

Maciej Żerdziński

Centrum Psychiatrii im. Dr. Krzysztofa Czumy w Katowicach

# Pojemność psychopatologiczna oddziału psychiatrycznego — próba definicji i analizy

*Psychopathological capacity of a psychiatric ward — attempt at definition and analysis*

## Abstract

*In this article I focus on a variety of circumstances that influence the best possible functioning of a psychiatric ward. It would seem that every psychiatric ward is limited in its tolerance for the level of psychopathology therein, which is something often overlooked.*

*To make my theoretical analysis more practical, I introduce the term of the 'psychopathological capacity of a psychiatric ward' (Polish: PPOP). I attempt to provide a definition of PPOP and deliver analysis of circumstances that shape it. These phenomena are not always measurable in a clinical sense, often described colloquially or not described at all, however their existence is, according to many years of my experience, one of the foundations of a safe functioning of the psychiatric unit and satisfying working therein. Sometimes these phenomena are repeatable, sometimes appear on a one-off basis. The overall sum of these phenomena is difficult to estimate. Even though the term PPOP does not relate to does not relate at all to the relationship of the ward with the overall health care system, it is strongly connected to aspects that are the most valuable for the patient - comfort and quality of the in-ward psychiatric treatment. When it comes to the medical personnel, the influence of PPOP is no less significant. For those reasons it is important to note and monitor the behavioural phenomena and some seemingly common events occurring at a psychiatric department in both contexts, the one of the patient and one of the personnel.*

**Psychiatria 2019; 16, 1: 50–55**

**Key words:** *psychopathological capacity, psychopathological capacity of the psychiatric ward, psychiatric unit, quality of psychiatric treatment, work quality of a psychiatrist, behavioural disorders, in-ward psychiatric treatment*

## Wstęp

Potrzeba kształtowania przestrzeni zewnętrznej nieuchronnie wpisuje się w definicję człowieczeństwa. Człowiek nie może istnieć bez środowiska. Oddziaływanie istoty ludzkiej na otoczenie ma charakter tak samo bezwiedny, co intencjonalny. Jest oczywiste. Istotne jednak staje się dostrzeżenie proporcjonalności naszych związków z otaczającym światem. Niewątpliwie, są to relacje dynamiczne i oparte na zasadzie sprzężenia zwrotnego.

### Adres do korespondencji:

Maciej Żerdziński  
Centrum Psychiatrii im. Dr. Krzysztofa Czumy  
ul. Korczaka 27, 40–340  
e-mail: avalone@wp.pl

Trafnie pisze o tym Zofia Ratajczak: „Elementami środowiska człowieka są rzeczy i ludzie pozostający ze sobą w różnorodnych stosunkach, przy czym każdy człowiek jest również elementem swojego środowiska” [1].

O ile zamierzone kształtowanie otaczającej nas przestrzeni jest procesem bardziej mierzalnym (choć nie zawsze), to już wpływy otoczenia na jednostkę lub zbiorowość są wielorakie, trudne do zdefiniowania, tym bardziej oszacowania. Pewnym jest, że środowisko zewnętrzne nigdy nie jest nam obojętne. Jeśli nie jest obojętne, to należy uznać, że zawsze doświadczamy jego wpływu. Tym samym, zakorzenienie (lub jego brak) jednostki ludzkiej w otaczającej ją rzeczywistości może być dla niej równie korzystne, co i destrukcyjne.

Jednym z bardziej konkretnych wymiarów otoczenia jest przestrzeń, w której chcemy czy musimy przebywać. Taką właśnie przestrzeń jest środowisko całodobowego oddziału psychiatrycznego i to jemu dedykuję niniejszą analizę. Niewątpliwie, jest to środowisko nietypowe, bo w pewnym sensie nienaturalne i — w dosłowny ujęciu — niemal zamknięte. Niesie ze sobą ogromne spiętrzenia zdarzeń, które pod postacią rozmaitych czynników oddziałują na przebywające w nim osoby, nierzadko bardzo inwazyjnie i wielce obciążająco. Te wszystkie czynniki można by hipotetycznie zmierzyć, a teoretycznym rezultatem pomiaru będzie fenomen nazwany przeze mnie „pojemnością psychopatologiczną oddziału psychiatrycznego” (PPOP).

