

# Skuteczność zastosowanego modelu leczenia środowiskowego u osób z podwójną diagnozą psychiatryczną

Małgorzata Sitarczyk  <https://orcid.org/0000-0001-9308-7923>

Lubelska Akademia WSEI

Adres do korespondencji: Lubelska Akademia WSEI, ul. Projektowa 4, 20-209 Lublin; [malgorzata.sitarczyk@interia.pl](mailto:malgorzata.sitarczyk@interia.pl)

## Abstract

### *Evaluation of the model of environmental treatment of persons with double diagnosis*

The study presents the results of the evaluation of the community treatment model Together, we can do more, which is based on the assumptions of community psychiatry. The described model is an example of a form of assistance recommended by WHO for people with serious mental disorders. The evaluation of the treatment model was based on data obtained from therapists and family members of patients with dual psychiatric diagnosis (PDP). Formative evaluation (evaluation of the program implementation process) and summative evaluation (evaluation of results – e.g. in the form of obtained support) were performed. In terms of evaluating the goals and process of the program, the focus was on the size and type of support received by the patient. The outcome evaluation indicator was the assessment of the patient's functioning in various areas of everyday life, outside the medical system. Self-care, establishing relationships with other people, the ability to use public institutions, mental state, including awareness of addiction/disease have improved. There was also a reduction in the burden on the family with the patient's mental problems. The evaluation of the environmental treatment model showed significantly longer duration of specialist care than hospitalization. According to the Statistical Yearbook of the Healthcare Institution (2019), the average length of stay in a psychiatric ward in Poland fluctuates around 1 month. In the discussed model, the average duration of participation in the project by a person with PDP was 8 months, with a standard deviation of 5.4.

**Key words:** evaluation, functioning in dual psychiatric diagnosis, model of community treatment, various areas of life outside the medical system

**Słowa kluczowe:** ewaluacja, funkcjonowanie w różnych obszarach życia poza systemem medycznym, model leczenia środowiskowego, podwójna diagnoza psychiatryczna

## Wprowadzenie

Poddany ewaluacji model leczenia środowiskowego *Wspólnie możemy więcej* wyrasta z założeń psychiatrii środowiskowej, która jest zalecaną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) formą pomocy dla osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi. Opieka środowiskowa przedstawiona w tym modelu jest rozumiana jako kompleksowe oddziaływania farmakologiczne, psychologiczne oraz edukacyjne, a także wspieranie osób chorych i ich rodzin. Opieka taka oznacza więcej niż leczenie. Jest procesem towarzyszenia pacjentowi w życiu, a nie tylko w chorobie. Dlatego w ofercie omawianego projektu znajdowała się:

diagnoza, leczenie psychiatryczne połączone z leczeniem uzależnienia, ze szczególnym uwzględnieniem wizyt terapeutów w miejscu zamieszkania, wspólne uzgodnienie planu terapeutycznego (programu na zdrowienie), poradnictwo dla osób z otoczenia pacjenta, terapia środowiskowa, psychoterapia, pobyt i rehabilitacja w specjalistycznym ośrodku dziennym, pomoc w nagłych sytuacjach przez 24 godziny na dobę, możliwość krótkoterminowego (do 2 tygodni) pobytu na oddziale całodobowym.

Pacjenci uczestniczący w projekcie mieli szansę podjęcia próby uwolnienia się od nałogu niszczącego osobowość, kompetencje i motywację, przy jednoczesnym leczeniu zaburzenia w przypadku objawów psychiatrycznych lub/i ostrych objawów nadużywania substancji uzależniających.

Projekt *Wspólnie możemy więcej* był realizowany w okresie od 1 lipca 2018 do 31 października 2021 r.<sup>1</sup> Łącznie uczestniczyło w nim 1214 osób (733 pacjentów i 481 członków rodzin). W ramach projektu pacjenci korzystali z: ośrodka wczesnej interwencji i koordynacji opieki, oddziału dziennego, poradni zdrowia psychicznego, zespołu leczenia środowiskowego, klubu samopomocy i mieszkania treningowego. Dzięki Lubelskiemu Stowarzyszeniu Ochrony Zdrowia Psychicznego – realizatorowi projektu, oraz współpracy z innymi podmiotami pacjenci mieli do dyspozycji różne formy rehabilitacji: specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi, środowiskowy dom samopomocy, warsztat terapii zajęciowej, zakład aktywności zawodowej. Kadra realizująca projekt składała się z naczelnego lekarza (1 osoba), naczelnego terapeuty (1 osoba) oraz terapeutów uzależnień, psychoterapeutów, psychologów, pielęgniarek, terapeutów środowiskowych, zajęciowych i pracowników socjalnych, łącznie 43 osób.

## ■ Cel pracy

Głównym celem przeprowadzonych analiz była ocena modelu leczenia środowiskowego osób z podwójną diagnozą psychiatryczną (PDP). Szczegółowe cele dotyczyły procesu realizacji projektu, w tym aktywności pacjenta w procesie leczenia i zmian w zakresie jego umiejętności niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania w życiu.

Ewaluacja projektu opierała się na danych pozyskanych od terapeutów oraz członków rodzin pacjentów z PDP. Ankieta ewaluacyjna, przeprowadzona wśród realizatorów programu i członków rodzin pacjentów – uczestników programu – była skoncentrowana na ewaluacji formatywnej (ocena procesu realizacji programu) oraz sumatywnej (ewaluacji wyników – np. w postaci uzyskanego wsparcia). Tym samym ewaluatorem w omawianym modelu były zarówno osoby bezpośrednio zaangażowane w projekt, np. terapeuci (ewaluacja wewnętrzna), jak i osoby z zewnątrz (ewaluacja zewnętrzna) – członkowie rodzin pacjentów.

Uwzględniając założenia teoretyczne realizowanego modelu leczenia środowiskowego osób z PDP oraz przyjęte standardy metodologiczne prowadzenia badań ewaluacyjnych, ewaluacja omawianego modelu obejmuje:

- oszacowanie wartości, ocenę, analizę w zakresie realizowanych celów (**ewaluacja celów**) – zakładano, że im dłużej i bardziej intensywnie pacjent korzystał z programu, tym większe prawdopodobieństwo zrealizowania zakładanych celów udziału w programie;
- ocenę przebiegu programu (**ewaluacja procesu realizacji programu**) – jednym z empirycznych wskaźników ewaluacji procesu jest liczba i rodzaj spotkań, konsultacji, wizyt lekarskich, w jakich uczestniczył pacjent;
- oszacowanie wartości uzyskanych wyników bezpośrednich i odroczonej (**ewaluacja wyników**) – jednym ze wskaźników zastosowanych w ewaluacji celów jest subiektywne poczucie zadowolenia z udziału w programie oraz z uzyskanych rezultatów. Ten wskaźnik zostanie zaprezentowany na przykładzie swobodnych wypowiedzi pacjentów.

Oprócz ewaluacji celów, procesu realizacji i wyników programu ważne wskaźniki ewaluacji to skuteczność i efektywność programu. Skuteczność leczenia środowiskowego jest złożonym zjawiskiem i powinna być rozumiana wielowymiarowo, a nie ograniczana do poprawy objawowej, dlatego w ewaluacji uwzględniono takie wskaźniki, jak: czas pozostawania w terapii, liczba odbytych spotkań z profesjonalistami, ilość różnych form pomocy i wsparcia, z jakich skorzystali pacjenci i członkowie ich rodzin, a przede wszystkim zmiany w zakresie umiejętności niezbędnych w codziennym życiu pacjenta.

Dla oceny efektywności leczenia środowiskowego ważne jest określenie, co odróżnia takie leczenie od leczenia instytucjonalnego. Psychiatria środowiskowa opiera się na przeniesieniu miejsca leczenia pacjenta z dużych szpitali psychiatrycznych i innych instytucji długiego pobytu do placówek zlokalizowanych w pobliżu miejsca zamieszkania. Leczenie w środowisku pacjenta utożsamiane jest z wyższą jakością życia, lepszym respektowaniem praw pacjenta oraz lepszym bilansem kosztów i korzyści [1].

W niniejszym opracowaniu skoncentrowano się na skuteczności rozumianej jako wystąpienie pozytywnych zmian w codziennym życiu pacjentów.

## ■ Materiał i metody

Ankiety ewaluacyjne modelu leczenia środowiskowego osób z PDP obejmowały dwa rodzaje wskaźników: dane dotyczące aktywności pacjenta w projekcie oraz dane dotyczące jego umiejętności niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania w życiu. Obie ankiety wypełniali pracownicy terapeutyczno-medyczni zatrudnieni w projekcie. Narzędzia zostały opracowane przez zespół realizatorów.

Ankieta dotycząca aktywności pacjenta w projekcie obejmowała 50 pytań skategoryzowanych w 10 obszarach, takich jak: aktywność pacjenta, aktywność członków jego rodziny, sytuacja rodzinna i zawodowa pacjenta, formy wsparcia, z jakich korzystał pacjent – z podziałem na incydentalne i stałe, formy diagnozy, w jakich uczestniczył pacjent, SWOT, współpraca z instytucjami spoza programu, proces zdrowienia.

Drugie narzędzie ewaluacyjne to tzw. karta (arkusz) oceny umiejętności niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania w życiu. Narzędzie w postaci arkusza obserwacyjnego obejmuje 10 kategorii umiejętności niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania w życiu, takich jak: 1. Odżywianie / przygotowanie posiłków; 2. Mieszkanie (opłaty, naprawy, czystość i porządek); 3. Dbałość o wygląd i higienę osobistą; 4. Nawiązywanie i utrzymywanie relacji z ludźmi (związki rodzinne, znajomi); 5. Realizowanie siebie w pracy zawodowej, szkole, na uczelni; 6. Plan dnia; 7. Umiejętność gospodarowania budżetem; 8. Umiejętność korzystania z instytucji publicznych; 9. Świadomość uzależnienia/choroby; 10. Współpraca i motywacja w leczeniu.

W zastosowanym modelu diagnostycznym, odnoszącym się do umiejętności życiowych, przyjęto następujące stopniowanie umiejętności pacjenta: 1 – całkowity brak konkretnej umiejętności; 2–4 – umiejętność występuje

z różnym nasileniem: od bardzo niskiego (2), przez umiejętność korzystania ze wsparcia w danym zakresie (3), po gotowość do samodzielnego wykonywania konkretnych zadań życiowych (4); 5 – pełne i wszechstronne wykorzystanie danej umiejętności przez pacjenta, pacjent jest samodzielny. Tym samym w zakresie poszczególnych obszarów diagnostycznych pacjent mógł uzyskać od 1 do 5 punktów; minimalny wynik we wszystkich obszarach wynosił 10, a maksymalny 50.

