

Stygmatyzacja psychiatrów

Paweł Bronowski

Zjawisko stygmatyzacji psychiatrii zostało uznane przez World Psychiatric Association (WPA) za element istotny dla sytuacji środowiska psychiatrycznego. Ugruntowane negatywne nastawienia społeczne wobec psychiatrii i psychiatrów są w pewnym stopniu związane z ruchem antypsychiatrycznym z lat 60. ubiegłego wieku, wzmacniają je również czynniki działające współcześnie. Zalicza się do nich kryzys zasobu wiedzy w psychiatrii, nastawienia mediów, niezadowolenie z leczenia osób korzystających z pomocy psychiatrów. WPA podkreśla, że zwalczanie stygmatyzacji psychiatrów zależy w największym stopniu od nich samych i utrzymywania wysokich standardów etycznych w praktyce klinicznej. W Polsce niechętnie postawy wobec psychiatrii stały się w ostatnich latach coraz popularniejsze i są wyraźnie widoczne w mediach. Środowisko psychiatrów zdaje się jednak nie dostrzegać i nie doceniać ich znaczenia.

Pojęcie stygmatyzacji wywołuje dość jednoznaczne skojarzenia. Wiąże się ją z negatywnymi postawami społecznymi wobec osób chorych psychicznie. W ostatnich latach wiele powiedziano i napisano o tym zjawisku. Stygmatyzacja zakłóca proces zdrowienia i wpływa na jakość życia. Waga tego problemu nie podlega dyskusji, był on opisywany w dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia. O stygmatyzacji możemy jednak mówić również w zupełnie innym kontekście, odnosząc ją do zupełnie innej grupy. Chodzi o zjawisko stygmatyzacji psychiatrów. Jest to termin coraz częściej pojawiający się w piśmiennictwie naukowym dotyczącym psychiatrii. Warto zastanowić się, jaka jest jego geneza i jak wpływa na sytuację psychiatrów.

Historyczne uwarunkowania stygmatyzacji psychiatrów

Początek niechętnych postaw społecznych wobec psychiatrów należy umiejscowić na przełomie wieku XIX i XX i związać z pierwszym załamaniem się modelu azyłowego. Wobec braku skutecznych metod leczenia i szybkiego rozpowszechnienia się przewlekłych i nieuleczalnych w tamtych latach chorób psychicznych, szpitale zatraciły funkcje terapeutyczne. Narastający napływ pacjentów i brak skutecznej terapii zamienił je w ośrodki, w których w istocie jedynie izolowano, a nie leczono chorych. Fatalne warunki bytowania, zatłoczenie, przemoc wobec chorych – wszystko to zamieniło leczenie psychiatryczne w fikcję. Psychiatria pozbawiona możliwości skutecznego leczenia zaczęła być uważana za gorszą, niepełnowartościową dziedzinę medycyny. Została wypchnięta poza nawias ówczesnej nowoczesnej, naukowej medycyny, zaś psychiatrzy stali się lekarzami drugiej kategorii. Takie nastawienie wobec psychiatrów było w tamtych czasach częste wśród lekarzy innych

specjalności medycznych. Wśród psychiatrów zaczął dominować dobór negatywny, zaczęto ich uważać za lekarzy gorszych, słabiej wykształconych i mniej zdolnych.¹

Postawy wobec psychiatrów i psychiatrii, przywrócenie ich do grona lekarzy, którzy naprawdę leczą, a nie jedynie izolują, zmieniło się w znaczącym stopniu dopiero po wynalezieniu skutecznych leków neuroleptycznych w latach 50. XX wieku. Okazało się jednak, że uzyskanie szerokiego dostępu do skutecznej farmakoterapii doprowadziło w dalszej perspektywie do kolejnego kryzysu zaufania do psychiatrów i psychiatrii. Bezkrytyczne oparcie się jedynie na farmakoterapii i biologicznych metodach leczenia przy jednoczesnym lekceważeniu społecznych aspektów terapii wywołało w latach 60. silną reakcję społeczną. Pojawiła się antypsychiatria, czyli ruch, który kwestionował przydatność psychiatrii jako dyscypliny bezdusznej i nieludzkiej, w dodatku odwołującej się do stosowania przemocy, izolacji oraz farmakologicznego okaleczania chorych.² Oprócz ostrej krytyki metod leczenia, antypsychiatrzy kwestionowali ponadto samą ideę chorób psychicznych, zakładając, że choroby psychiczne w rzeczywistości nie istnieją, są wymysłem służącym jedynie do sprawowania kontroli społecznej. Delikatne i wrażliwe jednostki otrzymują od społeczeństwa łatkę chorych psychicznie, a następnie są niszczone przez psychiatrię i psychiatrów.³ Ulubionym celem antypsychiatrii były szpitale psychiatryczne. Nieprzyjazne i zdehumanizowane „instytucje totalne”, jak nazwał je Goffman,⁴ oferujące jedynie farmakoterapię, przez wiele lat skutecznie przyczyniały się do budowania negatywnego społecznego obrazu psychiatrów i leczenia psychiatrycznego. Przyczyniły się do tego w znacznym stopniu również media i kultura masowa, przekonująco malując fatalny obraz psychiatrii. Warto przypomnieć popularność filmu Miloša Formana „Lot nad kukuczmy gniazdem” z 1975 roku. Nie sposób przecenić jego wpływu na umocnienie spo-

łecznych nastawień wobec psychiatrii. Szpital psychiatryczny przypominający więzienie, zmanipulowani i zastraszeni pacjenci oraz wykorzystywanie procedur leczniczych do pacyfikowania jednostek niepodporządkowanych bezdusznemu systemowi pozostały w świadomości społecznej na długie lata.

