

# dia mas



**nr 25**

grudzień 2011

Czasopismo Środowisk Działających na Rzecz Osób Chorujących Psychiczenie

## I Wrocławskie Forum Psychiatrii Środowiskowej „Obudźmy nadzieję”





# Słowem wstępu

## Szanowni Czytelnicy!

„Przychodzimy, odchodzimy, leciuteńko, na paluszkach”...  
Szeleścimy słowami na kartkach...

Odśpiewała od nas Jolanta Janik, co prawda niedaleko... Jola spełnia swoje marzenia, w świecie zdrowych, aktywnych, zakorzenionych mocno w rzeczywistości. Może jeszcze do nas wróci, z nowym bagażem doświadczeń. Na razie podjęte obowiązki nie pozwalają jej na to.

Jolu, życzymy Ci wszyscy pomyślnych wiatrów w rozpięte żagle, chciałoby się powiedzieć: „i płyn po morzach i oceanach” z radością i zapałem!

Teraz witam się z Wami w nowej roli, pełna obaw i lęków, ale też nadziei, bo jest to krok naprzód, odpowiedzialność, która, ufam, prowadzi do rozwoju. W pierwszym wstępniaku (nr 24) nie ośmieliłam się przywitać, wzięłam tylko głęboki oddech i ruszyłam, nieco chwiejnie i niepewnie. Jesteśmy zgranym zespołem, więc czuję się wspomagana.

W redakcji pojawił się psychiatra Łukasz Cichocki, tak że mamy „mocnego” współpracownika. Na nasze wtorkowe zebrania przychodzą też rozmaici goście, niektórzy to dobrzy „starzy znajomi” z łamów „Dla Nas”, jak Anna Baka, która przed laty zajmowała się oprawą graficzną pisma, pod kierownictwem pełnej polotu poetki Małgorzaty Misiewicz.

Nie zakładamy z góry, jaki będzie temat przewodni kolejnych numerów, pismo powstaje spontanicznie.

Czasem okazuje się, że jakaś myśl łączy te wypowiedzi. Tak jest w tym numerze, gdzie droga do zdrowia prowadzi przez dobre relacje między ludźmi, budowanie zaufania do siebie i innych.

Wrocławiu budzi się nadzieja, odbyło się Pierwsze Forum Psychiatrii Środowiskowej, sprawnie zorganizowane przez ludzi pełnych zapału, pragnących konkretnego działania. Braliśmy w nim udział razem z przedstawicielami psychiatrii z Krakowa, Warszawy, Wrocławia, Stowarzyszeniami Rodzin i beneficjentami. Przybyła też Arnhild Lauveng, która opowiadała o swoim doświadczeniu choroby i zdrowienia. Opisała to barwnie Aleksandra Kożuszek.

Ze stereotypem „schizofrenika”, raniącym odrzuceniem i pogardą zmagają się trzej autorzy – Konrad Wroński i Marek Zmarz jako doświadczeni chorobą i Rafał Perkowski jako terapeuta i, bez wątpienia, człowiek poszukujący, zwracający uwagę na znaczenie słowa. Wszyscy szukamy i czekamy, Konrad nawet określił schizofrenię jako stan „oczekiwania” nawrotu ostrego kryzysu, którego jednak możemy uniknąć, poznając siebie i otwierając się na innych.

Relacje buduje się na zaufaniu. W szerokim kontekście mówi o tym ks. dr Manfred Deselaers, prowadzący Dział Programowy w Centrum Dialogu i Modlitwy w Oświęcimiu, gdzie w ubiegłym roku odbyło się XXII Polsko-Niemieckie Sympozjum pod hasłem „Psychiatria potrzebuje zaufania”. W tym miejscu, gdzie wszelka ufność i nadzieja legły w gruzach, szczególne znaczenie ma dialog i wzajemne słuchanie, a Sympozjum było poruszające. Uczestniczyli w nim również ludzie po kryzysach psychicznych z

Niemiec i Polski, w tym także i my ze Stowarzyszenia Otwórcze Drzwi. Anna Liberadzka czytała swój tekst o zaufaniu, który publikujemy. To opowieść o zaufaniu jako drodze do pełni życia, w którym zaufanie jest ryzykiem, ale jeśli go nie podejmiemy, nie poznamy smaku przyjaźni, miłości, prowadzących poprzez rozczarowania, odczarowania, rozterki do radości bycia razem i osobno.

Jak ważna jest „umiejętność komunikowania się” pisze Łukasz Cichocki, podkreślając, że możemy się jej nauczyć, aby żyć lepiej i zdrowiej. Okazuje się, że relacje należy oczyszczać, mówiąc otwarcie o tym, co nas boli i czego pragniemy, a także słuchając innych.

Bywa, że choroba nas powala, wtedy jednak możemy zrozumieć, czym jest zdrowie. Doświadczył tego Maciej Sabatowicz, choroba zabrała wszystko. Czy naprawdę? Nie ma już nadziei? Jednak jest... choć przesiąknięta bólem i goryczą, jest... w znaku zapytania na końcu artykułu.

W dojrzałych związkach jest potrzeba bliskości, tej fizycznej. Z medycznego punktu widzenia pisze o tym pani Małgorzata Kolbusz, ginekolog. To trudny temat, którego jednak nie należy unikać, „zamiatając pod dywan”. Współżycie płciowe także opiera się na wzajemnym zaufaniu, które jest składnikiem dojrzałej miłości. Pani Małgorzata mówi o problemach fizjologicznych, ściśle jednak związanych z psychiką i życiowymi doświadczeniami. To zaledwie cząstka opowieści o miłości.

Żmudne odbudowywanie siebie po kryzysie psychicznym śledzimy w opowiadaniu „Ona”. Lila Borycka przedstawia dwa spojrzenia, obserwatora i osoby walczącej o zdrowie, przenikające się wzajemnie w barwnej narracji.

Częścią osobowości jest duchowość, o której pisze Barbara, Czudając relację ze spotkania ze studentami psychologii i konferencji „Duchowość a terapia”. Każdy z nas inaczej ją przeżywa, w psychozie bywa zaburzona, wędrujemy w świecie demonów, aniołów, świętych, tak zawirowanym, że pozostawia ślad w postaci uprzedzeń, lęków, zwątpienia. Rzadko rozmawiamy o tym z terapeutami, a oni też nie pytają nas o to. Warto poruszyć ten temat, porządkując swoje przeżycia w drodze do zdrowia.

W drugim artykule Barbary poznamy zmagania psychiatrii ze stereotypami dotyczącymi leczenia, ograniczeniami dofinansowania krzywdzącymi pacjentów. Przedstawiciele psychiatrii walczą o godne metody leczenia, docierając do Kancelarii Premiera i Prezydenta. W tych „spotkaniach na szczytach” uczestniczą nareszcie pacjenci, mając swój wiarygodny głos.

Oprawach pacjenta, naruszanych czasem podczas przyjmowania do szpitala bez zgody możemy dowiedzieć się od pani profesor Marii Załuskiej, która przedstawia je rzeczowo, aby rozwiązać nasze wątpliwości.

Życie codzienne i niecodzienne” składa się z miłości, zaufania, duchowości, współistnienia z ludźmi i... poezji, pragnienia piękna. Zapraszamy do świata „skrzydlatych słów”, wiersze uśmiechają się, wdychają, płaczą, „puszczają oko”. Poezją można oswoić zranienia...

Wreszcie miły list do redakcji, za który dziękujemy Uczestnikom Fundacji Opieka i Troska we Wrocławiu. „Ludzie listy piszą”... może ktoś jeszcze do nas napisze?

Dorota Dużyk-Wypich



w tym numerze:

Obudźmy nadzieję ..... 1

Teza 6. Jest schizofrenia, są osoby chorujące na schizofrenię, nie ma „schizofreników”.  
Perspektywa beneficjenta ..... 2

Teza 6. Jest schizofrenia, są osoby chorujące na schizofrenię, nie ma „schizofreników”.  
Perspektywa profesjonalisty ..... 3

Teza 6. Jest schizofrenia, są osoby chorujące na schizofrenię, nie ma „schizofreników”.  
Perspektywa beneficjenta ..... 3

Psychiatria potrzebuje zaufania ..... 5

Człowiek potrzebuje zaufania ..... 6

Zdrowie psychiczne  
a umiejętność komunikowania się ..... 9

Poezja ..... 10

Czym dla Ciebie jest zdrowie? ..... 12

Każdy z nas ma swoją niepowtarzalną historię  
życia seksualnego... ..... 12

Ochrona praw pacjenta w czasie  
psychiatrycznego leczenia szpitalnego ..... 13

Ona ..... 15

Duchowość, choroba psychiczna, terapia ..... 16

List do Redakcji ..... 17

O godność psychiatrii ..... 18

Pocztą Ojca Niebieskiego ..... 20

# Obudźmy nadzieję

**O**l Wrocławskim Forum Psychiatrii Środowiskowej wiedziałam od dawna od mojej przyjaciółki, która działa w Stowarzyszeniu Otwórzcie Drzwi. Cieszyłam się na spotkanie z nią i całą grupą krakowską, z którą jestem związana od 1978 roku.

**D**oświadczałam troskliwej opieki i niesamowitego zaangażowania prof. Bogdana de Barbaro i dr. Andrzeja Cechnickiego jako wielokrotna pacjentka kliniki psychiatrycznej w Krakowie.

**N**a krótko przed rozpoczęciem forum poznałam Reginę Bisikiewiecz, która z przyczyn osobistych zainicjowała organizację tego forum, chcąc skorzystać z bogatych doświadczeń rozwiniętej w Krakowie psychiatrii środowiskowej. Jej entuzjazm i zdolności organizacyjne zadecydowały o dużym zainteresowaniu sprawą – zgromadziło się 300 osób – i znakomitym programie (wśród zaproszonych prelegentów był prof. Jacek Wciórka z Warszawy, prof. Bogdan de Barbaro i dr Andrzej Cechnicki z Krakowa oraz Arnhild Launveng z Norwegii).

**F**orum rozpoczęła relacja dr Ewy Barteckiej-Piłasiewicz prezentująca osiągnięcia wrocławskich środowisk związanych z chorobami psychicznymi, które podejmują próby przełamania barier i lęków przed tymi chorobami w społeczeństwie. Nie zdawałam sobie sprawy, że w naszym mieście odbywa się tyle ciekawych imprez z udziałem pacjentów.

**W** moim wieloletnim doświadczeniu choroby często miałam poczucie braku nadziei, sądząc, że jestem w sytuacji bez wyjścia. Prof. Wciórka cytując ks. Tischnera powiedział, że „nadzieja jest cnotą heroiczną i nie istnieje w perspektywie indywidualnej.”

**K**iedy koszmary atakują dzień i noc, a najprostsze czynności wydają się przerastać możliwości wówczas rzeczywistość heroizmu wymaga zobaczenia światła na końcu ciemności. Ja cierpiałam osobiście, najbardziej odczuwałam ból i lęk podcinający korzenie wszelkiego pozytywnego myślenia. Ale uczestniczyli w tym bliscy, dla których moja choroba była szokiem, a ich cierpienia potęgowała bezradność. Wychodzenie z tego stanu wymagało ogromnej cierpliwości, nieustannego przełamywania zniechęcenia. Edyta Jarosz z Rzeszowa porównała ten trud do wspinania na szczyt górski w pięknym obrazie poetyckim.

**Z**Krakowa, oprócz terapeutów przyjechała grupa pacjentów ze stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi”. Brali oni udział w dyskusji panelowej. Podkreślali rolę motywacji do wysiłku koniecznego do wychodzenia z choroby.

**Z**awsze byłam pełna podziwu, jak lekarze, tacy jak prof. de Barbaro i dr Andrzej Cechnicki, nie mając doświadczenia własnej choroby, potrafią się wczuć w sytuację pacjenta, zrozumieć i wyjść na przeciw jego potrzebom. Właśnie w Krakowie z inicjatywy głównie dr. Cechnickiego powstała cała sieć placówek pomagających ludziom po przejściach ponownie zaistnieć w normalnym życiu. Obejrzelismy film pt. „U Pana Cogito” i marzy nam się, żeby podobna instytucja powstała we Wrocławiu.

**C**horoba wpędza w stan beznadziei i powoduje izolację od otoczenia. Powrót do dobrej formy odbywa się mozolnie, małymi krokami, jeśli chory pozwoli sobie pomóc i zaufa terapeutom. O trudzie budowania zaufania mówiła Anna Liberadzka z Krakowa.

**D**r Cechnicki dostrzega wielkie możliwości, jakie otwierają się przed pacjentami. To właśnie oni mają najwięcej do zaoferowania i przekazania przeżywającym kryzys. Mogą nieść wsparcie, aktywizować, pomagać terapeutom, będąc sami żywymi dowodami na to, że wyleczenie jest możliwe.

**A**rnhild Launveng mówiła o takiej praktyce w Norwegii, gdzie pacjenci po przeszkoleniu stanowią rodzaj personelu medycznego, który wspiera profesjonalistów. Wystąpienie Arnhild, bardzo osobiste, było najbardziej poruszającym momentem na forum, jak wynika z ankiety przeprowadzonej wśród uczestników. Świadcstwo jest najlepszym sposobem na przekazanie nadziei ludziom w potrzebie.

**P**o moim podzieleniu się doświadczeniem wychodzenia z choroby parę osób przyszło podziękować za obudzoną nadzieję, wyrażając pragnienie, aby ich chore dziecko mogło kiedyś dać takie świadectwo.

**Z**ainteresowanie i zaangażowanie uczestników przejawiało się udziałem w dyskusjach panelowych i żywą reakcją na słowa prelegentów. A po tygodniu 46 osób zgłosiło się na zebranie, gdzie zgłaszane były pomysły i koncepcje jak rozwijać psychiatrię środowiskową u nas. Byli to ludzie z pasją, animowani przez pełną entuzjazmu Reginę Bisikiewiecz i – sądząc, że na przełożenie tych myśli na konkret nie trzeba będzie długo czekać.

Aleksandra Kożuszek  
Wrocław

w następnym numerze m.in.:

- Przyjaźń jak lekarstwo
- Urodzinowe przemyślenia
- Opowieści z Centrum Seniora w Krakowie

WYDAWCY:  
Zarząd Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi”  
i Zarząd Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju  
Psychiatrii i Opieki Środowiskowej



Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”



Małopolska Filia Sekcji Naukowej Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji  
Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego



Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej



Projekt zrealizowano przy wsparciu finansowym ze środków PFRON błądzących w dyspozycji Województwa Małopolskiego



# Teza 6. Jest schizofrenia, są osoby chorujące na schizofrenię, nie ma „schizofreników”.

## Perspektywa beneficjenta

Jest schizofrenia – nie ma schizofreników. Ta teza o schizofrenii kryje w sobie intencję, aby nie traktować ludzi, którzy chorują na schizofrenię tak, jakby byli inni i zarazem gorsi niż wszyscy. To prawda, choroba zmienia życie człowieka i sprawia, iż zaczyna zachowywać się inaczej niż „zdrowy”. Przyczyną tej zmiany jest jednak stan organizmu lub psychiki, który obliuguje do tego; dotyczy tylko wybranych aspektów życia i niekoniecznie musi trwać długo.

Schizofrenia jest pojęciem stworzonym przez psychiatrów w celu nazwania i sklasyfikowania pewnego dość rozległego spektrum zaburzeń psychicznych. Samo to pojęcie nie odzwierciedla w stu procentach tego, co aktualnie dzieje się z daną osobą. Osoby chorujące mogą wieść normalne życie bardzo często zażywając leki, które mają za zadanie uchronić je przed nawrotem

**Jeżeli nasze leczenie jest w dobrym stadium: dbamy o siebie, zażywamy leki, śpimy wystarczająco długo, utrzymujemy odpowiednią ilość aktywności ciała i umysłu**

choroby. Schizofrenia nie jest chorobą, która powstała na skutek złego zachowania osób, które na nią zapadły, jak to czasem zdarza się w przypadku osób uzależnionych od alkoholu. Schizofrenia jest stanem oczekiwania lub unikania ostrego epizodu chorobowego i w tym sensie nie kończy się. Tak jak osoba uzależniona od alkoholu, tak chorujący na schizofrenię już do końca życia będzie musiał zastanawiać się, czy powinien brać w danym momencie lekarstwa i uzgadniać z lekarzem strategię leczenia nawet wtedy gdy, co staje się niestety jeszcze dość rzadko, za zgodą lekarza przestał brać leki lub korzystać z innych metod terapii. Dzieje się tak dlatego, że my, chorujący na schizofrenię, zawsze będziemy musieli myśleć bardziej o swoim zdrowiu niż inni, i nawet gdy jest ono nadzwyczaj dobre, ponieważ nawet w najlepszym okresie życia ryzyko nawrotu istnieje i trzeba się z nim do pewnego stopnia liczyć. Nie oznacza to jednak, iż poza tą różnicą nasze życie może być inne w znaczący sposób od życia osób zdrowych lub zapadających na innego rodzaju choroby. To trochę tak jak z modlitwą do

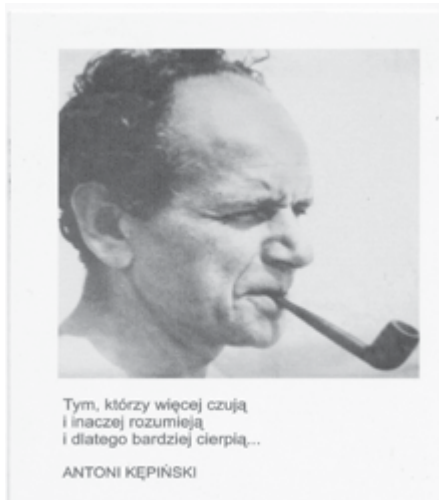
Boga. Modlimy się, aby mieć przy sobie pomoc jego opatrności, nawet jeżeli wszystko idzie dobrze. Tak samo zwracamy się do lekarza, aby pomógł nam poczuć się pewniej, nawet gdy wszystko wydaje się układać dobrze.

