

ANDRZEJ PERZANOWSKI

ANTROPOLOGIA I PSYCHIATRIA: SPOŁECZNY WYMIAR DEINSTYTUCJONALIZACJI OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ

Analizowana w poniższym artykule problematyka obejmuje determinanty medyczne, historyczne, ekonomiczne, prawne, kulturowe, filozoficzne, aksjologiczne, moralne i etyczne, określające procedury i metody stosowane w psychiatrii wobec osób ciężko i przewlekłe chorych i izolowanych. Chodzi zatem o wszystkie czynniki, które wpływają na instytucjonalny kształt psychiatrii oraz wypracowywane przez nią koncepcje terapii, opieki i reintegracji społecznej osób chorych. Szczegółowym kontekstem jest deinstytucjonalizacja opieki nad chorymi psychicznie czy upośledzonymi intelektualnie. Procesy deinstytucjonalizacji wymagały nie tylko zmian w infrastrukturze: organizowania licznych, małych ośrodków wsparcia i pomocy w miejsce dużych szpitali psychiatrycznych. Prowadziły do współpracy psychiatrów, lekarzy z lokalnej opieki medycznej, zespołów współpracujących z rodzinami pacjentów i ich społecznościami, władz samorządowych, wolontariuszy, organizacji pozarządowych. Niemniej istotna jest jednak konieczność prowadzenia badań z użyciem jakościowych metod nauk społecznych, które miałyby z jednej strony rozpoznawać i wskazywać główne problemy stojące przed opieką psychiatryczną w środowisku (rodzinnym, sąsiedzkim, zawodowym etc.) osób chorych, z drugiej zaś być źródłem wiedzy o oddziaływaniu psychiatrii środowiskowej nie tylko w rozumieniu polepszenia stanu osób chorych, ale i wpływie na świadomość społeczną w sferze wiedzy o chorobach psychicznych, kulturowo ukształtowanych wyobrażeń, stereotypów i lęków z nimi związanych.

Podstawowe znaczenie ma dla antropologa konstatacja, iż badanie kondycji osób, które łączy „bycie pacjentem” i „bycie chorym psychicznie” zasadniczo różni się od bardziej klasycznych sytuacji badawczych. Przede wszystkim nad podobieństwami w obrębie kategorii pacjentów i chorych dominuje różnorodność. Włączenie do tych kategorii odbywa się na podstawie diagnozy lub zewnętrznego rozpoznania podobieństw, takich jak symptomy lub problemy

życiowe. Część osób sama włącza się w obręb tych kategorii poprzez mówienie o swoich objawach czy doświadczeniach bądź w efekcie prośby o pomoc, część jednak doznaje przemocy w postaci przymusowej hospitalizacji. Żadne z wymienionych wspólnych elementów nie pozwalają na zakładanie istnienia wzorowań społecznych i kulturowych *uprzednich* wobec kategorii pacjentów¹. Co więcej, zarówno kuracja psychiatryczna, jak i reintegracja społeczna osób chorych to procesy, które z założenia nastawione są na ich przemianę: jest to walka jednostek o ukształtowanie nowej, akceptowalnej – przez siebie i innych – osobowości. Tożsamości te często stoją w sprzeczności, jest to proces radzenia sobie ze swoimi objawami, sytuacją społeczną, ekonomiczną (może to oznaczać próbę ich zintegrowania, zrozumienia, ale też zapomnienia) (Estroff 1985, s. 36). Na drodze do formułowania prostych klasyfikacji czy wzorów odnoszących się do kategorii *pacjentów* i ich kondycji społecznej stoją różnice w kwestii wieku, płci, długości trwania choroby, jej rodzaju, wcześniejszego sposobu życia, specyfiki interakcji społecznych: wszystko to wpływa na przebieg leczenia, treść okresu, w jakim osoba pozostaje pacjentem oraz proces reintegracji społecznej. Wszystkie wymienione etapy wymagają uwzględnienia determinantów o charakterze nie tylko medycznym, ale też etycznym i społeczno-kulturowym (Kleinman 2010, s. 85).

* * *

Podstawę do niniejszych rozważań stanowi szereg źródeł. Pierwszym są prowadzone przeze mnie pod koniec lat dziewięćdziesiątych XX w. i na początku XXI w. badania nad postrzeganiem osób odmiennych w społecznościach lokalnych. W dyskursie o odmienności pojawia się często wątek choroby psychicznej (domniemanej, przypisywanej lub dodatkowo opartej na diagnozie psychiatrycznej), opisywanej nie tylko z użyciem określeń potocznych, często archaicznych lub wręcz demonologicznych, ale także zaczerpniętych z języka medycznego i psychiatrycznego: „chory psychicznie”, „schizofrenia”, „upośledzenie”, „konflikt krwi”, chore „geny”.

Jednym z wątków tego dyskursu jest zamknięcie, izolacja w szpitalu psychiatrycznym; traktowana jest ona jako krok ostateczny, jedyne rozwiązanie w sytuacji bez wyjścia, często fizycznie chroniące daną osobę i jej otoczenie. Kojarzy się z fizyczną i symboliczną przemocą, związaną szczególnie z oderwaniem od własnej społeczności i rodziny. Zamknięcie długotrwałe jest rzadkością, ale też odbierane jest jako nieszczęście, rodzaj klęski. Instytucja

¹ Nie wyklucza to rzecz jasna kulturowego, aksjologicznego czy wręcz ideologicznego ukontekstowania diagnoz i koncepcji w psychiatrii (patrz np. Sowa 1984).

szpitala psychiatrycznego, nawet odległego w przestrzeni, stanowi element wiedzy potocznej i lokalnej „geografii”. Nazwa miejscowości, w której znajduje się szpital, jest powszechnie znana, jest synonimem przestrzeni odizolowanej, miejsca wyobcowania i dehumanizacji. Skojarzenie jakiejś osoby czy rodziny z tą nazwą ma charakter jednoznacznie stygmatyzujący.

