

ZADŁUŻENIE A ZDROWIE PSYCHICZNE

Roman Pomianowski

Zadłużenie osobiste jako problem w ochronie zdrowia psychicznego – w profilaktyce, terapii oraz zapobieganiu nawrotom zaburzeń i dezadaptacyjnych form zachowania oraz funkcjonowania.

Streszczenie

W opracowaniu podjęto próbę wykazania związku pomiędzy zadłużeniem osobistym a różnymi aspektami zdrowia psychicznego i jego ochrony. Na gruncie prostych analiz statystycznych można mówić o ich istotnej korelacji, trudniej wykazać zależności funkcjonalne (np. przyczynowo-skutkowe), ponieważ brakuje badań w tym zakresie.

Korzystając z ustaleń psychologii oraz doświadczeń w pracy z osobami zadłużonymi i ich bliskimi, autor próbuje odpowiedzieć na dwa zasadnicze pytania:

– *Czy długi sprzyjają pojawianiu się zaburzeń psychicznych?*

– *Czy można mówić o grupach podwyższonego ryzyka zadłużania, do których można by zaliczyć osoby o ograniczonych czy zakłóconych zasobach psychicznych (intelektualnych, emocjonalnych, osobowościowych, przez chorobę psychiczną, uzależnienie itd.) koniecznych dla racjonalnego i bezpiecznego zaciągania zobowiązań?*

Odpowiedź na oba pytania ma posłużyć jako punkt wyjścia do dalszych badań i projektów, wdrażających adekwatne do potrzeb i możliwości zainteresowanych działania prewencyjne i pomocowe. Przemawia za tym w równym stopniu konieczność ochrony bezpieczeństwa ekonomicznego konkretnych osób zagrożonych (np. przestępstwem wyłudzenia), jak i szerszy społeczny interes zwiększania efektywności działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego – leczenia psychiatrycznego czy terapii odwykowej. Dlatego tak istotnym fragmentem opracowania jest wprowadzenie i wstępne opisanie pojęcia „zadłużeniowego tsunami”, które może przyczynić się do lepszego zrozumienia problemu nawrotów choroby w uzależnieniach oraz powrotu do dezadaptacyjnych zachowań osób chorych psychicznie po odbytych leczeniu psychiatrycznym.

Związek pomiędzy problemami przeżywanymi przez osoby zadłużone i ich bliskich a ich samopoczuciem, kondycją psychofizyczną, dobrostanem czy w ogóle funkcjonowaniem (zdrowiem) jest dość oczywisty. Trywializując nieco sprawę, można stwierdzić, że większość z nas zgadza się z potocznym stwierdzeniem, że „pieniądze szczęścia nie dają...”, niektórzy to tego dodają: „ale długi mogą dosłownie wpędzić do grobu”. Wbrew oczywistości tej obserwacji próżno szukać w literaturze fachowej czy naukowej pogłębionych analiz problemu – związku pomiędzy sytuacją zadłużenia a szeroko rozumianym zdrowiem psychicznym i jego ochroną.

A problem to bardzo istotny i to z kilku powodów:

1) Skala problemu

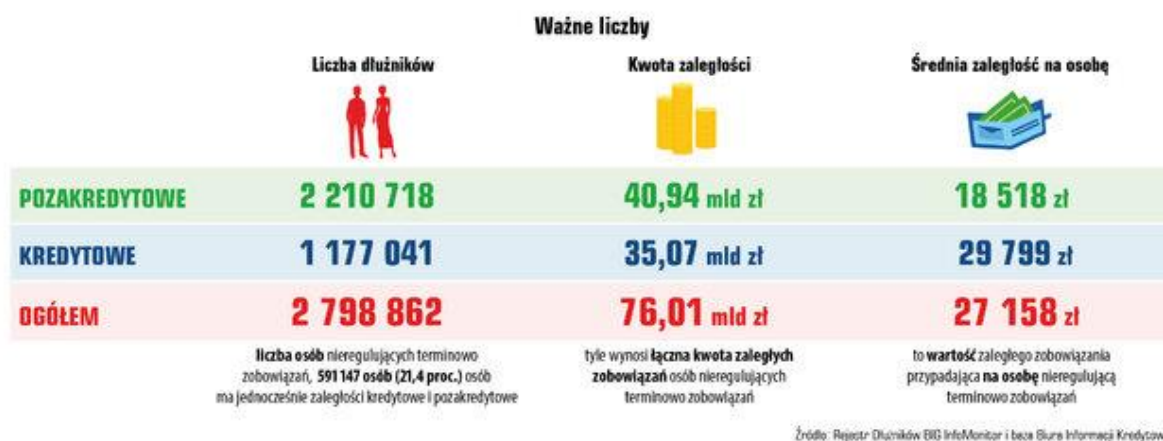
Z badań Instytutu Psychiatrii i Neurologii EZOP 2014¹ w badanej próbie (10 tys. respondentów w losowej próbie osób między 18.–64. r.ż.) u **23,4% osób rozpoznano w ciągu życia przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne z 18 zaburzeń** zdefiniowanych wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 i Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych

¹ Przeprowadzonym i na potrzeby opracowania Narodowego Programu OZP.

Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV. Wśród nich co czwarta przebadana osoba doświadczała więcej niż jednego zaburzenia, a co dwudziesta piąta – trzech i więcej. Grupę tych ostatnich pacjentów, u których zidentyfikowano kilka zaburzeń, można szacować na blisko ćwierć miliona osób. U około 10% badanej populacji stwierdzono zaburzenia nerwicowe, wśród których do najczęstszych należały fobie specyficzne (4,3%) i fobie społeczne (1,8%). Natomiast zaburzenia nastroju wśród zgłaszanych dolegliwości stanowią łącznie 3,5%, w tym aż 3% stanowi depresja. Należy zaznaczyć, że depresja przez wzrost rozpowszechnienia staje się coraz bardziej istotnym problemem zdrowotnym oraz społecznym. Impulsywne zaburzenia zachowania rozpoznawano u 3,5% respondentów. Dodatkowym problemem jest duża grupa zaburzeń związanych z używaniem substancji (12,8%), w tym aż 11,9% to zaburzenia będące następstwami nadużywania alkoholu.