Jeżeli nasze leczenie jest w dobrym stadium: dbamy o siebie, zażywamy leki, śpimy wystarczająco długo, utrzymujemy odpowiednią ilość aktywności ciała i umysłu, wtedy możemy funkcjonować bardzo podobnie lub prawie tak samo jak osoby zdrowe. To, prawie, tak naprawdę oznacza skutki uboczne brania leków, które nieco ograniczają nasze zdolności szybkiego reagowania.

Nazywanie kogoś schizofrenikiem w naszej kulturze kojarzy się często z ukrytym znaczeniem, że jest to ktoś zły, niefrasobliwy, nieodpowiedzialny i krzywdzi przez to ludzi z powodu swojej ignorancji i lekceważącego stosunku do ludzi. Przynajmniej mi to określenie kojarzy się z tego typu znaczeniami.

Szczerze powiem, że zbyt długo świat opierał się na tych „pięknych”, „mądrych”, „sprytnych”, „odważnych” i przebiegłych strategiach zdevaluowania czyjejś wartości po to, aby podnieść swoją może zbyt wątpliwą. Wszyscy jesteśmy ludźmi i najlepszy sposób, aby budować społeczeństwo to współpraca i czynienia „dobrze” zarówno sobie, jak i innym. Tak warto robić nie tylko z ludźmi, którzy są od nas „lepsi”, „ważniejsi” lub bardziej wpływowi. W dzisiejszych czasach, aby myśleć o swoim dobru, trzeba również myśleć o dobru innych i to powinno przyjść automatycznie, jeżeli nie ułatwiać, to przynajmniej nie utrudniać życia innym. Dlatego mamy rzucać w siebie wyzwiska jak dzieci w przedszkolu. Starajmy się zachowywać w sposób dojrzały i czerpać z kontaktu z ludźmi i nie traktować innych jak wrogów. Dorośli i poważni ludzie potrafią podejść do problemu w sposób konstruktywny, kładąc nacisk na to, co łączy i rozwiązuje problemy, zamiast na to, co dzieli i problemy stwarza. Bądźmy dobrzy dla siebie nawzajem.

Konrad Wroński  
Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”  
Kraków



**Przeznacz swój 1% podatku dla  
Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju  
Psychiatrii i Opieki Środowiskowej  
KRS 0000 146448**

**Pomagamy osobom chorującym psychicznie  
„żyć, pracować i leczyć się w lokalnej wspólnocie”.**

**Symbolem naszego działania są  
„Hotele u Pana Cogito” w Krakowie.**

**Fundusze zbieramy na  
Centrum Środowiskowe  
im. Antoniego Kępińskiego**



# Teza 6. Jest schizofrenia, są osoby chorujące na schizofrenię, nie ma „schizofreników”.

## Perspektywa profesjonalisty

Sądzę, że autorowi „Szóstej tezy” Jest schizofrenia, są osoby chorujące na schizofrenię, nie ma „schizofreników” chodzi o podważenie utrwalonego w języku redukowania tożsamości pewnych osób jedynie do tych obszarów ich życia, które pozwoliły na zdiagnozowanie u nich schizofrenii. Jestem terapeutą i historykiem idei, i te dwie perspektywy wyznaczają tok moich refleksji. Na początek chciałbym odwołać się do mistyki żydowskiej, w której słowo jest fundamentem rozważań o świecie. Próbując opisać boskie przymioty, kabaliści nadawali im imiona, określane jako sefiroty. Doszli oni jednak do wniosku, że sefiroty w równej mierze

### Słowa zarówno odsłaniają, jak i zasłaniają rzeczywistość

zbliżają, jak i oddalają od prawdy, gdyż z jednej strony wskazują one kierunek, a z drugiej ograniczają istotę dociekań. Inaczej mówiąc: słowa zarówno odsłaniają, jak i zasłaniają rzeczywistość.

W naukach humanistycznych uogólnienia formułuje się ostrożnie. Takie uogólnienia są w logice nazywane kwantyfikatorem uniwersalnymi (dla każdego x istnieje...). Odnosząc to do omawianej tezy, należałoby zatem utworzyć zdanie: dla każdego „schizofrenika” istnieje dany schemat cech i zachowań. Tymczasem samo przejrzanie literatury opisującej przyczyny i objawy zaburzeń z grupy schizofrenii wystarcza, by skazać podobne przedsięwzięcie na niepowodzenie.

Filozoficzny spór o uniwersalia wyznaczył rodzaj myślenia, o którym warto wspomnieć w uwagach na temat tezy szóstej. Debata średniowiecznych uczonych sprowadzała się do pytania: Czy w nazwach ogólnych można zawrzeć coś, co istnieje real-

nie? Pytanie to nie doczekało się jednej zgodnej odpowiedzi, ale z pewnością stało się źródłem charakterystycznej dla kultury europejskiej wrażliwości językowej. W konsekwencji, pojęcia „schizofrenia” i „schizofrenik” są dla jednych elementem klasycznej prawdy o świecie, a dla innych – intelektualną próbą nadania światu porządku. Te dwa podejścia ilustrują komentarze autorów zamieszczone w dziewiętnastym numerze „Dla Nas”. Dla Jolanty Janik dowodem na istnienie schizofrenii jest ogromne cierpienie psychiczne i możliwość jego uleczenia. Janusz Morasiewicz uważa natomiast, że pojęcie „schizofrenia” jest sądem, a nie odwołaniem do realnie istniejącego bytu.

W tezie szóstej dostrzegam też nawiązanie do dyskusji z antropologiczną dychotomią „swój-obcy”. W takim rozumieniu słowo „schizofrenik” jest używane między innymi po to, by wyznaczyć kategorię ludzi zdrowych. Takie podejście nie dopuszcza postrzegania zdrowia i choroby jako kontinuum.

Słuchając rozważań o tradycji, należy zauważyć, że jest i taka, która zaleca zwracanie się do drugiego człowieka i wyrażanie się o nim tak, jak on sam się przedstawia. Stosuję ten zwyczaj w mojej pracy z ludźmi leczącymi się w dziennym ośrodku terapii psychoz. Najczęściej przedstawiają się oni imieniem i nazwiskiem, niektórzy dodają też, że są pacjentami. Dlatego myślę i mówię o nich jako o konkretnych osobach, znanych z imienia i nazwiska, wspólnie z którymi poszukuję jak najmniej bolesnego sposobu życia z rozpoznaniem schizofrenii, w świecie, gdzie słowa używane są niekiedy bezmyślnie.

Rafał Perkowski  
Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii  
i Opieki Środowiskowej

# Teza 6. Jest schizofrenia, są osoby chorujące na schizofrenię, nie ma „schizofreników”.

## Perspektywa beneficjenta

Bywa, że psychoza narasta stopniowo i długo, może ona też dopaść nagle. Tak właśnie wyglądało to, gdy pierwszy raz trafiłem do szpitala. Przypominało to ucieczkę w inny świat, zerwanie kontaktów z otoczeniem. W kontaktach z innymi chorymi zetknąłem się z diametralnie innym rozwojem choroby, w której często występowały wybuchy agresji, a nawet furii.

Psychozie może towarzyszyć brak łaknienia, odczuwania zimna czy zmęczenia, choć zawodowców częstokroć zupełnie różne, uwarunkowane psychicznie objawy może zaliczyć do zaburzeń somatycznych.

Pobyt w szpitalu normuje te objawy i zachowanie, ale tylko podtrzymanie terapii (systematycznie stosowane leki, wywiady, zadania), wraz z aprobatą środowiska nieulegającego przesądowi i uprzedzeniom, daje nadzieję na uniknięcie nawrotów choroby.

Zaostrzenie lub nawroty choroby mogą być podobne do pierwszego jej nadejścia; są nie tylko niewysłowionym cierpieniem dla chorego, ale także dla jego rodziny i przyjaciół. Niekiedy ro-

zenia chorego dotyczą towarzyszących mu w życiu bliższych i dalszych osób. Przy niefortunnym zbiegu wypadków, chory może obarczyć wyimaginowaną winą za chorobę właśnie ich. Jednym z czynników stygmatyzacji może być strach środowiska przed takim obwinianiem przez chorego, ale to tylko jeden przykład z jakże bogatego szeregu stygmatyzacji, które są tym bardziej bolesne, że uczuciowość chorego jest bardzo nasiloną. Pomaga je przemóc konsekwentna terapia – rozmowa z terapeutą i lekarzem – ale nie tylko. Ważne są własne zainteresowania, wypełnianie drobnych zadań, pożyteczne wypełnienie dnia, rozmowa dająca komuś pocieszenie – dla chorego takie osiągnięcia urastają do rangi sukcesu. Choroba wymaga dyscypliny leczenia, a chory, który maniacko chce się wyleczyć i zakończyć terapię, dalej pozostaje wymagającym opieki terapeuty chorym. Terapeuta obciążony jest szczególną odpowiedzialnością, by pracując nad zrównoważonym rytmem życia pacjenta, nie wzbudził w nim poczucia winy za zachorowanie. Stereotypy i przesady każą widzieć w chorych





winnych, uważają chorobę za karę za domniemane grzechy bądź wykroczenia, a nawet za skłonności do zbrodni, które ludzie przypisują nie tylko choremu, ale czasem nawet jego rodzinie.

**T**ak, schizofrenia jest chorobą, tylko chorobą i aż chorobą, i wymaga ona odpowiedzialnego i zdyscyplinowanego leczenia, lecz także daje szansę i nadzieję na przeżycie pełnego prawdy, wolności i pełni piękna – swojego wśród swoich – życia.

**A**le rozchwianie towarzyskie naraża chorego na wpadnięcie w krąg osób nic dla niego nieznaczących. Ich atrakcyjność jest pozorna, bardzo łatwo mogą przyprawić choremu gębę traumi, szczególnie wtedy, gdy przybranie optymistycznej miny jest okupione wielkim trudem. Może i przybranie takiej miny czyni z chorego dziwaka, ale dziwaka pełnego nadziei. Nadziei, która jest lekarstwem na wpadnięcie w głębię rozpaczliwej, ciemnej depresji, upadku ducha, na zejście z jasnej drogi wskazanej przez Boga, tego najbardziej oddanego swojego wśród swoich, w ostatniej godzinie próby.

**S**olidarność chorych jest potrzebą współczesności, czasu, w którym transformacja sposobu komunikacji, jaką jest komputeryzacja, pociąga za sobą tworzenie coraz większej ilości umysłowych stanowisk pracy, w których szok czy też maniactwo prowadzić mogą do klinicznych objawów psychozy. Chorobie tej można zapobiec tylko we wspólnocie społecznej, powszechnej wspólnocie będącej ważnym uczestnikiem wolnego rynku.



rys. Dorota Dużyk-Wypich

**N**owe perspektywy takiej prewencyjnej terapii otwiera środowiskowy model leczenia. W tym modelu chorego nie hospitalizuje się, lecz stabilizuje jego pozycję w naturalnym środowisku, a terapeuta nawiązuje współpracę z rodziną, sąsiadami lub kolegami z pracy. Celem terapii jest, by chory – osoba zależna nieświadoma – wszedł, terapeutą w kontakt wzajemnej zależności świadomej. Innymi słowy, by nauczył się partnerstwa ze swym terapeutą, i to partnerstwo przeniósł do działania w innych interakcjach. Takie ćwiczenia pod okiem terapeuty pozwalają na osłabienie działania traumi i wzbudzenie asertywności beneficjenta.

Można więc powiedzieć, że osoba, która doświadczyła choroby, powracając do zdrowego środowiska i odnajdując siły na funkcjonowanie w nim – zdrowieje. Nie znaczy to, że porzuca terapię farmakologiczną, oddaje się niehigienicznemu trybowi życia lub nawiązuje kontakty ze środowiskiem traumatogennym. Tylko uniknięcie tych cech pozwala pozostać przy zdrowiu, zmniejszyć ilość kontaktów z terapeutą i mieć świadomość, że jego choroba, mimo że jest chorobą chroniczną, nie różni się od somatycznych chorób chronicznych, które też od czasu do czasu wymagają kontaktu z terapeutą, zdyscyplinowanego rytmu życia i jak każda choroba, w razie zaniedbania, może prowadzić do stanów klinicznych.

**U**leczenie nie oznacza wyjścia z choroby bez ran, oznacza tylko ich zablźnienie, a w opiece środowiskowej bardzo ważny jest dobór środowiska. Może się bowiem zdarzyć, że środowisko będzie rozdrapywać rany i doprowadzi do nawrotu choroby, dlatego też chorzy tworzą grupy wsparcia, w których terapeuta jest animatorem działań, szybciej wracają do zdrowia, nawiązują nowe przyjaźnie i prócz uciążliwego zażywania leków, mogą wyjść z choroby, zapominając o jej ranach.

**T**ermin schizofrenik może przylgnąć do chorego tak, jak to bywa w przypadku gruźlików, cukrzyków i sercowców. Środowiska, które w ten sposób przylepiają etykietkę, nie zdają sobie sprawy, jak olbrzymie rany zadają choremu. To nie chory zaczyna myśleć o sobie jako o schizofreniku, ale środowisko nadaje mu takie miano i może doprowadzić do tragedii. Jak każda choroba chroniczna, mimo najlepszej opieki środowiskowej, może w krytycznych sytuacjach doprowadzić do nawrotu, a brak sympatii środowiska, jego opinia, mająca niekiedy charakter zamierzonej nagonki, może doprowadzić do stanu klinicznego.

**T**ak więc nie ma schizofreników i żaden chory nie chce być określany tym mianem, ale ogląda i takt otoczenia nie zawsze stwarzają warunki, w których chorego można ustrzec przed nie stosownymi epitetami. Epitety takie bowiem funkcjonują w społeczeństwie, podobnie jak popularne przezwiska.

**T**ylko popularyzacja postaw ludzi chorych psychicznie, którzy jednak wychodzą z tej choroby i prowadzą normalne życie (dla wielu choroba jest tylko epizodem, do którego nigdy już nie wracają) pozwala na przedłużenie remisji i podjęcie takich samych zadań (czy to w rodzinie, czy w pracy, czy w państwie), jakie podejmują ludzie nigdy nie dotknięci chorobą. Tak więc upowszechnienie faktu, że choroba jest uleczalna może w chorym wzbudzić odporność na przydawanie mu obciążających etykietek. Także służba zdrowia – mimo swego niedofinansowania – może prowadzić należyty proces leczenia chorego (który dzięki temu kontynuuje zadania zawodowe i obywatelskie). Tak, są chorzy na schizofrenię, ale ta chroniczna choroba, przy należytej jej kontroli, jest uleczalna. Z drugiej strony, w nieprzychylnym choremu środowisku, lub środowisku świadomie niszczącym efekty terapii, mogą wystąpić nawroty.

**Z**espoły opieki środowiskowej działające poza murami klinicznych szpitali potrafią mieć takie rozeznanie warunków życia chorego i tak kierować procesem leczenia, że chory uniknie nawrotów choroby i podejmie „normalne życie”. I w tym sensie – nie ma schizofreników, tylko chorzy na schizofrenię, chorobę, z której można wyjść, gdy widzi się otwarte drzwi. Mogą być jednak środowiska, które zatrasną chorego przechodzącego przez drzwi właśnie mianem schizofrenika. W takim przypadku należy się zastanowić, czy środowiska takie można powstrzymać groźbą postępowania sądowego, lub też czy nie należy je – jako patogenne – uznać za naprawdę chore.

Marek Zmarz  
Centrum Seniora  
Kraków



# Psychiatria potrzebuje zaufania\*

## Refleksje na zakończenie sympozjum PNTZP w Oświęcimiu

Nie jestem psychiatrą, lecz teologiem i duszpasterzem, który od ponad 20 lat żyje na obrzeżach Auschwitz. Z tej perspektywy chciałbym podzielić się z Państwem kilkoma obserwacjami i przemyśleniami, które poczyniłem w związku z sympozjum.

I  
Przyznaję, że dopiero dzięki temu sympozjum pojąłem, co jest zadaniem psychiatrów – nie tylko w odniesieniu do pojedynczego pacjenta, lecz do całego społeczeństwa. Ich miejsce jest na obrzeżach społeczeństwa, tam, gdzie znajdują się ci, którzy nie znajdują swojego miejsca lub je stracili, którzy nie mogą normalnie funkcjonować w społeczeństwie, którzy wypadli z sieci kontaktów społecznych i nie potrafią już zaufać ani sobie, ani innym, którzy, jeśli chodzi o normalne funkcjonowanie w ludzkich kontaktach społecznych, są upośledzeni, zniszczeni, są raną społeczeństwa, pod ludzkim względem – społecznymi biedakami.

Miejsce psychiatrów jest tam, gdzie jest także – albo powinno być – miejsce Kościoła. Ale tym nie będę się teraz doкладniej zajmował.

Wyzdrowienie oznacza tu odnalezienie zaufania, znalezienie powrotnej drogi do wspólnoty z innymi, do zaufania innym i sobie samemu, bycie samodzielnym i znalezienie własnego miejsca w otaczającej sieci kontaktów społecznych.

