

Agata Żaroń

Katedra Zdrowia Publicznego, Zakład Polityki Zdrowotnej i Zabezpieczenia Społecznego,  
Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

# Psychiatria środowiskowa z punktu widzenia wybranych potrzeb psychologicznych

*Community psychiatry from the point of view of selected psychological needs*

## Abstract

*The aim of this article is to consider the possibilities to fulfil psychological human needs by the community psychiatry vs traditional treatment of mental illness. Community psychiatry seems to give more possibilities to fulfil patients' needs of safety especially these who are handicapped. What is more, this kind of treatment is also more adequate to cope with fear of social stigma and also to solve the problems connected with social phobia, the lack of motivation (e.g. in depression) or continuity of treatment, which are important obstacles in fulfilment social needs. Community psychiatry is also able to give more information about communication in family and potential resources of patient. On the other hand it is worth remembering that visiting patient at his own make difference from the point of view of social roles, which is worth consideration.*

**Psychiatry 2018; 15, 1: 45–49**

**Key words:** *mental illness, community psychiatry, psychological needs, social stigma*

## Wstęp

Obecnie w Polsce zauważalny jest trend, który polega na zmniejszaniu liczby łóżek w szpitalach psychiatrycznych. Są one rekompensowane innymi formami leczenia psychiatrycznego mogącymi zastąpić leczenie instytucjonalne, w którym sprawuje się całodobową opiekę nad pacjentem. Taki kierunek jest zgodny ze wskazaniami środowisk medycznych, które sugerują, że opieka środowiskowa to model, który z jednej strony bardziej odpowiada potrzebom chorego, z drugiej zaś jest bardziej efektywny pod względem wykorzystania środków finansowych i skuteczności terapeutycznej [1]. Na przykład dane dotyczące zestawienia kosztów opieki instytucjonalnej i środowiskowej wskazują na korzyść tej ostatniej [2–4].

Należy też jednak wyraźnie zaznaczyć, że praktyczny przebieg przenoszenia ciężaru opieki psychiatrycznej z instytucji szpitali psychiatrycznych na inne formy pomocy (obok leczenia środowiskowego, np. oddziały dzienne, szpitale wielospecjalistyczne) zdaje się odnosić rozmaite efekty [5]. Innymi słowy, nie wszędzie proces ten odniósł korzyści zarówno dla pacjentów, jak i całego społeczeństwa [6]. Przykładem państwa, w którym odnotowano negatywne konsekwencje związane z próbą deinstytucjonalizacji systemu opieki psychiatrycznej, są Stany Zjednoczone. Podejmowane tam radykalne działania doprowadziły do długofalowego pogorszenia warunków terapeutycznych i rehabilitacyjnych osób chorych psychicznie [7, 8], obniżyły ich szanse zdrowotne i życiowe oraz przysporzyły trudności społeczności lokalnym [9, 10].

Wypada zatem stwierdzić, że leczenie środowiskowe ma wiele korzyści, ale zmiany na tym polu powinny być starannie zaplanowane, ostrożnie wprowadzane i systematycznie oceniane. Entuzjazm, który niejednokrotnie jest siłą sprawczą, nie może się łączyć z obniżeniem krytycyzmu ani być skierowany na niszczenie dotych-

## Adres do korespondencji:

Agata Żaroń  
Katedra Zdrowia Publicznego  
Zakład Polityki Zdrowotnej i Zabezpieczenia Społecznego  
CM w Bydgoszczy, UMK w Toruniu  
ul. Sandomierska 16, 85–367 Bydgoszcz  
e-mail: agatazaron@wp.pl

czasowego dorobku, ale raczej na budowanie nowych form pomocy. Konieczność współistnienia psychiatrii szpitalnej i środowiskowej na ten moment może się wydawać oczywista [6, 10]. Warto jednak o tym wspomnieć w obliczu wcześniejszych prób ich przeciwstawiania [11, 12] i rezygnacji z pomocy psychiatrów [za: 13]. Jest to zarazem perspektywa, w której zostaną zaprezentowane wybrane potrzeby psychologiczne doświadczane w trakcie leczenia psychiatrycznego.