Niniejsza praca jest wynikiem obserwacji i przemyśleń podczas 24 lat pracy w przestrzeni oddziału psychiatrycznego, którego od wielu lat jestem ordynatorem.

### **Pojemność psychopatologiczna całodobowego oddziału psychiatrycznego — refleksje wstępne**

Wydaje się, że każdy oddział psychiatryczny dysponuje pewną pojemnością psychopatologiczną (PPOP). Pojęcie to jest czysto teoretyczne, niemal abstrakcyjne, a więc zapraszam Czytelnika do użycia swej wyobraźni.

Choć indywidualna świadomość istnienia PPOP nie jest wcale oczywista, to jednak niewątpliwie bywa nieustannie doświadczana. Innymi słowy, niedostrzeganie tego zjawiska nie oznacza jego nieobecności. Przeżywa ją cała wspólnota oddziałowa. Jednym z celów, jak najlepszego prowadzenia oddziału psychiatrycznego, staje się nieustanne pilnowanie granic jego wytrzymałości. Konsekwencje ignorowania tego procesu są oczywiste zarówno dla osób leczonych, jak i dla personelu: gorsza jakość terapii, dyskomfort, konflikty interpersonalne, grupowe oraz frustracja (brak satysfakcji z leczenia, brak satysfakcji z pracy).

Pracując na oddziale psychiatrycznym, często jesteśmy pozbawieni wsparcia, zrozumienia i w ogromnej mierze zależni od własnej czujności. Nierzadko, dopiero niekorzystne wydarzenia medyczne uświadamiają nam, jak gdyby oczywiste, ale niedostrzegane wcześniej problemy. Warto przeprowadzić analizę czynników, które mogą „przepełniać” codzienność kliniczną każdego oddziału psychiatrycznego. Należy przypuszczać, że PPOP kształtują bardzo różne fenomeny, zapewne trudne do zdefiniowania, bo przecież nie tylko medyczne. Ich pojmowanie jest silnie subiektywne, ponieważ zależy od osobniczej wrażliwości każdego z nas (w tym osoby kierującej oddziałem) oraz tradycyjnych zasad panujących na danym oddziale (stopień tolerancji wobec trudnych sytuacji i wyuczone na nie reagowanie mogą być bardzo odmienne).

Łatwiej wyobrazić sobie problem PPOP w ujęciu mniejszym, na przykład danej sali szpitalnej. Jeśli atmosfera napięcia jest duża na wielu salach (z różnych powodów), to i suma tych napięć bywa odczuwalna w sposób bardziej ogólny. Jeśli personel nie reaguje, to nieuchronnie dochodzi do przepełnienia PPOP.

Wątek PPOP skłania ku refleksji i warto poddać go choć częściowej analizie, ponieważ trafne dostrzeganie oraz rozumienie problemu pojemności psychopatologicznej, może mieć istotnie korzystny (i niewymagający dodatkowego finansowania) wpływ na jakość leczenia na psychiatrycznych oddziałach stacjonarnych. Jest też pomocne w lepszym rozumieniu złożonej problematyki osób hospitalizowanych i w przeciwdziałaniu tak zwanemu wypaleniu zawodowemu każdego z nas. Na tych oddziałach psychiatrycznych, które świadczą swe usługi na granicach możliwości, niewątpliwie częściej dochodzi do zdarzeń niepożądanych, a jakość leczenia i warunki pracy są znacznie trudniejsze.

