

- *Łatwiej zmienić los osób chorujących psychicznie w małych miastach, bo w nich marginalizacja chorych jest mniejsza, a brak doświadczeń z psychiatrią jest lepszy, niż zakorzenione w mentalności złe stereotypy związane ze starymi, zaniedbanymi miejscami leczenia.* – mówi Janusz Chojnowski, ordynator oddziału psychiatrycznego Szpitala Ogólnego w Grajewie.

Dziennik Warto Wiedzieć: Ministerstwo Zdrowia pracuje nad poprawą sytuacji w psychiatrii. Upowszechniony ma zostać środowiskowy model psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Czy to dobry kierunek? Jeśli tak, to dlaczego?

Janusz Chojnowski: Środowiskowy model psychiatrycznej opieki zdrowotnej nie jest przeciwieństwem czy alternatywą wcześniejszego „azyłowego” modelu leczenia. Jest jego kontynuacją, ewolucyjnym rozwinięciem. W drugiej połowie ubiegłego wieku, gdy dzięki rozwojowi psychofarmakoterapii możliwe stało się aktywne leczenie farmakologiczne najpoważniejszych chorób psychicznych, okazało się po pierwsze, że do leczenia osób chorych psychicznie nie są już potrzebne miejsca odosobnienia, tylko zwykle specjalistyczne oddziały szpitalne. Po drugie zaś, że po uzyskaniu poprawy stanu zdrowia psychicznego, wielu chorych powraca wkrótce do oddziałów z nawrotem objawów. Pojawiło się zjawisko określane jako *syndrom drzwi obrotowych oddziału psychiatrycznego*. Wprawdzie można było uzyskać poprawę, ale osoba chora nie cieszyła się nią długo poza ochronnym parasolem, jaki dawała instytucja lecznicza. Wydaje się, że psychiatrzy podzielili się wówczas na dwa nurty. Jeden, bardziej zachowawczy, bliższy był myśleniu, że to leki psychotropowe nie są jeszcze wystarczająco skuteczne, by zapewnić osobom chorującym dobrą odporność psychiczną, zniwelować różnice, dzielące ich od osób wolnych od chorób psychicznych. Drugi nurt, bardziej *rewolucyjny*, skłaniał się ku myśleniu, że to społeczeństwo, środowisko tych chorych powinno zrobić coś, co pomoże im włączyć się do pełnego, satysfakcjonującego życia. W latach 70-tych XX wieku nurt postępowy zyskał w Europie Zachodniej przewagę. Zaczął się tam nieodwracalny proces deinstytucjonalizacji psychiatrii. W niektórych krajach bardziej radykalny, w innych nieco wolniejszy. Na przykład w 60-milionowych Włoszech jest obecnie tylko 400 szpitalnych łóżek psychiatrycznych, czyli mniej, niż w niejednym lokalnym szpitalu psychiatrycznym w naszym kraju. Od roku 1978 prawo nie pozwala tam na tworzenie psychiatrycznych placówek stacjonarnych posiadających więcej, niż 15 łóżek.

Nasze społeczeństwo było w tym czasie zajęte zupełnie innymi problemami, niż los osób psychicznie chorych. Wszyscy czuliśmy się w PRL mniej lub bardziej uwięzieni, skrepowani. Szpitale psychiatryczne były- mówiąc z pewną przesadą- nielicznymi miejscami, gdzie tolerowane były nawet najbardziej ekscentryczne i nieprawomyślne przekonania, a wolność wypowiedzi była respektowana. Warto zauważyć, że polska psychiatria, inaczej, niż to było w krajach sąsiednich, nie zhańbiła się w latach realnego socjalizmu opresyjnym traktowaniem osób niewygodnych dla władzy. Stąd weszliśmy jako społeczeństwo w nowe czasy bez potrzeby radykalnych zmian w psychiatrii.

Dziennik Warto Wiedzieć: Wróćmy do nowego modelu leczenia.

Janusz Chojnowski: Jest on rozwinięciem wcześniejszego. Skoro już wiemy jak leczyć w oddziałach psychiatrycznych stany ostre, pora zwrócić uwagę na zapobieganie im po wypisaniu chorych z oddziału. Lub też, co jest większym jeszcze wyzwaniem, jak docierać do ludzi w kryzysie, potrzebujących pomocy, aby leczenie mogło być jak najwcześniejsze, a przez to najmniej uciążliwe i najskuteczniejsze. Proszę zwrócić uwagę, że jest to zgodne z tym, co określa się jako postęp w medycynie w ogóle. Aby udało się dokonać tego kroku, potrzeba nie tylko nowego sposobu finansowania opartego o opiekę nad daną populacją, a nie, jak dotychczas, o obłożenie łóżek szpitalnych. Potrzeba też poprawy wizerunku