Ruch antypsychiatryczny z lat 60. ubiegłego wieku miał olbrzymi wpływ na społeczny obraz psychiatrów. Operujący jedynie farmakoterapią psychiatrzy wielu wydawali się uosobieniem zła. W społecznej opinii, poza bezdusznym niszczeniem osobowości za pomocą leków, mieli w swoim arsenale również elektrowstrząsy, które przez całe lata kojarzyły się opinii publicznej z przemocą i represjami, a nie z leczeniem i troską o chorych. Warto przypomnieć, że ruch antypsychiatryczny z lat 60. doprowadził do wielu istotnych zmian w organizacji opieki psychiatrycznej. Reakcją na prawdziwe lub urojone nadużycia była decyzja o likwidacji szpitali psychiatrycznych jako głównego symbolu przemocy psychiatrycznej. W wielu przypadkach lekarstwo na nadużycia psychiatrii okazało się zdecydowanie gorzkie dla pacjentów wypisywanych ze szpitali i jednocześnie pozbawionych wsparcia w funkcjonowaniu poza szpitalem.⁵

Odejście od modelu azyłowego, nowy sposób podejścia do osób chorych psychicznie, wspieranie ich w społecznościach, zmieniły psychiatrię, psychiatrów i w pewnym stopniu społeczne przekonania o nich. Zmiany w psychiatrii przybliżające psychiatrów do pacjentów, przede wszystkim model środowiskowy akcentujący partnerstwo w relacjach psychiatry – pacjent w znaczącym stopniu zmienił społeczną percepcję psychiatrów.⁶ Można więc uznać, że ta wymuszona przez antypsychiatrię zmiana poprawiła nastawienia wobec psychiatrii.

Zastanawiając się nad wydarzeniami, które przyczyniły się do ukształtowania społecznego obrazu psychiatrów i psychiatrii, warto również wspomnieć o wykorzystywaniu psychiatrii do prześladowań politycznych w bloku wschodnim. W działania te byli zaangażowani psychiatrzy. W wielu przypadkach byli oni jednocześnie funkcjonariuszami tajnej policji, ale jednak psychiatrami. Rola niektórych placówek naukowych i „autorytetów psychiatrycznych” (dobrym przykładem jest tu Instytut Psychiatrii im. Serbskiego w Moskwie i postać profesora Snieżniewskiego) gorliwie wypełniających zamówienie władzy na stworzenie przydatnej dla represji diagnostyki również przyczyniła się do kształtowania obrazu psychiatrii.⁷ Działania takie były ściśle związane z reżimem komunistycznym i stanowiły jeden z elementów systemu represji. Pokazały, jak groźnym instrumentem może być psychiatria, jeśli zostanie się w niepowołane ręce, i jak przydatna może być jako maszyna do niszczenia ludzi. Przymusowa hospitalizacja, która okazuje się bezterminowym uwięzieniem, uporczywa farmakoterapia jako metoda wyniszczenia psychicznego i fizycznego, przymus bezpośredni jako kara – wszystko to stało się dramatyczną karykaturą leczenia psychiatrycznego. I pozostało w świadomości społecznej.

Stygmatyzacja psychiatrów współcześnie

Ostatnie dziesięciolecie zmieniły skrajnie nieprzychylny obraz psychiatrii i psychiatrów ukształtowany w latach antypsychiatrii. Zmiana ta była możliwa głównie dzięki wprowadzeniu nowego sposobu organizacji leczenia, czyli środowiskowemu modelowi sprawowania opieki nad chorymi. Nadużycia w instytucjach totalnych znacznie zmniejszono dzięki polityce dehospitalizacji. Psychiatra stał się bliższy pacjentowi, relacja między nimi stała bardziej partnerska. Mimo tego wiele społecznych stereotypów jest nadal silnie ugruntowanych. Upředzenia i niechęć wobec psychiatrów nie są już wyrażane w sposób tak ideologiczny i ultymatywny jak w latach 60., jednak są nadal obecne. Coraz częściej mówi się wręcz o stygmatyzacji psychiatrów. Jest ona nadal wyraźnie odczuwana przez to środowisko. World Psychiatric Association przywiązuje olbrzymią wagę do tego zjawiska, podkreślając, że nadal znacząco wpływa ono zarówno na społeczne nastawienia do psychiatrów jak i na ich pozycję zawodową wśród lekarzy innych specjalności.

Co powoduje, że również dziś psychiatrzy czują się napiętnowani? Warto przytoczyć analizę przyczyn tego zjawiska zawartą w artykule Hansa Katschniga „Czy psychiatrzy są gatunkiem zagrożonym?”⁸ Uważa on, że wśród podstawowych przyczyn wpływających na stygmatyzację znajdują się czynniki wewnętrzne (związane ze specyfiką zawodu psychiatry) oraz zewnętrzne (związane ze utralonymi społecznymi stereotypami).