Oba narzędzia ewaluacyjne zastosowano wobec wszystkich uczestniczących w projekcie pacjentów (733 osoby). Narzędzia były przygotowane w wersji elektronicznej i wypełniali je pracownicy projektu mający kontakt z danym pacjentem. Pomiarów wykonywano co trzy miesiące – tak długo, jak długo pacjent uczestniczył w programie. Zatem zarówno liczba pomiarów, jak i odległości czasowe od pomiaru pierwszego i końcowego były zróżnicowane, co stanowi jeden z czynników analizowanych w procesie ewaluacji, ale wykracza poza ramy niniejszego opracowania.

Ankiety ewaluacyjne zostały wypełnione dla 733 pacjentów. Średni wiek uczestników programu wynosił 35,76 (blisko 36 lat), przy odchyleniu standardowym wynoszącym 8,9 lat. Najmłodsze osoby uczestniczące w programie miały w chwili zakwalifikowania do projektu 15 lat. Takich osób było 8. Najstarsza osoba, która zakończyła udział w projekcie, liczyła 82 lata. Większość uczestników to osoby w wieku od 22 do 49 lat.

Dane uzyskane w ankietach ewaluacyjnych (aktywność pacjenta w projekcie i karta oceny umiejętności niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania w życiu) wypełnianych przez personel terapeutyczno-medyczny dają możliwość wykorzystania trzech metodologicznych modeli oceny skuteczności:

- **modelu SWOT**, w ramach którego wskazano na mocne i słabe strony oraz szanse i zagrożenia w realizacji programu. Wykorzystano do tego celu wskaźniki ilościowe i jakościowe;
- **modelu klasycznego**, który koncentruje się na ocenie wyników bezpośrednich i odroczonej. W omawianych badaniach skupiono się na wynikach bezpośrednich uzyskiwanych w ostatniej fazie realizacji programu w okresie od czerwca do października 2021 r. Wykazano, między innymi, jak zmieniła się sprawność pacjentów w funkcjonowaniu w życiu codziennym oraz w obszarze pozamedycznym;
- **modelu triangulacyjnego**, który polega na ocenie programu z punktu widzenia różnych grup odbiorców. W przypadku programu *Wspólnie możemy więcej* są to terapeuci uzależnień, terapeuci zajęciowi, psychologowie, pracownicy socjalni.

Wykorzystane w analizie ewaluacyjnej wskaźniki to przede wszystkim dane empiryczne (wskaźniki empiryczne) dotyczące skuteczności i efektywności programu. Ich źródłem są zapisy prowadzone w ankiecie aktywności pacjenta, mówiące o tym:

- Przez ile miesięcy pacjent korzystał ze wsparcia w ramach projektu?
- Czy pacjent złożył rezygnację z udziału w projekcie?
- Ile wizyt odbył pacjent w ośrodku wczesnej interwencji i koordynacji opieki oraz poradni zdrowia psychicznego,

na oddziale dziennym (ilość osobodni), w zespole leczenia środowiskowego, w klubie samopomocy?

- Ile w sumie wizyt odbył pacjent w ramach programu?

W ramach tego wskaźnika wystąpiło ogromne zróżnicowanie, odróżniające modele środowiskowe od instytucjonalnych. Terapeuci zanotowali bowiem od 1 do 49 wizyt jednego pacjenta w trakcie trwania programu. W analizie wyników podamy też średnią liczbę odbytych wizyt, a także formy pomocy, jakie cieszyły się największym i najmniejszym powodzeniem (zapotrzebowaniem) klientów i członków ich rodzin.

Odrębna grupa wskaźników ewaluacyjnych dotyczyła procesu realizacji programu zgodnie z nakreśloną ideą i odnosiła się do konkretnych działań pomocowych oraz terapeutycznych zgodnych ze standardami pomocy terapeutycznej osobom chorym psychicznie i uzależnionym:

- Czy w ramach realizacji działań pacjent miał wykonywane badania psychologiczne, miał wykonywane KONTRAKT, miał wykonywane IPT, miał spisywane rekomendacje i wnioski oraz czy dokonano wobec niego SWOT?

Środowiskowy charakter udzielanej pomocy wkomponowany w realia społeczne wymaga wskazania, z jakich instytucjonalnych form pomocy środowiskowej korzysta uczestnik programu. Ta grupa wskaźników realizacji programu obejmuje następujące dane:

- Czy pacjent korzystał i przez ile dni z mieszkania chronionego/treningowego?
- Czy pacjent korzystał ze wsparcia Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie / Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej, ze środowiskowego domu samopomocy, ze specjalistycznych usług opiekuńczych, z warsztatów terapii zajęciowej, z zajęć w zakładzie aktywności zawodowej, z agencji zatrudnienia dla osób niepełnosprawnych?

W analizie procesu realizacji programu szczególnie istotnym wskaźnikiem empirycznym jest informacja, czy ktoś z członków rodziny uczestniczy w projekcie. Inne wskaźniki dotyczące oceny sytuacji rodzinnej pacjenta w trakcie trwania programu to:

- Czy dla pacjenta została założona Niebieska Karta?
- Czy pacjent zgłosił kogoś z rodziny, by założono mu Niebieską Kartę? (Jeżeli tak, to kogo?)
- Czy zostało zgłoszone zawiadomienie do prokuratury o podejrzeniu przemocy wobec pacjenta?

W zakresie ewaluacji celów i wyników oraz skuteczności i efektywności programu zastosowano wskaźniki definicyjno-inferencyjne oparte na definicji wsparcia, zakładające, że im częściej pacjent korzystał z różnych form terapii i wsparcia, tym większe są szanse na poprawę jego zdrowia psychicznego i funkcjonowania społecznego. Wzięto zatem pod uwagę następujące wskaźniki inferencyjne:

- Czy pacjent uzyskał wsparcie w: ośrodku wczesnej interwencji i koordynacji opieki oraz poradni zdrowia psychicznego, na oddziale dziennym (ilość osobodni), w zespole leczenia środowiskowego, w klubie samopomocy, w gabinecie zabiegowym?
- Czy pacjent uzyskiwał wsparcie od: lekarza, terapeuty środowiskowego, terapeuty uzależnień, terapeuty zajęciowego, psychologa, psychoterapeuty / psychologa

klinicznego, pracownika socjalnego, asystenta ds. zdrowia, pielęgniarki, doradcy zawodowego, coacha?

Analizując skuteczność i efektywność programu zastosowano także wskaźniki definicyjno-inferencyjne skoncentrowane na ocenie efektów w zakresie funkcjonowania emocjonalnego i społecznego pacjenta. Ta grupa wskaźników pochodzi od terapeutów (opiekunów) poszczególnych uczestników programu i obejmuje ocenę efektów udziału pacjenta w projekcie według karty oceny umiejętności niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania w życiu, wyrażoną:

- liczbą punktów przy przyjęciu;
- liczbą punktów podczas ostatniej wizyty;
- liczbą punktów odzwierciedlającą różnicę między najwcześniejszą i najpóźniejszą (końcową) diagnozą.

W ramach modelu SWOT analizowano także, skąd pacjent dowiedział się o projekcie. Informacje te są szczególnie ważne w przypadku promowania modeli środowiskowych, opartych z założenia na sieci relacji społecznych. I tak w ewaluacji procesu realizacji programu pytano respondentów, z jakich źródeł informacji korzystali, podejmując decyzję o udziale w programie: z radia, telewizji, od znajomych, z ulotki, od rodziny, od lekarza rodzinnego.

Podsumowując: wyodrębnione powyżej wskaźniki ewaluacji bezpośrednio odnoszą się do programów zdrowotnych. Według definicji Centers for Disease Control and Prevention (CDC) skuteczna ewaluacja programu zdrowotnego to systematyczna analiza wdrażania strategii interwencji z zamiarem wykorzystania wniosków w celu poprawy podejmowanych w zakresie promocji zdrowia działań informacyjnych, edukacyjnych, interwencyjnych, terapeutycznych, leczniczych [2].

## Wyniki

### Aktywność uczestników programu

Z danych zawartych w ankiecie aktywności pacjenta wynika, że czas udziału w projekcie dla poszczególnych uczestników wynosił od 1 do 31 miesięcy. Średnia długość aktywnego udziału w działaniach zaproponowanych pacjentom to, jak wspomniano, 9 miesięcy. Zdecydowanie najczęstszą sytuacją leczniczą był stosunkowo krótki udział w projekcie. 81 osób (11,05%) wytrzymało w projekcie jedynie miesiąc, 75 osób (10,23%) – 2 miesiące, a kolejne 56 osób (7,64%) – 3 miesiące. Łącznie 28,92% uczestników korzystało z oferty projektu od 1 do 3 miesięcy. Taka dynamika udziału w leczeniu nie jest zaskakująca, ale jednocześnie pozwala bardziej optymistycznie niż w przypadku leczenia stacjonarnego oceniać motywację do zmiany. Niezależnie od dynamiki problemów emocjonalnych program pozwolił pacjentom „przymierzyć się” do zmiany i z pewnością dostarczył nowych doświadczeń oraz wiedzy, gdzie i w jaki sposób można się leczyć.

Stosunkowo liczna grupa pacjentów wytrzymała w programie 5 miesięcy. Było to łącznie 47 osób, co stanowi 6,41% uczestników. Podobnie liczna grupa brała udział w programie przez 7 miesięcy (40 osób – 5,46%). W sumie 192 osoby (26,19%) wytrzymały w programie od 5 do

10 miesięcy. Zatem co czwarta osoba podjęła nie tylko działania związane z poznaniem sensu oddziaływań terapeutycznych, ale pracowała nad zmianą. Równie liczna była grupa, która podjęła pracę nad sobą przez 11/12 miesięcy. Takich osób było 49, co stanowi 6,68% ogółu uczestników. Jeszcze liczniejsza grupa uczestników (91 osób – 12,41%) pozostawała w projekcie przez okres od 13 do 20 miesięcy. W efekcie ponad 90% pacjentów pozostawało w projekcie przez okres do 2 lat. 23 osoby (3,14%) kontaktowały się z terapeutami przez 27–29 miesięcy.

Podsumowując: czas pozostawania w programie i korzystania z oferty projektu można ocenić pozytywnie. Wynika to z cech programów środowiskowych, które nie izolując od najbliższego otoczenia, pozwalają wielu osobom, jak wykazały dane ewaluacyjne, dość długo łączyć proces leczenia z innymi aktywnościami życiowymi. Dzieje się tak dlatego, że opieka w programach leczenia środowiskowego oznacza coś więcej niż standardowe formy terapii – leczenie prowadzone jest przez wielozawodowy zespół (np. terapeuta uzależnień, terapeuta środowiskowy, psycholog, pielęgniarka), a w proces pomagania włączone zostaje całe dostępne otoczenie społeczne, co w praktyce często polega na towarzyszeniu pacjentom w ich życiu.