Drugą podstawą źródłową są prowadzone obecnie przeze mnie badania nad procesami deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej. Ich częścią najbardziej interesującą z perspektywy antropologicznej jest społeczno-kulturowy kontekst działania instytucji totalnej, jaką jest szpital psychiatryczny, oraz społeczne funkcjonowanie osób chorych psychicznie, zwłaszcza chorych przewlekle lub chronicznie. Konkretnym obszarem badań jest opieka domowa nad osobami chronicznie chorymi psychicznie w szpitalu psychiatrycznym w Choroszczy oraz działanie Zespołów Leczenia Środowiskowego w Białymstoku i Warszawie.

Trzecim obszarem eksploracji jest dla mnie dyskurs psychiatryczny z jego refleksją nad pozamedycznymi aspektami funkcjonowania psychiatrii i osób chorych psychicznie: formami terapii uwzględniającymi godność pacjentów, koniecznością respektowania praw człowieka, oceną negatywnego wpływu długich pobytów w szpitalach psychiatrycznych i środowiska szpitalnego jako patologicznego etc. (patrz np.: Falicki 1997, Król 2012). Najistotniejszym zjawiskiem z tym związanym jest wdrażanie różnych form psychiatrii środowiskowej. Z antropologicznego punktu widzenia ważne jest uwzględnianie przez psychiatrię środowiskową dorobku nauk społecznych, jak choćby teorii stygmatyzacji, znaczenia środowiska pozaszpitalnego (rodzinnego, lokalnego) dla kondycji osób chorych psychicznie (Goffman 2007, 2011). Wiąże się z tym wykorzystanie etnograficznych i socjologicznych metod badawczych w postaci ankiet i pogłębionych wywiadów, mających dać obraz społecznego otoczenia osoby chorej, szczególnie tych wyobrażeń, które skutkują strachem, napiętnowaniem i wykluczeniem. Jest to rozległy obszar zastosowania antropologii, jej refleksji teoretycznej i metod badawczych, w rozwiązywaniu konkretnych problemów jednostek i społeczności.

Deinstytucjonalizacja: perspektywa ogólna

Deinstytucjonalizacja psychiatrii, proces o powszechnym charakterze, przybierała rozmaite formy, będące pochodnymi historii psychiatrii i medycyny w konkretnym społeczeństwie. Można jednak wskazać także szereg czynników bardziej uniwersalnej natury. Jednym z głównych było znaczenie roli tzw. detencyjnego modelu opieki psychiatrycznej, który wynikał z obawy przed zakładaną z góry agresją osób chorych psychicznie. Trwałą pozostałością

tęgo modelu są wielkie szpitale psychiatryczne, najczęściej umieszczane na peryferiach miast lub nawet poza nimi, z dala od „zdrowych mieszkańców” (Bilikiewicz 2011, s. 674). Jedną z jego konsekwencji było nie tylko oczywiste pogłębienie wyobcowania i wykluczenia społecznego osób chorych psychicznie, ale i wykreowanie szpitala jako przestrzeni zamkniętej, nieznanej, a tym samym będącej źródłem szeregu wyobrażeń, najczęściej związanych z lękiem i będących źródłem stygmatyzacji. Dodatkowym faktem jest zasadnicza różnica między hospitalizacją psychiatryczną a umieszczeniem w innym szpitalu: bardzo często jest ona niedobrowolna i łączy się z „przymusem fizycznym i moralnym” (Langiewicz, Pasiorowska 2008, s. 132). Wiąże się to nie tylko z możliwością nadużywania przemocy (tak w postaci unieruchomienia, jak i stosowania zastrzyków), ale też pogwałceniem zasad etyczno-deontologicznych oraz praw człowieka (Bilikiewicz 2011, s. 675).

Konsekwencją była niezwykle krytyczna ocena funkcjonowania dużych szpitali psychiatrycznych. W latach sześćdziesiątych XX w. rozwinął się szeroki ruch antypsychiatrii, mający swe źródła w krytyce metod psychiatrii, w tym działania szpitali (patrz np. Szasz 1977, 1998). Lecz także na gruncie samej psychiatrii wskazywano nie tylko na negatywne ze zdrowotnego punktu widzenia długie pobyty w szpitalu (przewlekłość choroby, pogłębiająca się niesprawność), ale zwłaszcza na antypodmiotowe traktowanie pacjentów. Stąd koncepcje deinstytucjonalizacji i dehospitalizacji, odstępowanie od „izolacjonizmu”, zastępowanie dużych szpitali małymi (Mechanic, Rochefort 1990, s. 306). Najbardziej skutecznym sposobem zniwelowania społecznego piętna wynikającego z hospitalizacji miałyby być tworzenie oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych (Załużska 2006, s. 278).