Jako jeden z najważniejszych czynników wewnętrznych Katschnig wymienia „kryzys zasobu wiedzy w psychiatrii” coraz bardziej widoczny w ostatnich latach. Mieszczą się w nim takie elementy jak trudności z diagnozą i klasyfikacją, istnienie dwóch równoległych systemów klasyfikacji (ICD i DSM). Do kryzysu wiedzy w psychiatrii przyczyniają się również trudności z rzetelną ewaluacją programów terapeutycznych. Często kwestionuje się wartość prób lekowych finansowanych przez koncerny farmaceutyczne. Zwraca się również uwagę na problemy w precyzyjnym i poprawnym metodologicznie przygotowywaniu ewaluacji procedur terapeutycznych. Większość interwencji składa się z zestawu różnych oddziaływań, trudno więc o miarodajne i jednoznaczne dane o ich efektywności. Warto wspomnieć również o braku spójnych podstaw teoretycznych psychiatrii, sytuację komplikuje również wielość wzajemnie sprzecznych koncepcji leczenia. Przykładem mogą być tu animozje między zwolennikami psychiatrii biologicznej i środowiskowej. Całkowicie odmiennie rozumieją oni skuteczne leczenie i kontekst funkcjonowania pacjenta. Tak duże zróżnicowanie modeli leczenia nie przyczynia się do spostrzegania psychiatrii jako opartej na spójnej wiedzy medycznej.

Kryzys wiedzy w psychiatrii to jednak nie jedyny czynnik generujący niekorzystne spostrzeganie psychiatrów i psychiatrii. Ważne są również czynniki mieszczące się poza samą psychiatrią. Wśród nich często wymienia się niezadowolenie pacjentów z leczenia psychiatrycznego i kontaktów z psychiatrami. W ostatnich latach niezadowolenie pacjentów jest coraz

bardziej wyraźnie artykułowane i nagłaśniane. Duży zasięg i odzew społeczny zgłaszanych przez pacjentów problemów z leczeniem wiąże się z dwoma elementami. Przede wszystkim w ciągu ostatnich lat zdecydowanie zmienił się sposób komunikowania i rozpowszechniania informacji. Internet, a przede wszystkim media społecznościowe, szybko docierają do coraz szerszych kręgów odbiorców. Informacje o błędach psychiatrów lub uchybieniach, do jakich dochodzi w szpitalach psychiatrycznych, błyskawicznie trafiają również do tradycyjnych mediów (prasy, radia i telewizji). Drugą przyczyną wzrastającego znaczenia negatywnych opinii pacjentów o psychiatrii są coraz lepiej zorganizowane środowiska „użytkowników psychiatrii”, „ocalałych z psychiatrii”, lub „klientów psychiatrii.”

Informacje o prawdziwych lub nieprawdziwych nadużyciach, jakich dopuszcza się personel psychiatryczny wobec pacjentów, są szybko nagłaśniane i upubliczniane. Wpływa to na ugruntowywanie się nieprzychylnych opinii o leczeniu psychiatrycznym i samych psychiatrach. Negatywne doświadczenia pacjentów w związku z błędami w diagnozie, działaniami niepożądanymi leków, hospitalizacjami wbrew woli, unieruchomieniami szybko dostają się do publicznej wiadomości. Gromadzone i prezentowane są dowody na bezduszność instytucji psychiatrycznych. Jednocześnie coraz częściej podkreśla się znacznie procesu zdrowienia opartego na porozumieniu i partnerstwie jako alternatywy dla bezdusznej psychiatrii, w której chory jest jedynie biernym przedmiotem, a nie podmiotem prowadzonych działań.¹⁰ Przykłady wspierania procesu zdrowienia znacznie słabiej przebijają się do mediów niż doniesienia o nadużyciach w psychiatrii. Trzeba zarazem pamiętać, że rozwiązaniem nie może być ukrywanie bądź lekceważenie takich przypadków. Jest to na szczęście niemożliwe w społeczeństwach demokratycznych. Nie chodzi o to, aby opinia społeczna nie była informowana o takich przypadkach, lecz aby było ich coraz mniej oraz aby wywoływały szybką i jednoznaczną reakcję środowiska psychiatrycznego. Jedynie zdecydowane napiętnowanie i odcięcie się od przypadków nadużyć i zaniedbań oraz szybkie wdrożenie procedur naprawczych może ograniczyć ich negatywny wpływ na postawy społeczne wobec psychiatrii.

Wzmacnianie stygmatyzacji psychiatrów poprzez ujawnianie negatywnych przykładów z praktyki psychiatrycznej jest faktem. Utrwała to generalnie złą opinię o psychiatrii. Przykładem może być tu stale obecny w świadomości społecznej i podtrzymywany przez media wizerunek typowego szpitala psychiatrycznego. Jest to duży zakład o charakterze zamkniętym, mieszczący się w oddaleniu od społeczności osób zdrowych. Jest przedstawiany raczej jako przygnębiające i budzące strach więzienie niż instytucja lecznicza. Natomiast nowoczesne środowiskowe placówki zdrowia psychicznego rzadko są opisywane w mediach.

