



DLA NAS

Czasopismo Środowisk Działających na Rzecz Osób Chorujących Psychiczenie

**TEMIDA
POCHYLA SIĘ
NAD LOSEM
REFORMY PSYCHIATRII**



**IM WIĘCEJ
PSYCHIATRII
ŚRODOWISKOWEJ
TYM MNIEJ
PRZYMUSU**

zdrowienie

relacje

kultura

sztuka

duchowość

**NADZWYCZAJNY
KONGRES ZDROWIA PSYCHICZNEGO**

GALERIA

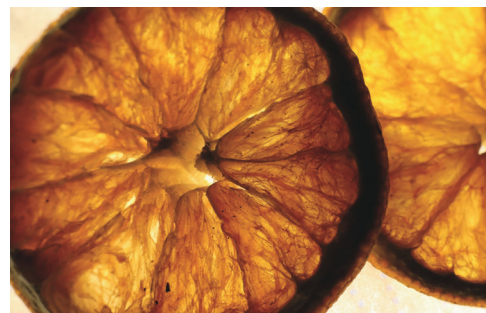
prac Grupy Fotograficznej „Miodowa”
w ramach projektu „Możemy więcej w Ośrodku Wsparcia”



Barbara Płachta



Anna Krzanik



Magdalena Nęcińska



Anna Krzanik



Barbara Płachta



Jan Wilkosz

Słowem wstępu	1
O łagodności i zauważeniu w psychiatrii	2
Im więcej opieki środowiskowej, tym mniej przymusu – o wyzwaniach psychiatrii w Polsce...	3
O przymusie w leczeniu	6
Prawa i wolność osób w kryzysach psychicznych	7
Ciekawe książki z chorobą w tle	10
Czym jest spotkanie?	11
Poezja	12
Satysfakcjonująca profesja	14
Nasz Dom ma 20 lat	15
O sztuce słuchania i działania – kilka refleksji po Human Week w Krakowie	16
Fotografia wspólną pasją	18
Moja przygoda z treningiem mindfulness	20
Proklamacja Nadzwyczajnego Kongresu Zdrowia Psychicznego	22
Wyznaczanie granic w trosce o własne potrzeby	23
Trud walki o reformę	24



Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”

Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Wydawca:

Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne”
ul. Bałuckiego 6, 30-318 Kraków

Wydanie numeru jest współfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach projektu pod nazwą: Z czasopismem „Dla Nas” pokonamy bariery – dostęp do informacji dla osób chorujących psychicznie.

Słowem wstępu

Droгие Czytelniczki i Czytelnicy!

Wolność to wartość fundamentalna w naszym życiu. Mówi się też, że nasza wolność kończy się tam, gdzie zaczyna się wolność innych ludzi. Bez niej żyje się źle, o nią walczymy. Także w psychiatrii kwestia ta jest niezmiernie ważna, bo tu czasami stosuje się środki tę wolność ograniczające w określonych sytuacjach i w sposób uregulowany w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Chodzi o leczenie bez zgody, przymus bezpośredni podczas hospitalizacji całonocnej czy instytucję ubezwłasnowolnienia wówczas, kiedy istnieje przesłanka zagrożenia życia lub zdrowia osoby w kryzysie lub drugiego człowieka. Powody zastosowania środka ograniczającego wolność pacjenta psychiatrycznego muszą być istotne i klarowne, nie można jednak, jak to nieraz da się zaobserwować na szpitalnych oddziałach, nadużywać tych środków czy stosować je z błahych powodów. To jest, jak mówi Prof. Janusz Heitzman, *ultima ratio*, coś, po co sięgamy tylko w ostateczności.

Osoba w kryzysie, pacjent, nie przestaje być człowiekiem i obywatelem posiadającym pełnię praw i te prawa muszą być respektowane. Jako osoba mająca problem zdrowotny powinien mieć prawo do leczenia, do opieki medycznej, zatem muszą istnieć w państwie rozwiązania systemowe, które gwarantują dostęp do efektywnego leczenia. I to jest drugim tematem tego numeru naszego czasopisma.