Procesy deinstytucjonalizacji przybierały odmienny kształt w różnych krajach. Od lat pięćdziesiątych do połowy dziewięćdziesiątych liczba pacjentów szpitali psychiatrycznych w krajach o zinstytucjonalizowanej opiece systematycznie spadała. Najszerzej opisywany jest przypadek Stanów Zjednoczonych, gdzie miał miejsce najbardziej drastyczny spadek liczby miejsc w szpitalach psychiatrycznych: od 559 000 w roku 1955 do 110 000 około roku 1990 (Mechanic, Rochefort 1990, s. 301). W Europie deinstytucjonalizacja napełniejszy kształt przybrała we Włoszech, gdzie całkowicie zlikwidowano szpitale psychiatryczne. W Polsce od roku 1970 do 2005 z 21 do 98 zwiększyła się liczba oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych. Zarazem zmniejszała się liczba miejsc w dużych szpitalach psychiatrycznych i powstawały szpitale mniejsze (wzrost z 34 do 54). Ogólny wskaźnik liczby łóżek psychiatrycznych na 10 tys. mieszkańców spadł z 11,6 do 7,2 (Załużska, Prot, Bronowski 2007, s. 22).

Można też mówić o zjawisku określanym mianem transinstytucjonalizacji. W latach 1992–2005 przybyło 21% chorych poddanych całodobowej opiece. Jest to związane z wydłużaniem się długości życia, coraz większą dostępnością opieki psychiatrycznej etc., ale przede wszystkim oznacza przenoszenie chorych ze szpitali do placówek opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Boguszewska, Słupczyńska-Kossobudzka, Szirkowiec 2008, s. 344).

Głównym wyzwaniem stojącym przed pacjentami opuszczającymi szpital psychiatryczny, w którym spędzili długi czas (podobnie jak przed wszystkimi innymi pacjentami psychiatrii), jest adaptacja w środowisku rodzinnym i społecznym. Przez wiele dziesięcioleci wiedza na temat realiów związanych z chorobami psychicznymi była społecznie ograniczona lub niedostępna. Instytucja szpitala psychiatrycznego wytworzyła wobec chorób psychicznych nastawienie w rodzaju „czego nie widać, tego nie ma”.

Niedostępność wiedzy i brak kontaktu z realiami choroby psychicznej były źródłem różnych wyobrażeń i mitów, często istniejących obok siebie sprzecznych wyobrażeń. W coraz większym stopniu ugruntowuje się nierealistyczne oczekiwanie, iż wszystkie dolegliwości psychiczne mogą zostać wyleczone, którego skutkiem może być niezadowolenie czy gniew ze strony rodzin i sąsiadów, w sytuacji gdy pacjenci szpitali psychiatrycznych po powrocie nie czują się dobrze lub ich stan się pogarsza. Ogół społeczeństwa zdaje sobie doskonale sprawę, że nie wszystkie choroby podlegają leczeniu i że lekarze nie są odpowiedzialni za chroniczną astmę czy cukrzycę; są jednak odpowiedzialni za ułomności osób chorych psychicznie. Nie każdą śmierć w trakcie operacji chirurgicznej przypisuje się chirurgowi, natomiast każde zabójstwo popełnione przez osobę chorą psychicznie jest automatycznie uważane za dowód wady systemu. To małe zrozumienie ograniczeń leczenia i skutków chorób psychicznych nie zaskakuje, jeśli zdamy sobie sprawę, jak niewielkie rzeczywiste doświadczenie mają w tym temacie pokolenia ukształtowane w czasie dominacji dużych szpitali psychiatrycznych. Nie wyrasta się obok tego tak jak obok cukrzyków, ludzi z demencją, a obecnie obok cierpiących na depresję.

Nierealistyczne wyobrażenia o skuteczności leczenia idą w parze z przesadzonymi lękami przed zagrożeniem ze strony osób chorych psychicznie i ich chronicznością (a tym samym przewidywalnością). Te przesadzone reakcje na chorobę psychiczną były wzmacniane przez bardziej ogólną kulturę konsumpcji. We współczesnych społeczeństwach, w których szybko zanika podległy stosunek do profesjonalistów i gdzie jednostki oczekują, że będą w coraz większym stopniu traktowane jako równe w rozmowie, podkreśla się potrzebę sprawdzania, że uzyskiwana opieka jest najlepsza. Wzrosły oczekiwania, a tym

samym wzrastają standardy profesjonalistów. To jednak prowadzi do pewnego stałego niezadowolenia z usług. Złożony obraz ryzyka i korzyści związanych z terapią w konkretnym przypadku jest trudny do wyjaśnienia osobom, których doświadczenie ogranicza się do pacjenta, którego znają blisko. Tym samym rozległa sfera osądów nie jest już pozostawiana jedynie profesjonalistom.

Piętno społeczne chorób psychicznych

Wszelkie rozważania nad społecznym umiejscowieniem osób chorych bądź upośledzonych psychicznie wiążą się od samego początku z kwestią piętna i wykluczenia, które są społecznymi konsekwencjami chorób psychicznych (Goffman 2007, Brodniak 2000, s. 178). Nie brak było co prawda szeregu romantycznych ze swej natury wyobrażeń, zgodnie z którymi chorobie („szaleństwu”, „opętaniu” etc.) przypisywano pewne duchowe, religijne lub demonologiczne wymiary (patrz np. Wodziński 2000, Foucault 1987). Miało to zyskiwać im w tradycyjnych społecznościach pewien status społeczny oraz opiekę. Z moich własnych badań terenowych wynikało, iż osoby chore psychicznie, jeśli nie zachowują się destruktywnie lub agresywnie, najczęściej mają dobrą opiekę w rodzinie, cieszą się w społecznościach lokalnych tolerancją, a nawet życzliwością (Perzanowski 2009, rozdz. III, VIII). Nie dotyczy to jednak ciężej chorych: mamy w ich przypadku do czynienia z wieloma formami stygmatyzacji i wykluczenia. W społeczeństwach, w których istnieje brak lub niedostatek rozwiniętych instytucjonalnych form opieki, szczególnie drastyczne konsekwencje ma wykluczenie w sferze opieki rodzinnej i możliwości zawarcia małżeństwa.