Negatywne opinie dotyczą nie tylko szpitali, lecz również leczenia psychiatrycznego. Trzeba pamiętać o trwającej nadal dyskusji o obawach dotyczących istoty leczenia psychiatrycz-

nego. Sprowadzają się one w do wywodzącego się z antypsychiatrii dylematu, na czym ono właściwie polega? Czy jest prawdziwą terapią czy też tylko kontrolowaniem?⁹ W farmakoterapii upatruje się instrumentu służącego jedynie pacyfikowaniu, a nie leczeniu.¹¹ Podobne postawy nadal dotyczą terapii elektrowstrząsowej, uważanej przez dużą część społeczeństwa za instrument represji. Na wizerunek psychiatrów duży wpływ mają także stereotypowe przekonania prezentowane przez lekarzy innych specjalności. Ujawniają oni postawy lekceważące, podkreślając, że psychiatria to właściwie inny rodzaj medycyny, a psychiatrzy to lekarze drugiej kategorii.

Warto wspomnieć również o innym czynniku mającym wpływ na społeczne spostrzeganie psychiatrów. Elementem, który osłabia niepodważalną przez długie lata pozycję jedynego specjalisty od zdrowia psychicznego, są coraz liczniejsi profesjonalści niebędący lekarzami działający w tym obszarze. Należy tu wymienić psychologów, pedagogów, pracowników socjalnych lub terapeutów uzależnień. Dobrym przykładem na pojawianie się nowych zawodów w Polsce jest wprowadzony niedawno do katalogu specjalności pracujących z chorymi psychicznie w placówkach psychiatrycznej służby zdrowia terapeuta środowiskowy. Psychiatrzy przestali być jedynymi autorytetami w terapii osób chorych psychicznie. Obserwując dynamikę tego zjawiska, można uznać, że będzie ono narastało. Ilustruje to sytuacja w lecznictwie odwykowym, gdzie z pacjentami pracują przede wszystkim terapeuci niebędący psychiatrami. Jednym z proponowanych przez World Psychiatric Association sposobów na poradzenie sobie z tą sytuacją jest zalecana ścisła współpraca, a nie konkurowanie z przedstawicielami tych zawodów. Można ją uznać za jeden z czynników podstawowych dla skutecznego ograniczania zjawiska stygmatyzacji psychiatrów.¹³

Sytuacja psychiatrów zmieniła się również w związku z coraz szerszymi kompetencjami innych specjalności lekarskich w zakresie leczenia zaburzeń psychicznych. Można powiedzieć, że psychiatrzy stracili monopol na ich leczenie. Lekarze pierwszego kontaktu coraz częściej zajmują się tymi problemami, ich pozycja w tym obszarze jest podkreślana również w dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia. Obecnie w wielu krajach to lekarze pierwszego kontaktu zapisują pacjentom więcej leków przeciwdepresyjnych niż psychiatrzy.⁸

World Psychiatric Association uznała, że stygmatyzacja psychiatrów jest zjawiskiem tak istotnym, że należy podjąć specjalne działania mające jej zapobiegać. W 2009 roku powołano Grupę Roboczą, której celem było zbadanie zjawiska i wypracowanie metod przeciwdziałania.¹⁴ Jeśli chodzi o analizę przyczyn i korelatów, to zwraca się uwagę głównie na opisywany już powyżej wpływ ugruntowanych negatywnych opinii popularnych w społeczeństwie, rolę mediów, obraz psychiatrii u przedstawicieli innych specjalności medycznych oraz opinie użytkowników psychiatrii. Jeśli jednak chodzi o zalecane przez Grupę Roboczą metody przeciwdziałania stygmatyzacji, to trudno uznać je

za rewolucyjne. Stanowią raczej listę dość oczywistych stwierdzeń. Przypomina się liderom opieki psychiatrycznej oraz poszczególnym psychiatrom, że ich zachowanie może przyczynić się do zwiększenia stygmatyzacji. Podkreśla się, że podstawowe znaczenie dla wzmacniania lub rozbijania negatywnych stereotypów psychiatrów ma praktyka kliniczna. Dlatego też zaleca się, aby w jej trakcie:

- dbać o okazywanie szacunku pacjentom i rodzinom,
- mieć orientację w wynikach badań naukowych i nowych metodach leczenia,
- przestrzegać zasad etyki oraz współpracować z innymi specjalnościami medycznymi i niemedycznymi zaangażowanymi w leczenie zaburzeń psychicznych.¹⁴

Propozycje te są całkowicie oczywiste, fundamentalne i podstawowe. WPA jako główny sposób zwalczania stygmatyzacji zaleca psychiatrom powrót do etycznych korzeni ich profesji.

Stygmatyzacja psychiatrów w Polsce

Można odnieść wrażenie, że stygmatyzacja nie wydaje się problemem szczególnie ważnym i dostrzeganym obecnie przez środowisko polskich psychiatrów. Bezpośrednio po przełomie roku 1989 w odbiorze społecznym obraz polskiej psychiatrii był raczej korzystny, psychiatria i psychiatrzy nie znajdowali się na czarnej liście społecznych niechęci. Polska psychiatria nie spotkała się z tak silną krytyką ze strony ruchów antypsychiatrycznych, z jaką mieli do czynienia psychiatrzy z Europy Zachodniej i Stanów Zjednoczonych. Przyczyny tego były oczywiste i związane z realiami panującymi za żelazną kurtyną. Ukształtowanie się szerokiego i niezależnego od władz ruchu społecznego, jakim była antypsychiatria, nie było możliwe. Nie mogło dojść do zmasowanej i dogłębnej krytyki psychiatrii będącej przecież częścią państwowej, sterowanej odgórnie socjalistycznej służby zdrowia. Poza tym założenia ideologiczne leżące u podstaw antypsychiatrii nie przystawały do komunizmu; prawa człowieka, wolność, sprzeciw wobec instytucji totalnych – wszystko to z perspektywy ówczesnego reżimu można było uznać za idee wywrotowe i antysocjalistyczne. Polscy psychiatrzy uniknęli zmasowanej krytyki, jaka była udziałem ich kolegów pracujących w krajach demokratycznych. Znaleźli się pod parasolem ochronnym roztoczonym przez państwo.