Psychiatrzy powinni pomóc swoim pacjentom w odnalezieniu drogi do nich samych i do innych, przy czym nie chodzi tu tak bardzo o zrozumienie obrazu choroby, lecz przede wszystkim o zaufanie, nawet gdy zrozumienie przychodzi z trudem. Mosty zaufania powstają, gdy ludzie otwierają się na siebie. Gdy psychiatrzy otwierają się na swoich pacjentów, to ich tragedie stają się częścią ich własnego życia, częścią świata, w którym żyją i w którym się orientują. Tylko w ten sposób sami stają się pomostem do społeczeństwa.

Jestem pod wielkim wrażeniem faktu, że byli pacjenci sami stali się nauczycielami, że w sympozjum wzięły udział grupy wsparcia, że np. Anna Liberadzka była referentką. Kto inny tak dobrze mógłby mówić o znaczeniu zaufania, jak ktoś, kto sam głęboko doświadczył jego utraty? Tylko razem możemy budować ten świat,

z wiedzą i doświadczeniem zranionych. Możemy nauczyć się rozumieć nasz świat tylko z perspektywy ich ran. Ale razem żyjemy, wspólnie świętujemy i jesteśmy społeczeństwem.

Tak, jak przemawiają do nas byli więźniowie, tak zwani świadkowie czasu, żebyśmy lepiej mogli zrozumieć nasz świat, tak samo ważne dla społeczeństwa są świadectwa byłych pacjentów, abyśmy mogli lepiej się wzajemnie zrozumieć.

II  
Auschwitz – jeszcze nigdy nie było to dla mnie aż tak bardzo wyraźne – był totalnym załamaniem się zaufania: na płaszczyźnie niemiecko-polskiej, chrześcijańsko-żydowskiej, pomiędzy zdrowymi a niepełnosprawnymi i w wielu innych aspektach.

Uznanie za podludzi, za insekty i w związku z tym postanowienie zniszczenia, co także zostało przeprowadzone, absolutnie pozbawia każde zaufanie jakiegokolwiek podstawy.

Tę zależność, to zranienie odczuwali wszyscy, którzy zaangażowali się w tworzenie Niemiecko-Polskiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego. Psychiatrzy z Niemiec pojechali do Polski w poszukiwaniu śladów zaginionych pacjentów swoich ośrodków, a przy tym zetknęli się ze środowiskiem polskich psychiatrów, w czym dużą rolę odegrali byli więźniowie. Były ofiary walnie przyczyniły się podczas tych spotkań do budowy mostów, do odbudowy zaufania.

Przykład z powojennego pokolenia: Maria Cechnicka, ukształtowana przez wspomnienia wojenne, opowiadała mi, ile przeżywała niepewności i lęku przed pierwszym spotkaniem z niemieckimi gośćmi, którzy w 1985 roku zostali zaproszeni na kongres do Krakowa. Ale gdy później widziała, jak poruszony i przygnębiony po wizycie w Auschwitz był jeden z niemieckich gości, którego jej rodzina przyjmowała, to nagle odczuła potrzebę pocieszenia go, niesienia mu pomocy w odbudowywaniu wspólnoty i zaufania.

Nie chodzi przy tym w ogóle tak bardzo o to, żeby zrozumieć drugiego człowieka. Często nie jest to możliwe. Ale w sytuacji, gdy braknie słów, w gotowości do wzajemnego wysłuchania swoich racji, rozwija się ludzka płaszczyzna, która mimo wszystko łączy.



na zdjęciu Manfred Deselaers

W spotkaniach tych dużą rolę odgrywały osoby z biografiami mieszanymi: o pochodzeniu niemiecko-polskim, polsko-żydowskim, niemiecko-żydowskim albo chrześcijańsko-żydowskim. Ludzie, którzy w swojej biografii w jakiś sposób noszą obydwie albo kilka stron tej tragedii i dlatego czasem nie wiedzą, jak to w sobie pogodzić, lepiej rozumieją obie strony biorące udział w tych spotkaniach i stają się pomostem. Powstaje tożsamość niejako w „pomiędzy”: o tym, kim jesteśmy, nie decyduje to, czy jesteśmy Niemcami, chrześcijanami, Żydami czy Polakami, lecz to, że pomimo naszej różności odkrywamy w naszych kontaktach więzy człowieczeństwa, które łączą i określają nas tu i teraz, i są naszym zadaniem i odpowiedzialnością.

Nasunęło mi się jedno pytanie: Po przeżytych doświadczeniach ofiary mają traumę. O tym się mówi, to się przepracowuje, to jest tematem naszych seminariów. Ale czy sprawcy nie mają traumy? Gdzie to jest?

Niemiecko-Polskie Towarzystwo Zdrowia Psychicznego ma piękny symbol. Litery N i P stały się w postaci jednakowych zwróconych ku sobie twarzy jednością. Jednością w dialogu. Ale czy rzeczywiście obie strony są jednakowe? Czy N nie jest grubsze, a P nie jest cieńsze? Czy w dialogu nie ma też istotnej nierówności? Zbliżnianie rany po Auschwitz wynika z nierówności i wraz z pamięcią i we wspomnieniach odnajduje wspólne człowieczeństwo, które staje się zobowiązaniem

\* Przedruk z czasopisma „Dialog” nr 19, 2011 r.



i radością nowej przyjaźni, która pozwala nam razem tańczyć.

**W**kład NPTZP/ PNTZP w proces zdrowienia Europy po Auschwitz jest w ogóle nie do przecenienia. Za to chciałbym wszystkim uczestnikom serdecznie podziękować.

III

**S**tale natykamy się na granice naszej własnej zdolności kochania. Stale budujemy na kredycie zaufania, który często nie może zostać spłacony. Tutaj zaczyna się wiara. Tutaj jest – powinno być – miejsce Kościoła jako świadka nadziei, że zaufanie się opłaca. Tego nie da się jednak zaświadczyć słowami, lecz tylko życiem, które gotowe jest aż do końca mieć odwagę miłości i wierności, odwagę zapłacić za

w wysoką cenę, aż po oddanie życia. Tym bardziej tragiczne jest to, że zaufanie, za którym Kościół powinien się opowiadać, jest nadużywane, gdy Kościół staje się niewiarygodny. Zburzone zaufanie jest śmiertelne.

**T**o dotyczy także psychiatrii. To straszne, gdy jest nadużywana i nie zasługuje już na zaufanie. Wiemy to i dlatego jednym z naszych ważnych zadań jest badanie sumienia.

**W**obliczu poniesionych ran jesteśmy sługami ludzkości i wspólnoty. To wspaniale dowiedzieć się, że – mimo wszystko – niszcząca siła zła nie ma ostatniego słowa. To wspaniale dowiedzieć się, że na obrzeżach Auschwitz, Oświęcim stał się dziś miastem pokoju i że ma tu miejsce

wiele inicjatyw mających na celu pojednanie i pokój. To ważne, że ludzie, którzy odwiedzają Auschwitz, nie wyjeżdżają stąd wyłącznie pod wrażeniem siły zła, lecz zabierają z sobą także doświadczenie, że po zbrodniczej katastrofie i z traumatycznymi wspomnieniami możliwe jest dobre współzycie między ludźmi. Dzięki Waszej pracy przyczyniacie się Państwo także do budowy możliwej cywilizacji miłości i za to bardzo Wam dziękuję.

Manfred Deselaers  
Centrum Dialogu i Modlitwy  
Oświęcim

# Człowiek potrzebuje zaufania

## Oświęcim 2011 – XXII Sympozjum PNTZP

**Z**aufanie. Jest wiele definicji tego słowa i choć każdy z nas intuicyjnie wie, co ono znaczy, warto na chwilę zatrzymać się i pochylić nad jego sensem i znaczeniem. Zaufanie dla mnie to akt zawierzenia, to stan woli, to świadomy wybór. Ufam, bo taką podjęłam decyzję, nawet jeśli niekoniecznie przesłanki do podjęcia tej decyzji są jasne, logiczne i klarowne, często wręcz trudno je nazwać w gmatwaninie sprzecznych odczuć i emocji. Zaufanie zatem to dzieło wyboru, a nie dzieło przypadku. Lista, czym jest, a czym nie jest zaufanie, jest dłuższa. W moim odczuciu zaufanie nie jest bezwolnym, bezkrytycznym poddawaniem się osobie, grupie, idei czy religii. Zdecydowanie odróżniłabym je od ślepej wiary w siebie, coś lub kogoś, takowa bowiem często kończy się nienawistnym zaślepieniem, wyobrażeniem o własnej potędze lub manią wyższości. Czyny, które następnie rodzą się z takich postaw, są często trudne, bezlitosne i bolesne. Prawdziwe zaufanie niesie ze sobą dobro. Prawdziwe „ufam Ci” wbrew pozorom jest obojętne warunkami. Ufam Ci i dlatego Cię sprawdzam. Wierzę Ci, ale mam prawo się z Tobą nie zgodzić. Szanuję Twoje zdanie i oddałabym życie, abys mógł je wyrazić, ale ja myślę inaczej. Prawdziwe zaufanie nie niszczy podmiotowości jednostki. „Ufam” oznacza nie tylko to, że mogę się na Tobie oprzeć, ale także, że Ty możesz oprzeć się na mnie. Zaufanie bowiem to relacja dwustronna, nie ma w nim przedmiotu i podmiotu, ale są dwa podmioty. I znów: „ufam Ci” to nie tylko chcę na Tobie polegać, czy chcę Tobie zawierzyć, „ufam Ci” równa się także wierzę w Ciebie, wierzę w Twoje możliwości, w Twój potencjał. I wreszcie „ufam Ci” oznacza także

„szanuję”, szanuję Twoje prawo do odrębności, do inności, szanuję Twoje prawo do niezgadania się ze mną, szanuję także te Twoje decyzje, które są trudne i bolesne dla mnie, łącznie z decyzją, by odejść, bo szanuję Twoje prawo do wolności. To ostatnie jest także odpowiedzią na pytanie, ile kosztuje zaufanie. Najwyższą cenę, jaką można zapłacić za zaufanie nie jest bowiem nasze rozczarowanie osobą, której zaufaliśmy, ale sytuacja, gdy ta osoba rozczarowuje się nami.

**P**oważnym zagrożeniem dla zaufania może być bezkrytycyzm, bowiem, jak wspomniałam wcześniej, te słowa nie są bynajmniej synonimami, są oddzielnymi pojęciami, tworzą odrębne skojarzenia i przynoszą inne konsekwencje. Najważniejsze to pamiętać, że zaufanie do danej osoby, myśli, idei nie zwalnia mnie z obowiązku myślenia. Ufam, ale nie przestaję myśleć, a nawet sprawdzać i kontrolować. Moim zdaniem taka postawa to wyraz troski i odpowiedzialności zarówno wobec danej osoby, sprawy, która nas łączy, ale i wobec samego siebie, co też nie jest bez znaczenia. Bezkrytycyzm, zwolnienie z myślenia, brak dystansu prowadzą do zaślepienia umysłu i wielu niebezpiecznych zachowań. Przypomina to człowieka oślepiętego słońcem, który nie widzi już tego, co dzieje się wokół niego i na skutek tego niszczy otaczającą go rzeczywistość. Nikt z nas nie wybiera tego świadomie. Zwykle zaczyna się niewinnie. Któż nie doświadczył krótszego lub dłuższego momentu zachwyty czy zauróczenia wobec osoby, myśli czy idei? Problemem jest, gdy ten zachwyty przeradza się w obsesję, od obsesji już niedaleka droga do wrogości i nienawiści względem Innego. Kontrola



na zdjęciu Anna Liberadzka

i sprawdzanie mimo negatywnych konotacji, jakie mogą się nasuwać, według mnie stanowią o dojrzałości danej jednostki czy instytucji. Jednakże warunkiem jest tutaj, by mieć pozytywne intencje. Sprawdzać i kontrolować należy nie po to, by szkodzić czy niszczyć, ale po to, by rozwijać i budować.

**S**zczególnym wymiarem zaufania jest zaufanie do samego siebie. Aby zufać samemu sobie, trzeba szczerze odpowiedzieć na pytania: czy potrafię być uczciwym względem samego siebie w swoich działaniach i zamiarach? Czy mogę na sobie polegać? Czy zasługuję na swój własny szacunek? Sumarycznie odpowiedzi na te pytania stanowią o zaufaniu do samego siebie lub jego braku. Zdecydowanie najtrudniej jest zasłużyć na swój





własny szacunek i swoje własne zaufanie – pewnie dlatego, że siebie znamy najlepiej, łącznie z wszystkimi wadami, słabościami i zawodami, które sami sobie zafundowaliśmy w przeszłości. Nikt inny nie ma o nas takiej całościowej wiedzy i dlatego to właśnie sami musimy odpowiedzieć sobie, co widzimy patrząc w lustro. Wydaje mi się, że naturalną tendencją człowieka jest jednak darzyć siebie zaufaniem. To dopiero naznaczone różnymi zdarzeniami czas zmusza nas do ponownych konfrontacji, rozmyślań i decyzji. Jednym z takich zdarzeń jest doświadczenie choroby psychicznej. Zaufanie zostaje w chorobie psychicznej rozbite na najbardziej elementarnym poziomie. Doświadczenie psychozy uczy człowieka, że nie może on ufać własnym zmysłom. Kiedy oczy kłamią, głosy mówią nieprawdę, a uszy karmią fałszywymi dźwiękami, człowiek traci stabilność i oparcie – wali mu się na głowę cały świat. W psychozie człowiek jest stuprocentowo pewny sytuacji i zdarzeń, które realnie nie istnieją. Moment, kiedy „budzi się” ze złego snu zwanego psychozą jest trudny i przejmująco bolesny. Kiedy człowiek uświadamia sobie, że wierzył w rzeczy, które nie istnieją, rozmawiał z osobami, które były z nim tylko w jego wyobraźni, że był uczestnikiem zdarzeń, które tak naprawdę nie miały miejsca – pojawiają się w nim sprzeczne odczucia, a wśród nich dominującym jest wstyd. Zaufanie przeżywa kryzys. Kiedy człowiek uświadamia sobie, jakie mechanizmy nim rządziły, zaczyna sobą pogardzać. To bardzo trudne doświadczenie. Wiele osób zamyka się w tym momencie i próbuje o wszystkim zapomnieć, wierząc, że jeśli nie będą do tego wracać, z czasem wspomnienia wyblakną i będą jakby mniej własne. Mają do tego prawo i trzeba ich decyzję uszanować. Ale są też i tacy, którzy wierzą, że można chorobową rzeczywistość scalić z całością doświadczeń, włączyć ją w historię życia, nauczyć się z tym doświadczeniem żyć, a nawet czerpać z tego doświadczenia siłę. Ci, którzy podejmują trud terapii uczą się na nowo ufać samemu sobie, uczą się także na nowo ufać drugiej osobie. Zaufanie do siebie – oprócz elementarnego zaufania do własnych zmysłów, to także zaufanie do własnej mądrości, do umiejętności oceny sytuacji, zaufanie do słuszności podejmowanych decyzji, do umiejętności dokonywania właściwych wyborów, do niezawodności, do słusznych sądów – to, mówiąc inaczej, wiara w siebie i własne możliwości. Choroba psychiczna je zabija, potrzeba czasu, pracy i cierpliwości, by mogły na nowo się narodzić. Podobnie niełatwo przychodzi, aby zaufać komuś. Choć wydaje mi się, że niemożność zaufania drugiej osobie jest wtórna i wynika z braku zaufania do siebie samego, jednakże jest to także ważki problem. Pytanie o brak zaufania komuś, to tak naprawdę pytanie o to, czego się obawiamy w kontakcie – przede wszystkim odrzucenia i samotności; to dlatego boimy się zawierzyć, odsłonić, odkryć.

Myślę, że jest to doświadczenie wspólne wszystkim ludziom, aczkolwiek u osób doświadczonych chorobą psychiczną jest ono szczególnie wyraźne. Lęk przed odrzuceniem jest karmiony wspomnieniami izolacji psychicznej i fizycznej z okresu choroby. Osoba z doświadczeniem choroby psychicznej musi stopniowo, dzień po dniu, nauczyć się ufać. Szczególnie trudno mają ci, których choroba rozpoczęła się właśnie dlatego, że zaufali niewłaściwej osobie lub osobom, którzy już kiedyś się zawiedli, zostali wyszydzeni, wykorzystani lub w inny sposób skrzywdzeni. Czasami te rany są bardzo głębokie i potrzeba czasu, prawdziwej siły woli oraz sztuki terapeuty, aby mogły się one zbliżyć. Chcę to podkreślić, że zaufanie wymaga odwagi, zmierzenia się z własnymi lękami oraz wiary w siebie i w drugiego człowieka.

