

Małgorzata Sosnowska¹, Katarzyna Prot², Sławomir Murawiec³, Iwona Kos-Maszaro¹,
Dorota Kamela⁵, Katarzyna Lech⁴, Monika Czerwińska¹, Beata Grudowska¹,
Jolanta Skiba¹, Aleksandra Augustyn⁵, Bogdan Krzysztozek¹, Halina Twardowska¹

TRUDNOŚCI EMOCJONALNE TERAPEUTÓW I SZYBSZE ROZPOCZYNANIE LECZENIA W RAMACH OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ — PORÓWNANIE LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO Z LECZENIEM AMBULATORYJNYM

EMOTIONAL DIFFICULTIES AND BRIEF TREATMENT STARTING IN COMMUNITY CARE — COMPARING COMMUNITY AND AMBULATORY MENTAL HEALTH CARE

¹Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa Zespół Leczenia Domowego
Kierownik: dr Iwona Kos-Maszaro

²Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa

³Praktyka prywatna

⁴Szpital Wolski im. Anny Gostyńskiej, Warszawa Zespół Leczenia Środowiskowego
Wolskiego Centrum Zdrowia Psychicznego
P.o. kierownik: dr Katarzyna Lech

⁵Instytut Psychiatrii i Neurologii, IV Klinika Psychiatryczna
Kierownik: prof. dr hab. med. Maria Załuska

Artykuł prezentuje wyniki badań przeprowadzonych przez zespół psychoterapeutów, których celem było porównanie pozaszpitalnej opieki psychiatrycznej między ośrodkiem środowiskowym a poradnią psychiatryczną, pod kątem relacji terapeutycznej i ciągłości opieki. Badaniami objęto pacjentów i ich terapeutów w dwóch ośrodkach. Zaobserwowano różnice między ośrodkiem środowiskowym a ambulatoryjnym w zakresie niewspierających oddziaływań terapeuty z punktu widzenia pacjentów oraz istotne różnice w emocjonalnych trudnościach z punktu widzenia terapeutów. Badania wykazują, iż opieka środowiskowa sprzyja poprawie ciągłości leczenia psychiatrycznego.

**ambulatory care
community care
therapeutic relationship**

Summary

Aims. To compare out-patient mental health care among community care and ambulatory care in terms of therapeutic relationship as well as continuity of care.

Method. Patients and their therapists were included in the study from the community mobile team and the ambulatory clinic. Scales to assess the therapeutic relationship were used along with our own questionnaire to assess the continuity of care.

Results. Non supportive therapists interventions in patients' opinion differ among community and ambulatory care as well as therapists' emotional difficulties vary significantly between those units. Community patients see their psychiatrists less often though visit their case managers more frequently, than the ambulatory patients. Community care comparing with ambulatory care, starts treatment quicker for patients with severe and persistent mental health problems, favouring long term continuity of care.

Conclusions. Some aspects of the therapeutic relationship are related to the form of psychiatric treatment. Community care improves continuity of care

Wprowadzenie

Relacja między pacjentem a jego terapeutą stanowi ważny czynnik terapeutyczny w psychiatrycznej opiece nad osobami z poważnymi i utrzymującymi się problemami

zdrowia psychicznego [1]. Zbudowanie i utrzymanie dobrej relacji terapeutycznej wiąże się z lepszymi rezultatami leczenia i sprzyja zdrowieniu [2, 3]. Trudno wyobrazić sobie opiekę psychiatryczną bez relacji terapeutycznej między profesjonalistą a jego pacjentem. Relacja terapeutyczna może być rozwijana poprzez ciągłość i stałość kontaktu. Oznacza to ciągłą opiekę jednego terapeuty oraz terminy spotkań ustalane adekwatnie do potrzeb pacjenta. W badaniach własnych opieramy się na podejściu McGuire-Snieckus i współpracowników [2], w którym relacja terapeutyczna oceniana jest poprzez pacjenta i terapeuta. Oceniane są zarówno pozytywne oddziaływania terapeuty i pozytywna współpraca pacjenta z nim, jak i poczucie pacjenta niewspierających oddziaływań terapeuty oraz poczucie terapeuty emocjonalnych trudności w pracy z pacjentami. Koncepcja ta uwzględnia partnerstwo we współpracy profesjonalistów z pacjentami, dbając o punkt widzenia obu stron na tę współpracę.