O sukcesie realizowanego projektu świadczy też fakt, że aż 139 osób (18,96% ogółu pacjentów) wyraziło gotowość udziału w proponowanych przez centrum zdrowia psychicznego formach wsparcia również po zakończeniu realizacji projektu. W tej grupie przeważają osoby o najdłuższym stażu w projekcie.

Analiza ewaluacyjna była także skupiona na rodzajach wsparcia, jakie pacjent uzyskiwał w projekcie. Wskaźniki empiryczne związane z korzystaniem z danego rodzaju wsparcia są podstawą szacowania skuteczności i efektywności udziału w programie. Oznaczają bowiem, że pacjent korzystał z przedstawionych mu propozycji i nawet jeżeli zmiana przypisana efektywności oddziaływań terapeutycznych nie następowała w trakcie trwania programu, to nie można wykluczyć, że pojawią się tak zwane efekty odroczone. Dlatego poniżej dokonano zestawienia dotyczącego korzystania przez pacjentów z różnych form wsparcia oferowanego w ramach projektu (tab. 1).

Analizie poddano też liczbę wizyt pacjentów w poszczególnych miejscach udzielania pomocy, np. w ośrodku wczesnej interwencji i koordynacji opieki, poradni zdrowia psychicznego, na oddziale dziennym, w zespole leczenia środowiskowego. Średnia liczba wizyt, w jakich uczestniczyli pacjenci, wyniosła 41. Rekordziści (3 osoby) odbyli ponad 100 wizyt (w czasie ok. 2,5 roku uczestniczenia w projekcie).

Z danych zawartych w tabeli 1 wynika, że wszyscy pacjenci korzystali ze wsparcia ośrodka wczesnej interwencji i koordynacji opieki oraz poradni zdrowia psychicznego. Pacjenci zgłaszali się na wizyty raz albo nawet kilkadziesiąt razy. Średnia liczba wizyt przypadająca na jednego pacjenta to nieco ponad 11. Ponad połowa uczestników – 514 osób, czyli 70% ogółu – brała udział w spotkaniach w ośrodku wczesnej interwencji i koordynacji opieki oraz poradni zdrowia psychicznego od 1 do 20 razy, a 106 pacjentów (15%) odbyło swoje wizyty od 21 do 40 razy. Przedstawiona częstotliwość korzystania z proponowanych form

Rodzaj uzyskanego wsparcia	Tak	%	Nie	%	X	SD
Ośrodek wczesnej interwencji i koordynacji opieki oraz poradnia zdrowia psychicznego	733	100	0	0	5,05	3,56
Oddział dzienny	111	15,14	622	84,86	7,09	2,32
Zespół leczenia środowiskowego	528	72,03	205	27,97	14,26	2,44
Klub samopomocy	50	6,82	683	93,18	2,99	1,86
Gabinet zabiegowy przy ulicy Hutniczej 10A w Lublinie	28	3,82	705	96,18	1,0	0,42
Gabinet zabiegowy przy ulicy Droga Męczenników Majdanka 20 w Lublinie	61	8,32	672	91,68	1,0	0,24
Mieszkanie chronione/treningowe – osobodni	,7	,9	814	99,1	42,34	22,86

**Tabela 1. Rodzaje wsparcia z jakiego pacjenci korzystali w ramach projektu *Wspólnie możemy więcej***

Źródło: badania własne.

wsparcia pokazuje, jak zindywidualizowane są potrzeby pacjentów w tym zakresie. Średnia liczba wizyt, w jakich uczestniczyli pacjenci w różnych formach pomocy, wyniosła 26,17.

Wszyscy pacjenci, tj. 733 osoby, uczestniczyli w spotkaniach w ośrodku wczesnej interwencji i koordynacji opieki oraz poradni zdrowia psychicznego, w tym 514 osób odbyło od 1 do 20 wizyt, a co trzeci pacjent skorzystał ze wsparcia w tych placówkach od 21 do 49 razy. 30% pacjentów zaliczyło od 11 do 36 wizyt u specjalistów, a pozostałe osoby skorzystały z więcej niż 36 wizyt łącznie w czasie trwania projektu. Mocną stroną rozwiązania realizowanego w ramach omawianego projektu była ciągłość relacji terapeutycznej, a zdecydowanie najpopularniejszą formą wsparcia były wizyty u lekarza psychiatry. Skorzystali z nich wszyscy uczestnicy programu. Na drugim miejscu pod względem zapotrzebowania znalazła się pomoc pielęgniarki, po którą zgłosiło się 549 pacjentów, co stanowi 74,90 % ogółu uczestników projektu. Zdecydowana większość uczestników zgłosiła się również do terapeuty środowiskowego (54,30%). Prawie połowa pacjentów (48,02%) skorzystała z porad terapeuty uzależnień, a co trzeci zgłosił się do psychologa i psychoterapeuty

## Wiek i krytyczne momenty życiowe uczestników programu

Wśród osób, dla których wypełniono ankiety ewaluacyjne, było 39 nastolatków w wieku 15–19 lat (5,32% zbadanej populacji) oraz 126 osób (17,19%) we wczesniej dorosłości, czyli w wieku 20 do 25 lat. Najstarsze osoby, w wieku 65–82 lat, stanowiły 3,82% (28 osób) objętych ewaluacją uczestników programu. Najliczniej w programie reprezentowani byli 23-latkowie (33 osoby – 4,50%) oraz 29-latkowie (28 osób – 3,82%). Liczną grupą byli także 38-latkowie (29 osób – 3,82%) oraz 26-latkowie (27 osób – 3,68%). Kolejna grupa wiekowa, która wyraźnie akcentowała swój udział w programie, to osoby w wieku 21 i 32 lat – po 26 uczestników (po 3,55%).

Ewaluacja pokazuje, że istnieją pewne krytyczne momenty życiowe, istotne w biografii pacjentów, które sprzyjają podejmowaniu leczenia. Taki ważny moment

rozwojowy/życiowy stanowi przede wszystkim uzyskanie pełnoletności oraz wejście w fazę wczesnej dorosłości (20–25 lat). To czas, w którym znaczną rolę w procesie leczenia mogą odgrywać własne motywacje, w tym dojrzałość emocjonalno-społeczna lub wsparcie udzielane przez partnerów (dziewczynę, chłopaka). Także wymagania dotyczące usamodzielnienia i zmiana postaw rodziców wobec dorosłego syna czy córki mogą być czynnikiem mobilizującym. Kolejny moment krytyczny zmuszający osoby z problemami psychicznymi do podjęcia leczenia to wiek 29–38 lat przypadający na pełną dorosłość, w której motywem podejmowania leczenia mogą być zobowiązania rodzinne lub zawodowe. Dorosli podejmują leczenie „dla dzieci”, „dla partnerów”, z „powodów zawodowych”. Ostatni moment przychodzi w wieku emerytalnym. Być może zmiana kontekstu społecznego – w związku z zakończeniem kariery zawodowej, usamodzielnieniem dzieci, osieroceniem, bo odeszli już rodzice, poczuciem upływu czasu – stanowi taki moment krytyczny dokonywania zmian dla samego siebie poprzez podjęcie systematycznego leczenia.

Analiza danych dotyczących wieku uczestników projektu wyraźnie pokazuje, że znaczenie ma także profilaktyka uprzedzająca. W 39 przypadkach uczestnicy programu to osoby w wieku dorastania – 15–19 lat (5,32% zbadanej populacji). W takich przypadkach o udziale w programie decydują najczęściej czynniki społeczne, w tym wsparcie i/lub presja osób najbliższych, profesjonalistów (np. lekarzy rodzinnych, pedagogów, asystentów rodziny) i nieprofesjonalistów (rodziców, przyjaciół).

Podsumowując: jak wykazują dane ewaluacyjne, program spełnia oczekiwania różnych grup wiekowych i właśnie ta różnorodność wieku, wiedzy, umiejętności i doświadczenia uczestników programu stanowi mocną stroną oddziaływań terapeutycznych. Wymiana doświadczeń, ukazanie perspektywy utrzymywania się problemów związanych z chorobami psychicznymi i uzależnieniami, nauka od starszych i młodszych, świadomość zmian, jakie mają miejsce w metodach leczenia, zarówno psychologicznych, jak i farmakologicznych, w poszczególnych pokoleniach to istotne korelaty mające wpływ na efektywność podjętych w programie oddziaływań.

Kolejna mocna strona programu wynikająca ze zróżnicowania wieku beneficjentów to fakt nabywania przez kadrę różnych doświadczeń zawodowych i wymuszanie doskonalenia zawodowego w zakresie udzielania profesjonalnej pomocy osobom z różnych pokoleń.

## Miejsce zamieszkania uczestników programu

Zdecydowana większość uczestników projektu to mieszkańcy dużego miasta (580 osób – 79,13% wszystkich pacjentów). Taka statystyka pokazuje, że łatwy dostęp do specjalistów, nieduża odległość od miejsca zamieszkania i związane z tym niższe koszty dojazdu to istotne czynniki decydujące o podjęciu leczenia. Ale powyższe zestawienie dowodzi też, że nie są to jedyne determinanty. Drugą pod względem liczebności grupą pacjentów byli bowiem mieszkańcy wsi – w sumie 93 osób (12,69%). Ta grupa może zatem skorzystać z oferty takiej jak ta, gdy zostanie dostatecznie zmotywowana korzyściami osobistymi związanymi z procesem zdrowienia i jednocześnie nie ma większych problemów z dojazdem na zajęcia.

## Poziom wykształcenia i aktywność zawodowa uczestników programu

Istotną zmienną społeczno-demograficzną jest wykształcenie uczestników programu. Najliczniejsza grupa, jedna trzecia, legitymuje się wykształceniem zawodowym – ponadgimnazjalnym. Podobny odsetek pacjentów legitymuje się wykształceniem średnim, w tym pomaturalnym. Co piąty uczestnik programu posiada wykształcenie wyższe (149 osób – 20,33 %). Również co piąty uczestnik (22,78% badanych) to osoba słabo wykształcona, posiadająca wykształcenie podstawowe lub gimnazjalne. Poziom wykształcenia uczestników programu wskazuje, że problemy psychiczne mają związek z długością i efektywnością procesu edukacyjnego – negatywnie wpływają na możliwości uczenia się, a także odbierają motywację do uczenia się.