Właśnie dlatego polska psychiatria weszła w okres demokratycznego państwa w pełnym rozkwicie modelu azyłowego. Można mówić o pewnych pojedynczych przykładach wprowadzania elementów modelu środowiskowego (oddziały dzienne, nieliczne w końcu lat 80. małe oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych), ale jako całość można ją uznać za przestarzałą, bazującą na archaicznym modelu organizacyjnym, z dominującą rolą dużych szpitali psychiatrycznych.

Analizując sytuację psychiatrii w początkach lat 90. ubiegłego wieku, warto zwrócić uwagę na element niewątpliwie korzystnie wpływający na społeczne postawy wobec niej. Była

nim odporność polskich autorytetów psychiatrycznych na naciski na zaangażowanie się psychiatrii w prześladowania polityczne. Polska psychiatria, jako jedyna w krajach bloku wschodniego, nie wzięła udziału w niszczeniu opozycji. Wkraczała więc w czasy demokracji jako środowisko, które potrafiło się oprzeć i nie porzuciło fundamentalnych ideałów dotyczących praw człowieka. Miało to pewien wpływ na to, że w pierwszych latach po odzyskaniu wolności stygmatyzujące postawy społeczne nie były wobec niej silnie wyrażane.

Przyczynił się do tego jeszcze jeden czynnik. Mając świadomość, że model leczenia, na jakim opiera się polska psychiatria, jest przestarzały i nieprzyjazny pacjentom, elity psychiatryczne szybko podjęły prace nad wprowadzeniem nowych zasad. Rezultatem podjętych prac była Ustawa o Ochronie Zdrowia Psychicznego z roku 1994. Dokument ten można uznać za nowoczesny, ustanawiający nowe standardy niezbędne dla ochrony praw pacjenta oraz wprowadzający nowe formy wspierania ich. Ustawa otwierała drogę do budowania modelu środowiskowego. Była pierwszym krokiem w dobrą stronę. Niestety na wiele lat okazała się krokiem jedynym. Mimo apeli o budowanie psychiatrii z wykorzystaniem modelu środowiskowego i restrukturyzacji systemu ochrony zdrowia psychicznego ze strony różnych autorytetów, sytuacja do dziś nie uległa zasadniczym zmianom.¹⁵ Od uchwalenia w roku 1994 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w polskiej psychiatrii do dziś zmieniło się niewiele. W systemie nadal dominują szpitale psychiatryczne, nowoczesne formy leczenia środowiskowego nie są popularne. Pewne nadzieje można wiązać z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego, jednak trudno jest przewidzieć, jaką formę przyjmie jego wdrażanie i czy polska psychiatria odejdzie od modelu azyłowego i dominacji szpitali psychiatrycznych na rzecz wspierania chorych w społecznościach lokalnych i środowiskowych form leczenia.

Nietrudno dostrzec, że nastawienia społeczne wobec psychiatrii w Polsce w ostatnich latach wyraźnie się zmieniły. Media coraz częściej okazują psychiatrii zainteresowanie, jednak koncentruje się ono prawie wyłącznie na nadużyciach i łamaniu praw człowieka. Ich przykłady są natychmiast upubliczniane i stają się newsami z „żółtych pasków”. Wystarczy przypomnieć całkiem niedawne, nagłośnione medialnie wydarzenia w szpitalu psychiatrycznym w Radomiu. W ostatnich latach był to w Polsce pierwszy przypadek tak intensywnego zainteresowania się licznymi mediami psychiatrią, niestety w jednoznacznie negatywnym świetle. Przez kilka tygodni na stronach tytułowych prasy popularnej doniesienia na temat radomskiego szpitala sąsiadowały z informacjami o sprawie „matki Madzi z Sosnowca”. Z całą pewnością ta medialna wrzawa nie przysłużyła się psychiatrii, tym bardziej że nie została zrównoważona przez stanowczą deklarację komentującą te wydarzenia płynącą ze środowiska lekarzy psychiatrów.

Polskie media w ostatnich latach nie zostawiają na psychiatrii suchej nitki, koncentrując się na bulwersujących

przykładach nadużyć. Obrazują to poniższe tytuły zacytowane z prasy i serwisów internetowych:

- „Psychiatria: leczyć nie więzić” („Przekrój”, 2012)
- „Koszmar w szpitalach psychiatrycznych. Pacjenci unieruchamiani nawet na kilka dni” („Gazeta Wyborcza”, 2012)
- „Koszmar w szpitalu psychiatrycznym: wspólne kąpiele, toalety na rozkaz” („Gazeta Wyborcza”, 2012)
- „Krwawe bójki i gwałt w szpitalu w Radomiu” („Fakt”, 2012)
- „Dyrektor szpitala grozy kontroluje sam siebie” („Fakt”, 2012)
- „W Radomiu sprycowali dzieci lekiem «Berry Berry»” („Fakt”, 2012)
- „Opieka psychiatryczna w Polsce? To fikcja” (internetowe wydanie „Gazety Wyborczej”, 2012)
- „Horror w szpitalu psychiatrycznym. Prokuratura w czerwcu umorzyła sprawę ze Starogardu Gd.” (internetowe wydanie „Gazety Wyborczej”, 2010)