Reasumując – problem różnorodnych zaburzeń psychicznego funkcjonowania dotyczy 23,4% dorosłej populacji Polaków, czyli około 7,8 mln osób cierpi na jakieś zaburzenia psychiczne.

Problem osobistego zadłużenia dotyczy przynajmniej 2 798 862 osób, tj. formalnie zgłoszonych do BIGInfomonitor², oraz trudnej do oszacowania liczby osób bliskich, znajomych, na co dzień doświadczających tzw. „współzadłużenia”.



Osoby zadłużone stanowią więc 8,99% dorosłej populacji naszego kraju. Żadna statystyka nie pozwoli określić, jaką część osób zadłużonych stanowią osoby cierpiące na jakiegokolwiek zdiagnozowane zaburzenie psychiczne. Z różnych powodów nie gromadzi się tego typu informacji. Stosując ryzykowną ekstrapolację, można jedynie oszacować, że będzie to około 23,4% z ponad 2,8 mln osób, **czyli w przybliżeniu 655 tys. osób**. To wyliczenie ma tylko jeden cel – pokazać, że problem nie jest marginalny, nawet w bezosobowym wymiarze statystycznym. Jeśli doliczyć do tego grupę doświadczającą skutków „współzadłużenia”, tj. przeróżnych emocjonalnych czy społecznych konsekwencji, czyli kosztów płaconych codziennie przez bliskich dłużnika (najczęściej: rodziców, małżonków, dzieci, przyjaciół itd.), to skala tego problemu może być jeszcze większa, liczba osób w różny sposób dotkniętych tą sytuacją może się podwoić a nawet potroić. Nie jest to więc już dramat konkretnych, pojedynczych niewypłacalnych wierzycieli, ale sporych rozmiarów problem społeczny. Analizy ilościowe miałyby głębszy sens, gdyby udało się policzyć koszty finansowe świadczeń zdrowotnych, które ponoszone są z powodu zaburzeń i chorób związanych z sytuacją zadłużenia. Oczywiście nie jest to możliwe, a szkoda, bo mogłoby to być doskonałym – twardym, bo ekonomicznym – argumentem za optymalną profilaktyką, wczesnym, systemowym wspomaganiami osób zadłużonych i ich bliskich.

Reasumując – w grupie osób zadłużonych około 655 tys. osób doświadcza różnorodnych zaburzeń psychicznego funkcjonowania, wymagających profesjonalnego wsparcia, często leczenia.

²Źródło danych: <https://media.bik.pl/publikacje/read/444886/infodlug-indeks-zaleglych-platnosci-polakow-czerwiec-2019>

2) Złożona natura problemu

Problem zadłużenia analizować można z różnych perspektyw – prawnej, ekonomicznej, finansowej, psychologicznej, moralnej, społecznej itd. Każda ma swoje uzasadnienie i walory – bywa konieczna, żeby znaleźć przyczyny czy opisać mechanizmy zjawiska, a przez to wypracować bardziej efektywne strategie zaradcze czy profilaktyczne. Bardzo istotnym z perspektywy analizowanego problemu, tj. związku zadłużenia z różnymi aspektami zdrowia psychicznego, może być postawienie wprost pytania o naturę tej relacji. Przedstawione powyżej analizy ilościowe mają charakter wyłącznie korelacyjny, nie pokazują kierunku, dynamiki wzajemnych powiązań i uwarunkowań, np. potencjalnych zależności przyczynowo-skutkowych, a to dla wszelkich działań prewencyjnych i interwencyjnych (wsparcia i pomocy zadłużonym) ma zasadnicze znaczenie. Pojawiają się więc kluczowe pytania:

- Czy długi sprzyjają pojawianiu się zaburzeń psychicznych (sytuacyjnych, przejściowych i trwałych)?
- A może jest też i tak, że w sytuacji ograniczonych czy zakłóconych zasobów psychicznych (intelektualnych, emocjonalnych, osobowościowych), koniecznych dla racjonalnego³ i bezpiecznego zaciągania zobowiązań, częściej dochodzi do ich ryzykownego zaciągania czy problemów z ich bieżącą systematyczną obsługą?

Próbie odpowiedzi na oba pytania poświęcona będzie dalsza część opracowania. Na pierwsze z postawionych pytań trochę łatwiej odpowiedzieć, odwołując się do bogatej literatury dotyczącej sytuacyjnego, psychosomatycznego charakteru licznych zaburzeń⁴. Związek zadłużenia z doświadczanym stresem jest dość oczywisty. W renomowanym narzędziu przesiewowym, badającym stresogenny charakter różnych zdarzeń życiowych, trzykrotnie pojawia się pozycja związana z zaciąganiem zobowiązań finansowych⁵. Aż 31 pkt. związanych jest z wzięciem poważnego kredytu, 30 pkt. łączy się z odmową otrzymania kredytu, a 17 pkt. wiąże się z wzięciem małej pożyczki. Najwyższą wartość stresogenną, 100 pkt., przypisano śmierci współmałżonka. Ciekawe jest to, że wśród 43 zdarzeń zagrażających zdrowiu człowieka nie pojawia się ani raz sytuacja wprost związana z doświadczaniem sytuacji zadłużeniem.

Nie ulega wątpliwości (nawet dla laika), że stres zwiększa prawdopodobieństwo licznych schorzeń, w szczególności tzw. psychosomatycznych (nadciśnienia tętniczego, choroby wrzodowej, wieńcowej, itd. – głównych „zabójców”, tzw. chorób cywilizacyjnych). Na bezpośredni, silny i destruktywny wpływ stresu wskazuje się w epidemiologii nerwic, psychoz sytuacyjnych, zaburzeń nastroju (afektywne) – w szczególności depresji i manii, zaburzeń impulsywnych oraz zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Nie ulega wątpliwości, że liczne choroby psychiczne mają albo nieustalone do końca pochodzenie (np. schizofrenia, psychoza maniakalno-depresyjna), albo ich podłoże ma genetyczny lub wieloczynnikowy charakter, dlatego nie można w ich przypadku bagatelizować wpływu stresu.