Innym problemem jest w tym kontekście społeczny lęk przed przemocą ze strony osób chorych psychicznie. Związek między chorobami psychicznymi i zwiększoną przemocą bądź agresją jest niewątpliwy, o czym mówią liczne badania². Jest to poza wszystkim problem, którego świadomość (i płynąca stąd odpowiedzialność) powinna być szczególnie pogłębiona w przypadku proponowania różnorodnych form deinstytucjonalizacji i rozwijania psychiatrii środowiskowej. Psychiatryczne badania stygmatyzacji osób chorych psychicznie opartej na lęku przed agresją z ich strony, z wykorzystaniem jakościowych metod badań społecznych, w coraz większym stopniu koncentrują się na roli środków masowej komunikacji w kreowaniu negatywnych, stereotypowych wyobrażeń i postaw. Chodzi przede wszystkim o dominujący obraz osoby chorej

² Szacuje się, iż prawdopodobieństwo przemocy ze strony osób psychotycznych jest czterokrotnie wyższe niż ze strony osób niepsychotycznych (Burns 2004, s. 15).

psychicznie, pokazywanej w kontekście agresji, przemocy i nieprzewidywalności (Świtaj 2005, s. 141)³. Szczególnie choroba psychiczna w przypadku przestępców, a zwłaszcza zabójców, jest w mediach okolicznością mocno podkreślaną. Dostrzec można jednak wyraźną tendencję do rzetelnego, a nie stereotypowego przedstawiania problemu chorób psychicznych w dyskursie publicznym, co może mieć związek także z licznymi kampaniami społecznymi ukierunkowanymi na zmniejszenie stygmatyzacji.

W zredukowaniu piętna może także pomóc rozpoznanie szczególnych społecznych i psychiatrycznych wyobrażeń i narracji na temat chorób psychicznych. Tradycyjnie w psychiatrii schizofrenia była opisywana za pomocą narracji o utracie: osoba przed chorobą w pewnym sensie znika. Schizofrenia jest tutaj czymś więcej niż chorobą, którą się „miało”, to coś, czym dana osoba „jest” lub się „staje”. Osoba cierpiąca na schizofrenię doświadcza gwałtownego zerwania w ciągłości biografii. Trudno jest wówczas pytać o to, kto istniał przed chorobą, co stało się w jej trakcie i co przetrwało. Pewne podejścia zakładały, że w przypadku osoby schizofrenika nie istnieje „po”, a jedynie „przed” (Barham, Hayward 2002, s. 2). Innym wyobrażeniem, które wymaga zmiany w społecznej świadomości, jest poczucie ostatecznego nieszczęścia i nieuleczalności, kojarzonego z chorobami psychicznymi.

Procesom deinstytucjonalizacji musi zatem towarzyszyć, po pierwsze, poprawa wiedzy, zrozumienia społecznego dotyczącego dostępnych kuracji i ich możliwych skutków. Przede wszystkim wiedza ta musi odnosić się do konkretnych chorób: schizofrenii, depresji, alzheimera, nie zaś „chorób psychicznych” jako takich. Po drugie, usunięcie społecznych i kulturowych skutków (jak stygmatyzacja i strach) trwającego wiele lat izolowania chorych psychicznie w instytucjach zamkniętych (Świtaj, Wciórka, Grygiel, Smolarska-Świtaj, Anczewska, Chrostek 2010, s. 273). To wymaga postrzegania chorych cierpiących na zaburzenia psychicznie jako pełnych osób, a nie jedynie jako pacjentów, zaś choroby jako części ich tożsamości, a nie tożsamości jako takiej (Burns 2004, s. 17).

Ponieważ głównymi obszarami działania różnych form psychiatrii środowiskowej jest przewyciężenie przez chorych marginalizacji i piętna społecznego, najważniejszym zadaniem jest zbadanie skuteczności procesu reintegracji. Tym samym nie tylko uchronienie od długotrwałego pobytu w instytucji zamkniętej, lecz upewnienie się, iż pacjenci są w społeczeństwie. Zapewnienie „jakości życia”

³ Z niektórych badań wynika, że chorzy psychicznie przedstawiani w programach telewizyjnych w porze największej oglądalności byli agresywni w ponad 70% przypadków (Świtaj 2005, s. 141).

rozumianej jako zintegrowanie z otoczeniem społecznym, możliwość pracy, przyjaźni etc. nie może być elementem opcjonalnym, dodatkowym, obok skutecznej terapii, lecz podstawowym zadaniem (Pietrzykowska 2011, s. 605).

Opieka środowiskowa: deinstytucjonalizacja w psychiatrii polskiej

Z perspektywy antropologicznej zasadnicze znaczenie ma główna zasada, zgodnie z którą psychiatria środowiskowa jest zarazem dyscypliną naukową oraz działaniem praktycznym, którego celem jest zapewnienie chorym psychicznie dóbr dostępnych innym. Dlatego też psychiatria środowiskowa bywa określana mianem psychiatrii społeczności lokalnej (Załużka, Prot, Bronowski 2007, s. 11). Tak rozumiana, psychiatria środowiskowa działa na rzecz społecznej reintegracji osób chorych, której narzędziami są dehospitalizacja, deinstytucjonalizacja i radykalne ograniczenie stosowania izolacji. Jednym z podstawowych postulatów deinstytucjonalizacji jest oczywiście likwidacja dużych szpitali psychiatrycznych i tworzenie mniejszych (do 300 łóżek), usytuowanych jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjentów; optymalnym rozwiązaniem jest łączenie oddziałów psychiatrycznych ze szpitalami ogólnymi, co zmniejsza stygmatyzujący wymiar hospitalizacji (Załużka 2006, s. 278).