Podsumowując: populacja objęta programem zmian psychicznych jest zdecydowanie gorzej wykształcona niż ogół społeczeństwa polskiego. Analiza struktury wykształcenia Polaków według GUS [5] wskazuje, że w 2018 r. 27,25% społeczeństwa legitymowało się dyplomem wyższej uczelni, zatem odsetek ten jest zdecydowanie wyższy niż wśród uczestników programu. W naszym społeczeństwie udział osób z wykształceniem policealnym i średnim pozostał w ostatnich latach na niezmiennym poziomie blisko 35% [5]. Jednocześnie nastąpił spadek udziału osób z wykształceniem gimnazjalnym, podstawowym i niepełnym podstawowym (o 2 punkty procentowe) oraz z wykształceniem zasadniczym zawodowym (o 1,5 punktu procentowego). Zatem aktualnie szacuje się, że osoby najslabiej wykształcone stanowią około 11% populacji. Wśród uczestników programu takich osób jest blisko dwa razy więcej niż w populacji dorosłych Polaków. Tak niski poziom wykształcenia ogranicza możliwości zatrudnienia, co przekłada się na powszechną wśród uczestników programu bierność zawodową (28,51%

badanych) oraz bezrobocie (42,16%). Łącznie 70,67% uczestników programu to osoby niepracujące. Jedyne co trzeci pacjent pracuje zawodowo (tab. 2).

Zmienna	N	%
Osoba bezrobotna	309	42,16
Osoba bierna zawodowo	209	28,51
Osoba pracująca	215	29,33
Ogółem	733	100,0

**Tabela 2. Status zawodowy uczestników programu**

Źródło: badania własne.

Jednym z podstawowych priorytetów programów środowiskowych powinna być aktywizacja zawodowa osób nimi objętych, a także uregulowanie kwestii otrzymywania przez nie renty chorobowej czy innych form wsparcia materialnego, które powinny być uwarunkowane aktywnym udziałem w procesie leczenia. Tym samym zasadą pomocy społecznej kierowanej do osób chorych psychicznie i uzależnionych powinien być prymat wsparcia informacyjnego, psychicznego, duchowego i edukacyjnego nad wsparciem materialnym. Dotychczasowa – odwrotna – sytuacja sprzyja kształtowaniu postaw biernych zawodowo.

## Specyficzne problemy życiowe uczestników programu

W projekcie uczestniczyły osoby należące do mniejszości narodowej lub etnicznej, migranci oraz osoby obcego pochodzenia, ale stanowiły one bardzo małą grupę, nieprzekraczającą półtora procenta uczestników programu.

Aż 28 osób (3,82%) deklarowało, że mają problemy z bezdomnością lub dostępem do mieszkania.

Z danych zawartych w ankiecie ewaluacyjnej wynika, że co czwarty uczestnik programu posiada orzeczenie o niepełnosprawności (26,19%). 29,88% pacjentów (łącznie 219 osób) przyznało, że znajduje się w innej niekorzystnej sytuacji społecznej. W programie brało udział 5 ubezwłasnowolnionych osób (0,68%).

## Sytuacja rodzinna uczestników programu

Kolejnym obszarem poddanym ewaluacji była ocena sytuacji rodzinnej pacjentów, w tym aktywności członków rodziny pacjenta, obecnych w rodzinie problemów, chorób, sytuacji trudnych. I tak 15 pacjentów miało założoną Niebieską Kartę, a w 14 przypadkach pacjenci zgłosili, że taka forma interwencji w przypadku przemocy domowej dotyczy członków ich rodziny. W 11 przypadkach zgłoszono zawiadomienie do prokuratury o podejrzeniu przemocy wobec pacjenta. Można zatem szacować, że w około 3% rodzin osób z podwójną diagnozą zgłaszane są problemy związane z przemocą domową.

W projekcie uczestniczyło 481 członków rodzin, co stanowi ponad połowę rodzin badanych pacjentów (65,62%).

Osobom tym proponowano różne formy wsparcia informacyjnego i edukacyjnego oraz emocjonalnego. Konieczne jednak trzeba zaakcentować, że tylko 301 pacjentów (41,06%) zgodziło się na udział członków swojej rodziny w projekcie. Jak wykazuje praktyka, pacjenci bardzo często nie udzielają nawet upoważnień do informowania o ich sytuacji medycznej członkom rodziny, tym bardziej więc nie są gotowi do włączania rodziny do projektu.

Terapeuci, na podstawie wywiadów z pacjentami, scharakteryzowali ich sytuację rodzinną – w formie odpowiedzi na pytania ankiety ewaluacyjnej, ale także w formie swobodnych notatek ukazujących problemy rodzinne swoich podopiecznych. Poniżej niektóre z uwag zawartych w ankiecie ewaluacyjnej. Pokazują one, co było ważne dla pacjentów i o czym opowiadali terapeutom. Wypowiedzi pacjentów można podzielić na cztery grupy: skoncentrowane na aktualnym związku partnerskim, skoncentrowane na rodzinie pochodzenia, skoncentrowane na rodzinie własnej, opisujące samotność.

#### **Wypowiedzi skoncentrowane na związku małżeńskim/partnerskim**

- Pacjent mieszka z partnerką i jej dwójką dzieci z poprzedniego związku, syn niepełnosprawny, jeździ na wózku inwalidzkim. Rozwiedziony, syn z tego małżeństwa ma 9 lat, mieszka w Skierniewicach, podaje, że ma dobry kontakt. Bez ograniczonych praw rodzicielskich.
- Pacjent pozostaje w nieformalnym związku z partnerką, z którą ma 14-miesięczne dziecko. Warunki socjalne trudne (w mieszkaniu mieszka jeszcze matka partnerki oraz jej dzieci – 7 i 8 lat). Aktualnie nie pracuje zawodowo, zajmuje się dzieckiem.
- Pacjent lat 31, żonaty, córka 11 lat, jest na nauczaniu zdalnym, klasa 5 szkoły podstawowej. Do października mieszkał z rodziną w Anglii. Pracował jako kierownik kuchni w restauracji. Uzależnienie od alkoholu od kilku lat, „spożywałem praktycznie codziennie, jak żona była, to nie piłem prawie, 4 piwa dziennie. Po pracy 4-8 piw. Od dwóch lat przestałem imprezować. Bo chciałem żonie pokazać, że mogę”.
- Pacjent lat 60, żonaty, troje dzieci, dwie córki i syn. Mieszka z żoną, córką i synem. Od wielu lat uzależniony od alkoholu. Córka z matką złożyły wniosek do sądu o leczenie. Syn również nadużywa alkoholu.
- Pacjent jest rozwiedziony, posiada dwóch dorosłych synów, jeden z nich mieszka za granicą, drugi w Lublinie. Od 15 lat jest w nieformalnym związku. Długo mieszkali razem, kiedy ponownie wprowadził się syn partnerki z powodu częstych sprzeczek – pacjent wprowadził się.

#### **Wypowiedzi skoncentrowane na rodzinie pochodzenia**

- Rodzice są uzależnieni od alkoholu, ale nie podejmowali leczenia. Rodzeństwo: siostra starsza, dwóch braci – jeden starszy, jeden młodszy. „Starszy brat nadużywał alkoholu, 3 razy na Abramowickiej w szpitalu, od pół roku nie sięga”. Syn pół roku, półtora miesiąca temu narzeczony odszedł, powiedział, że potrzebuje czasu. Mieszka sama z dzieckiem.
- Urodził się w rodzinie niepełnej, ojciec od początku nie chciał mieć z nim kontaktu. Matka wyszła za mąż, ojczyzna Dominik traktuje jako ojca. Posiada dwie

młodsze siostry. W rodzinie występowało uzależnienie ze strony matki, dziadek zmagał się z uzależnieniem od alkoholu. Matka pomaga pacjentowi finansowo.

- Gdy pacjentka miała 11 lat, jej matka bez słowa wyjechała za granicę. Została z ojcem, długo nie wiedzieli, co się stało z matką, szukali jej po mieście. Matka wróciła po około dwóch latach. Jako drugą sytuację wymienia śmierć dziadka, która miała miejsce trzy lata temu. Obecna sytuacja życiowa: pacjentka mieszka z rodzicami, jest w klasie 3 technikum gastronomicznego. Od około miesiąca jest w związku z chłopakiem. W rodzinie nikt nie leczył się psychiatrycznie, dziadek był uzależniony od alkoholu.
- Mama choruje na depresję. „Mój biologiczny ojciec był przemocowy, chyba powinien się leczyć psychiatrycznie, z tego, co wiem, się nie leczył. Kiedy miałam 11 lat, wyprowadziłyśmy się z mamą i siostrą od niego”. Rodzice mają rozwód. Mama jest w nowym związku, mieszka z partnerem. Ojciec nie był uzależniony. „Jestem jedyną osobą, która z nim utrzymuje kontakt”. Siostra starsza 2 lata – „na niej się to bardziej odbiło, ojciec miał sądowy zakaz zbliżania się. Histeryzowała, po niej to bardziej widać (...). Ja miałam wyrwany ze stawu łokieć, siostra wstrząśnienie mózgu, jak nią rzucił o szafę”.
- Obecnie pacjent mieszka z rodzicami, matka najbardziej aktywna, wspiera syna, zależy jej, aby syn się leczył. Ojciec bierny, jeżeli chodzi o pomoc synowi.
- Wychowywana przez matkę, posiada rodzeństwo przyrodnie, kiedy miała 7 lat, rodzice rozwiedli się z powodu stosowania przez ojca przemocy w stosunku do matki. Z ojcem utrzymuje kontakt okazjonalny, ale „zatrzuwa nam życie cały czas”. Z matką mieszka. Rodzice często wciągają ją w sprawy między nimi. Od lutego 2021 roku jest w związku z chłopakiem.
- Pacjent przyszedł do centrum w towarzystwie rodziców. Jest wychowywany w pełnej rodzinie, ma brata o 3 lata starszego. W stosunku do rodziców okazuje zachowania opozycyjno-buntownicze. Od czasu kiedy pojawiły się trudności wychowawcze, rodzice kontrolują syna, sprawdzają telefon komórkowy, zaprowadzają syna do szkoły i przyprowadzają go z niej.
- Pacjent mieszka z matką, której zależy, aby syn podjął leczenie. Ojciec uzależniony od alkoholu przebywa w zakładzie karnym. Posiada dwie siostry – starszą, mieszkającą osobno, i młodszą, niepełnoletnią, która mieszka z pacjentem. Siostry nie ingerują w sprawę brata. Pacjent jest na utrzymaniu matki, która zajmuje się rolnictwem. Matka naciska na syna, aby jej pomagał w prowadzeniu gospodarki. Pacjent buntowniczo nastawiony do matki, czuje się wykorzystywany przez nią.
- Pacjent wychował się w rodzinie niepełnej, rodzice się rozwiedli. Posiada starszą siostrę i siostrę bliźniaczkę. Po rozwodzie rodziców został z matką, która nadużywała alkoholu. Natomiast kiedy mieszkał jeszcze z ojcem, to ten był w stosunku do niego agresywny. Matka zmarła, kiedy miał około 10 lat. Zamieszkał z ojcem, z którym nie miał dobrych relacji. Jako dorosły mieszkał z babcią. Kiedy podupadła na zdrowiu, ojciec założył sprawę sądową, zarzucając synowi, że

stosuje przemoc wobec babki. Sąd uniewinnił pacjenta, ale ten ma żal do ojca. Obecnie z ojcem kontaktuje się telefonicznie, przeważnie z okazji imienin itp. Z siostrami w ostatnim czasie kontakt się urwał.