**W** chorobie psychicznej człowiek staje się nie tylko niewiarygodny dla siebie samego, staje się także niewiarygodny dla otoczenia. Niektóre słowa i czyny dokonywane pod wpływem choroby sprawiają, że jesteśmy skreślanymi z list znajomych i tak zwanych przyjaciół na długo, a czasami

## Nic bardziej nie wzmacnia człowieka niż okazane mu zaufanie

już na zawsze. Grono tych, którzy na nas liczą i nam ufają dramatycznie się kurczy. Nikt nie chce, aby jego przyjacielem była osoba nieobliczalna. Nikt nie chce mieć znajomych, na których nie można polegać. Nikt nie chce zwierzać się osobie, która w jakikolwiek sposób zawiodła jego zaufanie. „Kryzys, choroba psychiczna, nawrót choroby” brzmią jak abstrakcyjne wymówki, mierne wytłumaczenia zawiedzonego zaufania. Znów pojawiają się wyrzuty sumienia, poczucie winy i pogarda dla samego siebie. Czy naprawdę jestem aż tak mały? W odniesieniu do utraconego zaufania pojawiają się pytania: jak zapracować sobie na powtórne zaufanie? Jak je odbudować? Czy jest to w ogóle możliwe? I czy jest to potrzebne? Czy to ma sens? Czy warto? Po chorobie trzeba się zmierzyć i z tymi pytaniami. Myślę, że odpowiedzi na nie są częścią ogólniejszej całości, stanowią o wyborze pewnej drogi – drogi walki, starania, zabiegania lub alternatywne drogi rezygnacji, poddania się. Jest to decyzja, która wpływa na jakość życia i obraz samego siebie. Nie chcę tego wartościować – czasami decyzja: „nie warto” może być bardziej słuszna niż walka za

każdą cenę i niezważanie na konsekwencje, także te emocjonalne. Z drugiej strony, nic bardziej nie wzmacnia człowieka niż okazane mu zaufanie – skoro zasłużyłem na czyjeś zaufanie, to oznacza, że jestem wartościowym człowiekiem, moje „ja” rośnie w siłę, wzmacniam się. I staram się, niejednokrotnie podwójnie czy potrójnie, aby okazać się tego zaufania godnym. Czasami w tym miejscu pojawia się pole do nadużyć i manipulacji przez tych, którzy dobrze rozumieją te mechanizmy – nie ma jednak chyba na to lepszego lekarstwa niż te praktyki obnażać. Niezależnie od tego warto pamiętać, jak nadmieniał wcześniej, że często bardziej boli nas to, kiedy my zawadzimy, niż kiedy nas zawodzą.

**N**ie można nie dostrzec roli psychoterapeuty w procesie odbudowywania zaufania przez pacjenta, i to zarówno w odniesieniu do siebie samego, do drugiego człowieka, jak i otaczającego świata. Wydaje mi się, że aby relacja terapeutyczna zaczęła działać, człowiek musi zdobyć się na choćby minimum zaufania. Wzajemne zaufanie jest bowiem podstawą relacji terapeutycznej; bez zaufania trudno mi sobie wyobrazić zdrowienie i powrót do normalnego życia. Chociaż mówię o wzajemnym zaufaniu, mam świadomość, że proporcje pomiędzy okazywanym przez terapeutę zaufaniem, a tym okazywanym przez pacjenta, są różne w różnych momentach terapii. W pierwszym kontakcie, początkach terapii na pewno zdecydowanie terapeuta musi obdarzyć zaufaniem swojego pacjenta. Nie chodzi tu oczywiście o to, że psychoterapeuta powinien zwierzać się ze swoich spraw pacjentowi, ale okazać mu zaufanie jako człowiekowi. Oznacza to, że terapeuta powinien całym sobą dać do zrozumienia pacjentowi, że wierzy w jego człowieczeństwo, w jego zdolność do powrotu do zdrowia, w jego umiejętność odbudowania relacji społecznych, w jego moc stanowienia o sobie samym. Taki zastrzyk zaufania jest tym, co leczy zranioną duszę osoby chorującej. W momencie kiedy większość świata załamuje ręce i odwraca się plecami, to terapeuta daje iskrę nadziei; później już pozostaje tylko podsycać ogień. Czasami tych promieni jest więcej, zdarza się, że wierzą w nas członkowie rodziny, niektórzy przyjaciele, zaufany ksiądz, z reguły jednak tych osób-promieni nie jest wiele. Jednym z przełomowych momentów na początku terapii jest czas, kiedy pacjent decyduje się zaufa swojemu terapeutce, a nie jest to łatwe, kiedy do końca nie ufa się ciągle jeszcze sobie. Ciężar tego zaufania jest ciężarem odpowiedzialności, nawet jeśli nie za życie i decyzje pacjenta, które zawsze ostatecznie pozostają jego własne, to z pewnością jest to odpowiedzialność za kształt relacji terapeutycznej, która niejednokrotnie jest przynajmniej przez pewien okres czasu najważniejszą relacją w życiu pacjenta. Zaufanie zbudowane w relacji terapeuta – pacjent procentuje odzyskiwanym zaufaniem do siebie samego, do dru-



giego człowieka i do otaczającego świata. Wypowiadając tutaj, w Oświęcimiu, słowa o zaufaniu nie można nie pamiętać o tych wszystkich, którzy zginęli w komorach gazowych w Auschwitz. Ich zaufanie zostało spopielone właśnie w tym miejscu. Nie odważę się wypowiadać żadnych wielkich słów, bo nie ma takich, które oddadzą bezmiar tragedii tego miejsca i tragedii ponad miliona osób, które straciły tutaj swoje życie. Nie da się w tym kontekście wypowiedzieć słowa: „zaufanie” bez smaku goryczy w ustach.

To, czego powinniśmy się nauczyć przez szacunek dla osób, które tu zginęły, to to, aby tworzyć taką filozofię społeczną, która będzie dawała ludziom słabszym czy innym poczucie bezpieczeństwa i stabilności i by tworzyć społeczeństwo otwarte na ich potrzeby. Każdy człowiek na świecie zna historię Auschwitz, ale już zagłada chorych psychicznie podczas II wojny światowej jest faktem o wiele mniej znanym. Przysłonięta Holocaustem nie miała

szans na trwale wpisać się w zbiorową pamięć następnych pokoleń. A przecież była ona początkiem ludobójstwa, poligonem, który posłużył nazistom do wypracowania skutecznych metod zabijania ludzi na skalę przemysłową. Chorych zabijano śmiertelną dawką morfiny lub – w późniejszym okresie – w komorach gazowych, które instalowano w samochodach lub budowano przy specjalnie do tego celu powołanych ośrodkach. Program ten nazwano kryptonimem T 4, od adresu placówki kierującej akcją zagłady. Ofiary chowano często w lasach, w masowych, bezimiennych grobach. W powszechnej świadomości osoby chorujące psychicznie nie są uważane za ofiary prześladowań, traktuje się je czasem wyłącznie jako marginalną grupę ofiar nazizmu. Tymczasem ich zagłada była początkiem masowego ludobójstwa; tutaj zdobywano doświadczenia i wypracowywano rozwiązania, które później pozwoliły na masowe mordowanie ludzi w obozach zagłady. To, co wydaje się trudne do poję-

cia, to fakt, że osoby chorujące psychicznie były wykorzystywane tylko jako instrument do przetestowania metody, nie były one nawet godne tego, aby dokonać na nich mordu.

Z jednej strony mamy ważną, ale gorzką refleksję Wisławy Szymborskiej: „Tyle wiemy o sobie, ile nas sprawdzono”. Z drugiej strony, nawet ukazując, jak nieludzcy potrafia być względem siebie ludzie, trzeba pamiętać, że zdarzają się i tacy, u których te zachowania wyzwalają pokłady dobra. Profesor Kępiński pisał o tym w ten sposób: „W warunkach obozowego piekła mogło się krystalizować w człowieku to, co było w nim najszlachetniejsze, gdyż tylko przez mobilizację głębokich warstw swojej psychiki mógł on przeciwstawiać się rzeczywistości obozowej”. Podobne refleksje w swojej książce: „Człowiek w poszukiwaniu sensu” przedstawia Wiktor Frankl, dodając, że „najszlachetniejszy z nas nie przeżył”. Niech naszym hołdem dla tych wszystkich, którzy zginęli w obozach zagłady i programie T4 będzie nasza wspólna polsko-niemiecka współpraca. Spróbujmy, zachowując pamięć i tożsamość, myśleć o tym, co nas łączy, spróbujmy sobie zaufać.

Wracając do zaufania, warto pamiętać, że im więcej nim obdarzasz, tym więcej go dostajesz – jest ono z kategorii tych dóbr, które mnożą się przez dzielenie jak dobroć, miłość, pokój, radość. Bez zaufania nie tylko niemożliwe jest zdrowienie, ale jakiegokolwiek wspólne działanie. W podsumowaniu tych refleksji na temat zaufania chciałam odnieść się do tytułu wystąpienia: „Człowiek potrzebuje zaufania”. Człowiek potrzebuje zaufania, aby się rozwijać, aby budować związki, aby kochać i tworzyć. Zaufanie nie ochroni nas co prawda przed zdradą i rozczarowaniem, nie jest to jednak powód, by nikomu nie ufać. Zdrada i rozczarowanie są wpisane bowiem w naturę kontaktu międzyludzkiego. Jednak, co bardziej istotne, bez zaufania nie ma więzi, nie ma przyjaźni, miłości; życie uczuciowe człowieka jest ubogie i puste. Człowiek potrzebuje tych więzi nie mniej niż roślina światła czy wody – jeśli nikomu nie zaufam, może nie ulegnę rozczarowaniu, ale też nie doświadczę miłości, przyjaźni, ciepła ludzkich relacji. Ci, którzy wierzą w człowieka, są w stanie tworzyć więzi, wiedząc, że nie oznaczają one bynajmniej utraty autonomii i poczucia bezpieczeństwa. Brak zaufania gwarantuje nam wprawdzie, że nie będziemy zranieni lub zawiedzeni, ale nie gwarantuje nam, że będziemy szczęśliwi. Potrzeba odwagi, aby zaufaniem obdarzyć i zaufaniem przyjąć. Warto, bo czymże byśmy byli bez zaufania? Bylibyśmy jako miedź dzwicząca albo cymbał brzmiający...

Anna Liberadzka  
Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”  
Kraków

Życie codzienne ♦ Terapia ♦ Samopomoc ♦ Współpraca

# RODZINY

ISSN 1898-0007  
Półrocznik  
NR 10  
Grudzień 2011

Czasopismo dla rodzin osób chorujących psychicznie

Artena Doroczna Konferencja Europejskiej Federacji Przewidywalności i Wykluczenia Społecznego w dniach 17-18 października 2011 r. - Liczba stażowa w pensjonacie „J.Pani Cogito”

I Wrocławskie Forum Psychiatrii Średniowiekowej "Obudzimy Nadzieję" w dniach 17-18 października 2011 r.

Artena Doroczna Konferencja Europejskiej Federacji Przewidywalności i Wykluczenia Społecznego w dniach 17-18 października 2011 r. - Liczba stażowa w pensjonacie „J.Pani Cogito”

25 września 2011 r. w Krakowie



# Zdrowie psychiczne a umiejętność komunikowania się

Niniejszy artykuł jest pierwszym z serii kilku poświęconych zagadnieniom zdrowia psychicznego. Temat ten jest istotnym, a jednocześnie rzadko podejmowanym przez lekarzy psychiatrów obszarem refleksji. Istotnym dlatego, że zadaniem lekarza jest nie tylko leczenie, ale także zapobieganie chorobom, czyli, innymi słowy, uczenie jak troszczyć się o swoje zdrowie. To, dość oczywiste, stwierdzenie w obszarze zdrowia somatycznego warto, w moim przekonaniu, stosować także do obszaru zdrowia psychicznego. Jako lekarz psychiatra mam bowiem często do czynienia z osobami, które poprzez swój styl życia, brak dbałości o siebie, brak pewnych umiejętności psychologicznych przyczyniły się do pojawienia się objawów różnych zaburzeń psychicznych. Szczęśliwie w wielu sytuacjach okazuje się, że tak, jak osoby te mogły mieć negatywny wpływ na swoje życie, tak też mogą one zmieniać się i uzyskiwać nowe, przydatne umiejętności. Umiejętności nie tylko chroniące przed nawrotem objawów w przyszłości, ale również pozwalające prowadzić, w odczuciu tych osób, lepsze, pełniejsze, bardziej satysfakcjonujące życie. W pierwszym z serii artykułów chciałbym skupić się na najistotniejszym moim zdaniem czynniku wpływającym na zdrowie psychiczne, a jest nim, moim zdaniem, umiejętność właściwego komunikowania się. Patrząc z przeciwnej perspektywy – gdybym miał wymienić główny czynnik szkodzący zdrowiu psychicznemu, to bez wątplenia wskazałbym na brak komunikacji.

Po pierwsze brak komunikacji wewnętrznej – namysłu nad samym sobą, analizy co czuję, co myślę, co chcę, z czym jest mi dobrze, z czym źle i próby odpowiedzi na pytanie dlaczego. Wielu ludzi niepokojem i lękiem reaguje na perspektywę, że mieliby pozostać sam na sam ze sobą i nic nie robić. Nic nie robić w sensie braku podejmowania zewnętrznej aktywności. Po prostu być i się obserwować. Przyglądać się, w jaką stronę podążają moje myśli, jak zmieniają się moje emocje. Gdyby przyrównywać te zabiegi psychiczne do czynności fizycznych, to nasuwa mi się porównanie z myciem. Zdecydowana większość osób myje regularnie swoje ciało, przygląda mu się, dba o nie. Pytanie ile z tych osób poświęca choćby porównywalną ilość czasu i uwagi swojemu wnętrzu? A przecież bez tych chwil zatrzymania się, refleksji zaczynamy tracić kontakt z własnym wnętrzem. We wnętrzu tym zaczynają się wtedy zbierać różne trudne i nieprzyjemne treści, z którymi w miarę upływu czasu może nam być coraz ciężiej sobie poradzić.

Sama komunikacja wewnętrzna jednak nie wystarczy. Jesteśmy istotami społecznymi, od urodzenia do śmierci żyjemy wśród innych ludzi. Oni opiekują się nami, my opiekujemy się nimi, budzą w nas różne emocje, szanują nas, lub nie. W wielu z tych relacji, zwłaszcza bliższych, takich jak relacje małżeńskie, relacje rodzic – dziecko, relacje przyjacielskie, dzieje się często tak wiele, że wymaga to także zatrzymania, chwili refleksji – jak nam jest ze sobą, czy wszystko jest w porządku. I dość często w wyniku takiej rozmowy z drugą osobą okazuje się, że jednak nie wszystko. Można jednoznacznie stwierdzić, że to jest norma. Bliższe relacje międzyludzkie są w moim przekonaniu nierozzerwalnie związane z faktem, że pojawiają się w nich różne trudności, zawirowania, nieraz kryzysy. Kwestią kluczową nie jest to, że takie zjawiska się pojawiają, ale to, co z nimi robimy. Upraszczając można tutaj wyróżnić dwie strategie stosowane w takich sytuacjach. Pierwsza strategia zakłada, że trudności i kryzysy są czymś złym i że nie powinno ich być. Konsekwencją takiego założenia jest działanie polegające na ukrywaniu, zaprzeczaniu, nierozmawianiu o trudnościach zwane kolokwialnie „zamiataniem pod dywan”. Im dłużej taka strategia jest stosowana, tym większy „stos śmieci”, tym większa obawa i niechęć by się zmierzyć z problemami. Jest to jeden z podstawowych mechanizmów rozpadu więzi międzyludzkich, z wszystkimi konsekwencjami, jakie taki rozpad niesie. Szczęśliwie nie jest to jedyna

strategia możliwa do przyjęcia w sytuacji kryzysu. Druga strategia wymaga odwagi – odwagi uznania rzeczywistości, zmierzenia się z nią. Często ta droga, choć pozornie trudniejsza, prowadzi do rozwoju i umocnienia. W pracy z moimi pacjentami mam poczucie, że rzadko się zdarza, żeby ktoś stosował tylko i wyłącznie jedną z tych strategii. Jednak zgodnie z moimi obserwacjami, po przekroczeniu pewnego progu stosowania „strategii nr 1” obciążenie tłumionymi uczuciami, żalem, złością (nieraz urastającą w wyniku



rys. Anna Baka

tłumienia do rozmiarów nienawiści) jest tak duże, że w pewnym momencie człowiek zaczyna tworzyć objawy psychopatologiczne. Ważne jest zatem, aby tak prowadzić bilans swojej wymiany emocjonalnej z otoczeniem, aby w miarę możliwości na bieżąco „czyścić” różne relacje, dbać o nie, trochę tak, jak dobry ogrodnik dba o swój ogród.

Oczywiście te dwa rodzaje komunikacji – wewnętrzna i zewnętrzna – pozostają w bliskim związku. Można zaobserwować między nimi także szereg podobieństw. Gdybym miał jednak ustalić wśród nich jakąś hierarchię czy kolejność, to myślę sobie, że trudno spostrzec problemy w relacji bez wcześniejszego zajrzenia do własnego wnętrza. Na koniec uwaga o charakterze epidemiologicznym. Szereg badań określających częstość występowania różnorodnych zaburzeń psychicznych wskazuje na ich znaczne rozpowszechnienie. Gdy sumuje się wyniki tych badań, to okazuje się, że około połowa osób z populacji ogólnej będzie miała okres, kiedy będzie można u nich zdiagnozować jakiś rodzaj zaburzeń psychicznych. Zdrowie psychiczne powinno być zatem przedmiotem troski nas wszystkich.

dr n. med. Łukasz Cichoński  
Pracownia Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii CMUJ





# Poezja

## Kwiaty

Zieleń ostatnia przed jesienią  
Barwą skrywana tajemnica  
I na stoliku kwiaty płoną  
W porcelanowym wazoniku

Zieleń kolory inne skrywa  
Zazdrosna o jaskrawość bieli  
Przed rychłą zimą wciąż umyka  
Wysłuchana w ciszę melancholii.

Cieszą się jeszcze pyszne astry  
Piękną czerwienią i fioletem  
Na stole moich marzeń złotych  
Osnute w zieleń liści wonnych.

Nadzieją, wiarą umocnieni  
Na targowisku plotek Świata  
Kolor tych kwiatów niech przesłoni  
Troski i smutny koniec lata.

Kraków 25IX2011 r.

Anna Baka

Aniele niewyspania  
Czemu wieczory na zewnątrz,  
Późno wracam do domu?  
Aniele mego domu  
Wydobądź ze mnie pestkę  
Z której wykwitną liście  
I płatki i fale zapachu  
Aniele jasnych kwietni  
Dodaj mi skrzydła do nóg  
Bym lekko załatwiała  
Swoje codzienne sprawy  
Aniele listów  
Daj mi tańczące słowa  
I przestwórz między nimi  
Proszę was o to, posłańcy...