Mówi się, że psychiatria zawsze była traktowana w naszym kraju jak Kopciuszek medycyny i rzeczywiście, nakłady finansowe i rozwiązania systemowe lokują nas od



lat na ostatnich miejscach wśród wszystkich europejskich państw. Jednakże zarazem mamy od wielu lat wypracowany nowoczesny i modelowy Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, który od kilku lat mozolnie wprowadzamy w Pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego dla dorosłych. Centra te oferują różnorodną i dostosowaną do potrzeb danego człowieka pomoc farmakologiczną i pozafarmakologiczną, czyli dostęp do psychoterapii i oparcia społecznego. Aby to było możliwe, Centra dostają budżet powierzony na liczbę mieszkańców terytorium swego działania, czyli na przykład teren powiatu lub dzielnicy dużego miasta.

Próby cofnięcia tej zasady do płacenia za usługę w psychiatrii odbierają Centrom elastyczność i proaktywny charakter, niezbędny do działania w duchu środowiskowym. Dlatego nasze środowiska spotykają się na Nadzwyczajnym Kongresie Zdrowia Psychicznego w Warszawie, po którym maszerujemy pod Sejm z naszymi postulatami. Protestujemy też w innych miejscach kraju i na różne sposoby. Jak powiedział wybitny niemiecki psychiatra Klaus Dörner, psychiatria jest środowiskowa albo żadna. I pora, abyśmy tę oczywistą prawdę przyjęli wszyscy, bo naprawdę nie ma do czego cofać się. Psychiatrię należy humanizować, i o to się staramy i do tego wspólnie zmierzamy.

Redaktor Naczelna
Monika Anna Syc



O łagodności i zauważeniu w psychiatrii

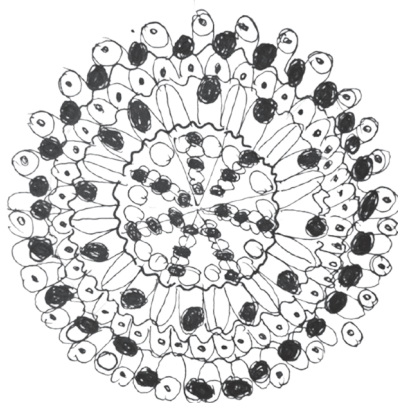
Odkąd pamiętam przemoc nie była dla mnie znacząco innym pojęciem niż agresja. Te różnice ewidentnie istnieją. Obecnie przemoc jest dla mnie identyfikatorem, z jakim jeden człowiek obchodzi się względem drugiego w różnych okolicznościach. Pojęcie przemocy zakłada przekroczenie granic oraz wyższość jednej ze stron z możliwą do odniesienia korzyścią wobec ofiary. Czy w psychiatrii, moim zdaniem, przemoc istnieje? Widziałem ją i słyszałem o niej wiele razy, natomiast moja historia jest trochę odmienna od tej nacechowanej psychiatryczną przemocą.

Gdy wspominałam początki mojej choroby, widzę, że wraz z uświadomieniem sobie tego, że jestem osobą w kryzysie psychicznym, przyjąłem również sposób myślenia, który nadawał mojemu leczeniu raczej spokojny rytm. I nie mam tutaj na myśli kwestii braku pogorszeń stanu zdrowia i braku trudów osobistych, bo takie były. Natomiast moim sposobem na godny przebieg leczenia było swego rodzaju posłuszeństwo osobom, które kierowały moim leczeniem. Nie każdemu oczywiście można zaufać i nie da się przewidzieć owoców współpracy ze specjalistą, zakładając jeden szablon działania, który przykładowy będzie do różnych przypadków. Jestem typem osoby, która nie w każdym aspekcie i nie o wszystko potrafiła zawalczyć w swoim życiu, ale wiem i wiedziałem, co było dla mnie istotne w tamtym czasie mojego chorowania, a właściwie obierania kierunku na zdrowienie.