Projekt tak rozumianej deinstytucjonalizacji opiera się na ochronie chorych przed „opresyjnymi trybami maszynierii szpitala” (Goffman 2011, s. 127). Chodzi nie tylko o sytuację izolacji, brak prywatności, zinstytucjonalizowane zaspokajanie wszystkich potrzeb, lecz o objawy wynikające nie ze specyfiki choroby, lecz z samego faktu hospitalizacji: wyuczona bezradność, bierność, ograniczony kontakt z otoczeniem. Ów negatywny wpływ instytucji zamkniętej zyskał własną nazwę nerwicy instytucjonalnej lub choroby szpitalnej (Załużka, Prot, Bronowski 2007, s. 14).

Innym istotnym pryncypium jest założenie, iż czynniki *stricte* społeczne odgrywają ważną rolę w rozwoju choroby i przebiegu leczenia. Część odpowiedzialności za kondycję osób chorych jest zatem przenoszona na ich bliskich i społeczność lokalną, co oznacza z kolei konieczność poznania wielu elementów, które decydują o kulturowej specyfice tej społeczności (Pietrzykowska 2011, s. 610).

Realizacja tego projektu oznacza konieczność badania i analizy (we współpracy i z wykorzystaniem dorobku psychiatrii), kulturowych uwarunkowań ocen, diagnoz i koncepcji psychiatrycznych z jednej strony, oraz społecznych wyobrażeń, lęków i oczekiwań związanych z chorobami psychicznymi z drugiej strony. Nie ulega wątpliwości, iż duża część działań przeprowadzanych

w środowisku osoby chorej psychicznie lub powracającej ze szpitala będzie mieć postać badań o charakterze etnograficznym. Aby zrealizować główne cele, przede wszystkim bliską współpracę psychiatrów i terapeutów z rodziną i otoczeniem chorych, kształtowanie postaw otwartości i tolerancji wobec nich, odbudowywanie sieci ich społecznych relacji, konieczne jest poznanie kulturowo ukształtowanych, lokalnie umiejscowionych form postrzegania chorób psychicznych i osób chorych, szczególnie tych, których efektem jest napiętnowanie i wykluczenie społeczne, będące przeszkodą w reintegracji pacjentów (tamże). Na związanych z tym elementach chciałbym się skoncentrować, analizując poniżej koncepcję psychiatrii środowiskowej na gruncie polskim.

Pierwszym obszarem jest bliska współpraca z rodzinami pacjentów, które nie tylko obarczone są opieką i odpowiedzialnością za osoby chore, ale też są ofiarami negatywnych, nacechowanych lękiem postaw i wyobrażeń społecznych dotyczących osób poddawanych hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym. Rodziny, będąc podstawowym źródłem oparcia społecznego dla chorych, otrzymują od pracowników opieki psychiatrycznej wiedzę konieczną do radzenia sobie nie tylko z objawami choroby, ale też do społecznego funkcjonowania. Z drugiej strony są dla psychiatrii środowiskowej ważnym źródłem wiedzy o społecznym otoczeniu osób chorych (Załużska, Prot, Bronowski 2007, s. 20).

Drugim celem jest zmiana wizerunku chorego psychicznie w świadomości społecznej. Szczególnie interesująca jest w tym kontekście koncepcja angażowania władz samorządowych w działania na rzecz osób chorych i ich rodzin. Dotyczy to nie tylko prowadzenia placówek rehabilitacji i wsparcia społecznego, ale też chronionych miejsc pracy i zamieszkania (Brodniak 2000b, s. 340). Cel edukacyjny, polegający na zmianie postaw prowadzących do wykluczenia i stygmatyzacji chorych, ma być osiągnięty przez angażowanie społeczności lokalnych w pracę na ich rzecz, na przykład przez powoływanie organizacji pozarządowych (stowarzyszeń, fundacji) pomagających w reintegracji osób chorych.

Kolejnym istotnym elementem modelu psychiatrii środowiskowej jest budowanie „sieci społecznego oparcia”, na które składają się relacje z bezpośrednim otoczeniem osoby chorej (Załużska, Prot, Bronowski 2007, s. 21). Jest ono źródłem nie tylko opieki czy pomocy materialnej, ale przede wszystkim akceptacji, wsparcia emocjonalnego, poczucia zaangażowania. Zasięg sieci oparcia i jej zróżnicowanie, czyli różnorodność form wsparcia, wspomaga nie tylko reintegrację społeczną, ale wpływa nawet na przebieg leczenia. Determinacja rodziny pacjenta dla jego reintegracji i wsparcie sieci społecznego oparcia, niezależnie od jego kondycji psychicznej, bywało uważane za najsilniejszy czynnik decydujący o długości pobytu w szpitalu psychiatrycznym (Scheff 1974, s. 448). Osoby chore psychicznie mają sieci oparcia mniej rozbudowane i zróżnicowane

niż osoby zdrowe, ważną częścią strategii psychiatrii środowiskowej jest zatem ich wzmacnianie: pomoc dla rodziny, mediacje sąsiedzkie, pomoc w miejscu pracy. Poza wspomnianymi wyżej organizacjami pozarządowymi swoją rolę mają tutaj do odegrania lokalne organizacje kulturalno-oświatowe, sportowe czy związki wyznaniowe (Załużska, Prot, Bronowski 2007, tamże).