Można zastanawiać się, czy wszystkie powyższe tytuły i doniesienia są rzetelne, prawdziwe i wyważone. Na pewno nie zawsze. Trudno uznać, że lekiem stosowanym w szpitalu psychiatrycznym w Radomiu był specyfik „beri beri” (?). Nie chodzi tu jednak o absolutną rzetelność zamieszczanych w mediach informacji, lecz o klimat, jaki jest tworzony wokół psychiatrii. Ogólny ton wskazuje, że stała się ona łatwym celem. I wydaje się, że w znacznym stopniu sama się do tego przyczyniła. Model azyłowy zawsze sprzyjał występowaniu nadużyć i łamaniu praw człowieka. Nie zapobiegnie temu nawet najlepsza Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Liczą się przede wszystkim warunki, w jakich odbywa się leczenie. Jeśli jego podstawą będą szpitale psychiatryczne, a nie społeczności lokalne, to doniesienia prasowe takie jak zaprezentowane powyżej, będą się powtarzać, a klimat wokół psychiatrii pogarszać.

Warto zwrócić uwagę na to, że kształtujący się nowy, jednoznacznie negatywny obraz polskiej psychiatrii to nie jedynie zasługa elektronicznych mediów informacyjnych i prasy popularnej, dla których liczy się news, im bardziej szokujący, tym lepszy. Można uznać, że jej współczesny wizerunek jest równie zły w filmie. Dobrą ilustracją tej tezy, są dwa popularne filmy z ostatnich lat w których poświęcono jej sporo miejsca. W „Ogrodzie Luizy” (reż. Maciej Wojtyszko i Łukasz Wiśniewski, 2007) psychiatra ze szpitala psychiatrycznego kompletnie nie interesuje się problemami pacjentów, podczas dyżuru jest pijany. Sanitariusz okazuje się sadystą znęcającym się nad pacjentami. Przemoc, również seksualna, jest na porządku dziennym. Szpital psychiatryczny przedstawiony jest jako miejsce straszne, niebezpieczne i jednoznacznie wrogie pacjentom. W innym znanym polskim filmie pod tytułem „Lęk wysokości” (reż. Bartosz Konopka, 2011) szpitalny psychiatra sprawia wrażenie obojętnego wobec losu swojego pacjenta, działa bezdusznie i rutynowo. Trudno znaleźć w nim empatię i zrozumienie. Szpital prezentuje się jako miejsce nieprzyjazne, ra-

czej areszt niż placówka terapeutyczna. Oba filmy prezentują wysoki poziom artystyczny, są świetnie zagrane, były wielokrotnie nagradzane. Można uznać, że skutecznie kreują obraz polskich psychiatrów i polskiego lecznictwa psychiatrycznego w szerokich kręgach społecznych.

Można oczywiście zastanowić się, czy coraz bardziej negatywny obraz psychiatrii w mediach, kinie jest prawdziwy czy też całkowicie spaczony. Trudno to jednoznacznie rozstrzygnąć, jednak zmiana w nastawieniu mediów musi mieć realne przyczyny.

Warto w tym miejscu zastanowić się również, jaki jest obraz leczenia psychiatrycznego w oczach pacjentów. Badania dotyczące tego zagadnienia w Polsce nie są liczne. W badaniach prowadzonych w latach 2009-2011 obejmujących trzysta osób chorych na schizofrenię zebrano dane o ocenie jakości pracy placówek lecznictwa (głównie poradni zdrowia psychicznego) i programów środowiskowych. Osoby objęte badaniami istotnie statystycznie niżej oceniają pracę placówek lecznictwa psychiatrycznego w zakresie dyskrecji i szacunku okazywanego przez personel.¹⁶ Różnica ta wydaje się znacząca, jako że szacunek wobec pacjenta okazywany przez personel psychiatryczny powinien być głównym instrumentem zwalczania stygmatyzacji psychiatrii i psychiatrów. To właśnie okazywanie szacunku pacjentowi jest jednym z podstawowych zaleceń WPA mających jej przeciwdziałać.¹⁴

Podsumowanie

Jak na razie polscy psychiatrzy nie przykładają dużej wagi do zjawiska stygmatyzacji. Można uznać że to błąd, są bowiem poważne przesłanki sugerujące, że zjawisko to będzie narastać. Polska psychiatria nie uniknie stygmatyzujących trendów ogólnoswiatowych (kryzys zasobu wiedzy, nagłaśniane błędy w leczeniu, konkurencja ze strony specjalizacji niepsychiatrycznych). Nastawienie mediów do psychiatrii jest złe i jest to trend nasilający się. Jednak za czynnik szczególnie wzmacniający stygmatyzację w Polsce należy uznać brak reform w psychiatrii, które mogłyby ją przeprowadzić z przestarzałego modelu azyłowego do nowoczesnych środowiskowych form organizacji leczenia.

Można zaryzykować twierdzenie, że jeśli zmiany w polskiej psychiatrii nie nastąpią szybko, to klimat wokół niej będzie się pogarszał. Być może do tego, aby zaczęła ona skutecznie przeciwdziałać stygmatyzacji, będzie musiała najpierw przejść spóźnioną o 60 lat lekcję antypsychiatrii.