- Pacjent wychowywał się w rodzinie patologicznej, ojciec uzależniony od alkoholu stosował przemoc, matka bierna. Rozwiodła się z mężem, kiedy opieka społeczna zagroziła jej, że zabierze dzieci. Kiedy pacjent przystąpił do projektu, mieszkał z matką i z jej partnerem. Był z nimi skonfliktowany, zwłaszcza z partnerem matki.
- Pacjent wychowywał się w rodzinie pełnej, wielodzietnej, jak podkreśla – bardzo religijnej. Kiedy był nastolatkiem, pojawiły się u niego objawy zaburzeń psychicznych. Rodzice nie wspierali go w tym czasie, za co ma do nich żal. Obecnie jest samodzielny, mieszka osobno, utrzymuje się sam. Utrzymuje kontakt zarówno z rodzicami, jak i rodzeństwem.
- Pacjent wychowywany przez babcię, ojciec uzależniony od alkoholu, stosował przemoc wobec matki. Rodzice się rozwiedli, kiedy był mały. Ojciec nie utrzymuje z nim kontaktu, matka z pacjentem widywała się okazjonalnie, ponieważ wyjechała w celu zarobkowym za granicę, gdzie związała się z obecnym partnerem. Kilka lat temu wróciła do Polski z partnerem, mieszkają razem, również z pacjentem. Ubezwłasnowolniła syna.
- Pacjent stanu wolnego (kawaler), mieszka z rodzicami, którzy utrzymują się z rolnictwa. Na wizyty przyjeżdżał w towarzystwie mamy, która miała małą świadomość choroby syna.
- Pacjentka jest na utrzymaniu ojca, mieszka z nim i babcią. Kiedy była mała, matka zostawiła rodzinę dla innego mężczyzny. Więź z ojcem określa jako dobrą. Nikt w rodzinie nie leczył się na zaburzenia psychiczne, matka nadużywała alkoholu.
- Pacjentka mieszka z ojcem, matka popełniła samobójstwo, kiedy pacjentka miała 10 lat. Ojciec na prośbę terapeuty przyjechał do poradni, był tylko raz. Odmówił dalszej współpracy. Pacjentka była poddawana egzorcyzmom przed umieszczeniem w oddziale psychiatrycznym.
- Pacjentka wychowywała się w rodzinie niepełnej, rodzice po rozwodzie. Matka od kilku lat przebywa w placówce penitencjarnej, odbywa karę pozbawienia wolności. Ojciec miał przyznane prawa rodzicielskie, mieszka w Zamościu z siostrą o 6 lat młodszą. W odczuciu pacjentki ojciec faworyzuje siostrę, która jest dobrą uczennicą.
- Pacjentka wychowywała się w rodzinie pełnej, ojciec od wielu lat uzależniony od alkoholu, zdarzało się, że bywał agresywny. Posiada młodszego brata, lat 18, z którym relacje określa jako przeciętne. Jest na utrzymaniu rodziców.
- Pochodzi z rodziny pełnej, posiada rodzeństwo: siostra 15-letnia, brat 13-letni. Matkę określa jako: agresywną werbalnie, niekontrolującą emocji, nieprzebiegającą w słowach, to ona rządzi w domu, dominująca. Ojciec wycofany, stroniący od problemów, oschły, sztywny emocjonalnie.

## Wypowiedzi skoncentrowane na rodzinie własnej

- Pacjentka lat 37, mężatka, siedmioro dzieci w wieku od 12 lat do 8 miesięcy. Sprawuje opiekę nad sześciorgiem, jeden syn znajduje się „u zakonnicy na Kraśnickich, bo miał zajęczą wargę i nie mógł jeść” (Dom Zakonny Instytutu Sióstr Służebnic). Obecnie pacjentka dostała informację o obowiązku alimentacyjnym wobec syna. Wszystkie dzieci mają niepełnosprawności, jedno dziecko z zespołem Downa, najstarszy syn posiada orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym, część dzieci jest pod opieką poradni zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Obecnie oczekuje na sprawę o ograniczenie praw rodzicielskich nad najmłodszym dzieckiem. Mąż nie pracuje, ma trójkę dzieci z poprzedniego związku. Pacjentka nie wychodzi z domu, mąż jeździ z dziećmi do lekarzy, załatwia sprawy urzędowe. Jego zdaniem pacjentka nie angażuje się wystarczająco w opiekę nad dziećmi, ponieważ za dużo czasu spędza nad gramami na telefon komórkowy.
- Pacjent jest żonaty, posiada dwoje dzieci. Żona dała mu ultimatum, że jeżeli nie zacznie się leczyć, to od niego odejdzie.
- Pacjent jest żonaty, posiada dwóch synów w wieku 18 i 13 lat. Wykształcenie wyższe pedagogiczne. Pracuje jako operator obrabiarek CNC. W rodzinie brat naużywa alkoholu, nikt nie cierpiał na zaburzenia psychiczne.
- Pacjent lat 34, żonaty, dwoje dzieci 10 i 6 lat. W związku z wieloletnim nadużywaniem alkoholu żona postawiła warunek o podjęciu leczenia i wyprowadziła się z domu. Wróci do męża, jeżeli ten przestanie odurzać się alkoholem.
- Pacjent od trzynastu lat na stałe mieszka w Anglii z żoną i dwójką dzieci. Posiada wykształcenie wyższe (licencjat). Obecnie nie pracuje, porzucił pracę z powodu nadużywania alkoholu. Pacjent do poradni zgłosił się z problemem alkoholowym.
- Pacjentka 52-letnia, mężatka, ma 16-letniego syna i 30-letnią córkę. Mieszka z mężem i synem. Wykształcenie średnie techniczne, aktualnie bezrobotna (od czterech lat nie pracuje, wcześniej pracowała jako kierownik produkcji w telewizji). Ma uprawnienia technika farmacji. Wywiad rodzinny w kierunku chorób psychicznych i uzależnień: ojciec – uzależnienie od alkoholu, matka – depresja. W dzieciństwie była świadkiem przemocy ojca wobec matki.
- Pacjentka jest mężatką, od 5 lat w separacji. Mieszka z synem (29 lat) i synową w domu wolnostojącym. Mąż mieszka w tym samym budynku, lecz na innym piętrze, co sprawia że kontakty z nim są ograniczone. Posiada wykształcenie średnie, przed uzyskaniem renty pracowała w firmie męża. Syna określa jako nerwowego, agresywnego, uzależnionego od substancji psychoaktywnych, 3–4 razy odbywał karę pozbawienia wolności za kierowanie samochodem pod wpływem alkoholu. Obecnie poddany jest dozorowi elektronicznemu. W zakładzie karnym zdiagnozowano u niego F20.0 (według ICD-10 – schizofrenia paranoidalna). Obciążanie: większość członków rodziny od strony ojca chorowała na nerwicę, natomiast ze strony babci na schizofrenię.



- Pacjent w trakcie programu poprawił relacje z siostrą i matką. W czasie terapii kontaktował się z nimi. Pracował również nad kontaktami z małoletnimi córkami, podjął z nimi kontakt, złożył sprawę w sądzie o ustalenie widzeń.

#### Wypowiedzi akcentujące samotność pacjenta

- Pacjent lat 55, rozwiedziony od 1997 roku, wykształcenie zawodowe, mieszka samotnie. Dorosłe dzieci interesują się pacjentem okazjonalnie.
- Pacjent 35-letni, kawaler, bezdzietny. Mieszka samotnie. W rodzinie nikt nie leczył się psychiatrycznie, nie był uzależniony od substancji psychoaktywnych. Pacjent zgłasza słabą więź z ojcem.
- Pacjent mieszka z babcią, która nie posiada wiedzy na temat jego problemów. Matka dwa lat temu zmarła, ojciec mieszka za granicą, pacjent ma z nim kontakt okazjonalny.
- Pacjentka jest samotną mamą 2-letniej córki, mieszka z matką i chorym bratem. Brak motywacji własnej do kontynuowania terapii.
- Pacjentka jest samotna. Korzysta ze wsparcia przyjaciół i osób z grupy wyznaniowej.
- Pacjentka mieszka samodzielnie na stacji, z rodziną utrzymuje kontakt okazjonalny z powodu dużej odległości i trudności w relacjach z członkami rodziny. Matka, kiedy pacjentka miała 4 lata, zostawiła rodzinę, przez długi czas zmagając się z uzależnieniem od alkoholu, natomiast ojciec – z zawodu marynarz – nie zawsze był w domu, pacjentka była wychowywana przez babcię.

Przytoczone historie pacjentów pokazują, że zaburzenia psychiczne trwające przez wiele lat wpływają niekorzystnie na jakość życia chorych i rodzin opiekujących się chorymi. Choroba wpływa na strukturę rodziny i na stosunki między członkami rodziny: rodzicami, dziećmi, małżonkami. Koszty emocjonalne, społeczne, ekonomiczne chorób i współzależnienia pacjentów z PDP i ich rodzin są

ogromne. Należą do nich: stracona aktywność produkcyjna osób chorych i ich rodzin, bezrobocie, alienacja społeczna, wcześniejsze przechodzenie na rentę inwalidzką, eskalacja problemów z dzieciństwa i wczesnej młodości (np. depresja, zaburzenia zachowania), ciężar emocjonalny i niższa jakość życia rodzin, w których znajdują się osoby chore, oraz bezpośrednie i pośrednie koszty finansowe ponoszone przez osoby chore i ich rodziny.