### Potrzeby psychologiczne a niepełnosprawność

Wszyscy ludzie posiadają liczne potrzeby psychologiczne, takie jak potrzeby bezpieczeństwa, więzi i przynależności, szacunku czy samorealizacji [14]. Warunkiem spełnienia potrzeb psychologicznych jest zaspokojenie w odpowiednim zakresie tych bardziej podstawowych — fizjologicznych [15]. Ich realizacja może być poważnie naruszona w związku z istnieniem różnego rodzaju niepełnosprawności.

Mowa zatem o osobach, które cierpią z powodu trudności o charakterze motorycznym o różnym nasileniu. Z jednej strony są to zatem ci, którzy poruszają się na wózku i mają przez to utrudniony dostęp do tradycyjnych form specjalistycznego leczenia. Ich możliwości do zaadaptowania się do sytuacji nierzadko są dodatkowo ograniczone przez niewystarczające zasoby finansowe, niedostosowany sprzęt czy niewielkie wsparcie ze strony bliskich. Z drugiej strony istnieje grupa osób całkowicie unieruchomionych w łóżku, których przemieszczanie jest wyjątkowo trudne, szczególnie kiedy paraliż obejmuje wszystkie kończyny. Podobnie jakość życia pacjentów może być poważnie obniżona za sprawą istnienia niepełnosprawności w zakresie narządów zmysłów.

Należy przy tym mieć na uwadze, że niepełnosprawność, generując większą liczbę stanów kryzysowych, przyczynia się do występowania trudności o charakterze psychologicznym, a w konsekwencji psychiatrycznym. Trudności w zakresie zdrowia psychicznego utrudniają natomiast adaptację do napotykanym warunków. Można się zatem spodziewać, że osoby wymagające wsparcia psychiatrycznego trudniej radzą sobie z poważnymi przeszkodami życia codziennego, na jakie napotykają ludzie niepełnosprawni.

Fakt istnienia pewnych dysfunkcji o charakterze fizycznym może w pierwszej kolejności przykuwać uwagę służb medycznych. Należy jednak pamiętać, że często to względy psychologiczne decydują o jakości życia chorych [16]. Dlatego należy wykazać się dbałością również w zakresie tych potrzeb i rozważyć, która z form opieki psychiatrycznej jest w stanie zaspokoić je w możliwie najszerszym zakresie.

Środowiskowa forma opieki psychiatrycznej umożliwia otrzymanie opieki osobom, które w innym wypadku by

jej nie otrzymały z powodu upośledzenia narządów zmysłów czy z przyczyn motorycznych. Oczywiście, u tego typu osób istnieje możliwość (a nierzadko konieczność) przeprowadzenia intensywnych działań w warunkach hospitalizacji, niemniej systematyczne i długotrwałe wsparcie psychiatryczne jest często konieczne do uzyskania względnie dobrego poziomu funkcjonowania. W takim przypadku leczenie środowiskowe zdaje się bardzo korzystną alternatywą dla poradni psychiatrycznych, tym bardziej że nawet u osób bez dodatkowych trudności łączy się z poprawą ciągłości leczenia [17]. Oprócz wsparcia medycznego pacjenci otrzymują w ten sposób poczucie bezpieczeństwa, że zostanie ono udzielone, a także możliwość kontaktowania się z innymi ludźmi, a także poczucie, że istnieją osoby, którym ich los nie jest obojętny.

### Potrzeby psychologiczne a lęk

Można przewidywać, że potrzeby społeczne byłyby zaspokojone w możliwie najdoskonalszym stopniu, gdyby realizowano model opieki środowiskowej jako społecznej wspólnoty lokalnej. O takiej idei leczenia środowiskowego zdaje się świadczyć użycie angielskiego terminu *community psychiatry* [6]. Tego typu pomoc powinna się jednak opierać na istnieniu bliskich więzi, których stworzenie wymaga więcej niż uregulowania prawnego. Łączy się też z poważnym, a nierzadko bezzasadnym obciążeniem społeczności lokalnych [5]. Te trudności ograniczają zakres możliwości przeprowadzanych oddziaływań, co nie zmniejsza jednak znaczenia opieki środowiskowej w zestawieniu z placówkami o charakterze ambulatoryjnym.