Konceptualizacja ciągłości opieki wiąże się z przekonaniem, że odzwierciedla ona, jak zaspokajane są potrzeby pacjentów. Ciągłość opieki oznacza proces uwzględniający uporządkowany, nieprzerwany przepływ pacjentów w obrębie wielu elementów systemu usług [4, 5]. Pojęcie procesu zakłada, że ciągłość jest miarą tego, jak funkcjonuje system. Uporządkowanie przepływu wymaga zapewnienia systematycznej opieki. Nieprzerwany przepływ oznacza, że istnieje czasowy aspekt ciągłości leczenia. Prace empiryczne nad ciągłością opieki pokazują między innymi, że rozwój usług w ramach opieki środowiskowej wiąże się z poprawą jej ciągłości [6]. Wyniki badań potwierdzają także związek między rozwojem usług środowiskowych a poprawą indywidualnego funkcjonowania. Badacze sugerują, że częste zmiany personelu mogą przeszkodzić w rozwoju relacji terapeutycznej [6]. W pracy Systemy i Burgessa zaobserwowano, że wskaźnikiem ciągłości opieki był czas od wypisania ze szpitala do nawiązania pierwszego kontaktu z ośrodkiem środowiskowym poza szpitalem. Warto zaznaczyć, że WHO zaleca dla ośrodków psychiatrycznych zasady dostępności, równego udziału w świadczeniach, wszechstronności oraz koordynacji i ciągłości opieki [3, 8].

W Polsce ciągłość opieki nie była dotychczas oceniana, chociaż w pracach badawczych [9] sygnalizowano potrzebę jej wprowadzania. Przyjęliśmy, za modelem kanadyjskim, że ciągłość opieki oznacza, iż pacjent otrzymuje takie usługi, jakich potrzebuje, w określonym czasie, od stałej, przewidywalnej liczby osób, przez odpowiednio długi okres, bez przerw. W niniejszej pracy opisujemy ciągłość opieki w wymiarze długotrwałego leczenia, przez które rozumiemy realizowanie pełnej oferty ośrodka obejmującej farmakoterapię zleconą przez lekarza, okres pobytu w ośrodku, wizyty u lekarza i terapeuty czy rozsądny okres oczekiwania na przyjęcie do ośrodka.

W Polsce psychiatryczna opieka pozaszpitalna jest w przeważającym stopniu świadczona przez poradnie zdrowia psychicznego, oddziały dzienne oraz nieliczne, lecz rozwijające się zespoły leczenia środowiskowego. Ten system sprawowania opieki powoduje z jednej strony przeciążenie poradni i oddziałów dziennych z racji niewystarczającej liczby środowiskowych ośrodków, a z drugiej nie jest w stanie w wystarczającym stopniu odpowiadać na specyficzne potrzeby pacjentów z rozpoznaniem z kręgu psychoz. Istnieją regulacje opisujące, jak efektywnie powinna funkcjonować pozaszpitalna opieka psychiatryczna, zawarte w narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego [10], zakładającym rozwój psychiatrii środowiskowej. Praca ta jest próbą opisanego aktualnego stanu wybranych ośrodków psychiatrycznej opieki zdrowotnej, poprzez badanie relacji

terapeutycznej i ciągłości opieki jako nieodłącznych elementów systemu świadczenia usług psychiatrycznych. W przeszłości ciągłość opieki ambulatoryjnej zapewniała tzw. opieka czynna nad osobami z poważnymi chorobami psychicznymi. Zrezygnowanie z tej formy opieki wydaje się pogarszać ciągłość leczenia w poradniach. Ważną cechą, wpływającą na relację terapeutyczną, jest stałość osoby prowadzącej, która jest w większym stopniu zapewniana w zespole leczenia środowiskowego. Z drugiej strony, zauważany w opiece zdrowotnej priorytet funkcji lekarza, i związany z tym prestiż, może wpływać na lepszą ocenę oddziaływań lekarskich przez pacjentów.

Postawiono hipotezę badawczą, że lepszą relację terapeutyczną, według pacjentów i terapeutów, można obserwować w zespole leczenia domowego, w porównaniu z poradnią psychiatryczną. Przewidywano, że ośrodek środowiskowy lepiej zapewnia długotrwałość opieki w wymiarze ciągłym, w porównaniu z opieką ambulatoryjną.