### Ocena umiejętności niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania w życiu

W ramach ewaluacji programu *Wspólnie możemy więcej* szczególne miejsce zajmowała analiza skuteczności oddziaływań, w jakich uczestniczyli pacjenci, skoncentrowana na pomiarze zmian w ich funkcjonowaniu społecznym i emocjonalnym. Mierzono, co pacjent osiągnął poza systemem medycznym, w życiu osobistym i zawodowym. W tym celu prowadzący lekarz psychiatra lub terapeuta dla każdego pacjenta wypełniał arkusz oceny umiejętności niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania w życiu. Arkusz był wypełniany co trzy miesiące, tak długo, jak długo pacjent uczestniczył w programie. Konstrukcja arkusza spełnia kryteria naukowych narzędzi ewaluacyjnych. Uzyskane informacje, dobrze obrazujące zmiany w podstawowych umiejętnościach niezbędnych do codziennego życia, przedstawia tabela 3.

Ocena funkcjonowania pacjenta poza systemem medycznym wskazuje, że średnia punktacja pozwalająca ocenić funkcjonowanie pacjenta w życiu codziennym na wejściu do projektu wynosiła 32,8 punktów, przy odchyleniu standardowym równym 6,79. Najmniejsza liczba uzyskanych punktów wynosiła 10 i wskazywała na brak umiejętności niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania w życiu. Największa uzyskana liczba punktów, 50 (6%), świadczy o wysokim poziomie dysponowania

Kategoria umiejętności niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania w życiu	Pomiar początkowy (wstawiamy punkty od 1 do 5) X	Pomiar końcowy (wstawiamy punkty od 1 do 5) X
Odżywianie / przygotowanie posiłków	3,21	3,29
Mieszkanie (opłaty, naprawy, czystość i porządek)	2,78	3,01
Dbłość o wygląd i higienę osobistą	3,04	3,97
Nawiązywanie i utrzymywanie relacji z ludźmi (związki rodzinne, znajomi)	2,98	3,74
Realizowanie siebie w pracy zawodowej, szkole, na uczelni	2,09	3,50
Plan dnia	3,02	3,99
Umiejętność gospodarowania budżetem	3,08	3,99
Umiejętność korzystania z instytucji publicznych	2,89	3,97
Świadomość uzależnienia/choroby	3,05	3,99
Współpraca i motywacja w leczeniu	2,07	3,67

Tabela 3. Umiejętności niezbędne do prawidłowego funkcjonowania w życiu

Źródło: badania własne.

umiejętnościami niezbędnymi do prawidłowego, codziennego funkcjonowania.

Wyniki niskie, do 20 punktów, świadczące o znacznych brakach w zakresie umiejętności niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania w życiu uzyskało 39,15% (287 osób) uczestników programu. Średnia arytmetyczna dla naszych pacjentów w tym ostatnim pomiarze wyniosła 36,08 i była istotnie statystycznie wyższa od średniej uzyskanej na wejściu do projektu (32,8). Przyrost umiejętności niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania w życiu dotyczył 72,31% (530) uczestników programu, co w pełni uzasadnia i potwierdza skuteczność oddziaływań środowiskowych.

W odniesieniu do obszarów, jakie mierzyła karta oceny umiejętności niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania w życiu, można stwierdzić, że wskaźniki skuteczności leczenia środowiskowego dotyczą poprawy w zakresie funkcjonowania w życiu codziennym, w tym dbałości o siebie, nawiązywania relacji z innymi ludźmi, umiejętności korzystania z instytucji publicznych, oraz poprawy stanu psychicznego, w tym świadomości uzależnienia/choroby oraz zmniejszenia obciążenia rodziny problemami psychicznymi pacjenta.

Interpretacji danych z kart obserwacji umiejętności niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania w życiu dokonano w oparciu o założenia teorii zachowania zasobów (*conservation of resources*, COS) Stevena Hobfolla. Teoria COR zakłada, że ludzie dążą do uzyskania, utrzymania, troski i ochrony tych rzeczy, które cenią najbardziej. Wykorzystują oni swoje główne zasoby do regulacji „Ja”, do funkcjonowania w relacjach społecznych oraz do zachowania i przystosowywania się w rolach do szerszego kontekstu organizacji i kultury. Teoria sugeruje, że wspomniane dążenie jest normalnym celem ludzkiego reagowania i dotyczy większości zachowań [3].

Hobfoll przyjmuje zasadę, że ogólnym celem ludzkiej aktywności jest uzyskiwanie, utrzymywanie i ochrona cenionych obiektów, określonych jako zasoby. Autor wyróżnia cztery rodzaje zasobów:

1. Przedmioty, na przykład mieszkanie, środki transportu.
2. Warunki, na przykład stała praca, dobre małżeństwo.
3. Zasoby osobiste, na przykład umiejętności interpersonalne, poczucie skuteczności osobistej.
4. Zasoby energetyczne, na przykład pieniądze, wiedza [3].

W omówieniu wyników ewaluacji skoncentrowano się na zasobach osobistych, ze szczególnym uwzględnieniem świadomości uzależnienia i/lub choroby oraz współpracy i motywacji w procesie leczenia. W ich analizie zostaną przytoczone wypowiedzi pacjentów na różnych etapach udziału w projekcie. Przytoczone zostaną te wypowiedzi, które akcentują odczuwane przez pacjenta zmiany w różnych obszarach życia. Pacjenci najczęściej akcentowali zmiany w funkcjonowaniu psychicznym i w relacjach społecznych.

Analiza tych wypowiedzi wskazuje na efektywność i skuteczność odczuwaną przez pacjentów i zawiera jednoznaczne wskazówki dotyczące kierunków pracy terapeutycznej z osobami z PDP. Wypowiedzi swobodne pacjentów dotyczyły zmiany w sposobie percepcji siebie i swoich problemów, zmiany w funkcjonowaniu psychicznym oraz relacji terapeutycznych

### **Zmiany w sposobie percepcji siebie i swoich problemów**

- Bardzo dużo dowiedziałam się o sobie, jak nigdy dotąd. Pomaga mi to w życiu codziennym i w sprawach służbowych. Mogę podejmować dobre decyzje. Przyglądam się teraz swojemu życiu z większą uwagą. Jestem baczniejsza na każdy element życia. Poprawił mi się komfort snu, rano wstaję wypoczęta i pełna energii na nowy dzień.
- Kontrola głodu narkotykowego poprzez uświadomienie sobie, że może występować w danej sytuacji. Bardziej stabilne życie dzięki regularnym spotkaniom cotygodniowym o stałej porze.
- Dzięki terapii przyjrzałam się sobie. Udało mi się odstawić alkohol i ograniczyć jedzenie słodczy. Brak poczucia, że życie przecieka przez palce.
- Spojrzałam z innej perspektywy na swoje życie. Lepiej poznałam siebie.
- Pomogło mi dostrzec problem z alkoholem i uświadomić sobie, że chcę to zmienić.
- Uświadomiłam sobie problem z przejadaniem się, nie dbałość w ubieraniu się.
- Pomogło mi inaczej spojrzeć na świat. Teraz mogę być, kim chcę.

### **Zmiany w funkcjonowaniu psychicznym**

- Oczekiwania co do terapii były takie, aby łatwiej mi było sobie radzić w sytuacjach życiowych. Myślę, że terapia pozwoliła mi to uzyskać.
- Dzięki lekom polepszyło się moje samopoczucie. Zaczęłam więcej wychodzić z domu.
- Zaczęłam lubić znajdować się w nowych sytuacjach i poznawać nowych ludzi.
- Poznałam nowe osoby. Umiejętniej się wypowiadać. Poprawił mi się nastrój.
- Udało się odstawić uzależniające leki. Zdobyłem większy wgląd w siebie, lepiej siebie rozumiem. Nauczyłem się być bardziej wyrozumiałym wobec innych ludzi.
- Dzięki udziałowi w tym projekcie jestem osobą trzeźwą od sierpnia 2020 roku. Nauczyłam się odróżniać swoje emocje i radzić sobie z nimi. Odbudowałam poczucie wartości. Życie nabrało sensu. Poprawiły się moje relacje z ludźmi (z dziećmi, mężem, z mamą). Nauczyłam się stawiać granice. Żyje się lepiej.
- Cotygodniowe wizyty pomogły w narzuceniu sobie pewnego rodzaju rutyny, były okazją, by częściej wychodzić z domu.
- Udział w projekcie spowodował także, że jestem bardziej pewny siebie. Wsparcie, jakie uzyskałem, pomogło mi w kontaktach z ludźmi.

### **Relacje terapeutyczne**

- Niczego nie trzeba zmieniać. Moja terapeutka, pani Ewelina, doskonale wywiązuje się z powierzonej funkcji.
- Poczucie więzi z terapeutką, że można zawsze na nią liczyć, że nie zostanie się samemu z problemem.
- Asystent zdrowienia chodził ze mną na siłownię. Ważna jest regularność spotkań.
- Potrzeba więcej zajęć z grupy wsparcia. Krótsze przerwy na rzecz dodatkowego bloku.
- Chodzenie do terapeuty i do klubu – i rok abstynencji.
- Mogę porozmawiać o wszystkim z terapeutką.

- Dzięki pani terapeutce mój tata wyleczył się z ciężkiej depresji.
- Wsparcie psychiczne, jakim byłam obdarzona, podniosło moją samoocenę i pomogło uwierzyć we własne możliwości.
- Byłem pacjentem oddziału dziennego. Wsparciem była objęta moja rodzina. Jestem za to bardzo wdzięczny.

Bez wątpienia to, co dostrzegamy, obserwując zachowania osób z PDP, to trudność z odnalezieniem się w społeczeństwie, w jego normach, wymaganiach, ale również w możliwościach, jakie stwarza życie społeczne. Tym samym mamy do czynienia z sytuacją, w której rodzina i społeczeństwo ponoszą różne koszty związane z obecnością osób niepełnosprawnych konstruktywnego funkcjonowania. Także sami chorzy ponoszą stałe koszty, tracą zasoby i szanse na lepsze życie. Mimo że „unikają” społecznych wymagań, czyli niejako zyskują brak wysiłku, to jednak nie mają również społecznych przywilejów i „nagród” za aktywność w społeczeństwie.

Dlatego w ewaluacji skuteczności programów wsparcia i leczenia osób z PDP tak ważne jest monitorowanie zmian w zakresie funkcjonowania społecznego. Poniżej dokonano charakterystyki dziesięciu obszarów prawidłowego życia i zmian, jakie dostrzegali lekarze psychiatry i terapeuci w bezpośrednim kontakcie z uczestnikami programu.