Omawiając potrzeby osób chorych psychicznie, trzeba wspomnieć o tej grupie, w której właśnie zaburzenia o charakterze psychicznym w różnym stopniu utrudniają dotarcie do lekarza, paradoksalnie także psychiatry. Taka sytuacja jest często związana z istnieniem lęku określonego rodzaju. Szczególnie wyrazistym przykładem może być fobia społeczna, która w skrajnych przypadkach prowadzi do unikania jakiegokolwiek kontaktu z otoczeniem społecznym. Można jednak podawać inne liczne przykłady przeszkód o charakterze psychicznym, jak choćby skrajna i nieadekwatna podejrzliwość (lęk przed „wrogimi ludźmi”) w pewnych zaburzeniach osobowości, w innych poczucie wyższości w każdej dziedzinie (również wobec specjalistów), nieumiejętność wchodzenia w autentyczne relacje społeczne, czy — powszechny w schizofrenii — brak wglądu we własne procesy psychiczne. Tego typu trudności naruszają umiejętność realizacji potrzeby bezpieczeństwa i potrzeb społecznych i utrudniają leczenie. Powody wywołujące u pacjentów lęk mogą być także inne i bardziej adekwatne. W przypadku trudności o charakterze psychicznym pomoc ze strony specjali-

stów medycznych bywa z kilku powodów szczególnie niepożądana przez potencjalnych pacjentów. Wymienia się tu obawę przed diagnozą, a zatem przed byciem zaklasyfikowanym jako osoba chora psychicznie. Trzeba pamiętać, że taka diagnoza łączy się ze szczególnie dotkliwym ciężarem społecznym [18]. Jest on ujawniany nawet w mowie potocznej, w której terminy określające osoby chore psychicznie są używane jako obraźliwe. Mamy zatem do czynienia z silnym etykietowaniem chorych psychicznie, a nawet tych, którzy mimo braku wyraźnej choroby korzystają z pomocy psychiatrycznej czy choćby psychologicznej. Tego typu etykieta narusza potrzebę szacunku oraz potrzeby bliskości i przynależności. Nie powinno zatem dziwić, że w wyobrażeniu pacjenta sytuacja leczenia psychiatrycznego wiąże się z koniecznością zmiany tożsamości społecznej i przyjęcia roli, która często jest oceniana jako mniej znacząca. Jakkolwiek część tych obaw może być nieuzasadniona, są to jednak mocne powody wywołujące niechęć.

Z tego powodu udzielenie pomocy przez zespół leczenia środowiskowego, kiedy w ocenie rodziny istnieje taka potrzeba, a sam pacjent nie wyraża sprzeciwu, może stanowić szansę na „oswojenie” zagadnienia pomocy psychiatrycznej, a w konsekwencji dobrowolnego poddania się jej i nabrania odpowiedniej motywacji.

„Zapraszanie” przez rodzinę do domu chorego członków zespołu środowiskowego leczenia psychiatrycznego może się jednak łączyć z dyskomfortem chorego i obniżeniem jego poczucia bezpieczeństwa we własnym domu. Co więcej, może się okazać, że starania obejmujące środowiskową pomoc psychiatryczną są bezskuteczne, o ile zostały zaaranżowane przez rodzinę, nie zaś samego chorego. W konsekwencji pomoc psychiatryczna może się okazać zbędna, a podjęty koszt bezskuteczny. Należy zatem zachować w tej kwestii stosowną wrażliwość oraz uwzględnić wolę i chęć współpracy samego pacjenta. Należy jednak pamiętać, że niektóre choroby psychiczne łączą się z drastycznym spadkiem motywacji czy sił życiowych (jak w przypadku depresji czy pewnych okresach zaburzeń dwubiegunowych). W takich sytuacjach pacjent może nie tyle wyrażać niechęć, ile raczej brak chęci do aktywnego podejmowania leczenia. W takim przypadku, pojawienie się w otoczeniu domowym psychiatry czy innego członka zespołu leczenia środowiskowego może stanowić bodziec do podejmowania starań ukierunkowanych na uzyskanie pomocy.