2. Materiał i metoda

Grupę badaną stanowili pacjenci będący pod opieką zespołu leczenia domowego i poradni zdrowia psychicznego oraz ich lekarze psychiatry, psycholodzy (w poradni) i terapeuci prowadzący (w zespole leczenia środowiskowego).

Zespół leczenia środowiskowego (ZLS) oferuje aktywną opiekę ambulatoryjną i wizyty domowe. W skład ZLS wchodzi dwa zespoły leczące sprawujące opiekę w różnych obszarach (ośrodek I). Zespół w pracy swojej przyjął model koordynacji leczenia, dużą część interwencji podejmuje w środowisku pacjenta. Wizyty odbywają się w trybie rutynowym (do 4 tygodni od zgłoszenia) lub pilnym (do tygodnia od zgłoszenia). W zakresie psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej, badaniem objęto pacjentów oraz ich lekarzy i psychologów z poradni przyklinicznych (ośrodek II). Poradnie udzielają świadczeń na miejscu, rzadko w domu pacjenta. Spośród pacjentów zespołu, w badaniu wzięły udział 64 osoby ($N = 64$), w tym 39 kobiet i 23 mężczyzn¹. Średnio wiek pacjentów wynosił 37 lat. W Zespole ich choroby rozpoznane były przez lekarzy na podstawie kryteriów ICD-10. W trakcie badania uzupełnienie informacji o płci pozostawiono pacjentom, część z nich tej informacji nie podała. 37 osób miało zdiagnozowaną schizofrenię, 8 osób zaburzenia afektywne dwubiegunowe lub depresję jednobiegunową, 10 osób miało rozpoznane zaburzenia schizofreniczne, pozostałe osoby nie uzupełniły informacji o diagnozie.

Do badania włączono też dwudziestu pięciu pacjentów ($N = 25$) leczących się w poradni psychiatrycznej. Wśród nich było dziewięć kobiet i dwunastu mężczyzn². Postawione im diagnozy oparte były na kryteriach ICD-10. Piętnaście osób miało rozpoznanie schizofrenii paranoidalnej, trzy osoby zaburzeń schizofrenicznych, trzy osoby zaburzeń afektywnych dwubiegunowych³ (tabela 1 — *na następnej stronie*).

Badanie w zespole leczenia środowiskowego prowadzono od maja do października 2009 roku, a w poradniach od stycznia do sierpnia 2010 roku. Stosowano kwestionariusz do pomiaru relacji terapeutycznej STAR [2]. Użyto wersji dla pacjenta (STAR-P) oraz wersji dla terapeuty (STAR-C). Kwestionariusz, w wersji dla klinicysty i w wersji dla pacjenta,

¹ 2 osoby nie określiły w kwestionariuszu swojej płci

² 4 osoby nie określiły w kwestionariuszu swojej płci.

³ 4 osoby nie uzupełniły informacji o diagnozie.

Tabela 1. Charakterystyka pacjentów biorących udział w badaniu w ośrodku I i w ośrodku II

	Ośrodek I	Ośrodek II
N	64	25
wiek (M)	37	44
schizofrenia paranoidalna	37	15
zab. afekt.dwubiegunowe/depresja jednobiegunowa	8	3
zaburzenia schizoafektywne	10	3

składa się z dwunastu stwierdzeń, ocenianych w pięciostopniowej skali od 0 do 4 (nigdy, rzadko, czasami, często, zawsze). Wynik mieści się w przedziale od 0 do 48 — wyższa wartość odpowiada lepszej relacji terapeutycznej.

Przykładowe pozycje kwestionariusza to:

- w wersji dla profesjonalisty — „Jest mi trudno wczuć się w mojego pacjenta lub odnieść się do jego/jej problemów”, „Ja i mój pacjent jesteśmy wobec siebie otwarci”.
- w wersji dla pacjenta — „Myślę, że mój terapeuta zataja przede mną prawdę”, „Mój terapeuta lubi mnie niezależnie od tego, co zrobię lub powiem”.