Piśmiennictwo

1. Shorter E. Historia psychiatrii. Od zakładu dla obłąkanych po erę prozacu. 2005, WSiP, Warszawa.
2. Cooper D. Psychiatria and Antipsychiatria. 1967, Tavistock, London.
3. Laing R. The Politics of Experience. 1967, Random House, New York.
4. Goffman E. Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. 1961, Doubleday, New York.
5. Berlim M, Fleck M, Shorter E. Notes on antipsychiatria, European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2003;253: 61-67.
6. Bentall R. Doctoring the Mind. Why Psychiatric Treatments Fail. 2009, London, Allen Line.

7. Brązkiewicz B. Psychiatria radziecka jako instrument walki z opozycją polityczną w latach 1918-1984;2004, Toruń.
8. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession, *World Psychiatry*. 2010;9(1): 21-40.
9. Szasz T. Debunking Antipsychiatry: Laing, Law and Largactil, *Current Psychology*. 2008;27:79-101.
10. Stastny P, Lehmann P. *Alternatives Beyond Psychiatry*. 2007, Berlin, Peter Lehman Publishing.
11. Benkert O, Graf Morgenstern M, Hillert M. Public opinion on psychotropic drugs: an analysis of the factors influencing acceptance or rejection, *Journal of Nervous Mental Disorders*. 1997;185:151-158.
12. Lambert T, Turner G, Fazel S. Reasons why some UK medical graduates who initially choose psychiatry do not pursue it as a long-term career. *Psychology in Medicine*. 2006;36:679-684.
13. Pilgrim D. The biopsychosocial model in Anglo American psychiatry: Past, present and future, *Journal of Mental Health*. 2002, 11: 585-594.
14. Sartorius N, Gaebel W, Cleveland H, et al. Wytyczne WPA: jak przeciwdziałać stygmatyzacji psychiatrów i psychiatrii. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2011;20: 89-104.
15. Puzyński S, Langiewicz W, Pietrzykowska B. Reforma psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce – 2001, *Psychiatria Polska*. 2002;2: 181-192.
16. Bronowski P. *Środowiskowe systemy wsparcia w procesie zdrowienia osób chorych psychicznie*. 2012, Wydawnictwo APS, Warszawa.

KOMENTARZ

Prof. dr hab. n. med. Jacek Wciórka

I Klinika Psychiatryczna
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Interesujący tekst dr. hab. Pawła Bronowskiego powstał pierwotnie jako głos w debacie poświęconej zawodowi psychiatrii, w której konfrontowano i dyskutowano dwie opinie: o potrzebie i zbędności zawodu psychiatrii. Wymowa tego tekstu, choć pobudza do zadawania pytań, wyrażania wątpliwości i do wejścia w spór z niektórymi tezami, może nazbyt uproszczonymi lub przejaskrawionymi, jest jednak wystarczająca przejrzysta, by – nie komentując jej – przedstawić czytelnikowi do refleksji.

Chciałbym jednak zwrócić uwagę na sprawę, która pozostała w tym artykule właściwie nieporuszona, choć dla jasności i pełni obrazu powinna być wspomniana. Otóż opisywane barwnie przez autora historyczne i współczesne słabości psychiatrii/psychiatrów nie powstają w próżni społecznej, w której swobodnie operująca profesja oddziałuje (uszcześliwiając ich lub unieszczęśliwiając) na swoich pacjentów, „klientów”, „konsumentów”, „ofiary” czy „ocalonych”. To, co jest wynikiem naszej – psychiatrów – działalności, w ogromnej mierze zależy jednak od klimatu społecznego i społecznych realiów, w jakich przychodzi nam działać. Jest jeszcze ktoś inny, kto pozostając w ukryciu lub półcieniu, silnie oddziałuje na to, co psychiatria może zaproponować swoim pacjentom, a czego nie. Kto określa częściowo zapisane w różnych regulacjach, ale także nigdzie niezapisane warunki „kontraktu społecznego” między psychiatrią a odbiorcami jej działań.¹

Na przykład niektórzy twierdzą, że koniec modelu azylowego na Zachodzie niekoniecznie wiązał się z przewartościami ideowymi i terapeutycznymi, lecz raczej z kresem możliwości finansowych tych bogatych przecież krajów, których już nie było stać na nowe azyle. Warto zauważyć, że często z entuzjazmem opisywana deinstytucjonaliza-

cja opieki psychiatrycznej (ograniczanie lub eliminowanie opieki szpitalnej) sprawiła, że dostępność łóżek szpitalnych jest na takim poziomie, który mamy Polsce, i nigdy nie mieliśmy wiele więcej.

Kto więc dyktuje psychiatrom warunki „kontraktu”? Można odpowiedzieć: różni interesariusze – politycy i urzędnicy różnego szczebla, legislatorzy, twórcy kultury i propagandziści medialni, uczeni i niedouczeni, wychowawcy i nauczyciele, podatnicy i elektoraty partyjne – można powiedzieć „my wszyscy”, obywatele Rzeczypospolitej, określający publiczne postawy wobec osób cierpiących z powodu kryzysów psychicznych i ich rodzin, a także wyznaczający pułap „opłacalności” dla politycznych i materialnych inwestycji w ochronę zdrowia psychicznego. A tym samym pole działania psychiatrów.

By nie być gołosłownym, kilka faktów.