Gdyby stres zadłużenia był jedynym i najpoważniejszym jego kosztem, to sytuacja przedstawiałaby się jeszcze w miarę optymistycznie. Można próbować się uodpornić na negatywne konsekwencje stresu, nauczyć się

³ Obłudne stosowanie ekonomii – dlaczego wobec tzw. „alimenciarzy” stosujemy inną miarę. Coś o RACJONALNOŚCI.
<https://www.facebook.com/psychologia.zadluzenia/>

⁴ Bibl.

⁵ Kwestionariusz Social Readjustment Rating Scale (SRRS). Thomasa Holmesa i Richarda Rahe'a.
<https://www.katarzynapluska.pl/skala-stresu-holmesa-i-rahea/>

konstruktywnie sobie z nim radzić, zaadaptować się – przyzwyczaić się do życia w zwiększonym obciążeniu: „Co cię nie zabije, to cię wzmocni”. Negatywne konsekwencje stresu powinny przemijać, znikać automatycznie po tym, jak usunięta zostaje przyczyna, czyli stresor. Niestety, obserwacje funkcjonowania osób, które doświadczyły sytuacji poważnego zadłużenia, tego optymizmu nie uzasadniają. Powszechnie stwierdzanymi w badaniach⁶ oraz codziennej pracy z osobami zadłużonymi (np. przez pracowników pomocy społecznej, windykacji) jest występowanie licznych zaburzeń funkcjonowania psychicznego i społecznego osób zadłużonych. Manifestują się one najczęściej w postaci zachowań dezadaptacyjnych, związanych z biernością, apatią, chwiejnością i labilnością nastroju, postawami ucieczkowymi, rezygnacyjnymi, czynną lub bierną agresją i roszczeniowością. Osoby zadłużone zachowują się często bezrefleksyjnie i nieodpowiedzialnie, popełniają ciągle te same błędy, nie wyciągają wniosków ze swoich niepowodzeń, mają problemy z przyswajaniem nowej wiedzy i umiejętności, tkwią w schematach nawykowych (często destruktywnych) zachowań. Można to oczywiście skwitować stwierdzeniem, że „tacy już są”, albo „tak im wygodniej”, dopatrując się w tym nawet jakiegoś rodzaju cwaniactwa życiowego, korzyści z bycia biernym, nieodpowiedzialnym, obojętnym.

Można jednak na problem spojrzeć także z innej perspektywy, np. psychologicznej teorii wyuczonej bezradności (TWB). Zadłużenie, niewypłacalność to w istocie sytuacja utraty kontroli i to nie tylko nad osobistymi finansami osoby zadłużonej, lecz licznymi innym ważnymi aspektami życia – stopniowo coraz mniej z nich zależy od dłużnika. Utrata kontroli to nie tylko porażka w rozwiązaniu określonego problemu – np. spłaty konkretnego zobowiązania. Najczęściej jedno niepowodzenie uruchamia kolejny problem, np. posiłkowanie się pożyczkami parabankowymi, by spłacić inny kredyt, uruchamia tzw. spiralę zadłużenia.

Teorią, która zajęła się konsekwencjami funkcjonowania człowieka w warunkach utraty kontroli, jest teoria wyuczonej bezradności. Cały nurt badań nad zjawiskiem WB wychodzi od fundamentalnej obserwacji, że konsekwencją funkcjonowania człowieka w warunkach niesprawowania kontroli nad biegiem istotnych wydarzeń jest zespół zmian w zachowaniu, nazwanych syndromem wyuczonej bezradności (Sędek, 1983; Seligman, 1992; Kofta i Sędek, 1993). Syndrom ten obejmuje deficyty motywacyjne (obniżenie gotowości do inicjowania zachowań), deficyty poznawcze (utrudnienie w wykrywaniu związków asocjacyjnych między zachowaniem a wzmocnieniami) oraz deficyty emocjonalne (obniżenie nastroju, zaburzenia emocjonalne).

Zgodnie z klasycznym modelem wyuczonej bezradności (Seligman, 1992) w niekontrolowanej sytuacji zachodzi specyficzny rodzaj uczenia się – jednostka wypróbuje różne dostępne jej sposoby zachowania i uczy się, że nie ma związku między jej reakcjami a ich pozytywnymi bądź negatywnymi następstwami. Konsekwencją tego procesu jest wytworzenie się zgeneralizowanego oczekiwania braku wpływu na bieg wydarzeń. Właśnie owo oczekiwanie odpowiedzialne jest za deficyty bezradności ujawniające się podczas kontaktu z nową sytuacją, tj. spadek gotowości do inicjowania zachowania, utrudnienia w uczeniu się skutecznych sposobów działania i zaburzenia emocjonalne. Klasyczna teoria Seligmmana doczekała się wielu interesujących rozwinięć. Jednym z ważnych rozwinięć TWB jest informacyjny model wyuczonej bezradności, autorstwa Kofty i Sędka (Kofta, Sędek, 1993). W modelu tym proponuje się następujące wyjaśnienie zjawiska bezradności.

Stan bezradności powstaje zawsze w sytuacjach problemowych, w których określony jest cel, natomiast nie są jeszcze znane sposoby jego osiągnięcia – osoba nie wie, co może zrobić. W takiej sytuacji człowiek podejmuje aktywność

⁶ <http://programwsparcia.com/wp-content/uploads/2014/06/Wyuczona-bezradno%C5%9B%C4%87-.pdf>

poznawczą (myśli) w celu skonstruowania skutecznego planu działania. Odbywa się to poprzez formułowanie i weryfikowanie hipotez i pomysłów, dotyczących skutecznego sposobu rozwiązania problemu, oraz zbieranie i integrowanie napływających danych o zadaniu. Kiedy aktywność zmierzająca do rozwiązania problemu ma miejsce w sytuacji kontrolowanej (a więc zadanie jest rozwiązywalne), jeden ze sprawdzanych pomysłów w końcu zostaje potwierdzony, pozostałe zostają odrzucone jako nieprzydatne. W wyniku wysiłku poznawczego jednostka osiągnęła więc zysk poznawczy – poczyniła postępy w rozwiązywaniu problemu.