Do oceny ciągłości opieki w wymiarze długotrwałego leczenia użyto kwestionariusza własnego, stworzonego na podstawie kwestionariuszy stosowanych w kanadyjskim programie. Pytania kwestionariusza zostały dostosowane do warunków polskich. Kwestionariusz jest wypełniany przez terapeuta/lekarza i obejmuje między innymi pytania o zmiany terapeuty lub lekarza prowadzącego, częstość wizyt u terapeuty, liczbę wizyt u psychiatry, okres oczekiwania na przyjęcie do ośrodka.

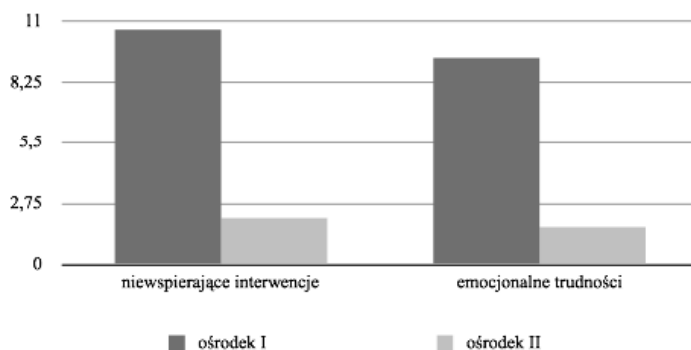
3. Wyniki

Różnice między ośrodkami w relacji terapeutycznej

W celu udzielenia odpowiedzi na pytanie o różnice w relacji terapeutycznej, z punktu widzenia pacjenta i terapeuty, między ośrodkiem I a ośrodkiem II, porównywano uzyskane wyniki stosując test sum rang Wilcozona z korektą ciągłości (test Manna–Whitneya).

Zaobserwowano różnice, na granicy poziomu istotności, w zakresie niewspierających oddziaływań terapeuty z punktu widzenia pacjenta ($W = 808$, $p = 0,62$). Pacjenci bardziej surowo oceniali niewspierające oddziaływania terapeuty w ośrodku I. Zaobserwowano istotne różnice w zakresie emocjonalnych trudności terapeuty ($W = 1207$, $p < 0,05$). Terapeuci doświadczali więcej emocjonalnych trudności w pracy z pacjentami w ośrodku I (wykres 1 — *na następnej stronie*).

Nie zaobserwowano istotnych różnic między ośrodkiem I a ośrodkiem II w zakresie oceny pacjenta pozytywnej współpracy ($W = 615$, $p = 0,95$) ani różnic w zakresie oceny pacjentów pozytywnych oddziaływań terapeuty ($W = 579,5$, $p = 0,74$). Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic między ośrodkiem I a ośrodkiem II w ocenie terapeuty pozytywnej współpracy ($W = 828$, $p = 0,80$) ani w ocenie pozytywnych oddziaływań terapeuty ($W = 862$, $p = 0,55$). Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic między ośrodkiem



Wykres 1. Porównanie średnich ocen niewspierających oddziaływań terapeutów i emocjonalnych trudności terapeutów w ośrodku I i ośrodku II

I a ośrodkiem II w ocenie pacjenta relacji terapeutycznej ($W = 633,5$, $p = 0,51$). Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic między ośrodkiem I a ośrodkiem II w ocenie terapeutów relacji terapeutycznej (wynik całkowity) ($W = 955,5$, $p = 0,12$) (tabela 2).

Tabela 2. Porównanie średnich, odchylenia standardowego, wartości minimum i maksimum dotyczących relacji terapeutycznej w ośrodku I i w ośrodku II

WEDŁUG PACJENTA:	Ośrodek I				Ośrodek II			
	średnia M (N=64)	sd	min	max	średnia M (N=25)	sd	min	max
relacja terapeutyczna (wynik całkowity)	39,4	7,24	8	48	39,4	4,79	29	48
pozytywna współpraca	19,7	3,87	8	24	19,9	3,15	14	24
pozytywne oddziaływania	9,1	2,47	0	12	9,6	1,32	8	12
niewspierające oddziaływania	10,6*	2,06	0	12	9,8*	2,15	4	12
WEDŁUG TERAPEUTY:								
relacja terapeutyczna (wynik całkowity)	35,2	4,54	22	46	32,9	6,24	22	45
pozytywna współpraca	16,9	2,73	10	24	16,5	3,91	9	23
emocjonalne trudności	9,3*	1,39	5	12	7,6*	1,78	5	12
pozytywne oddziaływania	8,9	1,07	22	46	8,7	1,20	22	45

Różnice w długotrwałej opiece między ośrodkami

Stosowano test sum rang Wilcozona z korektą ciągłości w ocenie ciągłości opieki w wymiarze długotrwałego leczenia.