W badaniach opinii publicznej prowadzonych w Polsce od 1995 roku stale powtarzającym się wnioskiem jest niski poziom wiedzy społecznej na temat chorób psychicznych, pokrywanych jednak stereotypowymi uprzedzeniami, a zwłaszcza silnym dystansem wobec osób, którym zdarzyło się przeżyć kryzys psychiczny.^{2,3} Uderzająca była też w tych badaniach aprobatą społeczną dla restrykcyjnych metod postępowania wobec chorych psychicznie.

Potwierdzeniem tej społecznej restryktywności postaw społecznych może być forsowana właśnie przez resort sprawiedliwości nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego motywowana wolą przekazania psychiatrii obowiązku izolacji grupy niebezpiecznych przestępców, którzy opuszczają właśnie więzienia po odbyciu kary 25 lat pozbawienia wolności – pod pozorem konieczności „leczenia” ich z powodu zaburzeń osobowości!

Warto też wiedzieć, że funkcjonujący od wielu lat rządowy „Program rozwoju psychiatrii” dotyczy wyłącznie rozwoju bazy psychiatrii sądowej, głównie tej służącej stosowaniu tzw. środka zapobiegawczego.

Natomiast udział opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w nakładach NFZ na świadczenia zdrowotne od nie-

mal dekady pozostaje na poziomie ok. 3,5%, przy średniej w Europie ok. 5-6%. Płatnik publiczny nie przyjmuje do wiadomości informacji o niemożliwości zbilansowania kosztów i przychodów placówek stacjonarnych. Dopuszczalny minimalny standard tej opieki powoli staje się standardem powszechnym.

Po uchwaleniu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego trzeba było ponad 15 lat zabiegów, by do ustawodawstwa wprowadzić plan modernizacji opieki psychiatrycznej wg modelu środowiskowego, a obecnie trwa zmaganie, by tym zapisom ustawy nadać walor realności. Ogłoszony właśnie projekt raportu z realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) za rok 2011⁴ nie napawa niestety optymizmem, wprost przeciwnie – pokazuje ogrom niekompetencji i braku zainteresowania u wielu decydentów i wykonawców – od szczybla centralnego do lokalnego.

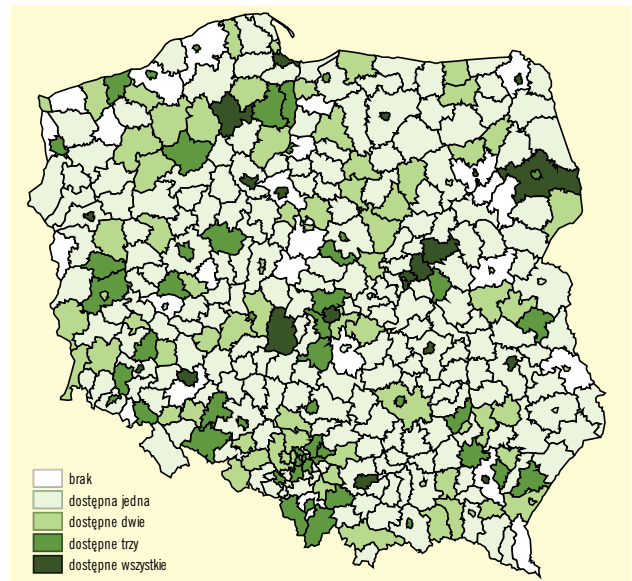
Jak trudne, wymagające inicjatywy i wytrwałego, a przede wszystkim wspólnego(!) działania, są stojące przed nami zadania zapisane w NPOZP, pokazuje mapka obrazująca liczbę elementów niezbędnych do udzielania kompleksowej opieki środowiskowej (opieka poradniana, środowiskowa, dzienna, stacjonarna) dostępnych w powiatach polskich. Tylko w 20 spośród ok. 400 powiatów są wszystkie oczekiwane formy, w ponad 220 nie ma nic lub jest tylko jedna forma, często w stanie szczątkowym (rycina).

Wydaje się więc, że nawet najsluszniejszy apel do psychiatrów o odpowiedzialne kształtowanie swej misji i publicznego wizerunku nie zastąpi zbiorowego wysiłku wszystkich interesariuszy na rzecz przełamywania barier aksjologicznych i mentalnych, które hamują oczekiwany rozwój i narzucają psychiatrom (a także innym profesjom ochrony zdrowia psychicznego) nieprzyjazny kaganiec ograniczeń oraz ułatwiają obciążającą ich stygmatyzację. Faktem jest, że niektórzy kagańca nie czują, a nawet uważają go za osiągnięcie.

Piśmiennictwo

1. Bhugra D, Malik A, Ikkos G. Psychiatry's contract with society. Oxford. Oxford University Press; 2011.
2. www.CBOS.pl. (hasło „choroby psychiczne“)
3. Wciórka J. Postawy wobec chorych psychicznie, chorób psychicznych i instytucji psychiatrycznych. W: Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyński B (red). Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań EZOP Polska. Warszawa. Wydawnictwo IPIŃ; 2012: 171-184.
4. http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/infoorealiznpozp_20130204.pdf (dostępny 19 lutego 2013).

Rycina. Liczba podstawowych form opieki psychiatrycznej (poradniana, środowiskowa, dzienna, stacjonarna) dostępnych w powiatach (2010).



Źródło: ZOOZ IPIŃ (autorka: mgr Wanda Langiewicz)