Kiedy jednak aktywność poznawcza przebiega w sytuacji niekontrolowanej (zadanie w ogóle lub dla uczestnika zdarzeń jest nierozwiązywalne, np. zadłużony nie posiada wiedzy o możliwych rozwiązaniach), żaden wysiłek umysłowy nie pomoże uczynić postępu, osiągnąć zysku poznawczego. Istotą treningu bezradności jest więc, zgodnie z modelem informacyjnym TWB, brak postępu w rozwiązywaniu zadania mimo długotrwałego wysiłku umysłowego. Ponieważ próby rozwiązania problemu niemożliwego do rozwiązania muszą okazać się nieefektywne, w pewnym momencie występuje przeskok w nowy stan psychologiczny, zwany przez autorów koncepcji stanem wyczerpania poznawczego. Jego istotą jest ograniczenie dostępu do ogólnych zasobów poznawczych – uwagi, pamięci roboczej. Przejawia się to w zahamowaniu tendencji do tworzenia nowych pomysłów rozwiązania problemu, w unikaniu wysiłku poznawczego oraz znacznym pogorszeniu wykonywania bardziej złożonych zadań poznawczych. Stan wyczerpania poznawczego po przejściu treningu bezradności jest odpowiedzialny za zgeneralizowane deficyty przy wykonywaniu nowych zadań. Model ten sugeruje, że powinny one być szczególnie wyraźne w wypadku zadań nowych (dla których nie ma wcześniej wypracowanych, gotowych schematów postępowania) oraz zadań wymagających dokonywania bardziej złożonych operacji poznawczych. Co istotne, zachowania wcześniej silnie utrwalone, realizowane nawykowo nie ulegają zakłóceniu – automatyzmy, rutyna działają sprawnie, przejmując rolę sterującą zachowaniem osoby bezradnej. Stan wyczerpania poznawczego ma komponent motywacyjny – towarzyszy mu na ogół zanik motywacji wewnętrznej (ciekawości, zainteresowania wykonywaną aktywnością) oraz komponent afektywny (zdecydowane obniżenie nastroju).

Utrata kontroli nad osobistymi finansami to nie tylko problem ekonomiczny. W istocie przez brak możliwości bieżącego, płynnego regulowania swoich zobowiązań traci się możliwość normalnego funkcjonowania w praktycznie każdej sferze współczesnego życia. Zadłużeniowy trening bezradności przebiega dokładnie zgodnie z przedstawionymi wyżej regułami. Specyfika i skala powstających deficytów potwierdza uniwersalny charakter mechanizmów TWB – niezależnie o tego, czy utrata kontroli dotyczy spożywania alkoholu, utraty pracy czy płynności finansowej – negatywne konsekwencje nabierają charakteru addytywnego, uruchamiając najczęściej lawinę problemów.

Walorem proponowanego podejścia TWB jest nie tylko to, że lepiej niż inne (np. teoria stresu) wyjaśnia mechanizmy powstawania paradoksalnych zachowań osób zadłużonych, ale przede wszystkim wskazuje kierunek działań zaradczych oraz świadczenia im pomocy. Na gruncie TWB można też poszukiwać bardziej skutecznych sposobów zapobiegania bezradności i likwidowania powstałych już deficytów, możliwości wczesnego rozpoznawania, motywowania i kierowania do pomocy specjalistycznej. To podejście jest z gruntu optymistyczne, udowodniono bowiem, że bezradność ma charakter wyuczony i odwracalny (więcej...⁷). Wszyscy badacze paradoksu wyuczony bezradności zgodnie przyznają, że bezradność likwidowana jest przez „sukces”. I nie idzie tu o spektakularne

⁷ <http://programwsparcia.com/wp-content/uploads/2014/06/Wyuczona-bezradno%C5%9B%C4%87-.pdf>

wyczyny, np. jednorazową spłatę wszystkich zobowiązań, nawet ogłoszenie upadłości konsumenckiej. Sukces dłużnika to złożony proces zmiany celów i priorytetów życiowych, perspektywy życiowej (na tu i teraz – *Program 24 godziny*), to nabycie licznych umiejętności, kompetencji (od planowania zmian, zarządzania budżetem domowym do negocjowania ugody z wierzycielami itd.). Wszystko to w jednym celu – by adekwatnie do sytuacji i na miarę swych możliwości planować i podejmować nawet małe wyzwania dające szanse powodzenia. Te nawet małe codzienne sukcesy to najlepszy trening sprawstwa, zaradności, własnej skuteczności, odbudowujący nie tylko poczucie własnej wartości, ale przede wszystkim likwidujący stopniowo symptomy wyuczonej bezradności dłużnika (więcej: <http://programwsparcia.com/>).

Niestety, podejście TWB dla wielu osób zadłużonych wydaje się niezbyt atrakcyjne. Jest szczególnie trudne do zaproponowania dłużnikom tzw. „kompulsywnym”, dla których zaciąganie kolejnych zobowiązań (bez względu na ich rosnące koszty) nie jest sposobem na docelowe uregulowanie swojej sytuacji finansowej, a służy jednemu celowi: uzyskaniu bezcennej ulgi, choć chwilowej, nawet za wszelką cenę. Niechęć do żmudnego, mało spektakularnego wysiłku w porządkowaniu swojej sytuacji jest też wspierana systemowo i dość powszechnie obietnicami łatwiejszych rozwiązań, oferowanych przez np. „usługi oddłużeniowe”, które często proponują pseudokonsolidację, odwrócone hipoteki czy składają polityczne deklaracje systemowego, ustawowego rozwiązania problemu na kształt powszechnej amnestii.