Pamiętam mój pobyt w szpitalu, w którym w salce rekreacyjnej stało pianino. Choć sam nie gram na pianinie, to lubię śpiewać i dzięki zdobyciu się na otwartość wobec dwóch chłopaków, którzy kształcili się muzycznie, byłem uczestnikiem rozśpiewanego przejścia przez hospitalizację. Zbieraliśmy się co najmniej we dwóch lub we trzech i wybierając utwory znane sobie lub znane tym, którzy naszej gry i śpiewu chcieli posłuchać, po szybkim rekonesansie w sieci, znajdowaliśmy do nich nuty i słowa. Spędzaliśmy tam sporo czasu, a ci, którzy usłyszeli lepiej lub gorzej wykonaną piosenkę, przychodzili do salki coraz częściej. Dzięki przychylności personelu, który nie robił nam nigdy problemów z powodu naszego częstego muzykowania, mieliśmy okazję nawiązywać relacje i przyczynić się do stopniowej poprawy atmosfery oddziału. Jak wiemy, muzyka łagodzi obyczaje.

Innym bardzo ważnym dla mnie doświadczeniem był pobyt w tym samym szpitalu pod okiem lekarza

psychiatry, który prowadził mnie wiele lat w poradni zdrowia psychicznego dla dorosłych. Starałem się być zawsze szczery ze swoim lekarzem, bo wtedy współpraca i zdrowienie, jak wynika z mojego doświadczenia, przebiegają zdecydowanie lepiej. Przed pójściem na oddział, w rozmowie z nim powiedziałem, że obawiam się tego, że nie będę mógł regularnie uczestniczyć we mszy świętej. Bardzo głęboko przeżywałem moją wiarę, bowiem według mnie to Pan Bóg dawał mi poczucie sensu, które pchało mnie ku zdrowieniu. Pan doktor wiedział, że wiara jest dla mnie bardzo ważnym elementem życia i mimo tego, że sam nie był osobą wierzącą, podjął wtedy niesamowicie budującą i niespotykaną decyzję dla mnie. Umożliwił mi codzienną obecność na wieczornym nabożeństwie w przyległym do terenu szpitalnego kościele pod wezwaniem Matki Bożej Nieustającej Pomocy, gdzie każdego



Anna Brzezińska, *Mandala*

dnia o godzinie 18.00, odprawiane są msze święte. Na telefony od pań pielęgniarek, które nie były o tym poinformowane lub miały wątpliwości, odpowiadał, aby pozwolić pójść panu Krzysztofowi. I faktycznie byłem w dobrym stanie podczas tego pobytu na oddziale; fenomenem natomiast okazało się to, jak dużo siły przyniosła mi taka przychylność lekarza i codzienna Eucharystia. Traktowany w dobry sposób, chciałem być zdrowy i czułem, że to ważne pragnienie. Muzyka oraz uczest-

nictwo w Eucharystii są cały czas ważne i obecne w moim życiu, i podobnie jak były mi kołem ratunkowym we wspomnianych okresach, tak teraz przypominają o dobrych doświadczeniach z czasu hospitalizacji.

Zobaczyć w pacjencie to, co jest dla niego istotne i co mu pomaga wyrwać się z trudnej sytuacji pogorszenia zdrowia i samopoczucia nie jest łatwe. Zastosować w codziennej praktyce terapeutycznej to, co się już w takim człowieku zobaczyło może być jeszcze trudniejsze, ale na pewno jest możliwe. Życzliwość i szacunek personelu wydały dobre owoce dla mnie, pozostawiając ślad tego, co potrzebne i cenne. Gdy wspomina się bowiem hospitalizację w pozytywny sposób, nawet pokora nie musi być trudna i nie musi boleć. Godna współpraca przynosi godne owoce.

Krzysztof Szymański
web developer
Fundacja „Światło w mroku”
Warszawa



Im więcej opieki środowiskowej, tym mniej przymusu – o wyzwaniach psychiatrii w Polsce

Wywiad z *Jakubem Zawitą-Niedźwieckim*, filozofem i bioetykiem z Centrum Bioetyki i Bioprawa z Wydziału Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego.