Przede wszystkim podstawą zmian w zakresie funkcjonowania społecznego pacjentów jest współpraca z ich rodzinami. W wielu wypadkach sama rodzina nie chce brać udziału w projekcie, a nawet utrzymywać kontaktu z terapeutami – oddaje chorego w ręce specjalistów, a sama nie czuje potrzeby wsparcia i współpracy. Dzieje się tak najczęściej, kiedy członkowie rodziny odsuwają problem od siebie, utrzymując, że to pacjent jest jego jedynym źródłem. Zdejmują z siebie w ten sposób poczucie winy. Powyższe problemy dobrze obrazują dane ewaluacyjne. W większości sytuacji odnotowano brak współpracy, a okazjonalną współpracę oszacowano w odniesieniu do rodzin 217 pacjentów (29,60%). W 84 przypadkach (11,46% uczestników programu) współpraca z rodziną była zadowalająca, a nawet dobra.

Terapeuci analizowali też stosowanie się przez pacjenta i jego rodzinę do zaleceń lekarza. Jako zadowalające uznano zachowania 279 pacjentów, czyli 38,06% populacji poddanej ewaluacji. Podobna grupa pacjentów i ich rodzin (241 – 32,88%) stosowała się okazjonalnie do zaleceń lekarzy i terapeutów. Pozostałe osoby (213 – 29,05%) w sposób niezadowalający funkcjonowały w relacji terapeutycznej i w niewielkim stopniu uwzględniały zalecenia medyczne.

Odnosnie do opisu zmian, jakie obserwowano w funkcjonowaniu psychicznym i codziennym pacjentów, terapeuci wskazali na brak stabilizacji stanu psychicznego 105 pacjentów, co stanowi 14,32% ogółu uczestników programu. Brak zmian dotyczył 153 pacjentów, czyli ponad 20,87% uczestników programu. Niewielka stabilizacja stanu psychicznego została odnotowana u 372 osób (50,75%), a znaczna stabilizacja stanu psychicznego – u 103 pacjentów, czyli w 14,05% przypadków. Kilkadziesiąt osób, niewiele ponad 10% uczestników projektu, w różnych fazach uczestnictwa utrzymywało abstynencję.

Przy analizie zmian, jakich doświadczyli pacjenci uczestniczący w programie *Wspólnie możemy więcej*, starano się traktować okres choroby nie jako bierne oczekiwanie na cud, ale jako fazę poszukiwania rozwiązań, nadziei na zmianę, jako fazę nauki, a przede wszystkim sytuację nową i trudną, ale rozwojową, jako kryzys rozwojowy, możliwy do przepracowania. Dlatego w oszacowaniu zmian wprowadzono kategorie opisowe ich natężenia, takie jak: brak stabilizacji stanu psychicznego pacjenta, niewielka stabilizacja stanu psychicznego pacjenta, znaczna stabilizacja stanu psychicznego pacjenta lub pacjent utrzymuje abstynencję.

W przeprowadzonej ewaluacji do pozytywnie zakończono udziału w programie zaliczono te przypadki, których ostatecznym wynikiem jest pozytywna zmiana postawy pacjenta wobec swojej choroby/uzależnienia, niebudząca żadnych zastrzeżeń, czego dowodem jest znaczna stabilizacja stanu psychicznego pacjenta w ocenie specjalisty, a nie jedynie pacjenta. Oczywiście zdarzały się sytuacje znacznej poprawy stanu zdrowia pacjenta, o której zdecydowały nie tylko starania personelu medycznego, lecz również okoliczności niezależne od przebiegu programu, np. sytuacja rodzinna pacjenta uległa znacznej poprawie, zmieniły się okoliczności jego życia, funkcjonowania zawodowego.

## Nawiązywanie i utrzymywanie relacji z ludźmi (związki rodzinne, znajomi)

Zachowania dysfunkcyjne prezentowane przez odbiorców programu składają się na sposób funkcjonowania, który w skrócie można określić jako zaburzone realizowanie ról społecznych. Problemy z wykonywaniem ról społecznych obejmują nie tylko obszar dotyczący trzeźwości (kontynuacja terapii, abstynencja, leczenie psychiatryczne), ale także sferę funkcjonowania w społeczeństwie (życie zawodowe, rodzinne, w lokalnej społeczności, kontynuacja nauki).

Analiza ocen, jakich dokonali lekarze psychiatry na temat umiejętności społecznych uczestników programu w sferze nawiązywania i utrzymywania relacji z ludźmi, wskazuje, że w początkowej fazie udziału w programie większość pacjentów (454 osoby – 61,95% ogółu pacjentów) nie potrafiła nawiązywać i utrzymywać wartościowych relacji z ludźmi, zarówno z osobami najbliższymi, jak i znajomymi, sąsiadami, kolegami. Zmiana w tym zakresie jest wyraźna, bowiem w pomiarze trzecim, czyli po minimum 9 miesiącach udziału w programie, większość pacjentów nabywała umiejętności nawiązania i utrzymania relacji z innymi, jednak głównie z inicjatywy innych osób.

W programie *Wspólnie możemy więcej* przyjęto – za Osherem i Kofoedenem [za: 4] – założenie, zgodnie z którym leczenie powinno opierać się na motywowaniu osoby chorej do podjęcia leczenia długoterminowego przy pomocy niekonfrontacyjnych technik treningu umiejętności społecznych i rozwiązywaniu problemów oraz pracy nad zapobieganiem nawrotom.

Większość pacjentów rozpoczynających udział w programie prezentowała następujące dysfunkcje:

- nieszukanie dla siebie zatrudnienia;
- rezygnacja z podjętej pracy przy pierwszych trudnościach;
- zrywanie lub brak odnawiania czy nawiązywania więzi rodzinnych;
- niepodejmowanie działań mających na celu samodzielną egzystencję – oczekiwanie od instytucji społecznych zaspokajania potrzeb życiowych (zamieszkanie, wyżywienie, zapewnienie pracy);
- częste konflikty z otoczeniem;
- deklarowanie poczucia bezradności i braku wiary w siebie;
- łamanie abstynencji – powrót do picia alkoholu;
- brak kontynuacji terapii.

Podsumowując projekt, wnioskować można, że zachowania te wynikają z braku umiejętności konstruktywnych, pozwalających na satysfakcjonujące i dostosowane do norm funkcjonowanie w społeczeństwie. Osoby z PDP prezentują zachowania, które znają, natomiast nie potrafią, bądź nie wiedzą, że potrafią, zachowywać się w sposób inny – „funkcjonalny”. Dlatego w raportach i rekomendacjach wydawanych przez lekarzy i terapeutów dla każdego pacjenta po każdym etapie udziału w programie koncentrowano się na ocenie i analizie zmian w funkcjonowaniu psychicznym pacjenta.

Zapewne część zachowań związanych z uzależnieniami słabnie z upływem czasu, tzn. można je przypisać samoistnej remisji, jednak siła objawów i czas ich trwania, fakt sprzężeń pomiędzy chorobą a uzależnieniem wymusza stosowanie długotrwałych, a także wieloaspektowych form pomocy i leczenia. Nie można też pominąć kwestii pomocy nieprofesjonalnej, wsparcia rodzinnego w procesie zdrowienia. Środowisko otwarte na osobę chorą i/lub uzależnioną daje jej możliwość wykształcenia nowych postaw i nabycia praktycznych umiejętności sprzyjających prawidłowemu funkcjonowaniu – pomaga powstrzymać się od picia lub wzmacnia motywację do leczenia.

## Dyskusja: analiza skuteczności i efektywności oddziaływań wobec pacjentów w ocenie terapeutów

Ankiętę ewaluacyjną obrazującą funkcjonowanie pacjentów w zakresie oferowanej im pomocy oraz zmiany w zakresie ich umiejętności życiowych wypełniał personel terapeutyczny zatrudniony w centrum zdrowia psychicznego (19 osób). Najczęściej terapeuci wypełniali ankiety dotyczące 30 pacjentów, ale były osoby, które scharakteryzowały ponad 50 uczestników projektu.

Przeciętny czas udziału osoby z PDP w projekcie wyniósł 9 miesięcy, przy odchyleniu standardowym wynoszącym 5,4. Pozwala to wnioskować, że najliczniejsza grupa pacjentów z podwójną diagnozą (ponad 60%) uczestniczyła w terapii od 3 do 14 miesięcy. Są to zdecydowanie inne wymiary czasowe pozostawiania pod specjalistyczną opieką niż w przypadku hospitalizacji, mimo że czas realizacji projektu przypadał na obostrzenia związane z pandemią, w tym lockdown. Jak podaje Rocznik Statystyczny Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia z 2019 r. [5] średni czas pobytu na oddziale psychiatrycznym w Polsce wynosi

około 1 miesiąca. Nawet osoby ciężiej chorujące rzadko przebywają na oddziałach stacjonarnych dłużej niż 10 tygodni [6]. Pozwala to wnioskować, że czas trwania relacji leczniczej i terapeutycznej jest istotnie statystycznie dłuższy niż w przypadku hospitalizacji na oddziałach stacjonarnych.

Można również stwierdzić, że im dłuższy czas trwania relacji terapeutycznej, tym bardziej pozytywna współpraca terapeutyczna, co wpływa na poprawę objawową u naszych pacjentów. Taki wniosek jest zgodny z badaniami dotyczącymi relacji terapeutycznej, w których wykazano, że czas trwania relacji (i oczywiście jej jakość) koreluje pozytywnie ze zmianą terapeutyczną w ramach różnych podejść psychoterapeutycznych i kwestii klinicznych [7]. Jak podaje Małgorzata Sosnowka wraz z zespołem [7], „uzyskano także wyniki świadczące o powiązaniu jakości przymierza terapeutycznego z wynikami leczenia”.

W ostatecznych analizach czasu trwania relacji terapeutycznej nie sposób pominąć kwestii „spowolnienia” intensywności terapii w związku z pandemią. Pacjenci – szczególnie na początku pandemii (marzec–czerwiec 2020) – obawiali się kontaktów osobistych. I choć terapeuci utrzymywali z nimi kontakt poprzez narzędzia komunikacji on-line, to jednak okres włączenia do ponownego bezpośredniego udziału w projekcie był dłuższy, niż na początku zakładano. Obawy o zachorowanie, izolacja społeczna, nasilające się lęki, ograniczona kontrola społeczna to tylko niektóre czynniki, które miały ostatecznie wpływ na jakość i czas trwania relacji terapeutycznej w tym okresie.

Ewaluacja projektu *Wspólnie możemy więcej* wskazuje, że w opiece psychiatrycznej, zwłaszcza w podejściu środowiskowym, terapeuta staje przed zadaniem nawiązania z pacjentem więzi oraz podtrzymania długotrwałej wzajemnej współpracy. I to zadanie, w przeważającej większości nawiązanych relacji terapeutycznych, zostało zrealizowane. Zdaniem badaczy terapeuta powinien budzić zaufanie pacjenta, umieć uwzględnić jego autorytet, a także zachowywać bezpieczne granice relacji [7].

