

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!”⁴

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 opieszalej 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-

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

wianych podczas szkoleń, ograniczeń w kwestii leków, które mogą być przepisywane przez internistów i opracowywania solidnych wytycznych.

- Potrzeba możliwości współdzielenia obowiązków związanych z opieką psychiatryczną z niespecjalistami oraz przełamanie odczuwanego przez część profesjonalistów lęku przed utratą pracy, tożsamości czy dochodu. Staraliśmy się nie przekształcać niespecjalisty w mini-psychiatrę, a do możliwości konkretnego niespecjalisty dopasowywać odpowiednie i wykonalne zadania.
- Potrzeba skrócenia czasu przeznaczanego na indywidualną pracę kliniczną i wydłużenia czasu przeznaczanego na szkolenia pozostałego personelu. To poważne wyzwanie dla klinicystów, którzy dużą wagę przywiązują do sprawowania osobistej opieki nad chorymi. Zmiana ról nabiera sensu gdy widoczny zaczyna być korzystny wpływ szkoleń na opiekę psychiatryczną.
- Potrzeba poświęcania większej ilości czasu na okresowe wsparcie i superwizję niespecjalistów. Kolejne raporty dotyczące opieki psychiatrycznej w krajach rozwijających się potwierdzają znaczenie wsparcia i superwizji niespecjalistycznego personelu przez psychiatrów. Na szczęście dostępność i niewielkie koszty korzystania z telefonów komórkowych i internetu dają możliwość zapewnienia stałego i interaktywnego wspierania niespecjalistów na odległość.
- Potrzeba nabycia umiejętności pracy ze środowiskiem, personelem z sektora edukacyjnego, opieką społeczną, organizacjami wolontariuszy i decydentami. Dotyczy to: rozumienia procesu planowania, walki o uczynienie zdrowia psychicznego wartością priorytetową programów zdrowotnych, zapoznania się z ustawodawstwem i procedurami związanymi z budżetem oraz pogłębienia umiejętności negocjowania z różnymi partnerami.

Powyższe wyzwania mogą sprawić, że psychiatrzy poczują się przeciążeni i przekonani o własnej nieudolności.

Z naszych doświadczeń wynika jednak, że możliwość zapewnienia w krótkim czasie opieki i przyczynienia się do lepszego rozumienia potrzeb osób chorych psychicznie może stać się również źródłem poważnej satysfakcji [9]. Opisane podejścia dają ponadto możliwość nowej jakości wglądu w proces opieki [6].

PIŚMIENNICTWO

1. German A. Trends in psychiatry in Black Africa. In: Arieti S, Chrzanowski G (eds). *New dimensions in psychiatry – A world view*. New York: Wiley, 1975: 409–27.
2. Srinivasa Murthy R, Wig NN. The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, IV: A training approach to enhancing the availability of mental health manpower in a developing country. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 1486–90.
3. Agarwaal SP, Goel DS, Ichhpujani RL et al (eds). *Mental health – An Indian perspective (1946–2003)*. New Delhi: Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, 2004.
4. World Health Organization. *Mental Health in the Eastern Mediterranean region – reaching the unreached*. Cairo: World Health Organization, 2006.
5. Patel V, Thara R (eds). *Meeting mental health needs in developing countries: NGO innovations in India*. New Delhi: Sage, 2003.
6. Srinivasa Murthy R (ed). *Mental health by the people*. Bangalore: Peoples Action For Mental Health, 2006.
7. Chatterjee S, Patel V, Chatterjee A. Evaluation of a community based rehabilitation for chronic schizophrenia in India. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 57–62.
8. Srinivasa Murthy R, Kumar KV, Chisholm D et al. Community outreach for untreated schizophrenia in rural India: a follow-up study of symptoms, disability, family burden and costs. *Psychol Med* 2004; 34: 1–11.
9. Srinivasa Murthy R. The National Mental Health Programme: progress and problems. In: Agarwaal SP, Goel DS, Ichhpujani RL et al (eds). *Mental health – An Indian perspective (1946–2003)*. New Delhi: Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, 2004: 75–91.