

5. Salvador-Carulla L, Haro JM, Ayuso-Mateos JL. A framework for evidence based mental health care and policy. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 111 (Suppl. 432): 5–11.
6. Meyer RE. The Sheppard and Enoch Pratt Hospital, Towson, Maryland. In: Meyer RE, McLaughlin CJ (eds). *Between mind, brain and managed care*. Washington: American Psychiatric Press, 1998: 235–6.
7. Medeiros H, McDaid D, Knapp M et al. Shifting care from hospital to the community in Europe: economic challenges and opportunities. [www.mheen.org](http://www.mheen.org).
8. Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 2005; 330: 123–6.
9. Knapp M, McDaid D, Amaddeo F et al. Financing mental health care in Europe. *J Ment Health* 2007; 16: 167–80.
10. Salvador-Carulla L, Garrido M, McDaid D et al. Financing mental health care in Spain. *Eur J Psychiatry* 2006; 20: 29–44.
11. Zechmeister I, Oesterle A. Distributional impacts of mental health care financing arrangements: a comparison of the UK, Germany and Austria. *J Ment Health Policy Econ* 2006; 9: 35–44.
12. World Health Organization. *Mental health financing*. Geneva: World Health Organization, 2003.
13. Saxena S, Sharan P, Garrido Cumbreira M et al. World Health Organization's Mental Health Atlas 2005: implications for policy development. *World Psychiatry* 2006; 5: 179–84.

## Spoglądając chłodno, ale z nadzieją

*Casting a cold but hopeful eye*

ROBERT ROSENHECK

Yale Medical School, Northeast Program Evaluation Center 182, 950 Campbell Ave.,  
West Haven, CT 06516, Stany Zjednoczone

Złożone systemy, wrosnięte w wiekowe przekonania i wspierane przez silne grupy interesu trudno jest oczywiście zmienić. A jednak, na przestrzeni zaledwie dwóch czy trzech dziesięcioleci, od wczesnych lat 60-tych XX wieku do lat 80-tych XX wieku, system „troszczący się” o osoby z poważnymi chorobami psychicznymi został prawie zniszczony. W Stanach Zjednoczonych populacja stacjonarnych pacjentów stanowych szpitali psychiatrycznych spadła z ponad 500 tysięcy w latach 50-tych XX wieku do około jednej dziesiątej 50 lat później. Ta transformacja, kontynuowana w Stanach Zjednoczonych – podobnie jak w innych częściach świata – do dzisiaj, była wynikiem „doskonałego szturm” niezależnych sił działających na wielu poziomach społecznych. Na najwyższych poziomach: a) społeczeństwo amerykańskie ogarnął ruch praw obywatelskich, napędzany przez międzynarodowe konflikty z takimi ustrojami totalitarnymi, jak faszyzm czy komunizm, b) wizjonerscy eksperci polityczni, mając nadzieję, że uda im się zmienić życie osób z poważnymi chorobami psychicznymi, dążyli do reformy instytucjonalnej, c) rządowi urzędnicy planujący budżet, natknąwszy się na zwiększone uposażenia pracowników szpitali, starali się obciąć budżety ograniczając kosztowną opiekę szpitalną. Na pośrednich poziomach, menedżerowie systemu opieki psychiatrycznej odpowiedzialni za projektowanie systemów opieki regionalnej, kierownicy lokalnych instytucji i menedżerowie kliniczni tych instytucji kładli nacisk na opracowywanie nowych programów, szkolenie nowego typu profesjonalistów i taką restrukturyzację opieki, by stanowiła pełniejsze wsparcie bliżej środowiska funkcjonowania pacjentów. Wreszcie, klinicyści pracujący bezpośrednio z klientami (i jednocześnie starający się ocalić swoje zajęcia) oraz klienci i ich rodziny wypróbowywali nowy typ oddziaływań, umożliwiający uwolnionym godniejsze życie.