W zakresie oceny skuteczności i efektywności programu skoncentrowano się na czynnym udziale pacjenta w projekcie wyrażonym w liczbie miesięcy oraz liczbie wizyt u specjalistów, na które zgłosił się pacjent. W trakcie realizacji projektu nikogo nie wypisywano. Nawet jeśli niektórzy pacjenci przerywali terapię, to ciągle projektowo na nich „czekano”, licząc, że może wrócić. Także dynamika problemów emocjonalnych naszych pacjentów wymaga takiej „gotowości” systemu do ponownego włączenia w proces leczenia.

Opisana w niniejszym opracowaniu częstość korzystania z powyższych form wsparcia uzasadnia konieczność rozbudowywania tych form leczenia osób z PDP, z racji tego, że trudno odgórnie ustalić i znormalizować (uśrednić) potrzeby klientów. Oczywiście przeprowadzone badania pozwalają sugerować pewne optymalne rozwiązania w oparciu o uśrednione potrzeby pacjentów ujawnione w trakcie realizacji projektu, ale systemy pomocy psychiatrycznej i psychologicznej powinny pozostawać, przynajmniej w pewnych granicach, otwarte na indywidualne i zróżnicowane potrzeby pacjentów.

Pogram *Wspólnie możemy więcej* pozwolił monitorować dynamikę korzystania przez pacjentów z różnych form wsparcia. Frekwencja w programie okazała się wysoka, a jego dynamika znaczna, mimo przerw spowodowanych lockdownem i innymi obostrzeniami związanymi z pandemią. Tak duża frekwencja pacjentów wynika z relacji terapeutycznej innej niż ta, którą proponuje leczenie stacjonarne. Mocną stroną rozwiązania realizowanego w ramach omawianego projektu była ciągłość tej relacji (bezpośredniej, a w niektórych przypadkach on-line), co oznacza znajome twarze terapeutów, powtarzalność kontaktu, budowanie relacji opartych na zaufaniu, brak potrzeby ponownego opowiadania własnej historii. Wszystko to pozwala oszczędzić czas oraz wysiłek – zarówno pacjenta, jak i terapeuty – potrzebne na zbudowanie nowej więzi.

Uczestnicy programu mogli skorzystać z dwóch mieszkań, które były finansowane w ramach projektu i miały formę mieszkań treningowych, niezbędnych do nauki samodzielnego funkcjonowania. Ta forma wsparcia spełniła swoją rolę. W ramach projektu aż 11 osób skorzystało z mieszkania chronionego. Najkrótszy czas zamieszkania wynosił 140 dni i dotyczył pięciu osób, najdłuższy – 489 dni i dotyczył jednej osoby. Średnia liczba dni spędzonych w mieszkaniu chronionym to 42. Z mieszkania chronionego w ramach innych placówek korzystało 10 osób (1,36% ogółu uczestników projektu).

## Wnioski

Ewaluowany projekt pozwolił spojrzeć na kwestie zdrowia psychicznego w sposób wielowymiarowy, nie tylko z perspektywy osoby chorej i/lub uzależnionej, ale także ze strony członków rodziny pacjenta oraz specjalistów z różnych dziedzin i orientacji terapeutycznych. W rezultacie pozwolił wypracowywać kryteria wskazujące na proces zdrowienia i precyzujące istotę zdrowia psychicznego. Z przeprowadzonej ewaluacji wynika, że empirycznymi kryteriami procesu zdrowienia powinny być: współpraca i motywacja w leczeniu, świadomość uzależnienia/choroby, realizowanie siebie w pracy zawodowej, szkole, na uczelni, korzystanie z instytucji publicznych oraz nawiązywanie i utrzymywanie relacji z ludźmi.

W ramach projektu zapewniono pacjentom szerszy kontakt z otoczeniem społecznym, czego wskaźnikiem jest czas aktywności w projekcie oraz liczba wizyt i form wsparcia, z jakich skorzystali. Kolejną korzyść, jaka wynika z programu, a której empirycznym wskaźnikiem jest wzrost umiejętności funkcjonowania poza systemem medycznym, to kształtowanie poczucia autonomii i akceptacji samego siebie. Terapeuci wielokrotnie wskazywali na podejmowanie lub próby podejmowania przez pacjentów konstruktywnych kontaktów z innymi, w tym z profesjonalistami.

Odrębne wnioski ewaluacyjne dotyczą tzw. perspektywy przyszłości i pytania, co dalej: czy pacjenci i ich rodziny podejmą wyzwanie ciągłego, systematycznego korzystania z fachowej pomocy w celu zachowania kierunku zdrowienia? Czy zakończenie projektu będzie wiązało się z powrotem do punktu wyjścia?

W zakresie ewaluacji celów wykazano, że im dłużej i intensywniej pacjent korzystał z programu, tym większe prawdopodobieństwo zrealizowania zakładanych celów udziału w programie. Wniosek ten obrazują następujące dane:

- Średni czas udziału osoby z PDP w projekcie wynosił 9 miesięcy, przy odchyleniu standardowym wynoszącym 5,4.
- Najliczniejsza grupa pacjentów z podwójną diagnozą (ponad 60%) uczestniczyła w terapii od 3 do 14 miesięcy.

Są to zdecydowanie dłuższe wymiary czasowe pozostawania pod specjalistyczną opieką niż w przypadku hospitalizacji. W tym miejscu trzeba też wspomnieć, że program inspirował do współpracy również członków rodzin pacjentów – osoby w wieku od 15 do 96 lat. Jest to zdecydowanie większa rozpiętość wiekowa niż w przypadku odwiedzających chorych w szpitalach psychiatrycznych lub osób bezpośrednio opiekujących się chorymi psychicznie.

Na podstawie arkusza obserwacji umiejętności niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania w życiu wykazano, że w zakresie wszystkich diagnozowanych umiejętności nastąpiła poprawa. Szczególnie istotna poprawa dotyczyła współpracy i motywacji w leczeniu oraz umiejętności korzystania z instytucji publicznych – wprawdzie nie były to różnice istotne statystycznie, ale poprawa wyników mierzona na wejściu i wyjściu z projektu oznacza, że w obszarze codziennego funkcjonowania osób z PDP nastąpiła konstruktywna zmiana dostrzegana przez otoczenie społeczne. Brak istotnych statystycznie różnic pomiędzy pierwszym a ostatnim pomiarem może wynikać z faktu, iż odległości czasowe pomiędzy początkową a końcową oceną są zróżnicowane z uwagi na różny czas udziału poszczególnych osób w projekcie.

## Rekomendacje

Dane uzyskane w ramach ewaluacji projektu potwierdzają założenia Oshera i Kofoeda [za: 4], zgodnie z którymi terapia osób z PDP powinna bazować na motywowaniu osoby chorej do podjęcia leczenia długoterminowego przy pomocy niekonfrontacyjnych technik treningu umiejętności społecznych i rozwiązywania problemów oraz pracy nad zapobieganiem nawrotom. Taka zgodność uzyskanych rezultatów w zakresie skuteczności i efektywności oddziaływań leczniczych z istniejącymi teoriami naukowymi oraz z wynikami badań empirycznych dowodzi, że testowany model leczenia osób z PDP jest z założenia trafny i wrażliwy na potrzeby pacjentów. Testowana propozycja łączy w sobie założenia głównych szkół leczenia środowiskowego, takich jak model odzyskiwania zdrowia i model oparty na budowaniu relacji terapeutycznej. Spełnia też założenia dotyczące istoty wczesnej interwencji i psychoedukacji.

Opisana w niniejszym raporcie ewaluacyjnym częstość korzystania z różnych form wsparcia uzasadnia konieczność rozbudowywania tych form leczenia osób z PDP, z racji tego, że trudno odgórnie ustalić i znormalizować (uśrednić) potrzeby klientów dotyczące zdrowienia i sposobów jego osiągnięcia. Warunkiem skuteczności

takiego rozwiązania jest prowadzenie obu programów (leczenia psychicznego i leczenia uzależnienia) przez ten sam zespół terapeutów z dobrym przepływem informacji i konstruktywną współpracą oraz czytelnymi zasadami organizacyjnymi.

Ponieważ przeciętna relacja terapeutyczna w omawianym projekcie trwała 9 miesięcy, pozwala to wnioskować o jej pozytywnym charakterze, a jednocześnie rekomendować potrzebę prowadzenia dalszych badań w warunkach polskiej psychiatrii środowiskowej. W przyszłych badaniach szczególnie ważne wydaje się wyodrębnienie czynników sprzyjających utrzymaniu relacji terapeutycznej oraz czynników wpływających na nią negatywnie.

W zaprezentowanym projekcie zaistniał jeszcze jeden istotny czynnik, mianowicie pandemia. Utrudniła ona nie tylko rekrutację uczestników projektu, w tym członków rodzin, ale przede wszystkim ciągłość i systematyczność w zakresie budowania relacji z pacjentem. Ze względu na wszystkie ograniczenia z niej wynikające: lockdown, lęk przed zarażeniem, wymuszoną izolację lub ograniczenia kontaktów, wiele osób zostało pozbawionych wiedzy o tym, jak czują się i funkcjonują członkowie ich rodzin.

Raport ewaluacyjny projektu *Wspólnie możemy więcej* pozytywnie weryfikuje zasady zalecane przez WHO dla ośrodków psychiatrycznych, których specyfiką pracy powinna być: dostępność, wszechstronność udzielanej pomocy oraz koordynacja i ciągłość opieki.

## Przypis

1. Dziękuję dr. Arturowi Kochańskiemu – prezesowi Lubelskiego Stowarzyszenia Ochrony Zdrowia Psychicznego oraz mgr Grażynie Joachimowicz z Fundacji Inicjatyw Menedżerskich za pomoc w opracowaniu materiałów z badań ewaluacyjnych.

## Piśmiennictwo

1. World Health Organization, The World Health Report, 2010, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>.
2. Prot-Klinger K., Pawłowska M., *Jak mierzyć skuteczność leczenia środowiskowego?*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2008, 17 (3): 229–232.
3. Hobfoll S., *Stres, kultura i społeczność*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2010.
4. Bażyńska K., Bronowska Z., Namysłowska I., Żachowski C., *Poczucie koherencji (SOC) u pacjentów psychiatrycznych oddziału młodzieżowego*, „Psychiatria Polska” 2002; 36 (1): 121–131.
5. Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2018.
6. *Zakłady Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej*, Rocznik Statystyczny Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2009.
7. Sosnowska M., Prot-Klinger K., Scattergood M., Paczkowska M., Smolicz A., Ochocka M., *Relacja terapeutyczna w psychiatrii środowiskowej z perspektywy pacjenta i terapeuty*, „Psychiatria Polska” 2011; 45 (5): 723–735.