniu z zasobami lokalnej społeczności/ wspólnoty i jej instytucjami”.

Taka psychiatria środowiskowa jaką opisujemy jest nie tylko oparta na wartościach, ale też na wynikach badań, które niestety albo są pomijane albo nawet kiedy uznaje się ich wartość nie

wykorzystywane w codziennej praktyce. A wszystko przez pośpiech, przez rak biurokracji i zmuszanie terapeutów do pracy w roli sekretarek medycznych zamiast do budowania relacji i terapii to do pisania w komputerze niekończących się sprawozdań, tracenie korzyści przez złą organizację systemu pomagania i jego chroniczne niedofinansowanie. Ponieważ problemy zdrowia psychicznego całego narodu powinny być wartością nadrzędną dla decydentów politycznych i płatnika czyli NFZ wprowadziliśmy w oparciu o Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego program pilotażowy Centrów Zdrowia Psychicznego, w którym szybko dostępna opieka, oparta o odpowiedzialność terytorialną i zmianę systemu finansowania nie pozwoli na popełnić błędu pozornej zmiany, kiedy zwiększanie środków finansowych nawet do niezbędnego minimum czyli 7% dla psychiatrii ze środków przeznaczanych na zdrowie nie będą powiązane ze zmianami organizacyjnymi a przez to będą marnowaniem funduszy.

Tak rozumiana przez nas szansa na wprowadzenie psychiatrii środowiskowej w Polsce jest poważnie zagrożona i dlatego wystosowaliśmy list do Pana Premiera i politycznych decydentów **aby porozumieli się ponad politycznymi podziałami dla wartości wspólnej jaką jest zdrowie psychiczne nas wszystkich**. Wszystkie zaangażowane od lat w proces reformowania środowiska z całego kraju podpisały Proklamację IV Kongresu Zdrowia Psychicznego w 2024 roku i ostatnio Deklarację z 25. 11. 224 z Mikołajek

„ My, przedstawiciele zebrani na konferencji w dniu 25 października 2024 roku w Mikołajkach, doceniamy dotychczasowy dorobek reformowania opieki psychiatrycznej według modelu opieki środowiskowej w Polsce osiągnięty w ramach programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego.....

Zaniechanie reformy nakładałoby na autorów takiej decyzji ogromną odpowiedzialność z powodu niespełnienia uzasadnionych oczekiwań społecznych, zlekceważenia potrzeb populacji i ponownego cofnięcia rozwoju publicznie dostępnej opieki psychiatrycznej w Polsce.

Kluczowe dla testowanego w pilotażu modelu opieki środowiskowej warunki zakładały jej lokalność, publiczność, użyteczność, kompleksowość i koordynację. **Wiele doświadczeń, obserwacji i wyników badań wskazuje, że Pacjentom i systemowi ochrony zdrowia psychicznego w Polsce pilotaż przyniósł wymierne korzyści zdrowotne:**

1. skracając czas pobytu w szpitalach psychiatrycznych;
2. skracając czas oczekiwania na pomoc dzięki większej dostępności opieki psychiatrycznej dla mieszkańców gmin, powiatów lub dzielnic miast;
3. zmniejszając liczbę oraz czas wykorzystywanych zwolnień lekarskich z powodu kryzysów psychicznych, dzięki odpowiednio wcześniejszemu udzielaniu pomocy potrzebującym;
4. redukując ryzyko ekonomiczne dla budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, dzięki eliminacji problemu tak zwanych nadwykonań i podnoszenie jakości leczenia osób w kryzysie psychicznym;

5. tworzący lepsze warunki pracy specjalistów i otwierając szansę rozwój zasobów kadrowych w sektorze usług publicznych.

Nasze doświadczenia dowodzą że efekty pilotażu mogłyby być korzystniejsze, gdyby polityka zdrowotna i finansowa państwa w odniesieniu do wdrażanej zmiany była przez cały czas trwania pilotażu odpowiednio klarowna, konsekwentna i wolna od przestojów, spóźnień i lobbingu wpływowych grup interesu” .

Nic dodać, nic ująć. **Non possumus**