Redakcja (dalej Red.): Jakże są obecnie w Polsce możliwe do stosowania formy przymusu w psychiatrii?

Jakub Zawita-Niedźwiecki: Jeżeli chodzi o przymus, to w Polsce mamy ustawę o ochronie zdrowia psychicznego i ona reguluje stosowanie przymusu, jeżeli chodzi o szpitale i inne placówki opiekuńcze. Natomiast pojawiają się kontrowersje co do tego, czy te przepisy obowiązują także w innych rodzajach szpitali. Przykładowo, jeśli pacjent w stanie kryzysu psychicznego trafi do szpitala wielospecjalistycznego, pojawia się pytanie, czy można tam zastosować przymus. W tej kwestii występują rozbieżności. Nie chcę wdawać się w szczegółowe doktrynalne, ale są różne interpretacje dotyczące dopuszczalności stosowania przymusu w takich przypadkach. W praktyce zdarza się, że przymus jest stosowany, lecz zazwyczaj jest to robione w sposób nieformalny. W przeciwieństwie do szpitali psychiatrycznych, gdzie obowiązują szczegółowe regulaminy i rejestry przymusu bezpośredniego, w innych placówkach sytuacja może wyglądać różnie i bywa problematyczna.

Natomiast ja chciałbym cofnąć się jeszcze bardziej, żebyśmy nie pomylili dwóch rzeczy, to znaczy do stosowania przymusu i działań podejmowanych bez zgody pacjenta, bo to są dwie różne rzeczy. Przykładowo, jeśli osoba nie wyraża zgody na przyjęcie do szpitala, ale nie stawia czynnego oporu, nie oznacza to jeszcze użycia przymusu. Pewne rzeczy są obowiązkowe, a pewne rzeczy



na zdjęciu *Jakub Zawita-Niedźwiecki*

są przymusowe. Obowiązkowe niekoniecznie znaczy, że stosowano przemoc lub choćby groźbę przemocy.

Jest jeszcze taki obszar na styku prawa karnego i psychiatrii, gdzie jest czasami dyskusja czy jeszcze poruszamy się w obszarze postępowania karnego, czy już poruszamy się w obszarze medycznym. To nie jest tak, że Polska jest jakimś szczególnym krajem, w którym sobie z tym nie radzimy, to jest problem globalny. Przykładem mogą być sytuacje, gdy osoba popełniła czyn, który zwykle traktowany byłby jako przestępstwo, ale z powodu jej stanu zdrowia psychicznego jest w pewnym sensie „pomiedzy” – ani w pełni pacjentem, ani typowym osadzonym. Powoduje to dylematy dotyczące tego, jakie reguły powinny być w takim przypadku stosowane. W praktyce może się okazać, że prawa osób osadzonych są ściślej uregulowane i zabezpieczone w inny sposób.

Red.: Jak często stosuje się różne formy przymusu w psychiatrii? Czy coś się zmieniło pod tym względem na przestrzeni lat?

Jakub Zawita-Niedźwiecki: Aby odpowiedzieć na to pytanie, najlepiej odwołać się do raportów, takich jak te przygotowywane przez Rzecznika Praw Pacjenta lub Najwyższą Izbę Kontroli. Kilka lat temu NIK opublikował

bardzo rzetelny raport, który pokazuje, że wciąż pojawiają się sygnały o nadużyciach. Moim zdaniem warto spojrzeć na tę sytuację w szerszym kontekście – widzimy, jak system się załamuje, głównie z powodu braku wystarczających środków. Przymus w psychiatrii i różne formy ograniczeń wolności stają się często substytutem alternatywnych rozwiązań, których brakuje ze względu na niedofinansowanie. Gdyby były dostępne większe zasoby, można by inwestować w deeskalację, interwencje zapobiegawcze, większą obecność personelu przy pacjentach.