Co więcej, chory korzystający z pomocy zespołu leczenia środowiskowego nie generuje kosztów, które są związane z nieprzychodzeniem na umówione wizyty. Pacjent jest odwiedzany regularnie w domu, co poza powyższą korzyścią niemal gwarantuje możliwość poddawania go systematycznej kontroli medycznej. Ta ostatnia ma z kolei

szansę zmniejszyć liczbę powtarzających się hospitalizacji związanych z przeoczeniem niebezpiecznych symptomów zaostrzenia choroby. Podstawowymi przyczynami pomijania przez pacjentów wizyt u lekarza, również tych umówionych, jest bowiem wzrastające: opór, lęk i osłabienie motywacji. Jednocześnie takie symptomy pojawiają się nierzadko w związku z zaostrzeniem objawów chorobowych, a zatem w momencie, kiedy takie wsparcie jest szczególnie ważne.

W związku z tym korzyści z pomocy zespołu leczenia środowiskowego są z jednej strony związane z możliwością oswojania pacjenta z leczeniem psychiatrycznym, co w mniejszym stopniu ogranicza realizację potrzeb chorego, z drugiej sprzyjają systematycznemu monitorowaniu stanu zdrowia pacjenta, a także ograniczają koszty wynikające z pomijania wizyt przez pacjentów, bez wcześniejszego uprzedzenia.

### **Możliwości realizacji potrzeb w otoczeniu rodzinnym**

Rozważając zagadnienia dotyczące potrzeb psychologicznych pacjentów psychiatrycznych, należy rozważyć, czy któraś z form leczenia psychiatrycznego sprzyja konstruktywnej formie ich realizacji. Z punktu widzenia wglądu personelu medycznego w procesy mogące utrudniać umiejętność zaspakajania potrzeb osób chorych psychicznie wydaje się, że należy wskazać wiele korzyści, które niesie ze sobą leczenie środowiskowe.

Jedną z nich jest możliwość identyfikacji przyczyn ukształtowania się pewnych cech charakteru pacjenta, które utrudniają adaptację, a w pewnym stopniu mogą być odpowiedzią na zachowanie ze strony otoczenia rodzinnego.

Kolejna kwestia to bieżące postępowanie wobec chorego. Należy pamiętać, że każda rodzina jest swego rodzaju systemem, o różnym poziomie sprawności działania i zdolności do zaspakajania potrzeb jej członków. Różnie są także przypisane w niej role i oczekiwania. Jak wspomniano, choroba niesie ze sobą piętno pewnego rodzaju poniżenia, które bliscy mogą potęgować, a nawet generować, a przy odpowiednim podejściu w znacznym stopniu minimalizować. Zidentyfikowanie tego typu zależności daje większe szanse na udzielenie trafnych oddziaływań terapeutycznych.

Należy jednak docenić wagę sytuacji i trudu podejmowanego przez rodzinę chorego. To właśnie rodziny, bliscy i przyjaciele chorych są bardzo często źródłem wsparcia, dlatego sami potrzebują pomocy. Należy zatem poważnie uwzględnić potrzeby emocjonalne, ekonomiczne i edukacyjne tych wszystkich osób [19].

Przebywanie chorego w domowym otoczeniu daje możliwość pełniejszej współpracy z rodziną. Umożliwia

też łatwiejsze dokonanie diagnozy trudności, z jakimi boryka się pacjent, a także oddzielenie tych, które są efektem choroby i leżą po stronie pacjenta, od tych raczej po stronie innych członków rodziny. Te ostatnie mogą być związane na przykład z przypisywaniem nieadekwatnie dużej odpowiedzialności chorobie za wszystkie niepowodzenia, z którymi się borykają członkowie rodziny. To z kolei daje szansę usunięcia części trudności, na przykład za sprawą polepszenia poziomu komunikacji całej rodziny.