M.B.

## Memoriał nowego zarządu

Szykują się zmiany  
nieopowiedziane.

Mile widziana zimowa wylinka poglądów  
z niepożądanych na pożądane.

Uprasza się o postawę apolityczną  
w odpowiednim kierunku  
i odrobinę towarzyskiego wyczucia –  
z kim owszem-owszem,  
a z kim absolutnie nie.

Ci, co myślą inaczej,  
odejdą z własnej woli,  
pewni słuszności swego kroku.

Zarząd posłuży pomocną ręką  
w napisaniu stosownej rezygnacji.

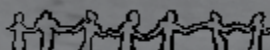
Marta Kazansky

## Anioły

Podniebne, w bieli spowite, nad  
nami pochylone  
Prowadzą powoli do Nieba, gdy  
trochę nam nie po drodze ,  
Gdy próżność Świata nas zwodzi,  
gdy radość świata nas woła.

Na białej kartce papieru, Skrzy-  
dlaty mój Przyjacielu, pozostaw  
skrawek Nieba,  
Co w skrzydłach Twoich się mie-  
ści, by obraz Nieba pozostał,  
Ten obraz Prawdziwej radości.

Anna Baka





Panie

pozwól mi umrzeć szybko.

Nie karz mnie czekaniem, co ślimaczy się  
i w którym narasta dławiący strach.

Niech umrę we śnie. Niech moja śmierć  
będzie jak dopalenie się świecy.

Niech nie umieram w gryzącej samotności.  
Niech nie umieram skazana na palący wstyd.

Niech odchodzę w pokoju, z którego nikt nie  
wyrzuci mnie, Panie.

A nade wszystko daj mi proszę kogoś,  
kto do ostatniego dnia powtarzałby , jak  
gdyby nigdy nic,  
jak dobrze dziś wyglądam  
i że mi się polepsza.

Marta Kazansky

Na łożu Śmierci

dokonuje się sprawiedliwość  
oto umieram leżę na łożu śmierci  
ostatnie piwo podane mi wypilem  
zgromadzili się naschodzili  
wszystkich poznaję i pozdrawiam – zapro-  
siłem:

ten staruszek z siwą brodą to Bóg  
biały młodzieniec ze skrzydłami to anioł  
kominiarz – bo którejdy miałbym opuścić  
dom?

palacz – żeby spalił kartotekę lekarską  
aktor – żeby ujrzał ostatnią minę  
skrzypek – żeby zagrał najsmutniej jak  
potrafi

a kim jest ta dama z kosą?  
jej wcale nie zapraszałem – sama przyszła

2011

Jacek Stawowy

Banitka

Byłam –  
na wygnaniu

moje miasto  
otoczyli murem absurdów  
nie do wyjaśnienia

wypiłam – jak on –  
cykutę

płonęłam  
na stosie  
zgotowanym przez niedowiarków

skwierczało ciało  
duch ulatywał do nieba

tej jasnej zieleni  
córy wiosny zabrakło

oszalała Demeter  
snuła się ze mną po pustyni

natknęłam się  
na kobietę z wydm

zaczęłam liczyć  
ziarnka piasku historii –  
beźmiar

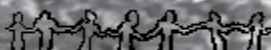
zasnęłam w objęciach Hermesa

budząc się  
ujrzałam świt  
losu Pielgrzyma

pamięci Karola Wojtyły –  
człowieka i poety.

Lila Borycka

Poezja





# Czym dla Ciebie jest zdrowie?

Cofnijmy się do dzieciństwa. Jesteś zaziębiony – mówiła mama Ci ekspediowała mnie do łóżka. Trzeba było łykać gorzkie pigułki i pić niewiele lepszy syrop. Po kilku dniach choroba minęła i znów można było swobodnie hasać. Stan zdrowia był oczywistością, nad którą mały człowiek w ogóle się nie zamierzał zastanawiać.

Choroby w sumie szczęśliwie omijały moją rodzinę, tak więc nie było o czym myśleć. Pierwszy raz tak naprawdę zetknąłem się z poważną chorobą w wieku 10 lat, gdy śmiertelnie zachorował mój ukochany dziadek.

Kilka miesięcy gasł, przykuty do łóżka, i nikt nie mógł mu pomóc.

Wtedy chyba po raz pierwszy uświadomiłem sobie, jak dobrze jest być zdrowym.

Mijają lata. Już byłem dorosły. Choroby poza drobnymi zaziębieniami omijały mnie szerokim łukiem. Miałem dwadzieścia parę lat, gdy nagle na raka piersi umiera moja przyjaciółka. Tej choroby i śmierci nie mogę pojąć.

Na cmentarzu mówię do siebie: jeśli ona umarła, to nie ma Boga. I od tego momentu, przez 20 lat jestem niewierzącym.

Mijają lata. Żyję w zdrowiu. Zdrowie dla mnie jest oczywistością

Zakładam rodzinę. Mam ciekawą pracę i nic nie wskazuje, że Z to wszystko może się nagle zawalić. Jest jesień 1997 roku. Medyczne określenie brzmi tajemniczo. Choroba afektywna dwubiegunowa. To naprzemienne stany manii – w której człowiek wszystko może – i przygnębiającej depresji. W sumie kilkanaście razy, w przeciagu 10 lat trafiam do psychiatryka.

Choroba z bezlitosną nieuchronnością zabiera mi kolejno: pracę, rodzinę i wolność.

Najpierw tracę pracę. Gdy większość czasu spędza się w szpitalu, to trudno myśleć o pracy. Potem rozpada się rodzina. Żona rozumie, że jestem chory, ale w końcu nie wytrzymuje któregoś z kolei ataków manii. Rozwód. Na końcu tracę wolność. Są orzeka przymusowy pobyt w domu pomocy społecznej.

Tak więc na postawione we wstępie pytanie: Czym dla Ciebie jest zdrowie?, odpowiem krótko: praca, rodziną, wolnością. I wszystko na to wskazuje, że utraciłem te wartości na zawsze?

Maciej Sabatowicz  
Kraków

## Każdy z nas ma swoją niepowtarzalną historię życia seksualnego...

Ta sfera była dla człowieka od zawsze, przez wieki bardzo ważna. Jak żadna inna obfituje w mity i przesady i stereotypy. Te zaleźnie od swojego znaczenia społecznego utrudniają bądź pomagają w życiu seksualnym.

Bardzo udane bądź dostatecznie udane współżycie płciowe jest istotnym składnikiem więzi, a ta wyrazem miłości i odczuwania szczęścia. Aby przyczynić się do powstania takich relacji, poruszę kilka kluczowych – jak wynika z praktyki lekarskiej – zagadnień z tej dziedziny.

\*\*\*

Ważną często na całe życie człowieka kwestią jest rozpoczęcie współżycia, czyli „mój pierwszy raz”. Jak i kiedy zaistnieje inicjacja seksualna? Czy będzie udana? Nietraumatyzująca? Bez przeszkód w postaci lęku przed ciążą czy przymusu środowiskowego? Oto podstawowe pytania, na które przed podjęciem takowego trzeba sobie odpowiedzieć. Mit obytego już pierwszego razu i tego jak był romantyczny i udany jest obecnie silny w wielu młodzieżowych środowiskach; może wśród tych, którzy go nie znaleźli rodzic frustrację i kompleksy, samotność, a nawet kłopoty z psychiką.

Trzeba jednak podkreślić, że rozpoczęcie współżycia jest bardzo indywidualną sprawą i nie powinniśmy sugerować się stereotypami i opiniami innych na ten temat. Nasza chęć i przygotowanie do tego kroku powinno być decydujące.

\*\*\*

Dużą grupą trudności ważnych i często występujących u chorych leczących się farmakologicznie z powodu psychoz i nerwic są problemy fizjologiczne – techniczne w samym przebiegu współżycia płciowego. Pacjenci skarżą się na obniżenie libido, czyli pociągu seksualnego do partnera czy partnerki. Kobiety mogą przeżywać „niedostępność” do swoich miejsc intymnych przy próbach współżycia ze strony partnera. Z kolei mężczyźni mogą mieć w różnym stopniu kłopoty ze wzwodem, czyli erekcją członka. Ten problem najczęściej jest tematem rozmów i porad z psychiatrą czy urologiem. Obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia nie refunduje porad seksuologicznych.

Problematyką współżycia seksualnego zajmują się psychiatry, a także ginekolodzy i urolodzy. Oni też powinni zdecydować, czy trudności są na tyle poważne, aby porady udzielił seksuolog.

Najpierw należy porozmawiać ze swoim psychiatrą na temat zażywanych leków psychotropowych. Często zmniejszenie dawki czy zamiana leków na inne skutkuje poprawą relacji seksualnej w związku.

Osób starszych należy zwrócić uwagę na inne leki, np. przy cukrzycy czy nadciśnieniu, które również mogą zaburzać współżycie. Tutaj partnerem do rozmowy i porad jest internista, lekarz rodzinny czy diabetolog zajmujący się cukrzycą.

Decyzję o ewentualnym w przyjmowaniu leków poprawiających libido i potencję, czyli ogólną zdolność do współżycia płciowego należy rozważyć ze swoim psychiatrą. Leki te obecnie są dostępne zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn czy aseguella dla kobiet. Druga grupa leków wymaga konsultacji internistycznej lub lekarza rodzinnego przed zażyciem. Chodzi tutaj także o najbardziej znany lek z tej grupy, czyli np. Viagrę.

\*\*\*

Należy jednak podkreślić, że wielu problemów we współżyciu płciowym dałoby się uniknąć, gdyby między partnerami toczyły się rozmowy o potrzebach, oczekiwaniach i zamierzeniach tej sferze, wtedy szanse, że osiągnie się porozumienie, a przynajmniej wypracuje zbliżenie do naszych „norm” w tej dziedzinie, byłyby większe. Ważne jest także, że mniej „techniczne” i zadaniowa podchodzenie do współżycia cechuje częściej mężczyzn.

Przełamanie wstydu i lęku, szczere rozmowy ze swoim psychiatrą, wspólne poszukiwania optymalnych rozwiązań, w razie konieczności porada u seksuologa przyniesie poprawę jakości życia seksualnego, a co za tym idzie relacji w związkach i lepsze samopoczucie.

Małgorzata Kolbusz  
ginekolog położnik





# Ochrona praw pacjenta w czasie psychiatrycznego leczenia szpitalnego

Z przyjęciem do szpitala psychiatrycznego bez zgody wiąże się stosowanie przymusu bezpośredniego, który narusza poważnie prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego pacjenta. W Polsce w latach 1996–1998 około 10% przyjęć do szpitali psychiatrycznych stanowiły przyjęcia bez zgody 96% z nich odbyło się w trybie nagłym [1]. W następnych latach wskaźnik ten był wyższy, sięgał 25,5% wszystkich przyjęć.

Ważne jest, aby minimalizować liczbę przypadków postępowania przymusowego do sytuacji rzeczywiście koniecznych, oraz aby procedurę przymusu bezpośredniego stosować w sposób możliwie jak najmniej dolegliwy dla pacjenta [2]. Chodzi tu nie tylko o zasadę maksymalnej ochrony praw człowieka, ale także o ochronę zdrowia psychicznego, które w procedurze przymusowego przyjęcia do szpitala – paradoksalnie – bywa poważnie zagrożone. Wykazano bowiem, że u pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi przyjmowanych w trybie nagłym w 24% do 31% przypadków rozwijał się Zespół stresu pourazowego PTSD związany z traumatycznym przeżyciem procedury przyjęcia do szpitala [za 3].

Hospitalizacja psychiatryczna wiąże się z możliwością naruszenia nie tylko prawa do wolności i bezpieczeństwa osobistego, ale także i innych praw człowieka.

Bywa to związane z trudnymi warunkami lokalowymi i finansowymi szpitali, brakami w wyposażeniu, przeciążeniem personelu pracą przy dużej liczbie leczonych chorych. Dlatego należy często sobie uświadamiać ważność respektowania praw człowieka i pacjenta w szpitalu, oraz poszukiwać możliwości ich ochrony. Olbrzymią rolę do odegrania mają tu rzecznicy praw pacjenta szpitala psychiatrycznego, lekarze, pielęgniarki i inni pracownicy szpitala, organy założycielskie szpitali, samorządy lokalne, samorządy pacjentów czy stowarzyszenia pacjentów i ich rodzin.

Poniżej zestawiono prawa człowieka i sytuacje oraz procedury związane z ryzykiem ich naruszenia lub ochrony w toku hospitalizacji psychiatrycznej.

## PODSTAWOWE PRAWA CZŁOWIEKA A HOSPITALIZACJA PSYCHIATRYCZNA

Prawa człowieka I generacji	Sytuacje i procedury związane z ryzykiem naruszenia, lub ochroną praw człowieka
Prawo do życia	Objawy uboczne farmakoterapii ZM, powikłania terapii: agranulocytoza, ZZN, ZS, ZA, zaburzenia rytmu serca typu TDP, zahamowanie ośrodka oddechowego
Bezpieczeństwo osobiste, Zakaz niehumanitarnego traktowania	Sposób „zabierania do szpitala” przez pogotowie, policję,
Prawo własności	Odbieranie rzeczy, depozyt
Prywatność	Sale, węzły sanitarne, pokoje badań, rozmów, spotkań
Swoboda poruszania się	Przepustki, wyjścia poza oddział, telefon
Rzetelny proces sądu	Powiadamianie sądu, informowanie pacjenta, obecność pacjenta na rozprawach, odwołania, adwokat z urzędu Prawo do czynności prawnych
Prawo do czynności prawnych	Udzielanie pomocy przez ustanowienie kuratora na czas hospitalizacji art. 44

ZM – zespół metaboliczny, ZZN – złośliwy zespół neuroleptyczny, ZS – zespół serotoninowy, ZA – zespół antycholinergiczny, TDP – Torsade de pointe

## PRAWA CZŁOWIEKA OBYWATELSKIE, POLITYCZNE, SOCJALNE, KULTURALNE A HOSPITALIZACJA PSYCHIATRYCZNA

Prawa człowieka i pacjenta	Sytuacje i procedury związane z ryzykiem naruszenia lub ochroną praw człowieka
Udział w rządzeniu	Samorządy pacjentów, społeczność oddziału
Informacja	Informowanie o metodach leczenia, dostęp do prasy, radia, TV
Wolność sumienia, wyznania	Dostępność miejsca kultu – kaplica, opieki duszpasterskiej zgodnej z praktykowaną religią
Nauka, praca	Kolizja między ofertą rehabilitacji, wsparcia leczenia a realizacją nauki lub pracy
Rodzina	Psychoedukacja rodziny, wsparcie dla rodzin, samopomoc rodzin
Zabezpieczenie socjalne	Informowanie, udostępnienie pomocy pracownika socjalnego
Życie kulturalne	Organizacja życia kulturalnego w placówce, ułatwianie dostępu na zewnątrz, stymulowanie czynnego i biernego udziału

### Czy jest możliwe wyleczenie choroby psychicznej bez zgody pacjenta?

Odpowiedź zależy od tego, w jaki sposób rozumiemy „wyleczenie”. Jeśli przez wyleczenie rozumiemy tylko usunięcie lub istotne złagodzenie objawów psychopatologicznych (np. omamów), to podając leki psychotropowe bez zgody, nawet siłą, można taki efekt uzyskać. Ale jeżeli przez wyleczenie rozumiemy nie tylko usunięcie lub złagodzenie objawów, ale ponadto stałe utrzymywanie i umacnianie zdrowia fizycznego i psychicznego, a także efektywne funkcjonowanie społeczne (rodzinne, towarzyskie, zawodowe), połączone z własną satysfakcją oraz dobrostanem psychicznym i fizycznym – to takiego efektu nie da się uzyskać nie tylko bez zgody pacjenta, ale także bez jego aktywnego zaangażowania we własne zdrowienie [4]. Do działań sprzyjających zdrowieniu należą:

- farmakoterapia jako zapobieganie nawrotom choroby,
- zdobywanie wiedzy o chorobie i leczeniu, aktywna współpraca w terapii,
- rozpoznawanie zwiastunów nawrotu i adekwatne reagowanie na nie,
- nabywanie umiejętności radzenia sobie ze stresem i rozwiązywania trudnych problemów,
- akceptowanie tego czego nie da się zmienić i dążenie do zmiany tego co możliwe,
- budowanie relacji z ludźmi, korzystanie ze wsparcia innych osób i dawanie wsparcia,
- odnajdywanie swoich mocnych stron, wzbogacanie umiejętności i zasobów,
- odnajdywanie swego miejsca w rodzinie i społeczeństwie,
- dbanie o zdrowy styl życia – odpowiednia dieta, aktywność fizyczna, unikanie używek,
- odnajdywanie celu i sensu życia, rozwijanie zamiłowań i zainteresowań.

Ujmując problem leczenia psychiatrycznego od strony pozytywnej i uwzględniając to, co powiedziano wyżej o procesie zdrowienia – można powiedzieć, że leczenie szpitalne jest tylko skromnym elementem zapoczątkowującym długotrwały proces



zdrowienia, wymagający motywacji, zaangażowania i własnej aktywności osoby zdrowiejącej. Ponadto ważne jest to, że można i należy rozwijać własny potencjał zdrowia i umiejętności – potrzebnych do dobrego funkcjonowania w społeczeństwie, niezależnie do tego, czy wszystkie objawy choroby zostały usunięte, czy też niektóre z nich utrzymują się przewlekłe.