W przypadku wielu osób, które w związku, a niekiedy w wyniku poważnego zadłużenia znalazły się w formalnym, instytucjonalnym systemie pomocy i wsparcia (pomocy społecznej, leczenia psychiatrycznego, terapii uzależnień, zakładu karnego, np. tzw. „alimieniarze”) pojawia się dodatkowo, nowy jakościowo problem – „zadłużeniowe tsunami”. Jego natura jest dość paradoksalna i wynika wprost z funkcji pieniędzy w życiu człowieka. Dla większości ludzi pieniądze są środkiem, narzędziem służącym zaspokajaniu licznych potrzeb (prawie wszystkich z piramidy A. Masłowa). Posiadanie i używanie pieniędzy trenuje liczne kompetencje, np. adekwatnego planowania, odpowiedzialności, samokontroli impulsów, oszczędzania itd. Dotyczy to tak dzieci, jak i osób dorosłych. Bywają jednak sytuacje szczególne – w określonych warunkach (np. w szpitalu psychiatrycznym, więzieniu, ale i licznych programach aktywizacyjnych, np. dla bezrobotnych) związek pomiędzy zdobywaniem i używaniem pieniędzy a zaspokajaniem potrzeb zostaje przerwany. Podstawowe potrzeby klienta, pacjenta czy skazanego są bezwarunkowo zaspokajane – bo tego wymagają prawa człowieka i zasady humanitarnego traktowania. Zapewnia się więc możliwie godziwe warunki bytowe, wyżywienie, opiekę medyczną, nawet zagospodarowuje się czas wolny i sferę kultury – to oczywiste, nawet za cenę 3500 zł miesięcznie (koszt utrzymania osoby w więzieniu). W tym czasie pieniądze nie są niezbędne, konieczne do życia (co najwyżej jako kieszonkowe), a posiadane przez osobę długi mają charakter co najwyżej „wirtualny”. Nawet prowadzona egzekucja komornicza nie wpływa na podstawowy standard życia takiej osoby. W wielu przypadkach, szczególnie kiedy ktoś utrzymuje się ze świadczeń finansowych pomocy społecznej, 500+ itd., które z mocy prawa nie podlegają zajęciu, najbardziej dotkliwa konsekwencja zadłużenia (egzekucja) nie pojawia się w ogóle. Osoby funkcjonujące w takich realiach dostosowują się, często wykazują nawet rodzaj przedsiębiorczości (dorabiają w szarej strefie – „na czarno”), poprawiając swój byt, jakość życia, zasilając budżet domowy. Problem pracy nierejestrowanej („na czarno”) to oddzielne zagadnienie – poważny problem, którego nawet nie próbuje się rozwiązać. Według danych GUS z 2017 roku w Polsce pomimo rekordowo niskiego bezrobocia, faktu obecności „rynku pracownika” nadal w formie jedynie „na czarno” pracowało ponad 440 tys. osób, dorabiało ich

prawie 900 tys. Retorycznym pozostaje pytanie dlaczego – odpowiedź znają wszyscy, także decydenci odpowiedzialni za politykę społeczną⁸.

Oczywiście żadna sytuacja taka nie trwa wiecznie. Pobyt w placówce, programie czy czas otrzymywania większości świadczeń jest określony – prędzej czy później kończy się „okres ochronny”. Powrót do normalnego życia i do realiów codzienności bywa brutalnym zderzeniem z rzeczywistością. Osoby opuszczające placówki psychiatryczne, odwykowe i zakłady karne najczęściej zostawiają same sobie. Dla wielu jest to zderzenie z samotnością, brakiem wsparcia rodzinnego, przyjaciół, brakiem pracy, mieszkania, środków do życia oraz konsekwencjami zadłużenia, odczuwalnymi teraz w pełni i boleśnie. Najczęściej kontaktują się z takimi osobami (odwiedzają je czy telefonują do nich) tylko pracownicy windykacji, komornicy, niekiedy kurator sądowy. Życie w instytucji (szpitalu psychiatrycznym czy więzieniu) nie należało do wymarzonych, ale to, co ci ludzie zastają po wyjściu na tzw. „wolność”, bywa dramatyczne. Nadchodzi „fala zadłużeniowego tsunami” – piętrzące się problemy (we wszelkich sferach życia) zmiatają efekty leczenia, terapii – najlepsze i najszczersze intencje i postanowienia dotyczące zmiany starych nawyków, kontynuacji leczenia czy utrzymywania abstynencji, które miały służyć stabilizacji i normalizacji życia.

Czy opisanemu zjawisku „zadłużeniowego tsunami” można jakoś przeciwdziałać? To znowu pytanie z kategorii retorycznych, paradoksalnie źle postawionych, bo problem nie w „czy?”, tylko „jak?” – jakimi sposobami, środkami, przez kogo? Praktycznie od zawsze słyszymy postulat inwestowania w pomoc postszpitalną, penitencjarną, w pół drogi itd. Nikt nie ma wątpliwości, że jest ona absolutnie konieczna dla podtrzymania i utrwalenia efektów leczenia psychiatrycznego, terapii odwykowej, oddziaływań penitencjarnych. Najgorzej jest jednak z tymi przekonaniem, które są tak oczywiste, że nie budzą najmniejszych wątpliwości – nawet u sceptyków i wątpiących np. w resocjalizację, a jednocześnie nie znajdują przełożenia na praktyczne działania. Nie aspiruję do stawiania diagnozy, do której nie jestem upoważniony, tym bardziej proponowania rozwiązań w zakresie poprawy sytuacji, ale... W oparciu o ponad 35-letnią praktykę pomagania ludziom w różnych tarapatach życiowych zaryzykuję kilka absolutnie subiektywnych obserwacji. Po pierwsze w naszym systemie pomocy każdy robi swoje i na tym się koncentruje, bo na tym się zna i tego jest rozliczany. Nie wypracowaliśmy kultury, tradycji ani systemu wymuszającego autentyczną współpracę (formalna jest nawet zapisana w ustawach). Po drugie finansowanie działań ma też charakter „resortowy” – tak jakby NFZ i Ministerstwo Zdrowia działało na innej planecie niż Ministerstwo Sprawiedliwości czy Ministerstwo Rodziny, o samorządach terytorialnych nie wspominając. Po trzecie postępuje proces zawężania specjalizacji i profesjonalizacji świadczonych usług. Rosnący poziom fachowych kompetencji kadry rodzić może jednak określone niebezpieczeństwa dehumanizacji pacjenta/klienta. Na przykład źle kształcony specjalista, dajmy na to kardiolog, widzi w pacjencie chore serce, a nie człowieka z chorym sercem; trudno mi określić, co może widzieć psychiatra⁹... Inną konsekwencją specjalizacji i profesjonalizacji usług jest ścisłe koncentrowanie się w programach terapii na wąskim, a nie holistycznym i systemowym, kompleksowym widzeniu problemów i potrzeb

⁸ Pracownik podlegający egzekucji komorniczej otrzymuje 50% swego wynagrodzenia, w przypadku „alimenciarzy” 40%, w przypadku kiedy pracuje wyłącznie w ramach umowy cywilno-prawnej (dzieło, zlecenie) może mieć zajęte całe, 100% wynagrodzenia. Oczywiście są to konsekwencje popełnionych wcześniej błędów, wyraz sprawiedliwości nieprzemawiający jednak do zainteresowanych, którzy potrafia liczyć.