W zakresie częstości wizyt u profesjonalisty leczącego pacjenta, w ośrodku I ich częstość u terapeutów była istotnie wyższa niż w ośrodku II u lekarza psychiatry ($W = 1470,5$, $p < 0,001$).

58 osób z ośrodka I oczekiwało na przyjęcie do miesiąca, a 3 osoby od miesiąca do trzech, licząc od momentu skierowania. 18 osób z ośrodka II oczekiwało do miesiąca na przyjęcie, a 6 osób od miesiąca do trzech, licząc od momentu skierowania. Sprawdzone, czy proporcja osób przyjętych w ciągu jednego miesiąca od skierowania jest taka sama

w obydwu ośrodkach. Przeprowadzona analiza ujawniła, że badane proporcje różnią się istotnie ($\chi^2 = 5,369, p < 0,05$) — proporcja osób z ośrodka I oczekujących na przyjęcie do miesiąca jest istotnie wyższa od proporcji osób z ośrodka II.

4. Omówienie wyników

Pacjenci będący pod opieką zespołu leczenia środowiskowego, w porównaniu z pacjentami leczącymi się w poradni, bardziej krytycznie oceniają oddziaływania swoich terapeutów, odczuwając ich niewspierające interwencje. Można przypuszczać, że specyfika opieki sprawowanej w ramach psychiatrii środowiskowej uwrażliwia pacjentów na oddziaływania terapeutów. Trzeba też pamiętać, że pacjenci objęci leczeniem środowiskowym stanowią wybraną grupę osób z utrzymującymi się, poważnymi problemami zdrowia psychicznego. Może to skutkować ich zwiększoną podatnością na zranienie, a także wrażliwością pozwalającą dostrzegać nieuchwytnie gołym okiem zmiany nastroju w relacji z terapeutą. Ponadto podjęcie współpracy z terapeutą środowiskowym obejmuje między innymi budowanie zaufania, uczenie się norm społecznych, poznawanie własnych praw, rozpoznawanie i nazywanie potrzeb oraz uczuć, i oczekiwań, w końcu pośrednio wspieranie zachowań asertywnych. W efekcie obserwujemy, co przedstawiają omawiane wyniki, zdolność do krytycznej oceny oddziaływań własnego terapeuty, a zwłaszcza rozpoznawanie emocjonalnych komunikatów z jego strony, takich jak niecierpliwość, brak sympatii czy brak akceptacji. Taką umiejętność należy uznać za osiągnięcie kompetencji społecznych, pozwalające pacjentom na lepsze rozeznanie w relacjach międzyludzkich, wybiegających poza relacje z profesjonalistami. Ponadto, by odczuć niewspierające oddziaływania terapeuty, trzeba być z nim w relacji. Otrzymany wynik wskazuje zatem, że pacjenci z zaburzeniami z kręgu psychoz wyszli poza świat własnych przeżyć i nawiązali emocjonalną relację z drugim człowiekiem. Pytania kwestionariusza o niewspierające oddziaływania obejmują takie obserwacje, jak: „Myślę, że mój terapeuta zataja przede mną prawdę”, „Mój terapeuta jest wobec mnie surowy, kiedy mówię o sprawach ważnych dla mnie i mojej sytuacji” oraz „Mój terapeuta jest wobec mnie niecierpliwy”. Aby móc się do tych zdań odnieść, trzeba poczuć i przemyśleć zachowanie drugiego człowieka względem własnej osoby, a także umieć sobie wyobrazić jego stan przeżyć we wzajemnej relacji. W kontekście głęboko zaburzonych pacjentów takie spostrzeżenia stanowią niezwykle cenne osiągnięcia określane jako zdolność do mentalizacji.