### **Pojemność psychopatologiczna całodobowego oddziału psychiatrycznego — próba definicji**

1. Zespół różnych czynników (wewnętrznych i zewnętrznych), których suma stanowi o jakości, czasie oraz komforcie całodobowego leczenia szpitalnego i pracy w warunkach oddziału psychiatrycznego.
2. Czynniki te są zależne od ilości i jakości zaburzeń psychicznych występujących w danym czasie na danym oddziale psychiatrycznym, a także od sposobów/umiejętności ich przyswajania oraz następczej postawy personelu medycznego tego oddziału.
3. Składowe PPOP mają również charakter niezwiązany bezpośrednio z fenomenami psychopatologicznymi osób leczonych, a z różnymi zdarzeniami zachodzącymi w szeroko rozumianej społeczności oddziału psychiatrycznego oraz z warunkami bytowymi panującymi na tym oddziale.
4. Granice PPOP mogą być pojmowane (odbierane) bardzo indywidualnie, ponieważ są zależne od tolerancji i wrażliwości danego człowieka (zarówno pacjenta, jak i osoby z personelu).
5. Przepełnienie psychopatologiczne oddziału psychiatrycznego odczuwają wszyscy, nie zawsze świadomie, ale zawsze w niekorzystny sposób.

### **Różne konteksty pojmowania PPOP oraz czynniki regulujące oddziałową wytrzymałość**

Aby lepiej uporządkować mnogość składowych PPOP, warto uprzednio spojrzeć na bardziej ogólnie procesy, które ją kształtują. I tak, można wyodrębnić trzy podstawowe konteksty:

1. Kontekst jakościowy — jest powiązany z jakością pracy

oraz całokształtem leczenia oddziałowego (w tym pielęgnacji). Kontekst ten jest najbardziej istotny, ponieważ z oczywistych powodów kształtuje PPOP w sposób fundamentalny. Jeśli jest niewydolny — na przykład leczenie dużej grupy chorych prowadzi niewielka liczba personelu, bądź personel ten jest niedoświadczony (lub obciążony niekorzystnymi tradycjami) — to niewątpliwie, PPOP będzie bardzo napięta ze wszelkimi tego negatywnymi konsekwencjami.

2. Kontekst komfortu — jest powiązany z komfortem osób doświadczających leczenia szpitalnego oraz komfortem pracy personelu medycznego.
3. Kontekst bezpieczeństwa — jest powiązany z bezpieczeństwem doświadczanej hospitalizacji, a więc z ryzykiem wystąpienia sytuacji uznawanych za zagrażające zarówno w sensie klinicznym, jak i prawnym. Jakie mogą być zatem czynniki kształtujące PPOP? Niesłuchanie trudno precyzyjnie zdefiniować wszystkie czynniki składające się na pojęcie PPOP. Im więcej zostanie uświadomionych, tym lepiej. Nie należy oczekiwać, że pacjenci lub personel będą potrafili spontanicznie i trafnie zgłaszać przyczyny napięcia czy dyskomfortu spowodowanego przepełnieniem PPOP. Z pewnością będą okazywać swe niezadowolenie w sposób oddalony od właściwych przyczyn, co paradoksalnie wzmoże tylko doświadczany dyskomfort i eskalacja wewnętrznego napięcia ulegnie dalszemu nasileniu.

Najistotniejsze czynniki ogólne PPOP można podzielić na te, które dzieją się w środowisku oddziału, oraz takie, które są zależne od przyczyn zewnętrznych.

Do czynników wewnętrznych można zaliczyć:

1. Liczba i jakość (w znaczeniu klinicznym i charakterologicznym) pacjentów.
2. Liczba i jakość (w znaczeniu merytorycznym, charakterologicznym oraz umiejętności współpracy — wzajemnej i z pacjentem) personelu medycznego
3. Zasady swobodnego i/lub monitorowanego opuszczenia oddziału.
4. Jakość oddziału w kontekście warunków lokalowych (przestrzeń, sale chorych, komunikacja, intymność, dostęp do aktywności psychofizycznej).
5. Dostęp do konsultacji wielospecjalistycznych w trakcie leczenia szpitalnego (dotyczy również tzw. pacjentów hipochondrycznych, gdzie konsultacje pozornie wydają się bezcelowe, tymczasem ich brak jest odczuwany karząco i rodzi ogromne napięcia emocjonalne).
6. Dostęp do globalnej sieci i innych środków komunikacji ze światem zewnętrznym (choć budzi liczne kontrowersje z uwagi na kwestię intymności danych osobowych).
7. Zasady odwiedzin chorych i dostęp osób bliskich do personelu.