Oczywiście częścią praktyki psychiatrii środowiskowej jest nie tylko analizowanie kwestii związanych bezpośrednio z kondycją osób chorych. To także uwzględnianie konserwatywności i sztywności dotychczasowego systemu oraz problemów ekonomicznych, wynikających z dramatycznego niedofinansowania opieki psychiatrycznej (Thornicroft, Tansella, Law 2008, s. 276).

Psychiatria środowiskowa w działaniu: przykłady badań

Wspomniane wyżej zastosowanie jakościowych metod badawczych obejmuje szereg problemów, traktowanych jako kluczowe w realizacji projektu psychiatrii środowiskowej oraz podmiotowego traktowania pacjentów w warunkach hospitalizacji. Omawiane poniżej przykłady prezentują badania wśród pacjentów szpitali psychiatrycznych, uczestników terapii środowiskowej, prowadzone przez psychiatrów badania dotyczące społecznych wyobrażeń na temat chorób psychicznych i osób chorych psychicznie, oraz badania wśród pacjentów wracających do życia społecznego po okresie hospitalizacji.

Badanie opinii pacjentów szpitali psychiatrycznych

Badania dotyczą w tym przypadku przede wszystkim oceny przebiegu hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym. Za przykład mogą posłużyć przeprowadzone w latach 2004–2005 badania opinii pacjentów z ostrymi zaburzeniami psychicznymi (Zając, Rymaszewska, Hadryś, Adamowski, Szurmińska, Kiejna 2006, s. 671)⁴. Były one prowadzone przy użyciu kwestionariusza zawierającego 49 pytań dotyczących pobytu w szpitalu od przyjęcia do wypisania. Obok zamkniętych znajdowały się w nim dwa pytania otwarte dotyczące oceny najbardziej pozytywnych i negatywnych aspektów pobytu w szpitalu.

Sz szczególnie ważne są odpowiedzi na pytania otwarte, w sposób najbardziej bezpośredni pokazując specyfikę szpitala psychiatrycznego (Anczewska, Indulska, Raduj, Pałyska, Prot 2007, s. 429). Poza kwestiami o charakterze materialnym (zatłoczenie, jakość posiłków, hałas) pacjenci wskazywali na

⁴ Badania ankietowe trwały rok i objęły 1190 pacjentów (22% z ówczasnie hospitalizowanych) warszawskiej placówki zajmującej się leczeniem pacjentów z zaburzeniami i chorobami psychicznymi (tamże, s. 672).

różne formy agresji i przemocy (chodzi szczególnie o unieruchomienie), wynikający z ciągłego nadzoru brak intymności, nieuwzględnianie płci pacjenta przy wykonywaniu niektórych czynności. Przemoc była traktowana jako nieuzasadniona także przez wielu pacjentów w momencie wypisania, co oznacza, że nie była uważana za niezbędny element terapii. W jakościowej analizie wyników badań przemoc i agresja interpretowane są często jako wynikające z braku standardów etycznych personelu lub niewykorzystywania takich form komunikacji z pacjentami jak zebrania społeczności terapeutycznych (tamże, s. 431). Ważną rolę w negatywnych opiniach odgrywa problem poszanowania płci w relacjach pacjent-pacjent i pacjent-personel. Oddziały koedukacyjne są traktowane jako pozytywny efekt zmian czyniących hospitalizację bardziej przyjazną. Wnioskiem z badań jest zatem wprowadzenie możliwości wyboru przez pacjenta osoby wykonującej niektóre zabiegi.

Za wartościową dla procesu zdrowienia uznaje się zmianę stosunku do pacjentów: w miejsce postawy paternalistycznej uznanie w nich partnerów, „ekspertów” w sferze, jaką jest doświadczenie choroby. Uznanie autonomii pacjenta jest częścią koncepcji psychiatrii, której działanie ma wykraczać poza model czysto medyczny (tamże). Za pozytywny uznaje się także sam fakt udzielenia głosu pacjentom; równie ważna co ich podmiotowe potraktowanie, jest tutaj możliwość zmiany społecznych wyobrażeń o osobach chorych psychicznie jako bezwolnych, nie posiadających żadnej kontroli nad własnym życiem.

Podobne ankietowe badania prowadzone są wśród pacjentów opieki środowiskowej. W tym wypadku przedmiotem analizy jest współpraca z rodziną pacjenta, skuteczność pomocy w reintegracji społecznej, ale też satysfakcja z przyjętego modelu opieki (Prot, Pałyska, Anczewska, Indulska, Raduj 2005, s. 301). Ponieważ osoby chore i ich rodziny mają często wybór tradycyjnego modelu terapii w szpitalu psychiatrycznym, negatywna ocena opieki środowiskowej może być interpretowana nie tylko jako efekt jej niedoskonałości (wynikającej najczęściej z niedofinansowania i braku personelu), ale konsekwencja społecznych lęków przed kontaktem z osobą chorą. Badania ukazują korzyści wynikające z opieki środowiskowej w sferze skutecznej ochrony godności pacjentów, przestrzegania ich praw, ograniczenia negatywnych aspektów leczenia psychiatrycznego w postaci izolacji czy stosowania przemocy (Prot, Anczewska, Indulska, Raduj, Pałyska 2011, s. 805).