W Niemczech była taka sytuacja, że przez kilka miesięcy nie było przepisów regulujących przymus w psychiatrii. Większość szpitali korzystała jednak z klauzuli wyższej konieczności. Natomiast jeden szpital zrobił eksperyment i zrezygnował ze stosowania przymusu w tym okresie. Udało im się. Podkreślali jednak, iż mieli ogromne środki, więc każda osoba w kryzysie miała zapewnioną pełną uwagę i wsparcie specjalistów, którzy stosowali wszystkie możliwe interwencje bez przymusu. Gdy jednak takich możliwości nie ma, sytuacja jest zupełnie inna. Jeśli na dyżurze jest jeden lekarz na trzystu pacjentów, to jakie on ma możliwości działania, jeżeli ktoś jest w ostrym kryzysie? Ten lekarz odpowiada za to, żeby wszyscy byli bezpieczni. Więc co ma do dyspozycji? Okazuje się, że ma środki, które po prostu nie są wolnościowe. W takich warunkach przymus jest często jedynym sposobem, by zapewnić bezpieczeństwo pacjentom i personelowi. I to jest kwestia systemowa, który wydaje się coraz bardziej załamywać pod ciężarem niedofinansowania. Świadomość



etycznych dylematów związanych z przymusem jest dzisiaj znacznie większa niż kilkadziesiąt lat temu. Wszyscy wiedzą, że sytuacja jest daleka od idealnej i że konieczne są zmiany. Niestety, pomimo tej wiedzy, brak wystarczających zasobów pozostaje główną przeszkodą, by wdrożyć realne rozwiązania.

Red.: Przymus w psychiatrii to temat pełen kontrowersji. Gdzie, Pana zdaniem, powinna być granica jego stosowania?

Jakub Zawila-Niedźwiecki: Kontrowersje dotyczą już samego procesu decyzyjnego. Wiele osób poddanych przymusowej hospitalizacji nie rozumie kto i dlaczego podjął decyzję o ich leczeniu. Jakis czas temu byłem na spotkaniu z osobami, które w przeszłości przeszły przez hospitalizację bez ich zgody, pod przymusem. Rozmawialiśmy o ich doświadczeniach, a ja miałem prezentację, w której opowiadałem o zasadach, warunkach i procesach podejmowania decyzji. To, co mnie naprawdę zszokowało, to fakt, że nawet te osoby często nie miały pojęcia kto, dlaczego i w jaki sposób podejmował decyzje o ich hospitalizacji, ani jak cały proces właściwie wygląda. To pokazuje, że poza środowiskiem profesjonalistów wiedza o zasadach działania systemu jest znikoma, a praktyka i teoria często się rozchodzą.

Wydawałoby się, że w teorii to jest proste – to znaczy granicą stosowania przymusu jest zdrowie i życie innych osób lub życie pacjenta. Zbliżone regulacje mamy w prawie każdym kraju na świecie. Powinien zostać użyty najmniej dotkliwy możliwy środek, czyli w szczególności najmniej naruszający prawa człowieka czy prawa konstytucyjne. Pojawia się tu ponownie kwestia zasobów oraz tego, jak realnie można podejmować takie decyzje i czy osoba je podejmująca ma warunki, by zrobić to właściwie. To pierwsza sprawa. Druga

to teoretyczny i praktyczny problem rozpoznania zagrożenia oraz określenia, jak poważne musi ono być, by uzasadnić przymus – zwłaszcza, że w pewnym sensie każdy z nas może stanowić potencjalne zagrożenie. Pytanie brzmi: jakimi narzędziami dysponuje profesjonalista medyczny, aby ocenić, czy istnieje ryzyko, że pacjent lub osoba skierowana na obserwację może stanowić zagrożenie? To rzeczywiście stanowi istotny problem. Obecny światowy trend to stosowanie przymusu jak najrzadziej.