⁹ Na bazie osobistego doświadczenia.

klientów/pacjentów¹⁰. Obiecująca musi być więc zapowiedź zmian w kierunku środowiskowego modelu psychiatrii¹¹ (ciągle jeszcze pilotażowy program CZP) oraz nadzieja na rzeczywiste upowszechnienie interdyscyplinarnego podejścia w pomocy społecznej, terapii uzależnień, readaptacji osób zwalnianych z jednostek penitencjarnych. Inaczej „zadłużeniowe tsunami” (i pewnie kilku innych tsunami) nadal będą zbierały swoje żniwo. I nie chodzi tu tylko o koszty finansowe – tych i tak nikt nie liczy – poważniejsze są koszty ludzkie: rozczarowany brakiem efektów personel, który przecież robi swoje i co w jego mocy, a przede wszystkim pacjenci i podopieczni systemu.

Dokonując przeglądu literatury odnoszącej się do omawianego tu zagadnienia, tj. związku zadłużenia z różnymi aspektami ochrony zdrowia psychicznego w literaturze polskojęzycznej, nie natrafiłem na rzetelne badania dotyczące np. wpływu zadłużenia na pojawianie się nawrotów choroby u osób uzależnionych kończących terapię odwykową, podwyższonej skłonności do zadłużania się u osób cierpiących na psychozę maniako-depresyjną, szczególnie w fazie manii, związku pomiędzy zadłużeniem a depresją, przede wszystkim zachowaniami samobójczymi¹² i wielu innych ważnych kwestii. Co gorsza, nie słyszałem o konkretnych wdrożonych działaniach, programach, przedsięwzięciach, które oferowałyby systemowe wsparcie osób zadłużonych, szczególnie z grup podwyższonego ryzyka.

Reasumując – proponuję analizę poniżej załączonego schematu; pokazuje on dynamiczne współzależności pomiędzy zadłużeniem a kolejnymi zasygnalizowanymi problemami.

Gdyby na wykresie dodać jeszcze trzeci wymiar – uwzględnić zmienną czasu, to okazałoby się, że poszczególne zjawiska, oddziałując na siebie wzajemnie, tworzą niekończąca się spiralę sprzężenia zwrotnego (dodatniego) – klasyczne „błędne koło”. To ono jest jedną¹³ z przyczyn najpoważniejszych mankamentów naszego systemu leczenia psychiatrycznego (szczególnie szpitalnego), terapii odwykowej (szczególnie stacjonarnej) oraz działań resocjalizacyjnych. Wysoki odsetek powrotów do zaburzeń dezadaptacyjnych po leczeniu psychiatrycznym, nawrotów po terapii odwykowej czy recydywy musi budzić zaniepokojenie i refleksję nad modelem oferowanej pomocy i wsparcia.

¹⁰ Na propozycje wygoszparowania kilku godzin zajęć poświęconych radzeniu sobie z zadłużeniem dla uczestników intensywnego (6 tygodniowego) programu terapii odwykowej dla uzależnionych od alkoholu i hazardu usłyszałem, że nie ma na to czasu – nawet w wolną sobotę.

¹¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego na lata 2017–202, DU RP Warszawa, dnia 2 marca 2017 r. Poz. 458.

¹² Z liczby zgonów samobójczych – 6165, w 2014 roku dało się jednoznacznie ustalić powód targnięcia się na życie w przypadku śmierci 2068 osób – przyczyny ekonomiczne stwierdzono u 724 osób, czyli około 35% wszystkich.

¹³ Ocena subiektywna autora, który ma świadomość, że sprawa jest bardziej złożona i zadłużenie nie jest jedynym problemem.



3) Grupy podwyższonego ryzyka destruktywnym zadłużaniem się

To bardzo delikatny jednocześnie trudny i ryzykowny temat. Wcześniej postawiono pytanie: „A może jest też i tak, że w sytuacji ograniczonych czy zakłóconych zasobów psychicznych (intelektualnych, emocjonalnych, osobowościowych), koniecznych dla racjonalnego i bezpiecznego zaciągania zobowiązań, częściej dochodzi do ich ryzykownego, nieodpowiedzialnego zaciągania czy problemów z ich bieżącą, systematyczną obsługą?”. Pytanie w istocie dotyczy trudnej i delikatnej, ale bardzo ważnej kwestii praktycznej, tj. czy osoby cierpiące na różnorodne zaburzenia psychiczne są bardziej narażone na zadłużenie? Ryzykowność tematu wynika z tego, że mówiąc o grupach szczególnego ryzyka, można łatwo wejść na grunt dotyczący fundamentalnych praw człowieka, sugerując rzekomo potrzebę ograniczania wolności samostanowienia, decydowania o sobie osób z różnymi deficytami psychicznymi. Nic bardziej mylnego – o ile w pełni akceptuję ustawowy zakaz sprzedawania napojów alkoholowych niepełnoletnim i nietrzeźwym¹⁴, to nigdy nie odważyłbym się postulować formalnych ograniczeń w gospodarowaniu własnymi zasobami materialnymi, np. pieniędzmi, oraz utrudnień korzystania z prawa do zaciągania zobowiązań przez osoby, u których rozpoznano jakieś zaburzenie psychiczne (z 18 zaburzeń zdefiniowanych w ICD-10), zwłaszcza że to jest aż 23,4% dorosłej populacji naszego kraju. Powód jest oczywisty – uważam, że żadne okoliczności, poza ustalonymi w prawie wyjątkami, nie mogą dyskryminować ani ograniczać praw i swobód osób z szerokiego spektrum osób „zaburzonych psychicznie”.