W opisie swoich doświadczeń na pośrednim poziomie tego długiego łańcucha, Thornicroft i wsp. wykorzystali lata praktyki w przekształcaniu i byciu przekształcanymi

przez państwowe systemy opieki psychiatrycznej. Swoją prezentację rozplanowali wokół „dziesięciu kluczowych wyzwań”. Słowo „wyzwanie” jest w potocznym angielskim nadzwyczaj wieloznaczne i wskazuje zmiennie na okazję do tryumfalnego zwycięstwa lub eufemizm nieuniknionej porażki, z wieloma odcieniami pomiędzy. Prawdziwie dla obu znaczeń, Thornicroft i wsp. omawiają liczne możliwości, jakie pojawiają się, gdy ludzie uczą się od siebie nawzajem, obserwują jak inni radzą sobie z adaptacją do nowych okoliczności, zobowiązują się do wzajemnego wsparcia, a nawet świętują powstawanie „wspólnot uczących się”. Bardziej ponury wydźwięk mają wyzwania związane z obawami personelu przed zmianą i utratą znanych schematów pracy, ze sztywną opozycją przestraszonych grup interesu, niechętnym otoczeniem i bezwzględными obcinaczami budżetu z wyższych szczebli rządowych. Rozważania autorów sprawiają wrażenie jakby w trakcie wyczerpującej walki złapali na chwilę oddech by przekazać nam, że wprawdzie droga jest miejscami bardzo wyboista, ale wzajemne wsparcie i uczenie się od siebie nawzajem dają czasem niespodziewane możliwości zwycięstwa i ratunku. Dla nas wszystkich jest to opis słodko-gorzkiej równowagi społecznego przemieszczania się od znacznego postępu w obliczu wielkich przeszkód do nieumiejętności osiągnięcia najważniejszego celu, jakim jest dopuszczenie osób z poważnymi chorobami psychicznymi do doświadczenia takiego samego zakresu możliwości, jakie mają pozostaali członkowie społeczności.

Mądrze wskazano różnicę między stawianiem w centrum doświadczenia, etyki i dowodów naukowych, zwracając uwagę na ponure oblicze taktyk, strategii i polityk mających popychać różne kwestie do przodu na drodze drobnych negocjacji, efektywnych perswazji i wyszukanych sojuszy. Takie „popychanie” może budzić nadzieję, ale zazwyczaj umożliwia osiągnięcie jedynie częściowego sukcesu. Charles Lindbloom [1] znakomicie przyrównał wdraża-

nie państwowej polityki do „przedzierania się”, a Grob i Goldman [2] chwalili pozbawione rozgłosu sukcesy niewielkich, stopniowych zmian.

Godne uwagi i przygnębiające jest, że wielką trwałość idei psychiatrii środowiskowej można częściowo przypisać temu, że ogromny postęp, jaki dokonał się w ostatnich latach w podstawowych naukach dotyczących mózgu nie przyniósł użytecznej wiedzy na temat podłoża poważnych chorób psychicznych, a na temat ich leczenia jeszcze mniejszą. Rozwój nauk medycznych jest powolny, a korzyści z nim związane są z perspektywy klinicysty czy konsumenta bliskie zeru. Nadal trzeba więc przedzierać się, postępując najlepiej jak to możliwe w czasach, gdy nic nie wskazuje na zbliżanie się przełomu w naukach biomedycznych. Niemniej jednak z roku na rok, z dekady na dekadę system wydaje się silniejszy, a klinicyści bardziej fachowo pracują w otwartych warunkach środowiska. Z inicjatywy samych klientów upowszechniają się grupy wsparcia, zdrowienie i inne innowa-

cje, które razem z takimi praktycznymi interwencjami, jak zatrudnienie chronione czy asertywne leczenie środowiskowe prowadzą – miejmy nadzieję – ku lepszemu.

Koncentrując się na wyzwaniach, Thornicroft i wsp. proponują realistyczną, ale pełną nadziei wizję tego, co powinno zostać zrobione w niepewnym świecie psychiatrii środowiskowej. Ich rada wydaje się odzwierciedleniem tej proponowanej przez W.B. Yeatsa: „Tak samo chłodno spójrz na życie i na śmierć. Nie wstrzymuj konia, jedź!”<sup>4</sup>

## PIŚMIENNICTWO

1. Lindblom C. The science of ‘muddling through’. *Public Administration Review* 1959; 19: 79–88.
2. Grob GN, Goldman HH. The dilemma of federal mental health policy: radical reform or incremental change. New Brunswick: Rutgers University Press, 2007.