#### Jaka zgoda na leczenie jest potrzebna?

Zgoda na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego powinna być potwierdzona osobistym własnoręcznym podpisem. Zgoda ta nie jest jednoznaczna ze zgodą na każdy rodzaj zastosowanego leczenia. Według ustawy o zawodzie lekarza pacjent, niezależnie od zgody na hospitalizację, powinien być poinformowany o proponowanej metodzie leczenia, jej skutkach pożądanym i niepo-

## Najczęstszymi przyczynami braku współpracy w leczeniu są: brak wiedzy o chorobie i przekonania co do potrzeby leczenia, objawy niepożądanego działania leków, zapominanie, negatywny wpływ otoczenia i słabe zaangażowanie rodziny w sprawę chorego

żądanym i wyrazić na to leczenie zgodę. Pacjent powinien mieć możliwość zadania dodatkowych pytań na temat leczenia i uzyskania potrzebnych mu informacji. Pacjentowi przysługuje prawo do zgłaszania zastrzeżeń i uwag do proponowanych mu metod leczenia. Leczenie nie powinno być wdrażane przed uzyskaniem zgody pacjenta. Dopuszcza się tu ustne wyrażenie zgody. W przypadku procedur medycznych o podwyższonym ryzyku (w psychiatrii są to punkcja z pobraniem do badania płynu mózgowo-rdzeniowego i zabiegi elektrowstrząsowe) konieczna jest odrębna zgoda pacjenta wyrażona na piśmie, a jeśli pacjent jest niezdolny do wyrażenia zgody – odrębna zgoda sądu (na wniosek lekarza). Wykonanie procedur o podwyższonym ryzyku, bez zgody pacjenta lub sądu jest dopuszczalne tylko w stanach nagłego bezpośredniego zagrożenia życia – u chorego niezdolnego z powodu choroby psychicznej do świadomego i swobodnego wyrażenia zgody.

Jest rzeczą istotną, aby pacjent uzyskał również informacje o chorobie, jej objawach i możliwościach radzenia sobie z nimi, a także aby otrzymał propozycje uczestnictwa w różnych zajęciach terapeutycznych i psychoedukacyjnych. Ważne jest też, aby pacjent znał możliwe działania niepożądane leku i w razie ich wystąpienia zgłaszał je personelowi. Dlatego w toku leczenia potrzebna jest nie tylko zgoda, ale motywacja i aktywne zaangażowanie pacjenta. Tylko taka „aktywna zgoda” skutkuje na dalszych etapach zaangażowaniem pacjenta we własne leczenie. Zgoda wyrażona pod wpływem nacisku, szantażu, czy manipulacji nie jest zgodą ważną i nie skutkuje w przyszłości aktywnym zaangażowaniem pacjenta we własny proces zdrowienia. Opracowano kryteria, jakie powinna spełniać zgoda, aby uznać jej ważność. Są one następujące:

1. Poinformowanie o czynnościach diagnostycznych, leczniczych i następstwach ich podjęcia lub zaniechania.
2. Zrozumienie podawanych informacji przez pacjenta.

3. Swoboda, dobrowolność wyrażenia przez niego zgody.
4. Jednoznaczność wyrażenia zgody.
5. Formalna i faktyczna zdolność do wyrażenia zgody, czyli odpowiednia kompetencja.

Na kompetencje – zdolność do wyrażenia zgody składają się:

- Zdolność do rozumienia treści informacji.
- Umiejętność ich oceny w kontekście uznawanych przez siebie wartości.
- Zamiar lub akceptacja osiągnięcia skutku procedury, na którą wyrażana jest zgoda.
- Zdolność do swobodnego komunikowania swych życzeń.

#### Współpraca pacjenta w leczeniu poszpitalnym

Według zaleceń ekspertów, dla zapobieżenia nawrotom schizofrenii powinno się stosować farmakoterapię: nieprzerwanie przez 24–36 miesięcy po pierwszym epizodzie, po drugim przez 5 lat, a po trzecim i kolejnych stale i nieprzerwanie. Wykazano bowiem, że odsetek nawrotów w okresie 12 miesięcy po pierwszym epizodzie, wynosi wśród osób odstawiających lek aż 74%, a wśród osób kontynuujących farmakoterapię tylko 16% [5]. W chorobie afektywnej dwubiegunowej, warunkiem utrzymania stałej stabilizacji nastroju jest nieprzerwane przyjmowanie leków stabilizujących go.

Badania wykazały, że około 19–50,7% chorych nie stosuje się do zaleceń psychiatry. Najczęstszymi przyczynami braku współpracy w leczeniu są: brak wiedzy o chorobie i przekonania co do potrzeby leczenia, objawy niepożądanego działania leków, zapominanie, negatywny wpływ otoczenia i słabe zaangażowanie rodziny w sprawę chorego. Ponadto wykazano, że częściej nie współpracują w leczeniu: osoby młodsze wiekiem, bezrobotne, słabo funkcjonujące społecznie, mężczyźni, osoby z bardziej nasilonymi objawami chorobowymi, a także osoby nadużywające substancji psychoaktywnych (alkohol, narkotyki) [5].

Na akceptację leczenia wpływa pozytywnie stosowanie leków nowej generacji, które mają mniej objawów niepożądanych, także psychoedukacja pacjenta i jego rodziny. Treningi umiejętności społecznych, komunikacyjnych i udziału w farmakoterapii mogą przyczynić się do dobrej współpracy pacjenta w leczeniu po wypisie ze szpitala. Istotną rolę mogą tu odegrać grupy samopomocowe pacjentów, gdyż przekaz od innego pacjenta na temat własnego pozytywnego doświadczenia wyniesionego z terapii choroby psychicznej jest o wiele bardziej motywujący, niż informacje przekazywane przez profesjonalistów. Bardzo pomocne w aktywnym radzeniu sobie z chorobą i zdrowieniu mogą być też różnego rodzaju materiały informacyjne, broszurki i poradniki.

#### Piśmiennictwo

1. Dąbrowski S. i wsp., Ocena przestrzegania przepisów o zgodzie na leczenie w szpitalu psychiatrycznym, *Psychiatr. Pol.* 2005, 39(1):139-50.
2. Pawłowski T. i wsp., Hospitalizacja bez zgody pacjenta jako źródło odczuwania przymusu. *Psych. Pol.* 2005, 39(1):151-9.
3. Załuska M., Hospitalizacja psychiatryczna a stres, umocnienie i zdrowienie, *Psychiatria w Praktyce Klinicznej*, 2009, 2, 3:156-164.
4. Anczewska M., Roszczyńska Michta J., O umacnianiu pacjentów w procesie zdrowienia [w:] Umacnianie – nadzieja czy uprzedzenia, red: M. Anczewska, J. Wciórka. Biblioteka Psychiatrii 8, IPiN 2007, s. 45-82.
5. Olsson i wsp., Predicting Medication Noncompliance after Hospital Discharge among Patients with Schizophrenia, *Psychiatr. Serv.* 2000, 51,2: 216–222.

prof. dr hab. Maria Załuska  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
Warszawa



# Ona

Najgorsze już minęło, atak paranoi. Wtedy pełna izolacja, uciekanie od ludzi, ponieważ budzili lęk. Wszyscy, nawet najbliżsi. Mózg – krwawa rana – tworzył fantasmagorie. Kto wówczas mógł ją zrozumieć? Była tak daleko od realnej rzeczywistości. Każdy napotkany człowiek był wrogiem. Nie było rodziny, przyjaciół. Trwało to kilka miesięcy, nadludzkie cierpienie.

Mogłabym żebrać o pomoc dla takich ludzi jak ona. Proszę, kto, kto zechce im pomóc? Kto zrozumie, że przebywają za wielkim murem z własnej fantazji? Bez agresji, tylko wyciągnąć rękę. Obserwują ją. Jeszcze odrzuca pomoc, zamyka się w sobie, izoluje się.

Ma powody, rany się jeszcze nie zabiły.

Ona:

– Słyszę! Słyszę! Słyszę! „Głosy”. Jak „one” mnie strasznie wyzywają! Już nie mogę wytrzymać. Kim ja właściwie jestem? Co ja takiego zrobiłam, lub czego nie dopełniłam? Kompletna destrukcja, przymus myślenia, tylko o wyzwiskach. Przecież jestem kimś innym! Moje cierpienie, tylko moje. Normalni Ludzie? są daleko, za ścianą z „głosów”.

I znowu pomógł lekarz psychiatra, ta najbliższa osoba, dr 13 – większa dawka leku. Powoli nabiera zaufania do otoczenia. Dziwka, bez ludzi żyć nie można. Ludzie mogą zranić, ale też są tacy, którzy niosą pomoc. Bacznie się przygląda wszystkim. Szuka potwierdzenia, że może wyzdrowieć. Leki i psychoterapia. Dobroczynne działanie.

Ona:

– Duszę się, kiedy słyszę głosy. Czuję wtedy, że wzrasta we mnie agresja. Nie chcę do ludzi.

Chciałabym zniknąć, schować się tak, żeby nikt mnie nie znalazł. A tu mój najbliższy mi człowiek, z którym mieszkam, mówi o partnerstwie. To coś znaczy, to na pewno coś znaczy!

Kochać takiego dziwoląga jak ja? On nigdy mnie nie zranił. Można mnie kochać. Ja też mogę kochać. Wokół są ludzie. Nie jestem przecież samotną wyspą. Tylko nie mówić o chorobie. Na terapię tak, tylko.

Czyta dużo czyta. Chyba szuka potwierdzenia, że człowiek wtedy jest pełnym człowiekiem, kiedy kocha. Myślę, że chce odbudować w sobie uczucie sympatii do każdego człowieka. Przecież najbliżsi ludzie mieszkają tuż za ścianą. Sąsiedzi, przyjaciele z terapii. Czy aż tak trudno jest

się odnaleźć? Odbudować w sobie pogodę ducha? Ona nie jest wszytkowiedząca i jednak ma przyszłość przed sobą. Zagadkowe – pod wpływem cierpienia mogła odsunąć się od ludzi. Tam gdzie powinien być uśmiech, był grymas cierpienia. Ale nie wszystka była, czy jest chora...



Ona:

rys. Anna Baka

– Tak powiedział poeta, jest choroba duszy. I się wtedy cierpi katusze. Oszalałam, bo nie mogłam pogodzić się z rzeczywistością. Teraz wiem, że jest szczęście w szukaniu choćby drogi myśli. Tylko ta pełna władza umysłowa, żeby była. Bez omamów. Nic nie pozostało z psychozy; biorę leki i chodzę na terapię. Tacy kochani ludzie. Pani Ewa, psychoterapeutka. Ile cierpienia może unieść człowiek. Co umiem? Jakies pojęcie o własnym umyśle. Nie lubię agresji. Napisałam wiersz pod wpływem myśli o E. Stachurze. Cudowna umiejętność człowieka tworzenia kultury. Sprzątam. Potem zrobię sos do spaghetti.

A jednak się odnalazła. To tak jakby odzyskała utracony wzrok. Tam, gdzie były objawy choroby... Tak najwyraźniej zdrowieje. I zasada, że z człowiekiem, dla człowieka, przez człowieka i tak dalej. Rozwija w sobie empatię. Rodzaj uświadomień? Pomagają jej lektury. Już nie unika kontaktów z ludźmi.

Ona:

– Muszę sobie organizować czas, aby normalnie funkcjonować. To w domu. Już nie boję się ludzi. Potencjałem człowieka jest miłość, którą może obdarzyć. Z tą myślą

wsiadam do autobusu i już się nie boję. Nie krzywdzić ludzi nawet myślą. Naiwność? Może to jest szczęście być trochę naiwnym. Czuję bliską obecność ludzi. Choroby to ciemność i chaos. Pomogli mi zwykli, nadzwyczajni ludzie, chociaż ja tej pomocy nie chciałam.

Taka choroba, taka destrukcja, że trzeba wbrew pomagać. Koła ratunkowe z leków. Ale też należy kochać taką „dziwną” osobę. Ona jest inna. Widzę z jakim trudem, ale kiedy musi coś zrobić. Prosta czynność a sprawia problemy. Nauki pobierane od życia. W oddali w przeszłości, w przeszłości doświadczenie, choroba, która już na zawsze ją zmieniła. Jest cieniem jej zdrowia. Wiem, że chce być twórcą i kochać. Uczy się żyć godnie. Prawdą jest, że można powitać nieznanego człowieka bez lęku, ze szczerym uśmiechem.

Ona:

– Żeby tylko nie znaleźć się w pustce. Jestem zdrowa, nie słyszę głosów. O pewien poziom dojrzałości mi chodzi. Różne stopnie dojrzałej miłości. Każdy człowiek, nawet ten obcy zasługuje potencjalnie na pozytywne uczucia. Odkrywam w sobie uczucia. Tylko nie obojętność. Jest tyle negatywnych emocji. Ale nie czuję się już wyalienowana. Zachorowałam na taką zwykłą chorobę, którą można wyleczyć, współpracując z ludźmi, którzy chcą pomóc. I ci ludzie, którzy mi pomagają, są mi najbliżsi.

Życie nie zawsze układa się bajecznie. Czasem trafia się na drogę pełną wybojów, popelnia się złe wybory. Konsekwencje czasem bywają tragiczne. Splot okoliczności i chorób gotowe. Kryzys psychiczny i dotknięty nim człowiek. Jak zdrowo rozliczyć się z przeszłością? Tak, żeby już nie bolało. Odzyskać utraconą odporność psychiczną. Ona jest już na właściwej drodze, ale czy odzyska hart ducha?

Ona:

– Zajmuję taką niszę w społeczeństwie. Dobrze jest być zdrowym. Spotykać się z przyjaciółmi. I dobrze jest też nie zajmować się tak bardzo sobą. Nie śledzić tak bardzo co jest chorobą, a co nie jest. Życie przynosi satysfakcję z prostych rzeczy, dostrzegać je. Ot, czego się uczyć. Przeszłość jest już tak daleko, tylko nauka pozostała. Zrozumiałam wagę wybaczenia.

Ona jest humanistką. To pomoże jej odzyskać utraconą wiarę w człowieka. Musi





zacząć od siebie. Zaufanie do siebie. Od stanu chorobowego do pełnego zdrowia długa droga. Widzę, że pracuje nad rozwijaniem samoświadomości. Wielkie znaczenie mają przyjaciele z terapii. Musi dorosnąć do swojego wieku. Własne życie we własnych rękach. Nikt, ale to nikt jej nie pomoże, jeżeli ona tej pomocy nie przyjmie. I tak, jak wielkie znaczenie w życiu ma dla każdego drugi człowiek, nawet ten nie chciany, ale przyjaciel.

Ona:

– Jestem teraz nieustraszona w walce z chorobą. Myślenie jest czynnością intymną. Staram się je kontrolować. Łapię się na tym, że coś jest nieprawdziwe, wytwór mojej fantazji. Nadaję nowy kierunek tym fantazjom. Wiele się nauczyłam podczas terapii. Przecież takie proste jest bycie normalnym. Wystarczy moja aktywność, dobra chęć. Nie będę się chronić za chorobą i popadać w lenistwo. Życie to aktywność, przede wszystkim umysłowa. Oby mojemu życiowemu partnerowi żyło się ze mną dobrze. Więc nie

narzekam i w różny sposób okazuję mu swoją miłość.

Pragnienie bycia normalnym jest w niej tak silne. Ten normalny świat, ta rzeczywistość jest dla niej atrakcyjna. Myślę, że już znalazła w niej swoje miejsce. Również poprzez akceptację swojej choroby. I tak współtworzy rzeczywistość, jej istnienie nabrało

## Oszalałam bo nie mogłam pogodzić się z rzeczywistością

sensu. Ile spotkań z ludźmi, tyle nowych uświadomień. Teraz zachowuje uważność, delektuje się zdrowiem. A przecież, wprowadziła się z siebie, odeszła daleko od świata, zanegowała ludzi.

Ona:

– Mam świadomość, że uczestniczę w życiu. Moja dobra pani doktor Z. mówiła o godnym życiu. Żaden margines albo stygmaty-

zacja, ale normalność. Normalna choroba i normalne dochodzenie do zdrowia. Tylko ja wiem, ile mogę zrobić w danym dniu, czy też mam, lub nie jakieś cele w życiu. Tak stałam się sobie bliska. Mogę zrozumieć co powoduje u mnie objawy choroby. I towarzyszą mi zarówno radość, jak i smutek. Życie może smakować.

Jaka wielka trudność to dochodzenie do zdrowia psychicznego. Zdrowe emocje i normalne myślenie. Więc nauka pozostaje, żeby już nigdy nikogo nie ranić, nie krzywdzić. Taki jest ideał, ale można się do niego zbliżać. Życie jest spontaniczne, spontanicznie reagujemy na różne sytuacje. Nie można sobie wymyślać scenariuszy, że teraz zachowam się tak, a teraz tak. Bycie blisko dla samego siebie oraz samoświadomość, ku zdrowiu.