8. Dynamika procesów przyjęciowych i wypisowych (jeśli w stosunkowo krótkim czasie, np. na przestrzeni kilku dni, ilość wypisów jest duża — podobnie, jak liczba przyjęć, to bardzo często dochodzi do zjawiska gwałtownego przepełnienia możliwości oddziału, które następnie prowokuje liczne wypisy na własne żądanie, dezorganizację i chaos).
9. Możliwości kontynuacji leczenia psychiatrycznego po wypisie z oddziału (proponując dalszego leczenia, rehabilitacji, opieki środowiskowej).

Do wiodących czynników zewnętrznych mających wpływ na PPOP należą:

1. Wysokość i charakter zobowiązań kontraktowych danego oddziału psychiatrycznego, czyli presję czasową oraz ilościową.
2. Dni wolne od pracy, czyli święta i długie weekendy — z doświadczenia autora niniejszej pracy wynika, że im więcej dni wolnych od pracy (zwłaszcza tzw. długich weekendów), tym silniejsze jest napięcie wewnątrzoddziałowe. Przed tymi okresami narastają oczekiwania urlopowe, zarówno personelu, jak i pacjentów. W ich trakcie kuluje się frustracja związana z koniecznością pobytu na oddziale oraz zmniejszoną liczbą personelu. Po nich, następuje zwrotny bilans powyższych zdarzeń — najczęściej zawiedzionych oczekiwań oraz złości i PPOP jest wtedy często przepełniona.
3. Toczące się sprawy kontrolne, postępowania cywilne, karne czy dyscyplinarne (dotyczy zarówno personelu, jak i osób hospitalizowanych).

Aby przybliżyć elementy składające się na PPOP, warto wyobrazić sobie najistotniejsze z tych fenomenów w ujęciu bardziej szczegółowym. Jak zapewne zauważy Czytelnik, niektóre z nich są zależne od personelu, na inne zaś nie można mieć większego wpływu:

1. Liczba i jakość zaburzeń zachowania (w tym agresji czynnej oraz biernej). Zwłaszcza ten drugi sposób okazywania złości jest bardzo trudnym doświadczeniem dla personelu medycznego. Zdarza się, że personel dokonuje mylnych działań, które wynikają z nietrafnych interpretacji zdarzeń na oddziale (np. objawy psychopatologii interpretuje jako złośliwość, przez co myli bezwiedność z intencjonalnością, co może być fatalne w skutkach). Tym samym, personel nieświadomie przyjmuje postawę dyscyplinującą, nierzadko karzącą, co doprowadza do zwrotnego napięcia i ponownie — przepełnienia wytrzymałości przestrzeni służącej leczeniu oraz pracy.
2. Czyny samobójcze czy okaleczające. W oczywisty sposób napinają jakość pracy i komfort leczenia. Istotnie wpływają na tak zwane „drugie życie oddziału”, o którym najwięcej bodaj wie personel pielęgniarstwa. Zdarzenia takie są rozmaicie

interpretowane przez pacjentów, czynią ogromną złość, a także wywołują lęk wynikający z poczucia beznadziejności medycznej. Bywa, iż pacjenci dowiadują się o samobójczej śmierci osoby już wypisanej i przeżywają to w odosobnieniu, okazując leczącym niezrozumiałą dla tych drugich złość.