psychiatrii z negatywnego, kojarzącego się z przymusem, ograniczeniem wolności na bardziej pozytywny, kojarzący się z pomocą, wspieraniem, podążaniem za potrzebami indywidualnych pacjentów. Potrzeba również zwrócenia uwagi na zjawisko stygmatyzacji społecznej osób chorujących psychicznie. Polega ono na tym, mówiąc oczywiście bardzo skrótowo, że tak zwana *zdrowa* część społeczeństwa ma tendencję do wyznaczania ról, miejsc osobom chorującym psychicznie, tak, jakby nigdy nie miały one już odzyskać zdolności do stanowienia o sobie, dbania o zaspokojenie swoich potrzeb. Tak traktowany człowiek chory po pewnym czasie traci zdolność do walki o swoją niezależność psychiczną. *Zdrowi* mają więc potwierdzenie, że postępują słusznie wyznaczając chorym miejsce na marginesie społeczeństwa. I tak błędne koło się zamyka. Potrzeba *przewrotu kopernikańskiego* w myśleniu o leczeniu chorób psychicznych polegającego na tym, że to system leczenia i wsparcia powinien dostosowywać się do potrzeb poszczególnych osób chorych, a nie chorych dopasowujemy do gotowego, marginalizującego ich systemu. Ten przewrót w krajach wysoko rozwiniętych już się dokonał. Pora byśmy i my dołączyli.

Dziennik Warto Wiedzieć: Jakie korzyści mogą dzięki temu zyskać osoby z zaburzeniami psychicznymi?

Janusz Chojnowski: Przede wszystkim większe szanse na samodzielne funkcjonowanie mimo choroby, na pozytywny scenariusz. Gdy powrót do dobrego funkcjonowania społecznego po chorobie przebiega prawidłowo, okazuje się, że potrzeby zdrowotne osób po kryzysach psychicznych nie różnią się istotnie od potrzeb zdrowotnych ludzi w ogóle. Tylko konsekwencje ich zaniedbań mogą być poważniejsze. Osoba wychodząca z choroby psychicznej potrzebuje towarzystwa życzliwych ludzi, dobrego środowiska pracy, aktywnego wypoczynku, możliwości realizowania swoich życiowych dążeń, które po ustąpieniu choroby nie różnią się od dążeń ludzi zdrowych.

Dziennik Warto Wiedzieć: Jak zachęcić lokalnych decydentów, lekarzy do zmiany?

Janusz Chojnowski: Najważniejsze już się stało. Będziemy mogli, tam, gdzie środowisko psychiatryczne było gotowe i chętne pracować, podążając za potrzebami konkretnych chorych bez popadania w zadłużanie szpitali, oskarżeń o donkiszoterię i nadmierny idealizm. Ten rzekomo niepraktyczny idealizm powinien przynieść wymierne materialnie korzyści w postaci łagodniejszego, mniej nawrotowego przebiegu chorób, mniejszych kosztów ich leczenia w skali całego życia, mniejszej inwalidyzacji tych osób, mniejszych cierpień rodzin, większej produktywności osób chorujących.

Myślę, że nie wszędzie będzie łatwo zachęcić decydentów, a nawet lekarzy do zmian. Negatywne stereotypy są bardzo mocno zakorzenione. Mogę podać konkretny przykład z własnej praktyki, trochę może humorystyczny, trochę jednak gorzki w wymowie. Kilkanaście lat temu, wkrótce po tym, jak otworzyliśmy oddział psychiatryczny w szpitalu ogólnym w Grajewie, konsultowałem na oddziale intensywnej terapii pewnego chorego psychicznie po poważnym zamachu samobójczym, nie pierwszym zresztą. Szybko dodaje, że chory ten żyje nadal. Pracująca na OIT starsza lekarka zwróciła się do mnie z wyraźną nutą pretensji w głosie: *Psychiatria, psychiatria, a moja sąsiadka chora psychicznie strasznie kłóci się ze swoją matką. Życ mi nie dają, biegają po schodach. Ostatnio połamała matce ręce!* Nieśmiało odpowiedziałem, że tworzy się placówki psychiatryczne blisko miejsc życia osób chorych po to, żeby tak nie było. Dziś, po kilkunastu latach pracy w tym oddziale i zintegrowanej z nim poradni, pracy także z tą sąsiadką pani doktor, nadal twierdzę to samo, tylko z większą pewnością siebie. Spotykam się z kolegami pracującymi w oddziałach psychiatrycznych w miastach powiatowych. Wszędzie są dobrze postrzegani, tylko do tej pory zmagali się z problemami spowodowanymi złym finansowaniem swojej pracy. Program pilotażowy to poprawia. Łatwiej zmienić los osób chorujących psychicznie w małych miastach, bo w nich

Potrzeba przewrotu kopernikańskiego w myśleniu o leczeniu chorób psychicznych

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: sobota, 14, kwiecień 2018 20:56

Sylwia Cyrankiewicz-Gortyńska

Odsłony: 3034

marginalizacja chorych jest mniejsza, a brak doświadczeń z psychiatrią jest lepszy, niż zakorzenione w mentalności złe stereotypy związane ze starymi, zaniedbanymi miejscami leczenia. Środowiskowy sposób widzenia chorych przez psychiatrów z małych ośrodków, jak wykazała ankieta, którą przeprowadziliśmy przed paroma laty jest czymś powszechnym i naturalnym. Łatwiej zorganizować od podstaw nowoczesne placówki psychiatryczne, niż reformować stare molochy. Miasta powiatowe mają więc do odegrania wielką rolę w tej naszej spóźnionej psychiatrycznej rewolucji.

Dziennik Warto Wiedzieć: Serdecznie dziękuję za rozmowę.