## Wyzwania związane z organizacją środowiskowej opieki psychiatrycznej w krajach rozwijających się

*Challenges of building community mental health care in developing countries*

R. SRINIVASA MURTHY, KISHORE KUMAR

National Institute of Mental Health and Neurosciences, Bangalore, Indie

Inspirujący i zachęcający do myślenia artykuł Thornicrofta i wsp. przeniósł nas w lata 70-te XX wieku, w czasy gdy rozpoczynaliśmy karierę psychiatryczną, a kwestia deinstytucjonalizacji była głównym tematem profesjonalnych dyskusji. Podczas gdy koledzy z państw zachodnich zastanawiali się wtedy nad organizacją programów psychiatrii środowiskowej, dla nas, w krajach takich jak Indie, wyzwaniem było odpowiednie wykorzystywanie dostępnych już zasobów środowiskowych. Jak zostało ujęte przez Germana [1], „Dla psychiatry pracującego w kraju rozwijającym się największym darem jest wielkie ubóstwo wcześniejszych świadczeń dla chorych psychicznie. Dzięki niemu nie musi on tracić energii na przygnębiające próby demontowania opieszale i uciążliwej infrastruktury administracyjnej ani zajmować się poszukiwaniem metod włączania licznych, solidnie zbudowanych, przypominających więzienia szpitali psychiatrycznych do bardziej wydajnych i ludzkich programów psychiatrycznych. Nie odczuwa też presji ze strony potężnej armii różnego typu personelu, nie akceptującego perspektywy porzucenia bezpieczeństwa dobrze zdefiniowanych ról dla wyzwań teraźniejszości i przyszłości..”

Początkowo wielu z nas z krajów rozwijających się korzystało z okazji związanej z „brakiem systemu” wdrażając podejście oparte na środowisku [2], mające zwiększyć dostępność kadr psychiatrycznych. Wynikało to zarówno z konieczności – jako że nie było instytucji opiekujących się osobami chorymi psychicznie, jak i z wyboru – motywowanego zmianami na scenie międzynarodowej i uwzględniającego aspekty kulturowe.

Dobrym przykładem ilustrującym początkowy etap organizacji opieki psychiatrycznej w Indiach jest sposób, w jaki w codzienną opiekę psychiatryczną zaangażowani byli członkowie rodzin [3, 4]. Wśród innych podejść, z których korzystaliśmy, było włączenie świadczeń psychiatrycznych do opieki ogólnomedycznej i przekazanie niespecjalistycznemu personelowi różnorodnych zadań związanych ze zdrowiem psychicznym, w tym: prewencji samobójstw, psychosocjalnej opieki pourazowej, opieki nad uzależnionymi od narkotyków, rehabilitacji, opieki nad opóźnionymi umysłowo i chorymi na schizofrenię, edukacji publicznej dotyczącej zdrowia psychicznego oraz opieki psychiatrycznej nad dziećmi i osobami w podeszłym wieku [5–8].

Podczas tego procesu natknęliśmy się w krajach rozwijających się na następujące wyzwania.

- Potrzeba uproszczenia umiejętności związanych z opieką psychiatryczną oraz stała nad nimi kontrola i unowocześnianie tak, by były dostosowane do rzeczywistych potrzeb środowiska. Opieka sprawowana przez pracowników służby zdrowia, nauczycieli, wolontariuszy i członków rodzin powinna składać się z nieskomplikowanych interwencji. Profesjonaliści muszą w prostej formie dzielić się wybranymi informacjami oraz określać poziom i granice opieki sprawowanej przez nieprofesjonalny personel. Dotyczy to między innymi: wyboru priorytetowych zaburzeń psychicznych oma-

<sup>4</sup> William Butler Yeats: „U podnóża Ben Bulbenu”, przekład Ludmiła Marjańska (przyp. tłum.)