¹⁴ Bo nie dysponują wystarczającymi zasobami psychicznymi, dojrzałością, trzeźwością konieczną dla w miarę bezpiecznego używania alkoholu.

W kwestii grup podwyższonego ryzyka zadłużaniem pojawia się problem zasadniczy – jednocześnie chyba nierozwiązywalny – tzn.: jaki rodzaj deficytów oraz zaburzeń uzasadniałby zakwalifikowanie osoby do grupy podwyższonego ryzyka i czym to miałyby skutkować? Nie chodzi tu nawet o kryteria, sposób diagnozowania i osoby, które byłyby do tego upoważnione. Aktualny poziom wiedzy medycznej czy psychologicznej nie jest w stanie precyzyjnie i niezawodnie określić nawet warunków oceny stanu poczytalności sprawcy przestępstwa na potrzeby prawa karnego art. 31 kk oraz orzekania o ubezwłasnowolnienia w prawie cywilnym art. 544-560 kpc, a co dopiero wykazać, że ktoś jest bardziej narażony na zadłużenie czy nim zagrożony.

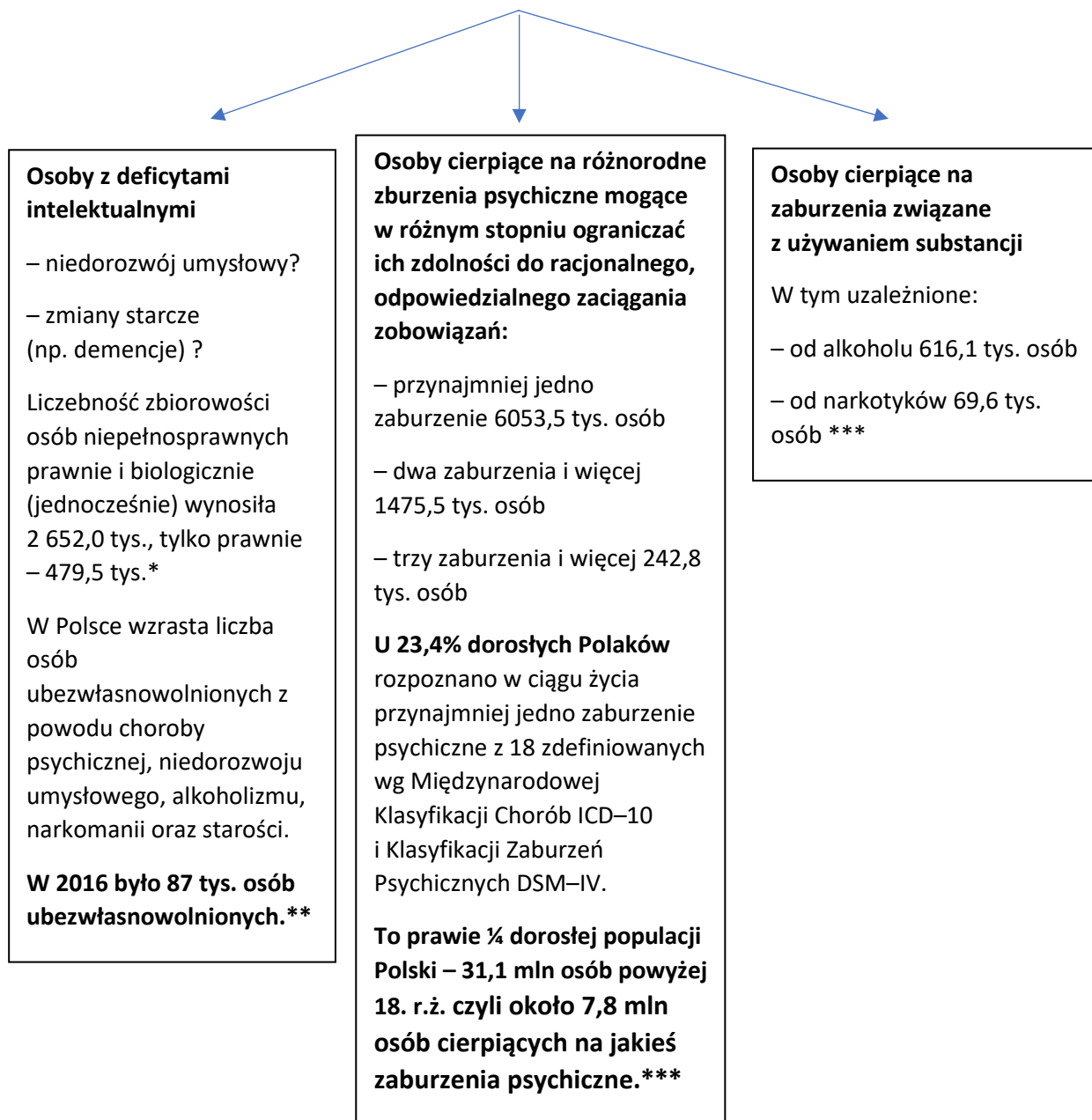
Problem jednak jest, bo w gruncie rzeczy idzie o ochronę bezpieczeństwa finansowego, tak osób zaburzonych psychicznie, jak i często osób im najbliższych. Powszechnie znany jest przestępczy proceder oszukiwania, wyłudzenia, podstępnego skłaniania do niekorzystnego dysponowania swoim majątkiem lub zaciągania zobowiązań przez osoby o ograniczonych możliwościach intelektualnych. Ofiarami przestępstw „na wnuczka” padają nie tylko osoby starsze, nadmiernie ufne, rzadziej mówi się o ogromnych zobowiązaniach kredytowych, zaciągniętych na tzw. „słupa” – często osobę z poważnym niedorozwojem umysłowym. Obowiązujące regulacje prawne dalekie są od doskonałych i skutecznych, np. nawet formalne całkowite ubezwłasnowolnienie osoby nie dyskwalifikuje jej jako klienta usług bankowych, o parabankowych nie wspominając. Może to jest zaskakujące i dziwne, ale osoba ubezwłasnowolniona, dysponująca dokumentami (np. dowodem osobistym), posiadająca potwierdzone, stałe dochody – zdolność kredytową w tajemnicy przed swoim kuratorem może bez większych problemów (bez wychodzenia z domu – on-line) wziąć pożyczkę. System bankowy nie dysponuje żadnymi formalnymi regulacjami i narzędziami weryfikowania i dyskwalifikowania takich klientów. Nie ma w Polsce rejestru osób ubezwłasnowolnionych, więc w przypadku, kiedy zawrze ona umowę kredytu, to z mocy prawa umowa ta jest nieważna, ale: „w związku z tym, że bank nie posiada możliwości sprawdzenia, czy potencjalny kredytobiorca jest ubezwłasnowolniony, nie ponosi odpowiedzialności za udzielone zobowiązanie”¹⁵, kredyt wraz z odsetkami i tak musi być spłacony.