Ciekawa jest obserwacja, że terapeuci pracujący w zespole leczenia środowiskowego doświadczają więcej trudności emocjonalnych w pracy ze swoimi pacjentami niż lekarze psychiatrzy pracujący w poradni. Wyjaśnieniem tej sytuacji może być wykształcenie psychologiczne większości terapeutów i szkolenie z psychoterapii, które uwrażliwiają na własne stany emocjonalne w pracy z pacjentami. Także stopień trudności pracy w środowisku rodzic może więcej trudności emocjonalnych. Badania nad programem ACT ujawniły, że terapeuci mający pod swoją opieką od 5 do 33 osób lepiej oceniają swoją sprawność niż terapeuci mający pod opieką ponad 34 chorych [11]. W warunkach polskich znane są przypadki objęcia opieką przez jednego terapeuty około 40 pacjentów. Taka praktyka wyraźnie przyczyniać się może do zwiększenia emocjonalnych trudności terapeutów, co skutkować może gorszą jakością pracy czy syndromem wypalenia zawodowego.

Oba wyniki razem — krytyczna ocena pacjentów i trudności emocjonalne terapeutów — wydają się wiązać ze specyfiką pracy środowiskowej. Terapeuci prowadzą psychoterapię pacjentów zarówno służąc jako obiekty przeniesieniowe, jak i poprzez aktywne działania — wizyty domowe, realne wchodzenie w życie pacjenta — stając się rzeczywistą postacią, czasem jedyną, z którą pacjent jest w regularnym kontakcie. Zarówno dla pacjenta, jak i nawet doświadczonego terapeuty taka sytuacja może być bardzo trudna. Szczególnie odwiedzanie pacjentów w ich domach jest niełatwym zadaniem. Pokazuje, że mit domu jako przestrzeni własnej jest silniejszy od mitu roli społecznej. Trudność przekraczania granic domu pacjenta przez lekarzy czy innych pracowników polega na wejściu w rolę „gościa”, której nie da się odwrócić czy zamazać. Wchodząc do cudzego domu zdajemy się na jego prawa, czekamy, jakie miejsce zostanie nam wyznaczone [12].

Opisywane jest zjawisko patologicznej zależności od terapeuty pacjentów leczonych w opiece środowiskowej — każdy sukces terapeuty pogłębia poczucie nieadekwatności pacjenta [13]. Ta negatywna reakcja terapeutyczna występuje częściej u głębiej zaburzonych pacjentów, więc szczególnie jej zagrożenie jest w przypadku opieki nad pacjentami psychiatrycznymi.

Brak różnic między ośrodkami w relacji terapeutycznej w wymiarze pozytywnych oddziaływań i pozytywnej współpracy, tak w ocenie pacjentów, jak i terapeutów, wskazuje na dobry poziom opieki w obu ośrodkach. Być może ocena całości relacji terapeutycznej bardziej zależy od indywidualnych cech pozostających w niej osób.

Pacjenci z zespołu leczenia środowiskowego w ciągu ostatniego roku⁴ częściej odwiedzali swojego terapeutę prowadzącego niż pacjenci poradni swoich lekarzy psychiatrów. Taką obserwację można rozumieć jako rezultat lepszego zaspokajania potrzeb pacjentów w ramach opieki środowiskowej niż ambulatoryjnej. Wyższa częstość wizyt u terapeuty jest jednocześnie świadectwem zapewnienia długotrwałej opieki ciągłej w leczeniu środowiskowym, zgodnie z jego założeniami; odzwierciedla też przyjętą przez ZLS zasadę, że wizyty powinny być tak częste, jak pacjent tego potrzebuje. Dotychczasowy stan wiedzy pokazuje, że ośrodki zapewniające ciągłość opieki sprzyjają budowaniu i utrzymaniu relacji terapeutycznej, a przez to przyczyniają się do poprawy wyników leczenia [14].

Pacjenci są szybciej obejmowani opieką przez zespół leczenia środowiskowego niż przez poradnię zdrowia psychicznego, co sprzyja zachowaniu ciągłości leczenia w wymiarze długofalowym. W badaniach nad ciągłością opieki jednym z jej wskaźników był czas upływający od wypisania ze szpitala do pierwszego kontaktu z ośrodkiem opieki środowiskowej. Uznano, że przejście z leczenia szpitalnego na środowiskowe jest kluczowe ze względu na występujące w tym okresie ryzyko braku ciągłości. Podkreśla się, że w przypadku osób chorujących psychicznie powinno być ono szybko realizowane, ponieważ im szybszy kontakt ze środowiskiem po wypisaniu ze szpitala, tym wyższa ciągłość opieki [7].