Społeczne wyobrażenia na temat chorób psychicznych i osób chorych psychicznie

W przypadku badania społecznych wyobrażeń istotne jest przede wszystkim samo sformułowanie podlegających analizie problemów. Są one ważne

z perspektywy praktykujących psychiatrów, wykorzystują doświadczenia psychiatrii z różnymi formami terapii, ale uwzględniają też zmiany wynikające z deinstytucjonalizacji i koncepcji psychiatrii w środowisku chorego. Można tu wskazać takie kwestie jak: uleczalność/nieuleczalność chorób psychicznych, specyfika zachowania osób chorych psychicznie, odczucia osób zdrowych w spotkaniu z chorymi, określenia stosowane na choroby psychiczne, dystans społeczny wobec osób chorych, dyskryminacja chorych psychicznie (Wciórka, Wciórka 2006, s. 256–262). Blisko związane z nimi okazują się takie szczególne postawy, jak odbiór zachowań osób chorych jako niezrozumiałych lub agresywnych, współczucie, często połączone z lękiem lub poczuciem zagrożenia. Analiza określeń, zapatrywań na temat nieuleczalności choroby czy oczekiwań od osób chorych wskazuje na skalę stygmatyzacji i dyskryminacji (Rymaszewska, Dobrzyńska, Kiejna 2006, s. 102). Najsilniej stygmatyzujące następstwa chorób psychicznych przejawiają się w przekonaniach o ich wstydlivości (fakt choroby czy hospitalizacji powinien być ukrywany) oraz w niezgodzie na powierzanie osobom wcześniej leczonym ról społecznych związanych z odpowiedzialnością za czyjś los. Stygmatyzującemu i wykluczającemu traktowaniu osób chorych psychicznie towarzyszy – wynikająca częściowo z owej tendencji do wykluczenia – bezradność i strach w zetknięciu z chorymi (Wciórka, Wciórka 2006, s. 263)⁵.

Odzwierciedleniem społeczno-kulturowych uwarunkowań związanych z chorobami psychicznymi są także badania wśród osób wcześniej leczonych psychiatrycznie. Przykładowe badania dotyczą kwestii takich jak: komunikacja i więzi międzyludzkie, kontakty społeczne, formy spędzania czasu, samodzielność, możliwości pracy (Bronowski, Sawicka, Kluczyńska 2009, s. 46–47). Analiza badań świadczy o dużej gotowości chorych do aktywności, komunikowania się, przeświadczeniu o samodzielności, gotowości do pracy. Z drugiej zaś strony w tych sferach, które mają kluczowe znaczenie dla społecznej reintegracji, jak na przykład możliwość podjęcia pracy, istnieją bariery prowadzące do stygmatyzacji i wykluczenia (tamże, s. 49).

Konkluzje

Specyfiką antropologicznej refleksji nad praktykami stosowanymi w psychiatrii, określanej często mianem psychiatrii kulturowej, jest zainteresowanie nie tyle problemami teoretycznymi, ile uwarunkowaniami o charakterze

⁵ „Potoczny język i obyczaje życia codziennego podsuwają im [Polakom] raczej wzorce naznaczania, napiętnowania, dystansu i dyskryminacji wobec chorych” (tamże).

praktycznym, klinicznym. Stąd wynikają pytania i metody badawcze oraz sposoby interpretacji ich wyników. Równie zasadnicze znaczenie ma analiza teorii i praktyki psychiatrii jako wytworu konkretnej kultury (Kirmayer 2007, s. 4). Odzwierciedlają się w niej koncepcje jednostki, społeczne, ekonomiczne i polityczne wymiary diagnoz psychiatrycznych, postawy etyczne i zdefiniowane przez wartości społeczne zagrożenia. Deinstytucjonalizacja i wprowadzanie modelu psychiatrycznej opieki środowiskowej są współcześnie najbardziej dynamicznymi procesami, których determinanty i konsekwencje stanowią jeden z obszarów badań z praktycznym zastosowaniem metodologii antropologicznej.

LITERATURA

Anczewska M., Indulska A., Raduj J., Pałyska M., Prot K.

2007 – *Analiza jakościowa opinii pacjentów o pobycie w szpitalu psychiatrycznym*, „Psychiatria Polska”, t. 41, z. 4, s. 427–434.

Barham P., Hayward R.

2002 – *From the Mental Patient to the Person*, London.

Bilikiewicz A.

2011 – *Niektóre problemy etyczno-deontologiczne w psychiatrii*, w: *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, A. Bilikiewicz (red.), Warszawa, s. 674–682.

Boguszewska L., Słupczyńska-Kossobudzka E., Szirkowiec W.

2008 – *Przewlekle chorzy w psychiatrycznych placówkach leczniczych i opiekuńczych w latach 1992–2005*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, t. 17, nr 4, s. 337–346.

Brodniak W.A.

2000^a – *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*, Warszawa.

2000^b – *Przegląd badań nad postawami społeczeństwa wobec chorób psychicznych, osób psychicznie chorych i instytucji psychiatrycznych w Polsce (1963–1999)*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, t. 9, z. 3, s. 339–351.

Bronowski P., Sawicka M., Kluczyńska S.

2009 – *Funkcjonowanie społeczne osób przewlekle chorych psychicznie uczestniczących w środowiskowych programach wsparcia społecznego*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, t. 18, nr 1, s. 43–50.

Burns T.

2004 – *Community Mental Health Teams: A Guide to Current Practices*, New York.

Estroff S.E.