Lila Borycka  
Wrocław

# Duchowość, choroba psychiczna, terapia

Duchowość w perspektywie choroby psychicznej ostatnio często mi towarzyszy. Może dlatego, że domeną moich zainteresowań od długiego już czasu jest duchowość, obecnie duchowość stricte chrześcijańska – katolicka, a choroba psychiczna towarzyszy mi od lat przeszło trzydziestu. Z pełną akceptacją, a nawet zaintrygowaniem przyjąłem propozycję uczestniczenia w kolejnym spotkaniu z cyklu „Porozmawiajmy o chorobie psychicznej” na temat choroba a wiara, organizowanym przez Koło Naukowe Psychologów na Uniwersytecie Jagiellońskim. Trzeba tutaj dodać, że Stowarzyszenie Otwórzcie Drzwi (StOD), skupiające osoby po kryzysach psychicznych, a którego jestem członkiem, zajmuje się

## Specyfika zaburzeń psychicznych wymaga od kapłanów – kierowników duchowych znajomości wiedzy z obszaru psychologii i psychiatrii, by móc rozeznąć co jest problemem duchowym, a co chorobowym

szeroko rozumianą edukacją na temat zaburzeń psychicznych, zdrowienia i powrotu do życia społecznego w pełnym jego wymiarze. To właśnie realizacja celów statutowych Stowarzyszenia zaowocowała zainicjowaną przez doktora Huberta Kaszyńskiego, pracownika naukowego Instytutu Socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego, współpracą StOD i studentów UJ. Spotkania organizowane przez studentów dla studentów z naszym udziałem jako edukatorów mają już swoją „małą historię”. Zaczęło się od seminarium „Porozmawiajmy o psychozie” w roku akademickim 2009/2010, które trwało cyklicznie w każdy trzeci czwartek miesiąca. Za każdym razem temat miał inne ujęcie; zapraszano były różne osoby, spotkania moderowane przez Huberta i Martę – przewodniczącą Koła Naukowego Psychologów UJ, przyciągały na nieobowiązkowo-

we przecież zajęcia pełną salą słuchaczy. Tak było i tym razem, z tym że moderowanie przejął Mikołaj, nasz kolega z StOD.

Nie jest łatwo mówić o swoich przeżyciach chorobowych związanych z innym postrzeganiem rzeczywistości, o urojonym świecie, realnym tak jak ten, w którym funkcjonowało się dotąd. Potrzeba czasu, przemijania naznaczonego cierpieniem, pogłębionej refleksji, by nabrać dystansu, oddzielić to, co chorobowe od tego, co chorobą nie jest. Dopiero wtedy można próbować przybliżyć ten inny świat tym, którzy chcą go z różnych przyczyn poznać, zrozumieć, a może tylko z lękiem, niepewnością chcą zrobić krok w kierunku nieznanego, dziwnego, zwanego. Oswajamy się więc, my, którzy mówimy i ci, którzy nas słuchają.

Na tym spotkaniu chcieliśmy uświadomić, że człowiek chory psychicznie ma zaburzone przeżywanie świata, zaburzone więc może być również jego przeżywanie wiary w Boga. Bardzo często urojone treści religijne są treściami religijnymi; wiążą się z tym dziwne zachowania. Zewnętrzna manifestacja tego, co dzieje się wewnątrz nie jest zrozumiała dla otoczenia, czasem szokuje. Mówiąc o swoich osobistych przeżyciach, odkrywamy ukryte mechanizmy, źródła, które są siłą napędową w „czwartym wymiarze”, jak często mówimy o tym chorobowym świecie.

Wiary nie możemy jednak rozpatrywać tylko w aspekcie choroby. Musimy ją zobaczyć w całym złożonym kontekście życia i osoby. Chory psychicznie, tak jak każdy inny, poszukuje sensu życia, odpowiedzi na fundamentalne pytania o początek i kres bytu, o dobro i zło i kryteria ich rozeznania, o prawdę i o wolność, pyta o transcendencję, pyta o Boga. Ludzie z zaburzeniami psychicznymi mają różne doświadczenia w przeżywaniu swej wiary, zanim dotknęła ich choroba. Od tego, jaka jest ich relacja z Bogiem, jaki stopień otwartości na łaskę Bożą, jaka odpowiedź na wymagania pełnienia Jego woli zależy ich dojrzałość w wierze. W chorobie nasza wiara przechodzi często transformację, zaburzenia psychiczne zakłámują rzeczywistość, prawdę o nas samych. Czasem urojone treści religijne mają tak silny wpływ, że odciskają piętno, pozostawiają uraz, z którym zmagamy się przez długie miesiące, nierazki i lata. Taka religijna trauma w psychozie wymaga później mądrego kierownictwa duchowego. Często przecież w zaburzeniach dominuje fałszywy obraz Boga, który potęguje lęki, frustracje, przysyłania prawdę o Bogu – Miłości Miłosiernej. W następstwie tego może zrodzić się bunt, oddalenie od Boga, aż



do Jego całkowitego odrzucenia, w przekonaniu, że to On jest odpowiedzialny za całe zło, które nas dotyka. Może być również tak, że przeżywane cierpienie stanowi katharsis, oczyszczenie, które nadaje życiu nowy sens, przewartościowuje cele, zmienia sposób egzystencji, spojrzenie na ludzi i ocenę ich postępowania.

**D**la wszystkich zagubionych, poranionych i wątpliwych chciałybym przytoczyć cytaty z Ojca Kościoła św. Augustyna „niespokojne jest serce człowieka, dopóki nie spocznie w Bogu”.

**P**rzeżywanie wiary w chorobie psychicznej ma więc zawsze wymiar indywidualny, niezależnie od jej przebiegu. Specyfika tych zaburzeń wymaga od kapłanów – kierowników duchowych znajomości wiedzy z obszaru psychologii i psychiatrii, by móc rozróżnić co jest problemem duchowym, a co chorobowym. Nie jest to łatwe, pogmatwane losy, niesamowite przeżycia często ranią tak mocno, że choruje nie tylko psychika, „chora” jest również dusza.

**M**ówiliśmy o tym wszystkim studentom, którzy poprzez zadawane pytania wchodziłi w świat osób chorujących i może w naszych opowieściach dostrzegli coś więcej, może światło w mroku, może nadzieję, może...

**P**ewnym miłym zaskoczeniem było dla mnie to, że po zakończonym seminarium czekała grupka słuchaczy, która chciała mi osobiście podziękować za wypowiedzi dotyczące wiary i choroby. Było to dla mnie potwierdzeniem sensu tych spotkań.

**P**onownie z analogiczną tematyką zetknęłam się na konferencji „Duchowość a terapia” zorganizowanej w kwietniu 2011 roku przez Sekcję Psychologii Duchowości oraz Sekcję Kliniczną Koła Naukowego Studentów Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego. Zaproszono z wykładami praktyków i naukowców z kręgu nauk

## **Kościół Katolicki zaleca sceptycyzm, gdyż w pewnej bliskości z mistycyzmem występują zjawiska paranormalne i psychopatologiczne. Nie należy szukać przyczyny nadprzyrodzonej tam, gdzie wystarczające jest wyjaśnienie za pomocą przyczyn naturalnych**

medycznych, humanistycznych i społecznych, oraz młodych prelegentów, którzy mogli zaprezentować swój dorobek. Uczestnikami były też osoby po kryzysach psychicznych, które mogły dzielić się swoimi doświadczeniami choroby i zdrowienia. Obok osób świeckich znaleźli się wykładowcy z różnych zgrupowań zakonnych, co było gwarantem pluralizmu w ujęciu tematu. Po każdym występie toczyła się dyskusja będąca wyrazem zainteresowania i dociekliwości słuchaczy. Gdyby nie ograniczenia czasowe rozmowy trwałyby na pewno dłużej, gdyż podejmowana problematyka reprezentowała różnorodne nurty w psychologii i psychiatrii, stanowiąc inspirację do pogłębionej i krytycznej refleksji.

**T**a konferencja obok waloru poznawczego uświadamiała mi, jak różnie można ujmować problematykę duchowości i terapii, oraz jak wiele niejednoznaczności się z tym wiąże. Dostrzegałam również ile zagrożeń niesie dla potencjalnego pacjenta niekompetencja i „zawirowana” duchowość terapeuty.

**S**potkanie rozpoczęło się wykładem Pana doktora Andrzeja Smolendy, który między innymi mówił o znaczeniu prawidłowych kontaktów niemowlęcia z matką, rzutujących na późniejszy rozwój dziecka. Analizował w tym kontekście przyczyny nerwicy i zaburzeń psychicznych. Ciekawe były dla mnie, jako matki, informacje o „obiekcie przejściowym”, który stanowi substytut matki, np. róg kocyka, miś czy ssany kciuk. Podkreślono, jak ważne jest uwrażliwienie na potrzeby maleństwa, by tworzyć sprzyjające mu pod każdym względem warunki, chroniące przed konsekwencjami, które mogą okazać się w przyszłości chorobami nerwowymi czy psychicznymi. Wykładowca odwoływał się do teorii Winnicotta i Anny Marii Rizzuto.

**M**łodzi naukowcy prezentowali przez dwa dni swoje prace dotyczące różnorodnych aspektów duchowości. Poruszono również kwestię opętania, która przewijała się w kilku kontrowersyjnych wypowiedziach i wzbudziła ożywione zainteresowanie.

**J**eden z prelegentów przedstawił swoje doświadczenia dotyczące świadomego śnienia i praktyki terapeutycznej. Muszę przyznać, że miałam mieszane uczucia, słuchając tej wypowiedzi. Aby osiągnąć zamierzone cele sięga się do obcych nam kulturowo metod związanych z religiami Dalekiego Wschodu. Niejednego psychologa frapuje ten egzotyczny świat, oferujący często niesamowite przeżycia, ale stanowiący również pokusę porzucenia tego, co racjonalne na rzecz irracjonalnego doświadczenia rzeczywistości.

**Z**zaciekawieniem śledziłam prezentację psychologicznej koncepcji profesor Ireny Heszen, która stworzyła ze swoim zespołem narzędzie pomiaru duchowości człowieka. Duchowość przy tym nie jest mierzona bezpośrednio, lecz ma status konstruktu teoretycznego i jest badana specjalnym kwestionariuszem.

**Z**wykładu innej prelegentki można się było dowiedzieć, że istnieje podbudowany teoretycznie model terapeutycznego doradztwa filozoficznego stosowanego w przeciwdziałaniu depresji. Celem jest takie rozwiązywanie problemów, które przynosi pokój. Myślę, że niejedna osoba z zaburzeniami psychicznymi spotkała na swej drodze takiego „domorosłego doradcę filozoficznego”, który pomógł jej przejść przez mroczny świat depresji.

**D**oktor Marek Nowak, dominikanin, przedstawił temat „Zdrowomyślność. Od duchowości do filozofii”. Odwoływał się m.in. do Frankla, którego idee są aktualnie propagowane na wielu polskich uczelniach. „Zdrowomyślnym” systemem terapeutycznym określił terapię racjonalno-emotywną stworzoną przez Alberta Ellisa. Przytoczył również „zdrowomyślne” podejście do wiary Antoniego Kępińskiego, który twierdził, że wiary nie można wybrać, wiara musi być dana.

**W**ażnym wystąpieniem był wykład jezuitę doktora Jacka Prusaka, który przedstawił w klarowny sposób, na czym polegają fenomeny mistyczne i jakie są zadania teologa w styczności z niezwykłymi zjawiskami. Podkreślił, że Kościół katolicki zaleca sceptycyzm, gdyż w pewnej bliskości z mistycyzmem występują zjawiska paranormalne i psychopatologiczne. Nie należy szukać przyczyny nadprzyrodzonej tam, gdzie wystarczające jest wyjaśnienie za pomocą przyczyn naturalnych. Optymalna sytuacja jest wtedy, gdy kapłani współpracują z psychoterapeutami, gdyż umożliwiają to kompetentną pomoc osobie, która ma problemy psychiczne czy duchowe.

**O**statnim wykładowcą był profesor Zbigniew de Barbaro, który przedstawił prezentację zatytułowaną: „Dialog z pacjentem o duchowości – wyzwanie dla terapeuty”. Zaznaczył, że obecnie pomiędzy duszpasterzami a psychoterapeutami istnieje wzajemny szacunek, odcięto się od dawnego redukcjonizmu. Profesor przedstawił, jaką postawę może przyjmować terapeuta wobec religijności i duchowości; najlepiej, gdy respektuje się duchowość jako zasadę wiodącą. Istnieje trudność, jak prowadzić terapię, gdy techniki psychoterapeutyczne są przeciwne Dekalogowi. Zastanawiano się, czy terapeuta może mieć światopogląd. Profesor skłania się ku stwierdzeniu, że z punktu widzenia terapeuty najlepsza jest postawa agnostyka. Problemem szczególnym jest „pacjent głęboko religijny”. W Polsce istnieje Stowarzyszenie Chrześcijańskich Psychoterapeutów jasno deklarujących swoją wiarę i wyznanie, i tym samym wychodzących na przeciw tym pacjentom, którzy chcą leczyć się u osób o tym samym światopoglądzie i systemie wartości. W podsumowaniu profesor de Barbaro skonstatował, iż jest to obszar pełen zagadek, zmienności w czasie i przestrzeni.

**W**artykule tym tylko skrótowo odnoszę się do tego, co było przedmiotem konferencji. Dwudniowe rozważania i dyskusje na pewno przyczyniły się do spojrzenia na chorobę, zdrowienie i terapię jako zjawiska wieloaspektowego i do podkreślenia, że duchowość odgrywa tutaj znaczącą rolę. Dobrze, że studenci zorganizowali tę konferencję, gdyż we współczesnej praktyce terapeutycznej – tak psychologicznej, jak i medycznej – temat duchowości jest często marginalizowany lub w ogóle pomijany.



# List do Redakcji

**D**nia 07.11.2011r. wybraliśmy się do Krakowa. Celem naszej wizyty było zapoznanie się z krakowskimi inicjatywami na rzecz osób chorych psychicznie, jak również wymiana spostrzeżeń i doświadczeń. Zatrzymaliśmy się w Pensjonacie u Pana Cogito. Mnie osobiście zaskoczyło, a zarazem spodobało się to, że osoby pracujące w hotelu bardzo dobrze radziły sobie z obsługą gości. My sami mieliśmy problem z rozpoznaniem wśród obsługi osób niepełnosprawnych, co według nas świadczy o tym, że terapia przez pracę przynosi bardzo dobre rezultaty. Spotkanie z dwoma pracownikami pokazało nam, jaka jest droga wyjścia z kryzysu poprzez pracę. Przykładem na przemianę jest praca Pani Urszuli w roli pokojówki. Ważne jest to, że osoby przechodzące kryzys nie muszą się martwić, że zostaną wyrzucone z pracy. Na co dzień mogą liczyć na opiekę psychologa, a także wsparcie innych pracowników. Odczuwa się to w atmosferze, jaka panuje w tym miejscu, przez co i my czuliśmy się jak w domu.

**D**rugiego dnia naszego pobytu odwiedziliśmy Środowiskowy Dom Samopomocy, Warsztaty Terapii Zajęciowej, Centrum Seniora oraz redakcję „Dla Nas” przy ul. Czarnowiejskiej. Spotkanie w ŚDS z uczestnikami pozwoliło nam na wymianę doświadczeń oraz wzajemne poznanie. Dowiedzieliśmy się, jakie zainteresowania mają uczestnicy i jak spędzają czas w ŚDS. Następnie odwiedziliśmy WTZ, gdzie mogliśmy przyjrzeć się pracy trzech pracowni: komputerowej, kulinarnej i plastyczno-ceramicznej. Najbardziej podobała mi się pracownia plastyczno-ceramiczna. Uczestnicy wyszywali w niej kartki bożonarodzeniowe haftem krzyżkowym. Duże wrażenie zrobiła na nas

organizacja pracy. Każdy miał swoje stanowisko, przy którym wykonywał swoje zobowiązanie – zupełnie jak w pracy.

**W**Centrum Seniora stworzono miejsce spotkań dla osób starszych po kryzysie psychicznym – z czym nie spotkaliśmy się we Wrocławiu. Spotkanie w Redakcji „Dla Nas” uświadomiło nam, jak ważny jest nasz głos w przełamaniu stereotypów dotyczących osób chorujących psychicznie. Poprzez artykuły ukazujące się w czasopiśmie możemy dzielić się własnymi doświadczeniami, uwrażliwiając osoby zdrowe na nasze problemy. A także przeciwdziałać sztucznym podziałom: chory – zdrowy. Dodatkowym bodźcem do działania było spotkanie z członkami Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi”, którzy otwarcie mówią o swojej chorobie i zachęcili nas do podobnego przedsięwzięcia.

**O**statnim punktem naszej wizyty były WTZ na Miodowej, gdzie podziwialiśmy galerie prac uczestników. Zakupiliśmy pamiątki w pracowni krawieckiej, a także zostaliśmy wtajemniczeni w powstawanie Aniołów z drewna w pracowni stolarskiej.

**T**rzy dni minęły nam bardzo intensywnie i szybko. Wróciliśmy naładowani pozytywną energią do działania. Na pewno w naszym domu skorzystamy z doświadczeń Krakowa.

*Adam Grzeškiewicz, Marian Mielczarek, Cecylia Lipman,  
Rafał  
Uczestnicy ŚDS Fundacji Opieka i Troska  
Wrocław*

## O godność psychiatrii

**W**stawiamy z kolan, próbujemy się podnieść, nie jest to łatwe po latach spędzonych w uniżającej i poniżającej postawie.

**K**oniec XX wieku i przełom tysiącleci w psychiatrii naznaczony był walką o godność pacjenta, o godność w jego człowieczeństwie. Pojawiły się nowe koncepcje funkcjonowania opieki psychiatrycznej i leki nowej generacji. Wszystko to sprzyjało dojrzewaniu do podjęcia zmian legislacyjnych i wprowadzeniu w Polsce Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, innowacyjnej Ustawy, będącej wzorem dla innych państw. Wydawałoby się, że nic już nie zakłóci procesu, który z olbrzymim samozaparciem i osobistym zaangażowaniem zainicjowali i konsekwentnie kontynuowali polscy twórcy psychiatrii środowiskowej. Niestety, piękne idee, a nawet zapisy zatwierdzone przez Sejm, nie tak łatwo jest wdrożyć w życie, przekonać decydentów do zmian, stworzyć warunki dla nowych rozwiązań, przełamać stereotypy w dotychczasowym podejściu

do leczenia. Za tym wszystkim idzie jeszcze to, co w tym momencie najistotniejsze, brak odpowiednich funduszy, by z takim trudem wypracowana Reforma, mogła się urealnić na poziomie środowiska najbliż-

**Równoprawny  
głos w debacie  
w kancelarii pre-  
miera, to coś  
nowego, świadczą-  
cego o przełomie  
w traktowaniu  
osób chorujących  
psychicznie**

szego pacjentowi.