3. Specyfika schorzeń w sensie ich oporności w leczeniu oraz frustracji, która tej oporności towarzyszy (dotyczy również problematyki „nierealnych oczekiwań”).
4. Problematyka samodzielności pacjentów.
5. Upadki pacjentów, zwłaszcza tych w wieku podeszłym.
6. Inne specyficzne fenomeny kliniczne, które są mniej zauważalne lub traktowane jako oczywiste, czasem ignorowane bądź po prostu trudne do nazwania. Nie oznacza to jednak, że nie skutkują, a ich przytłaczająca problematyczność bywa niekiedy większa od leczenia podstawowych objawów psychopatologicznych. Za sprawą tych specyficznych czynników, nawet wizyta lekarska może być wielce frustrującym doświadczeniem, ponieważ liczba skarg osób hospitalizowanych jest bardzo duża, a obciążenie personelu pielęgniarskiego często trudne do wyobrażenia. Warto wskazać w tym kontekście:
  - powszechne zaburzenia gastroenterologiczne ze szczególnym wskazaniem na zaparcia (oczekiwanie natychmiastowego rozwiązania problemu, nierzadko metodą *enem*);
  - zaburzenia snu (skala oczekiwań w tym zakresie jest ogromna, a działania doraźne częstsze niż planowe. Rozczarowanie brakiem leków nasennych jest czynnikiem fatalnym, a złość przeżywają pacjenci, lekarze dyżurni oraz pielęgniarki);
  - chrapanie (nie tylko konfliktujące pacjentów, ale czasem doprowadzające do bycia osobą *non grata*);
  - nieprzestrzeganie zasad higienicznych (jak wyżej);
  - nietrafne ukierunkowanie przemiany materii, na przykład do umywalki (jak wyżej);
  - „objaw szkolny”, czyli palenie tytoniu w miejscach niedozwolonych (zwłaszcza w toaletach oddziałowych);
  - „objaw wodny”, czyli specyficzne zachowanie polegające na nieustannym polewaniu siebie i/lub otoczenia wodą;
  - demonstracja faworyzowanych części ciała (potrzeba nieustającego pokazywania miejsca cierpienia — mimo intymności tego miejsca — w trakcie wizyty lekarskiej);
  - przesadna bliskość interpersonalna, na przykład wspólne leżenie w jednym łóżku (bardzo napinające zachowanie, zwłaszcza osoby samotne lub po prostu zgorzone zaistniałą sytuacją);
  - wiele innych, mniej lub bardziej powtarzalnych zachowań czy fenomenów behawioralnych.

### Sposoby zmniejszające poziom PPOP — wraz z metodologią i planami związanymi z procesem leczenia oraz pielęgnacją

Nie ulega wątpliwości, że nasz wpływ na wiele czynników związanych z generowaniem napięcia na oddziale psychiatrycznym jest nikły bądź żaden. Nie mamy na przykład większego wpływu na liczbę oraz rodzaj leczonych schorzeń i zaburzeń osobowości, liczbę personelu medycznego, warunków bytowych leczenia czy wspomnianych wcześniej czynników egzogennych.

Tym ważniejsza staje się przestrzeń, w której można dokonywać zmian w celu regularnego monitorowania poziomu PPOP. Można to czynić poprzez działania o różnym stopniu komplikacji. I tak, z pewnością mamy wpływ na:

- poprawę komfortu leczenia na wszelkich możliwych poziomach: życzliwe i partnerskie relacje personelu z pacjentami, zborna metodologia planów leczenia (w tym konsultacji wielospecjalistycznych i perspektywy leczenia poszpitalnego), trafne regulowanie i monitorowanie opuszczania przez pacjentów środowiska oddziału, możliwie szeroki dostęp do kontaktu ze światem zewnętrznym;
- właściwy dobór współpacjentów na danej sali. Nierzadko jest to kwestia decydująca o prognozie pobytu na oddziale psychiatrycznym, efekcie leczenia oraz reminiscencjach związanych z doświadczoną hospitalizacją (dotyczy również powszechnej dziś skłonności do opiniowania);
- zauważanie opisanych wcześniej fenomenów behawioralnych, nazywanie ich i pojmowanie jako problem natury klinicznej, a nie na przykład „przejaw złośliwości”. Tym samym, sensowne rozumienie i analizowanie klinicznych paradoksów psychiatrycznych. Na przykład, wcale nierzadka parafraza raportów pielęgniarskich: „Pani Gamma tylko udaje, że nie potrafi chodzić, a tak naprawdę chce wymusić naszą opiekę. Rano poruszała się sprawnie, a po południu oddawała już mocz do łóżka i nieustannie przywoływała pielęgniarki. Na wizycie lekarskiej manifestuje bezradność, a potem się na nas wyżywa”;
- wspieranie personelu pielęgniarskiego poprzez codzienne wizytowanie pacjentów (w wielu ośrodkach psychiatrycznych wizytowanie lub inna forma kontaktu z psychiatrą nie jest codziennym standardem postępowania), zespołowe omawianie problematyki oddziału, docenienie aspektu tak zwanego „drugiego życia oddziału”;
- zauważanie, analizowanie i przeciwdziałanie nieuchronnym próbom dzielenia personelu. Na przykład, parafraza typowego komunikatu pacjenta mającego taką skłonność: „Pani powiem to, czego

- nie powiem ordynatorowi. Mam do Pani większe zaufanie” i chwilę później: „Panu powiem to, czego nie powiedziałem nawet psychologowi. Niech to zostanie między nami. Pan mnie lepiej zrozumie”. Skutki zachowania owych „dedykowanych tajemnic” fatalnie pogarszają jakość pracy, relacji, a tym samym PPOP jest nieustannie napięta; zwłaszcza że zjawisko dzielenia może dotyczyć bardzo wielu relacji pacjentów z personelem leczonych w jednym czasie. I wcale nie jest to fenomen przypisany tylko osobowości *borderline*, a również wielu innym zaburzeniom psychicznym czy — niestety — niezdrowej potrzebie, którą odczuwa dana osoba personelu;
- na tyle, na ile to możliwe — nieustanne monitorowanie dynamiki przyjęć i wypisów. I w tym zjawisku łatwo o rozczarowania i konflikty między personelem leczącym i/oraz pielęgniariskim. Jakże częste są nieporozumienia dotyczące „umowy” z pacjentem, który oczekuje wypisu, a opinia personelu może być bardzo odmienna, często dzieląca i napinająca relacje;
  - wypracowywanie sposobów współpracy i komunikacji między wszystkimi członkami personelu oddziału psychiatrycznego (co wynika z powyższego i nie tylko).

#### Pojemność psychopatologiczna oddziału psychiatrycznego — refleksje i podsumowanie

Warto mieć świadomość hipotetycznych granic możliwości/wytrzymałości oddziału, na którym pracujemy, tym samym stale monitorować stan poziomu jego pojemności. Wydaje się, że doświadczając pracy na oddziale, mamy dwie możliwości jego rozumienia. Pierwsza, jawi się nader prosto — skupia bowiem uwagę na pojedynczych zdarzeniach medycznych i zaradaniu im. Podejście drugie, jest podejściem szerszym i w pewnym sensie holistycznym czy może raczej syntetycznym. Zgodnie z nim, Oddział Psychiatryczny stanowi żywy organizm, który to jest bardzo złożony, bo wielonarządowy. Ma własne możliwości metaboliczne, adaptacyjne i tolerancyjne. Są to możliwości ograniczone. Posługując się tym porówna-