5. Wnioski

— Całość relacji terapeutycznej nie jest zależna od specyfiki pracy ośrodka psychiatrycznego, jakkolwiek niektóre jej aspekty są z nią związane.

⁴ Pacjenci odpowiadali na pytania w kontekście „ostatniego roku”, czyli okresie ostatnich 12 miesięcy do chwili badania.

- Opieka środowiskowa sprzyja poprawie ciągłości leczenia psychiatrycznego.
- Praca terapeuty środowiskowego jest subiektywnie oceniana jako bardziej wyczerpująca i może stanowić ryzyko wypalenia zawodowego.
- Pacjenci pozostający pod opieką zespołu leczenia środowiskowego osiągają zdolność wyrażania krytycznej opinii o swoich terapeutach.
- Warto objąć zespoły środowiskowe stałą superwizją bądź superwizją w formie grupy Balinta.

6. Ograniczenia

Poważnym ograniczeniem omówionego badania jest dysproporcja w liczebności porównywanych grup: środowiskowej i ambulatoryjnej. W stosunku do grupy środowiskowej, w poradni udało się zbadać niewspółmiernie mniej pacjentów. Do otrzymanych wyników należy zatem podchodzić z ostrożnością. Warto powtórnie dokonać oceny leczenia ambulatoryjnego w większej grupie osób.

Piśmiennictwo

1. Priebe S, McCabe R. The therapeutic relationship in psychiatric settings. *Act. Psychiatr. Scand.* 2006; 113: 69–72.
2. McGuire-Snieckus R, McCabe R, Catty J, Hansson L, Priebe S. A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care. *Psychol. Med.* 2007; 37: 85–95.
3. Prot K, Pałowska M. Skuteczność leczenia środowiskowego. *Postępy Psychiatr. Neur.* 2008; 17: 229–232.
4. Durbin J, Goering P, Streiner DL, Pink G. Continuity of care: validation of a new self-report measure for individuals using mental health services. *J. Behav. Health Serv. Res.* 2004; 31: 279–296.
5. Adir C, McDougall G, Marcoux G. Continuity of care and health care costs among persons with severe mental illness. *Psychiatr. Serv.* 2005; 56: 1070–1076.
6. Bindman J, Johnson S, Szmukler G, Wright S, Kuipers E, Thornicroft G, Bebbington P, Leese M. Continuity of care and clinical outcome: a prospective cohort study. *Soc. Psychiatry Epidemiol.* 2002; 35: 242–247.
7. Systema S, Burgess P. Continuity of care and readmission in two service systems: a comparative Victorian and Groningen case-register study. *Acta Psychiatr. Scand.* 1999; 100: 212–219.
8. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: WHO; 2001.
9. Pałowska M. Measuring continuity of care in various forms of out-patient mental health services in Poland. *J. Ment. Health Policy Econom.* 2009; 12: 33.
10. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (projekt). Warszawa, 18 grudnia 2006 (z poprawkami z kwietnia 2007). Dostęp: <http://www.ipin.edu.pl/wordpress/narodowy-program-ochrony-zdrowia-psychicznego/> Wciórka J, Boguszewska L, Brodnyak W, Czabała Cz, Jarema M, Langiewicz W, Prot K, Pużyński S, Słupczyńska E.
11. Salkever D, Domino ME, Burns BJ, Santos AB, Deci PA, Dias J. Assertive community treatment for people with severe mental illness: the effect on hospital use and costs. *Health Serv. Res.* 1999; 34: 577–601.
12. Prot K. Od azylu poprzez dom wariatów do domu własnego. *Konteksty. Pol. Sztuka Lud.* 2001; 2–3: 294–298.

-
13. Burns T, Firth M. Assertive outreach in mental health: a manual for practitioners. Oxford: Oxford University Press; 2002.
 14. Greenberg G, Rosenheck G. Managerial and environmental factors in the continuity of mental health care across institutions. *Psychiatr. Serv.* 2003; 54: 529–534.

Adres: małgorzata.maria.sosnowska@gmail.com