Problem zagrożenia przestępstwami wyłudzenia czy ryzykownym zadłużaniem się osób ubezwłasnowolnionych to tylko przysłowiowy „wierzchołek góry lodowej”. Analizując potencjalne ryzyko wynikające z istotnych deficytów intelektualnych, zaburzeń osobowości, chorób psychicznych czy uzależnień osób zaciągających zobowiązania finansowe (nie tylko kredyty, pożyczki, ale także umowy na usługi telekomunikacyjne, czynsze, nawet alimenty), można¹⁶ zaryzykować wskazanie podstawowych kategorii zaburzeń uzasadniających traktowanie poszczególnych osób jako tzw. bardziej ryzykownych klientów – wymagających szczególnego traktowania: ochrony, doradztwa, wsparcia, pomocy. Dla choćby ogólnego uporządkowania można mówić o trzech zasadniczych grupach ryzyka, wynikającego z deficytów intelektualnych zaburzeń psychicznych i uzależnień:

¹⁵ <https://www.bankier.pl/wiadomosc/Kto-odpowiada-za-dlugi-osoby-chorej-psychicznie-Ubezwlasnowolnienie-a-kredyt-7613686.html>

¹⁶ Przy zastrzeżeniu dot. poszanowania praw człowieka.

Grupy podwyższonego ryzyka destruktywnym zadłużaniem się



*<http://www.niepelnosprawni.gov.pl/index.php?c=page&id=78&print=1>

**<http://www.rynekzdrowia.pl/Prawo/W-Polsce-rosnie-liczba-osob-ubezwlasnowolnionych,158909,2.html>

*** Rozporządzenie Rady Ministrów, z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego na lata 2017–202, DU RP Warszawa, dnia 2 marca 2017 r. Poz. 458.

Podsumowanie i wnioski

1) Potrzeba rzetelnych badań związku pomiędzy sytuacją zadłużenia a różnymi aspektami zdrowia psychicznego, i to w obu proponowanych w niniejszym opracowaniu kierunkach potencjalnego wpływu (zadłużenie – zdrowie psychiczne, zdrowie psychiczne – ryzyko patologicznego zadłużenia).

2) Potrzeba wypracowania oferty działań profilaktycznych, zaradczych i pomocowych adresowanych do:

– osób szczególnie zagrożonych – pacjentów, klientów, podopiecznych oraz ich bliskich (np. system indywidualnego doradztwa, nie tylko prawnego, praktyczne zajęcia warsztatowe – treningi zarządzania budżetem, prowadzenia negocjacji z wierzycielem, wypracowania i realizacji ugody); szeroka akcja edukacyjna dla osób zagrożonych oraz wyposażenie ich w użyteczne materiały pomocnicze, np. poradnik ze scenariuszami optymalnych działań, wzorami pism;

– personelu placówek ochrony zdrowia psychicznego, oddziałów terapii uzależnień, pomocy społecznej i więziennictwa: grupie tej w pierwszej kolejności potrzebna jest podstawowa wiedza o istniejących możliwościach pomocy osobom zadłużonym, zasadach korzystania z niej (np. bezpłatna pomoc prawna), o miejscach i warunkach uzyskiwania wsparcia i pomocy (szkolenia, materiały edukacyjne itd.); za optymalne uznać należy pogłębienie wiedzy i podniesienie poziomu umiejętności zawodowych personelu służby zdrowia w zakresie wczesnego rozpoznawania problemów związanych z zadłużeniem pacjentów, motywowania ich do podejmowania działań, poszukiwania pomocy oraz współpracy z osobami najbliższymi dłużnika; oddzielna ważna kwestia to umiejętność kierowania pacjentów do wyspecjalizowanych miejsc wsparcia dla zadłużonych – instytucji, organizacji NGO, środowisk samopomocowych, np. wspólnoty Dłużników Anonimowych.

Jako że na dziś nie dysponujemy zbyt licznymi ofertami działań już realizowanych¹⁷, o których była mowa wcześniej, wszystkie proponowane programy należy traktować jako działania pilotażowe wymagające rzetelnej ewaluacji i weryfikacji. Na jej podstawie, z czasem, można będzie stworzyć zbiór/katalog działań wartych rekomendowania i upowszechnienia.

3) Potrzeba wypracowania funkcjonalnych zasad współpracy między wszystkimi instytucjami zaangażowanymi w diagnozowanie, leczenie oraz opiekę „poszpitalną”, postpenitencjarną. Jest po temu szczególna okazja w związku z przygotowywanymi obecnie lokalnymi (wojewódzkimi, powiatowymi, miejskimi) programami ochrony zdrowia psychicznego – odwieczny postulat, trudny nawet do dookreślenia.

4) Potrzeba szerokich i zróżnicowanych działań w zakresie edukacji społecznej, podkreślającej szczególne potrzeby osób cierpiących na różnorodne zaburzenia psychiczne w ich pomyślnej readaptacji. I nie idzie tu tylko o przeciwdziałanie dyskryminacji osób cierpiących na zaburzenia czy chorych psychicznie, ale przede wszystkim promowanie działań sprzyjających powrotowi do zdrowia, do normalnego życia osób „po przejściach”.

RP 31.07.2019

¹⁷ Program Wsparcia Zadłużonych w Poznaniu, Gdański Program Bezpieczeństwa Ekonomicznego i Wsparcia Osób zadłużonych
12