Niewątpliwą korzyścią, z punktu widzenia zwiększania możliwości zaspokajania potrzeb osób chorych psychicznie jest szerokie spojrzenie na zasoby, które mogą pomóc w uśpieniu choroby czy zaadaptowaniu się do życia wraz z nią. Zasoby, traktowane jako wszystkie możliwości, jakimi dysponuje pacjent (potencjalne i aktualne, społeczne i materialne, doświadczenia i marzenia) rzadko są w całości uświadamiane przez kogokolwiek z nas. Pacjenci są nierzadko pozbawieni realizmu w zakresie snutych planów. Często nieadekwatnie pesymistycznie określają granice swoich możliwości (szczególnie w depresji), albo zbyt optymistycznie oceniają swoje szanse (w manii i czasem w schizofrenii). Określenie faktycznych możliwości często utrudnia brak krytycyzmu, który jest bezpośrednio związany z doświadczaną chorobą. W związku tym ustalenie realistycznych planów jest często bardzo trudne i niezmiernie czasochłonne, gdyż wymaga podsuwania różnych pomysłów i jednoczesnego ich weryfikowania, czasem częściowo na „chybił trafił”.

Tymczasem znalezienie się w otoczeniu domowym daje duże szanse na podsuniecie pewnego tropu, który dotyczy na przykład zainteresowań pacjenta i może być przydatny podczas zabiegów terapeutycznych. W przypadku osób, które żyją w otoczeniu rodzinnym, daje także szansę na uwzględnienie potrzeb członków rodziny chorego, co sprzyja sprawności systemu rodzinnego

i jego zdolności do zaspokajania potrzeb wszystkich członków rodziny.

### Podsumowanie

Dokonując analizy możliwości, korzyści i kosztów leczenia psychiatrycznego z punktu widzenia możliwości zaspokajania potrzeb psychologicznych pacjentów, należy podsumować, że to leczenie środowiskowe jawi się jako korzystniejsze. Jednym z powodów takiego rozstrzygnięcia jest możliwość dotarcia do pacjentów niepełnosprawnych oraz tych, którym trudno jest korzystać z pomocy ambulatoryjnej z powodu oporu o charakterze psychicznym. Pomoc środowiskowa może powodować oswojenie lęku pacjenta przed kontaktem z personelem medycznym i diagnozą psychiatryczną, a także znosić opór związany z brakiem motywacji. Gwarantuje także większą ciągłość opieki i możliwość interwencji w tych momentach, kiedy stan chorego pogarsza się na tyle, że prawdopodobnie nie przyszedłby po pomoc w trybie ambulatoryjnym. Co więcej, obserwacja pacjenta w przestrzeni jego codziennego życia dostarcza także wielu informacji, które służą projektowaniu bardziej efektywnych oddziaływań terapeutycznych. Taka forma opieki daje szansę między innymi na ustalenie ważnych zależności dotyczących życia rodzinnego chorego. Otwiera to szeroką perspektywę w zakresie diagnozy sytuacji i możliwości wykorzystania posiadanych zasobów. Ujawnia też przypisywane choremu rolę i pozycję. Daje także szansę na udzielenie wsparcia rodzinie, która nierzadko przeżywa liczne trudności związane z chorobą psychiczną pacjenta. Tego typu korzyści rozważane z punktu widzenia realizacji potrzeb psychologicznych pacjenta zdają się przeważać szalę na rzecz leczenia środowiskowego. Należy jednak pamiętać o znaczeniu hospitalizacji, a także o trudnościach związanych z tego typu wsparciem psychiatrycznym.