niem, można by rzec, że organizm ten może być zdrowy, ale może też cierpieć i chorować; może być funkcjonalny lub dysfunkcjonalny. Nie sposób uznać, iż funkcjonowanie tego bytu — wypełnionego wszak ludzkim cierpieniem — będzie zawsze dobre. Warto pojmować go jako organizm specjalnej troski i postrzegać wielowymiarowo, czasem wręcz paradoksalnie. Jeśli nawet ledwie jeden z „oddziałowych narządów” będzie w swym cierpieniu nierozumiany, to i całość doświadczy tego cierpienia. Im zatem więcej będziemy o tym organizmie wiedzieć, im lepiej się w niego wsłuchiwać — rozumieć, że my także stanowimy o jego kondycji, ponieważ jesteśmy jego fundamentalną i najbardziej zdolną do podejmowania działań regulacyjnych składową (wręcz do tego zobowiązaną) — tym korzystniej będzie on sobie radzić. Aby jak najlepiej pojmować jego wieloraką codzienność, warto dostrzegać pewien sumaryczny fenomen — jego pojemność psychopatologiczną i jej bieżący stan.

#### Wnioski

1. Oddziały psychiatryczne o mniejszym napięciu pojemności psychopatologicznej cieszą się większym powodzeniem wśród pacjentów, a także personelu. Powody są oczywiste.
2. Ustawiczne uświadamianie personelu (nie tylko pielęgniariskiego) w tym zakresie jest wskazane i może odbywać się rutynowo, poprzez codzienne omawianie trudnych dla oddziału zdarzeń i ich właściwą interpretację.
3. Dbłość o nieprzepelnianie tej hipotetycznej wytrzymałości oddziału psychiatrycznego może czasem zdawać się w pozornym konflikcie z wytycznymi Narodowego Funduszu Zdrowia, jednak w bilansie sumarycznym, będzie opłaczalna we wszystkich kontekstach:
  - diagnostyczno-terapeutycznym,
  - bezpieczeństwa,
  - komfortu,
  - pracy,
  - finansowaniu.

#### Streszczenie

*W swej pracy zastanawiam się nad różnymi zjawiskami, które mogą mieć istotny wpływ na jak najlepsze funkcjonowanie oddziału psychiatrycznego. Wydaje się, że każdy oddział psychiatryczny jest ograniczony w swych możliwościach tolerancji ilości wypełniającej go psychopatii, z czego nie wszyscy zdajemy sobie sprawę. Aby upraktynić swą teoretyczną analizę, wprowadzam następujące pojęcie: „pojemność psychopatologiczna oddziału psychiatrycznego” (PPOP). Tym samym, podejmuję próbę stworzenia definicji PPOP oraz przeprowadzam możliwie szeroką analizę fenomenów, które ją kształtują. Fenomeny te nie zawsze są łatwo mierzalne w sensie klinicznym, czasem nazywane potocznie lub nie nazywane w ogóle, jednak ich znaczenie — jak wynika z moich wieloletnich obserwacji — jest jednym z fundamentów bezpiecznego prowadzenia oddziału psychiatrycznego*

oraz satysfakcjonującej w nim pracy. Niekiedy, są to fenomeny powtarzalne, a zdarza się, że ich charakter jest kazuistyczny. Suma tych fenomenów jest trudna do oszacowania. Choć pojęcie PPOP ma się nijak do kwestii „oddziałowego kontraktu z NFZ”, to jednak jest silnie powiązane z czymś najistotniejszym dla samego pacjenta — z komfortem i jakością stacjonarnego leczenia psychiatrycznego. Nie mniej istotny wydaje się wpływ PPOP na jakość i komfort pracy personelu medycznego. Dlatego ważne staje się regularne dostrzeganie i monitorowanie fenomenów behawioralnych oraz pozornie pospolitych zjawisk dziejących się w stacjonarnym oddziale psychiatrycznym w obu kontekstach — zarówno pacjentów, jak i personelu.

*Psychiatria 2019; 16, 1: 50–55*

**Słowa kluczowe:** pojemność psychopatologiczna, pojemność psychopatologiczna oddziału psychiatrycznego, oddział psychiatryczny, jakość leczenia psychiatrycznego, jakość pracy lekarza psychiatry, zaburzenia behawioralne, psychiatryczne leczenie stacjonarne

### Piśmiennictwo

1. Ratajczak Z. Elementy psychologii pracy. Uniwersytet Śląski, Katowice 1991.