Pojawiają się także różne kontrowersje, zwłaszcza w kwestii zagrożenia dla własnego życia – gdzie przebiega granica między prawem do decydowania o sobie, a sytuacją, która stanowi już realne zagrożenie życia. W Polsce istnieje również zapis ustawy umożliwiający hospitalizację bez zgody osób, które nie są w stanie samodzielnie zaspokoić podstawowych potrzeb życiowych. W praktyce dotyczy to głównie osób starszych z problemami poznawczymi. Jest to kontrowersyjna sytuacja, gdy bliska osoba nie radzi sobie, ale nie chce pomocy. Często to może być naprawdę trudna sytuacja dla całego otoczenia, nie tylko dla bliskich osób, ale też na przykład dla sąsiadów. No i pojawia się problem: kiedy społeczeństwo ma prawo interweniować w takich sprawach i czy dobrym argumentem jest niezdolność do zaspokajania swoich potrzeb, czy ten argument powinien być jakiś inny? Nie chcemy tego argumentu społecznego używać, dlatego że historycznie się bardzo źle kojarzy, gdyż psychiatria była używana w dwudziestym wieku do eliminowania ze społeczeństwa osób, które były niewygodne.

Ostatnia kwestia to granice stosowania przymusu. Przymus w psychiatrii często pogarsza rokowania, ponieważ osłabia zaufanie i utrudnia komunikację, co obniża szanse

na zdrowienie. Z drugiej strony, niektórzy pacjenci twierdzą, że przymusowa interwencja była dla nich ratunkiem. Jednak inni uważają, że była to absolutnie najgorsza rzecz, która ich spotkała. Postawienie takiej ostrej granicy, w której byśmy bardzo dokładnie wiedzieli, kiedy można, a kiedy nie można stosować przymusu będzie bardzo trudne. W większości krajów decyzje podejmuje się indywidualnie *case by case*, analizując koszty i potencjalne korzyści. Często dylemat polega na tym, czy terapia przyniesie wystarczający efekt, aby usprawiedliwić przymus. Mamy bardzo trudny problem – i on zawsze będzie trudny. W moim przekonaniu to nie jest nigdy tak, że go rozwiążemy i że on będzie kiedyś mniej trudny, ale może kiedyś będziemy mieli znacznie mniej tego przymusu.

Red.: Polska jest jednym z ostatnich krajów w Europie, gdzie funkcjonuje instytucja ubezwłasnowolnienia. Jak wygląda sytuacja w innych krajach i czym można to zastąpić?

Jakub Zawila-Niedźwiecki: Dyskusja na ten temat trwa na świecie od kilkunastu lat, głównie w związku z wdrażaniem Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami (Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych – przyp. red.). Celowo zwracam uwagę, że polskie tłumaczenie konwencji jest nieprawidłowe – mówi o „osobach niepełnosprawnych”, podczas gdy w oryginale chodzi o osoby „z niepełnosprawnościami”. Konwencja w artykule 12 odnosi się do praw obywatelskich i mówi, że dotyczą one wszystkich osób z niepełnosprawnościami, w tym osób z problemami neuropsychiatrycznymi, które mogą utrudniać podejmowanie decyzji. Warto zaznaczyć, że żadne państwo nie ma idealnego modelu realizacji tych praw i nawet takie kraje jak Szwecja, które wydawałoby się są wzorcowe jeżeli chodzi o roz-



wiązania pomocowo-społeczne, otrzymują negatywne oceny.

Sama nazwa ubezwłasnowolnienia jest w ogóle nie do przyjęcia. W większości krajów ta instytucja zazwyczaj zawiera w nazwie element opieki, wskazując na formę zaopiekowania. To jednak trochę co innego niż bycie pozbawionym czegoś. W polskim prawie w ogóle to jest jeden z wielu problemów nazewniczych.