**W**dziesiątą rocznicę polskiej kampanii przeciwko piętnowaniu i dyskryminacji osób chorujących psychicznie, Koalicja na Rzecz Wdrażania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego wystosowała do Prezydenta Bronisława Komorowskiego, Premiera Donalda Tuska, Ministra Zdrowia Ewy Kopacz i Pełnomocnika Rządu ds. Równego Traktowania Elżbiety Radziszewskiej petycję w sprawie równego traktowania osób chorujących somatycznie i psychicznie przy podziale środków finansowych. Efektem tego było zainicjowane przez Panią Elżbietę Radziszewską spotkanie 16 września 2011 r. w kancelarii premiera, na które zaproszono ekspertów z kręgu psychiatrii oraz przedstawicieli rządu: m.in. wiceministra zdrowia Andrzeja Włodarczyka, przedstawicieli biur Rzecznika Praw Obywatelskich i Rzecznika Praw Pacjenta, Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej z NFZ. Ewenementem było uczestniczenie w debacie osób po kryzysach psychicz-





nych, które reprezentowały stowarzyszenia byłych pacjentów, m.in. Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi” z Krakowa.

Uczestniczyłam w tych obradach i doświadczałam osobiście, że nadszedł czas, gdy osoby spychane z racji swej choroby na margines i wykluczane ze społeczeństwa są dopuszczane do najwyższych gremiów, by tworzyć nową rzeczywistość w psychiatrii. Równoprawny głos w debacie w kancelarii premiera to coś nowego, świadczącego o przełomie w traktowaniu osób chorujących psychicznie.

Warszawie eksperci mówili o trudnościach, z jakimi spotykają się w swej codziennej praktyce i wskazywali na zmniejszające się nakłady finansowe, jako istotną przeszkodę niepozwalającą na efektywne zmiany, wręcz na zarysowujący się regres. Porównywano sytuację w Polsce z krajami Europy, gdzie nakłady na psychiatrię wynoszą 5-6%. U nas niedofinansowanie i idące za tym niedoinwestowanie w placówkach opieki psychiatrycznej doprowadza do naruszania godności pacjentów i w związku z tym nadchodzą skargi do Rzecznika Praw Obywatelskich i Rzecznika Praw Pacjenta. Prawidłowe finansowanie zapewni chorym opiekę w środowisku im najbliższym, a nie w wielkich szpitalach-azyłach, gdzie po hospitalizacji chory, pozbawiony profesjonalnego wsparcia, po krótkim stosunkowo czasie, powraca z nawrotem choroby i kryzysem zdrowienia. Podkreślono, że w NFZ należy przekierować strumień pieniędzy, by umożliwić realizację NPOZP – Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Wszyscy byli zgodni, że należy walczyć ze stygmatyzacją i wykluczeniem społecznym osób chorujących psychicznie, że należy stworzyć godne

warunki leczenia, by kompetentna pomoc umożliwiła im powrót do nauki, pracy i życia rodzinnego.

W efekcie przeprowadzonych rozmów planowane są uzgodnienia międzyresortowe, by na spotkaniu ministra zdrowia i prezesa NFZ zapadły konkretne decyzje w sprawie zmian finansowania opieki psychiatrycznej w Polsce, która nie może być traktowana marginalnie i interwencyjnie.

Dyskryminacja strukturalna poprzez niedofinansowanie dotyka nie tylko chorych, przyczynia się również do braku stabilności funkcjonowania placówek i zwalniania lub ograniczania zatrudnienia kompetentnych pracowników. Oby nie doszło do takiej zapaści, że chory będzie mógł liczyć tylko na kilka minut spotkania z lekarzem, by wypisać mu recepty i kontakt z pielęgniarką, która zaaplikuje zastrzyk.

Kuriozalne są sytuacje jak np. w Oświęcimiu, gdzie, by spełnić odgórne zalecenia, otwiera się oddział dzienny dla trzech osób, ponieważ na tyle starczyło funduszy, po czym po roku zamyka się go, bo oczywiście okazuje się on nierentowny. Zawiedzione nadzieje pacjentów, rozgoryczenie pracowników.

Abby zmiany poszły w radykalnym kierunku, twórcy NPOZP stukają również do Kancelarii Prezydenta. Do spotkania z Panią Wóycicką doszło 3 października 2011 r., a wśród obecnych znowu znajduje się osoba reprezentująca Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi” z Krakowa. Rozmówcy przedkładają problemy psychiatrii i proszą o wsparcie Pana Prezydenta Bronisława Komorowskiego.

Prace nad wprowadzeniem NPOZP toczą się również na niższych szczeblach, w regionach. Na zaproszenie Pani Anity Orzeł-Nowak z Urzędu Marszał-



rys. Dorota Dużyk-Wypich

kowskiego Województwa Małopolskiego, które skierowała podczas obchodów X Dnia Solidarności z Osobami Chorującymi Psychicznie, wraz z Panem dr. Andrzejem Cechnickim uczestniczyłam w obradach zespołu zajmującego się wdrażaniem Reformy Psychiatrii w Małopolsce. A więc i Urząd Marszałkowski otwarty jest dla osób po kryzysach psychicznych, które uczestniczą we współtworzeniu nowego oblicza psychiatrii.

Mamy nadzieję, że wskazania, które zawarte są w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, staną się powoli realną rzeczywistością. A okrągły stół w psychiatrii będzie kontynuowany przez kolejny rząd mimo odwołania ze stanowiska Minister Elżbiety Radziszewskiej.

BARBARA

W celu bliższego poznania naszej działalności podajemy Państwu adresy stron www oraz adresy e-mailowe:

**Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej**  
[www.stowarzyszenie-rozwoju.eu](http://www.stowarzyszenie-rozwoju.eu)  
[mzcechni@cyf-kr.edu.pl](mailto:mzcechni@cyf-kr.edu.pl)

**Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”**  
[www.otworzcie drzwi.org](http://www.otworzcie drzwi.org)  
[stotworzcie drzwi@wp.pl](mailto:stotworzcie drzwi@wp.pl)

**Galeria Miodowa**  
[www.galeriamiodowa.strefa.pl](http://www.galeriamiodowa.strefa.pl)

**Teatr Psyche**  
[www.terapia-schizofrenii.krakow.pl/Teatr\\_Psyche/pl.html](http://www.terapia-schizofrenii.krakow.pl/Teatr_Psyche/pl.html)



# Począta Ojca Niebieskiego



rys. Dorota Dużyk-Wypich

**K**ochany Ojcze!

Już grudzień, a smutki jeszcze jesienne... Nie jest to jednak dno czarnej studni depresji, bo przecież cieszył mnie widok drzew ubranych w złoto i wszystkie odcienie czerwieni. I szeleszczące liście pod stopami, ziemno-drzewny zapach przemijania...

**S**kojarzenia nasuwają się same, jesień w naturze i jesień życia. Czy po czterdziestce zaczyna się już czas przygotowań do zimy? Czy w ogóle można być przygotowanym na nadchodzenie pór życia? Może lepiej nie zastanawiać się nad tym, tylko po prostu przyjmować?

**T**yle lat przebywam wśród ludzi przeżywających psychiczne burze i sztormy... Zewnętrznie starzejemy się, ale wewnątrz nas żyje wciąż dziecko, czasem ciekawe świata, a czasem potrzebujące miłości. Często w psychologii wspomina się o zaprzyjaźnieniu się ze swoim „wewnętrznym dzieckiem”, może kiedyś głęboko zranionym. Ono wciąż w nas żyje, potrzebuje uwagi, przytulenia. Szczególnie mocno daje o sobie znać podczas kryzysu psychicznego. W psychozie tworzy magiczny świat, w którym wszystko jest możliwe. Wchodzimy doń z duszą dziecka, chłonimy każdy gest, słowo, zdarzenie. Zranione dziecko krzyczy, oskarża, buntuje się, wreszcie dochodzi

do głosu. A kiedy opuszczamy ten wewnętrzny świat, zamieramy w bezruchu depresji, dziecko kuli się i boi, niezdolne do zrobienia kroku. Trzeba je karmić, dbać o nie, bo samo nie potrafi o siebie zadbać.

**A**potem dojrzewamy, wchodzimy w rzeczywistość. Już wiemy, że życie boli, ale może też cieszyć.

**B**iorę za rączkę dziecko i wychodzimy w świat. Cieszą nas małe rzeczy, bo jesteśmy mali. Do sklepu spożywczego zamiast asfaltowym chodnikiem idziemy krótką wydeptaną ścieżką biegnącą przez trawnik. Rośnie przy niej jedno drzewo i parę krzaków – to powiew dzikiej przyrody. Potem wchodzimy do sklepu, dorosła wybiera produkty na strawę codzienną, a mała zatrzymuje się przed śmiesznym misiem, zabawnym słoniem, czasem przedstawiamy je dla hecy w inne miejsce, sadzamy w garnku. Dorosła dźwiga siaty („polska siatkarka”), a mała jęczy: „chcę do domu, do domuuuu!!!” Nareszcie w domu, trzeba opróżnić siaty. Papierosek dla dorosłej, dla małej np. zapalona świeczka w pomarańczowo-różowej solnej bryłce. A po drodze był jeszcze blok z dużym napisem na górze „SALWATOR”. Duża tłumaczy, że po łacinie „Salvator” znaczy Zbawiciel, a mała lubi puszczać oko do ukrytego Pana Jezusa.

**M**ała lubi robić różne kawały. Kiedy umawiamy się z mamą na mieście, jeśli uda się nam przyjść wcześniej, chowamy się za kioskiem i znieacka wyskakujemy na mamę z dzikim (grzecznie jednak stłumionym) rykiem...

**C**zy zawsze jest tak różowo? Bywa, że pojawia się zniechęcenie, kiedy czujemy chęć ucieczki od problemów życiowych, które wciąż są nierozwiązane i uwierają. Mała nie chce się wstawać, duża perswaduje, że trzeba, musimy... i wstajemy. Ostatnio utknęliśmy w domu, nie mamy ochoty na wyjście do ludzi. Mała jest nieśmiała, chowa się przed ludźmi. Na szczęście znamy już oswojone osoby w Stowarzyszeniu i redakcji, do których trzeba wyjść, bo duża podjęła zobowiązania. Konkretnie zadania motywują do działania, które powoli wyciąga z bezruchu. Duża co prawda zrzędziła, że to za mało, że to nasze życie jest takie malutkie i szare. Mała jednak lubi tę maleńkość składającą się z drobiazgów, prowadzi dużą do okna i pokazuje malutką czerwoną różę, chryzantemkę i fioletowe kwiaty lawendy, które kwitną na balkonie, chociaż już połowa listopada. Duża zauważa zjadliwie, że kwiatki są zjadane przez jakieś robaczki, ale patrzy na nie z radością (na kwiaty, bo robaczki nie cieszą).

**N**asze życie upływa w takiej niedużej skrzynce balkonowej. Czasem przeszkadzają nam robaczki, ale mamy nadzieję, że zimno je wytraci, a kwiaty rozwiną się ponownie w lecie. Zaczynamy lubić tę skrzynkę. Może to droga do zdrowia?

Dorotka i Dorota





# Nasza Galeria

## rysunek Ewy Rojowskiej-Kurdziel



„Dla Nas” Czasopismo Środowisk Działających na Rzecz Osób Chorujących Psychiczenie redaguje Komitet redakcyjny w składzie:

- **Dorota Dużyk-Wypich** – redaktor naczelna  
*Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”*
- **Katarzyna Byra-Mucha** – z-ca redaktor naczelnej  
*Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej*
- **Bogusława Skimina** – sekretarz redakcji  
*Środowiskowy Dom Samopomocy*
- **Jacek Nowak** – DTP  
*Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”*

Osoby współpracujące:

- **Jolanta Janik**  
*Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”*
- **Maciej Sabatowicz**  
*Mieszkaniec DPS*
- **Paulina Urbanik**  
*Pracownik DPS*
- **Marek Zmarz**  
*Centrum Seniora*
- **Dominika Skrzypak**  
*Środowiskowy Dom Samopomocy*
- **dr n. med. Łukasz Cichocki**  
*Pracownia Psychiatrii Środowiskowej CMUJ*

Nad pracami redakcji czuwa  
Rada Programowa w składzie:

- **Prof. Aleksander Araszkiwicz**  
*Kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej w Bydgoszczy*
- **Prof. Jacek Wciórka**  
*Kierownik i Kliniki Psychiatricznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie*
- **Dr Andrzej Cechnicki**  
*Krajowy Koordynator Programu „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi”*
- **Dr Krzysztof Czuma**  
*Dyrektor Szpitala Centrum Psychiatrii w Katowicach*
- **mgr Anna Bielańska**  
*Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej*
- **ks. Jarosław Liebersbach**  
*Redemptorysta i psychoterapeuta*
- **Dr Katarzyna Prot-Klinger**  
*Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie*

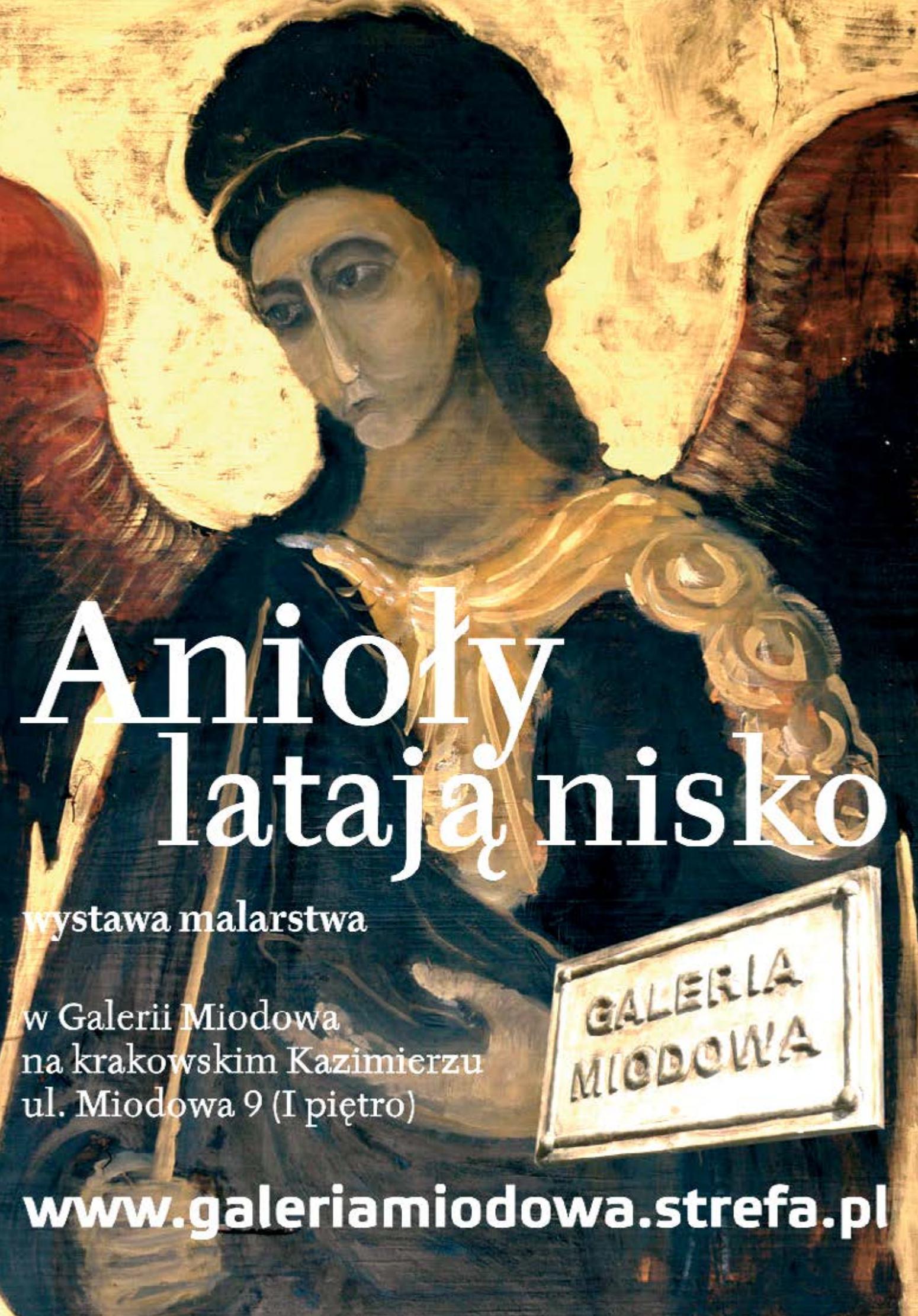
Redakcja nie zwraca nie zamówionych materiałów, zastrzega sobie prawo redagowania i skrótów nadesłanych tekstów bez uprzedniej autoryzacji

nakład 3 000 egz.

**DIA**  
**RES**

ul. Czarnowiejska 138  
31-126 Kraków  
tel. 0-12 633-03-29  
e-mail: czasdiarnas@wp.pl





# Anioły latają nisko

wystawa malarstwa

w Galerii Miodowa  
na krakowskim Kazimierzu  
ul. Miodowa 9 (I piętro)



[www.galeriamiodowa.strefa.pl](http://www.galeriamiodowa.strefa.pl)