1985 – *Making it Crazy: An Ethnography of Psychiatric Clients in An American Community*, Berkeley & Los Angeles.

Falicki Z.

1997 – *Godność chorego w praktyce psychiatrycznej*, w: *Kontrowersje w psychologii i filozofii medycyny. Skrypt dla studentów medycyny i farmacji*, G. Zalewski (red.), Białystok, s. 93–100.

Foucault M.

1987 – *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, Warszawa.

Goffman E.

2007 – *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, Gdańsk.

2011 – *Instytucje totalne: o pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, Gdańsk.

Kirmayer L.J.

2007 – *Cultural Psychiatry in Historical Perspective*, w: *Textbook of Cultural Psychiatry*, D. Bhugra, K. Bhui (eds.), Cambridge, s. 3–18.

Kleinman A.M.

2010 – *Medicine's Symbolic Reality: On a Central Problem in the Philosophy of Medicine*, w: *A Reader in Medical Anthropology: Theoretical Trajectories, Emergent Realities*, B. Good, M.M.J. Fischer, S.S. Willen (eds.), London, s. 85–90.

Król E.

2012 – *Przestrzeganie praw człowieka w szpitalach psychiatrycznych*, dostępne pod adresem: <http://www.opcat.interwencjaprawna.pl/pliki/plan-monitoringu-szpitali.pdf>.

Langiewicz W., Pasiorska M.

2008 – *Przymusowe hospitalizacje oraz przymus bezpośredni w oddziałach psychiatrycznych w 2006 roku na tle lat wcześniejszych*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, t. 17, nr 2, s. 127–133.

Mechanic D., Rochefort D.A.

1990 – *Deinstitutionalization: An Appraisal of Reform*, „Annual Review of Sociology”, 16, s. 301–327.

Perzanowski A.

2003 – *Oddity as Challenge*, w: *Between Tradition and Postmodernity. Polish Ethnography at the Turn of the Millenium*, L. Mróz, Z. Sokolewicz (red.), Warszawa, s. 25–36.

2009 – *Odmieńcy. Antropologiczne stadium dewiacji*, Warszawa.

Pietrzykowska B.

2011 – *Psychiatria środowiskowa i organizacja psychiatrycznej opieki zdrowotnej*, w: *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, A. Bilikiewicz (red.), Warszawa, s. 605–617.

Prot K., Anczewska M., Indulska A., Raduj J., Pałyska M.

2011 – *Satysfakcja pacjentów i rodzin z opieki środowiskowej – badanie pilotażowe*, „Psychiatria Polska”, tom XLV, t. 6, s. 799–809.

Prot K., Pałyska M., Anczewska M., Indulska A., Raduj J.

2005 – *Badanie satysfakcji pacjenta w warunkach opieki środowiskowej*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, t. 14, nr 4, s. 299–304.

Rymaszewska J., Dobrzyńska E., Kiejna A.

2006 – *Funkcjonowanie społeczne i niesprawność społeczna – definicje, narzędzia oraz znaczenie kliniczne w psychiatrii*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, t. 15, nr 2, s. 99–104.

Scheff T.J.

1974 – *The Labelling Theory of Mental Illness*, „American Sociological Review”, Vol. 39, No. 3, s. 444–452.

Sowa J.

1984 – *Kulturowe założenia pojęcia normalności w psychiatrii*, Warszawa.

Szasz T.S.

1977 – *The Theology of Medicine: The Political-Philosophical Foundations of Medical Ethics*, New York.

1998 – *Psychiatric Slavery*, Syracuse.

Świtaj P.

2005 – *Piętno choroby psychicznej*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, t. 14, nr 2, s. 137–144.

Świtaj P., Wciórka J., Grygiel P., Smolarska-Świtaj J., Anczewska M., Chrostek A.

2010 – *Częstość doświadczeń stygmatyzacji u chorych na schizofrenię w porównaniu do pacjentów z innymi problemami zdrowotnymi*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, t. 19, nr 4, s. 269–274.

Thornicroft G., Tansella M., Law A.

2008 – *Budowanie środowiskowej opieki psychiatrycznej – kroki, wyzwania i wnioski*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, t. 17, nr 4, s. 273–290.

Wciórka B., Wciórka J.

2006 – *Sondaż opinii publicznej: społeczny obraz chorób psychicznych i osób chorych psychicznie w roku 2005*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, t. 15, nr 4, s. 255–267.

Winkelman M.

2009 – *Culture and Health. Applying Medical Anthropology*, San Francisco.

Wodziński C.

2000 – *Św. Idiota. Projekt antropologii apofatycznej*, Gdańsk.

**Zajac J., Rymaszewska J., Hadryś T., Adamowski T.,
Szurmińska M., Kiejna A.**

2006 – *Leczenie szpitalne w opinii pacjentów z ostrymi zaburzeniami psychicznymi*, „Psychiatria Polska”, t. 40, z. 4, s. 671–681.

Załużka M.

2006 – *Środowiskowy model leczenia psychiatrycznego a zmiany w strukturze lecznictwa w ostatnich latach w Polsce*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, t. 15, nr 4, s. 277–285.

2012 – *Jak zapewnić integrację i ciągłość oddziaływań placówek opieki psychiatrycznej w gminie (z doświadczeń w warszawskiej gminie Targówek)*, dostępne na stronie: <http://p-ntzp.com/dok/09Zalaska-p.pdf>.

Załużka M., Prot K., Bronowski P.

2007 – *Psychiatria środowiskowa jako środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym*, Warszawa.