Warto powiedzieć o modelu zwanym wspólnym podejmowaniem decyzji (*shared decision-making*), którego celem jest, by decyzje były podejmowane razem z osobą zainteresowaną, a nie przez przenoszenie jej praw na inną osobę. W przeciwieństwie do ubezwłasnowolnienia, gdzie prawa – obywatelskie czy majątkowe – są przekazywane innej osobie, w tym modelu chodzi o to, by osoba wspierająca pomagała w podejmowaniu decyzji, działając razem z osobą, której to dotyczy. Kluczowe jest, by w pierwszej kolejności uwzględnić wolę tej osoby – priorytet mają życzenia osoby zainteresowanej, tzn. ona zawsze musi być wysłuchana, jeżeli ma coś do powiedzenia. Nie wiem, czy państwo to wiedzą, ale jeszcze do bardzo niedawna nawet ktoś, kto chciał usunąć swoje własne ubezwłasnowolnienie musiał przekonać jakiegoś prokuratora, żeby wystąpił w jego imieniu.

W tradycyjnym modelu, stosowanym w większości krajów (choć nie w Polsce), istniała możliwość ustanowienia pełnomocnika do spraw innych niż finansowe, na przykład medycznych. W Polsce tego rozwiązania jeszcze nie mamy, ale mówi się, że może pojawić się wkrótce – zobaczymy, czy tak się stanie. W krajach, gdzie to funkcjonuje, osoba ustanawiająca pełnomocnika musi w chwili jego powołania być w stanie podejmować decyzje, spełniając określone kryteria.

W Stanach Zjednoczonych, gdzie istnieje wiele prób reform

systemu *guardianship* (odpowiednika ubezwłasnowolnienia), eksperymentuje się z różnymi rozwiązaniami, zwłaszcza że każdy stan ma własne przepisy. Choć Stany nie ratyfikowały Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami, starają się dostosować do jej wymogów. Jednym z pomysłów jest model wspólnego podejmowania decyzji, opartego na zaufaniu, gdzie osoby np. z problemami poznawczymi mogą wyznaczyć kogoś, komu ufają, by pomagał im podejmować decyzje, np. medyczne, finansowe czy życiowe. Zamiast wymagać pełnej zdolności do podejmowania decyzji, wystarcza, że dana osoba ufa swojemu pełnomocnikowi. Taki model daje większą przestrzeń dla osób z ograniczeniami, by wybrały kogoś, kto zna ich potrzeby i wartości. Oczywiście, taki system może prowadzić do nadużyć, dlatego konieczne są silne procedury kontrolne. Wprowadzając go, musimy być świadomi ryzyka, jak np. możliwość wykorzystania zaufania przez bliskich.

Uważam, że w Polsce najpierw powinniśmy wprowadzić prostsze rozwiązania, jak możliwość powołania pełnomocnika do spraw medycznych, czy oświadczenie *pro futuro* – dokument, w którym określamy, co chcielibyśmy, żeby robiono z nami, gdy nie będziemy w stanie decydować. Choć Sąd Najwyższy 20 lat temu stwierdził, że jest to możliwe, to ustawodawca nie wprowadził odpowiednich przepisów. Większość krajów sąsiednich już ma takie rozwiązania, które moglibyśmy zaadaptować. Kiedy osiągniemy ten etap, kolejnym krokiem będzie wprowadzenie wspólnego podejmowania decyzji, tworząc przestrzeń dla osób z ograniczeniami, które nadal mogą podejmować decyzje lub przynajmniej wyrażać swoje wartości i preferencje. Choć ktoś może nie być w stanie zdecydować o skomplikowanym lecze-

niu, może wskazać to, co dla niego jest ważniejsze, na przykład, że bardziej zależy mu na sprawności fizycznej niż na długości życia, lub że pewne efekty uboczne leków psychiatrycznych są dla niego nieakceptowalne, pewne objawy chorobowe są bardziej do przyjęcia niż same skutki uboczne.

Zdaję sobie sprawę, że istnieje wiele różnych perspektyw na tę sytuację i związane z nią kwestie. Prawdopodobnie nie uda się znaleźć jednej wspólnej perspektywy dla wszystkich, ale myślę, że możemy szukać płaszczyzny porozumienia.

Red.: Co zrobić, żeby tego przymusu było mniej? Profesor Cechnicki zwykł mawiać: im więcej psychiatrii środowiskowej, tym mniej przymusu.