### Streszczenie

*Celem artykułu jest rozważenie możliwości zaspokojenia psychologicznych potrzeb człowieka przez psychiatrię środowiskową w stosunku do tradycyjnego leczenia choroby psychicznej. Psychiatria środowiskowa wydaje się dawać więcej możliwości zaspokojenia potrzeb bezpieczeństwa, szczególnie w przypadku pacjentów niepełnosprawnych. Co więcej, ten rodzaj leczenia jest również bardziej adekwatny, by radzić sobie ze strachem przed społeczną stygmatyzacją, a także rozwiązać problemy związane z fobią społeczną, brakiem motywacji (np. w depresji) czy ciągłością leczenia, które stanowią ważne przeszkody na drodze do realizacji potrzeb społecznych. Psychiatria środowiskowa jest także w stanie udzielić więcej informacji o komunikacji w rodzinie i potencjalnych zasobach pacjenta. Warto jednak pamiętać, że wizyta u pacjenta w jego własnym domu czyni różnicę z punktu widzenia ról społecznych, co jest warte rozważenia.*

**Psychiatria 2018; 15, 1: 45–49**

**Słowa kluczowe:** *choroba psychiczna, psychiatria środowiskowa, potrzeby psychologiczne, stygmatyzacja społeczna*

**Piśmiennictwo:**

1. The World Health Organization. The World Health Organization between North and South. 2017: 1–16, doi: [10.7591/9780801463921-002](https://doi.org/10.7591/9780801463921-002).
2. Knapp M, Beecham J, Koutsogeorgopoulou V, et al. Service use and costs of home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *Br J Psychiatry*. 1994; 165(2): 195–203, indexed in Pubmed: [7953032](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7953032/).
3. Merson S, Tyrer P, Carlen D, et al. The cost of treatment of psychiatric emergencies: a comparison of hospital and community services. *Psychological Medicine*. 2009; 26(04): 727, doi: [10.1017/S0033291700037740](https://doi.org/10.1017/S0033291700037740).
4. Marshall M, Sledge W, Wiersma D, et al. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) Acute day hospital versus admission; (2) Vocational rehabilitation; (3) Day hospital versus outpatient care. *Health Technology Assessment*. 2001; 5(21), doi: [10.3310/hta5210](https://doi.org/10.3310/hta5210).
5. Taylor PJ, Gunn J. Homicides by people with mental illness: myth and reality. *Br J Psychiatry*. 1999; 174: 9–14, indexed in Pubmed: [10211145](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10211145/).
6. Wciórka J. Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2000; 9: 319–337.
7. Słupczyńska-Kossobudzka E. Organizacja opieki psychiatrycznej w USA — zarys ogólny. *Biuletyn IPiN*. 1987; 4: 68.
8. Stein LI, Santos AB. Assertive community treatment of persons with severe mental illness. W.W. Norton, New York 1998.
9. Elpers JR. Community psychiatry. In: Kaplan ID, Sadock BJ. ed. *Comprehensive textbook of psychiatry* fVI. Williams and Wilkins, Baltimore 1995: 2663–2677.
10. Elpers JR. Public psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock VA. ed. *Kaplan's and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Seventh edition. Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore 2000: 3185–3198.
11. Goffman E. Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
12. Scheff TJ. Schizofrenia jako ideologia. In: *Przełom w psychologii*. Czytelnik, Warszawa 1978: 241–249.
13. Prot-Klinger K. Psychiatria środowiskowa między romantyzmem a pozytywizmem — próba integracji podejść. *Psychiatria*. 2013; 10: 1–8.
14. Staub E. Podstawowe potrzeby ludzkie, altruizm i agresja. In: *Dobro i zło z perspektywy psychologii społecznej*. Wydawnictwo WAM, Kraków 2008.
15. Maslow A. *Motywacja i osobowość*. Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 1990.
16. Mechanic D, McAlpine D, Rosenfield S, et al. Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness. *Soc Sci Med*. 1994; 39(2): 155–164, indexed in Pubmed: [8066494](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8066494/).
17. Bindman J, Johnson S, Szmukler G, et al. Continuity of care and clinical outcome: a prospective cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2000; 35(6): 242–247, indexed in Pubmed: [10939422](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10939422/).
18. Wciórka B, Wciórka J. Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań, Centrum Badań Opinii Społecznej. 2008.
19. World Health Organization (2005b), *Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*, Copenhagen, World Health Organization, 6-7.