Jakub Zawila-Niedźwiecki: Byłem kiedyś na referacie jednego z uznanych profesorów zaangażowanych w ruch psychiatrii środowiskowej, który podkreślał, że nie chodzi o to, by po prostu zmniejszać liczbę łóżek szpitalnych, jak sugerują niektórzy komentatorzy, tylko trzeba zwiększyć dostępność leczenia w środowisku. Drugą sprawą jest to, że w Polsce mamy gigantyczny problem z tak zwanymi hospitalizacjami o charakterze społecznym. Tak naprawdę problem leży nie po stronie medycyny, a po stronie pomocy społecznej i instytucji. W pewien brutalny sposób mówiąc, nie ma tych ludzi dokąd wypisać. To jest straszny problem. W szpitalu oni funkcjonują źle i będą funkcjonować źle, bo po prostu tam nie powinni być.

Są też wspomniane już kwestie finansowe: jak jest jeden lekarz na trzystu ludzi, to będzie używał środków przymusowych, bo to jest najprostsze. To jest oczywiste, że jak ktoś nie może sobie poradzić, to korzysta z najprostszych rzeczy, jakie może zrobić, bo chce się rozliczyć z tego, że wykonał swoje zadanie, że wszyscy do rana dotrwali żywi.



Na pewno istotna jest też kwestia edukacji. Młodzi lekarze w większości już rozumieją, że głównym celem ich pracy jest dobro pacjenta, a wszystko inne powinno być drugorzędne. Niestety, często to instytucjonalne warunki utrudniają realizację tego podejścia.

Pomysły na opiekę środowiskową mają sens, ale wymagają odpowiednich warunków. Wiele osób mogłoby świetnie funkcjonować poza szpitalem, w swoim środowisku, ale muszą mieć odpowiednią pomoc i aby mogły one dobrze funkcjonować i wносить wartość do społeczności, muszą mieć zapewnione odpowiednie wsparcie i miejsca do życia. Wszyscy lekarze, których znam, czy inne osoby zaangażowane w system ochrony zdrowia mówią, że powinniśmy dążyć do tego, tylko potrzebujemy odpowiednich warunków opieki poza szpitalem. Chodzi o to, aby pa-

cjenci nie wracali w pogorszonym stanie i żeby nie było konieczne ratowanie ich znowu. Ważne, by spojrzeć także na drugą stronę problemu, to jest ogromną beznadzieję kogoś, kto ratuje osobę, która do niego wraca regularnie w coraz gorszym stanie. Po doprowadzeniu tej osoby do stanu, w którym zaczyna cieszyć się życiem, znowu wraca ona w tym samym kryzysie za jakiś czas, bo na zewnątrz nie otrzymuje odpowiedniej opieki. Mogą przecież różne rzeczy się wydarzyć, takie jak brak wykupionych leków, trudności w organizacji życia, czy po prostu problem z radzeniem sobie w codzienności.

Myślę, że klucz do sukcesu leży raczej poza samym systemem ochrony zdrowia, a bardziej po stronie organizacji różnych form wsparcia społecznego. To jednak pytanie do specjalistów zajmujących się systemem wsparcia społecznego i pomocy społecz-

nej, jak dokładnie to zorganizować i jakie będą tego koszty. Na pewno nie będzie za darmo, bo z mojej wiedzy wynika, że jest to jedna z najbardziej niedofinansowanych dziedzin.

W tym obszarze jest jeszcze bardzo wiele do zrobienia. Trzeba patrzeć, jak to robią inni. Ja zawsze zachęcam wszystkich decydentów, żeby nie wyważali otwartych drzwi, nie wymyślali koła od nowa. Należy zapoznać się z dobrymi praktykami. Zobaczyć, jak to robią inne kraje, zastanowić się, co z tego możemy zaadaptować. Myślę, że da się sprawdzić, co trzeba zrobić i po prostu to zrobić.

*Wywiad przeprowadzili:
Katarzyna Głowacka-Cieślicka
Michał Piętniewicz
Andrzej Karpień*

O przymusie w leczeniu

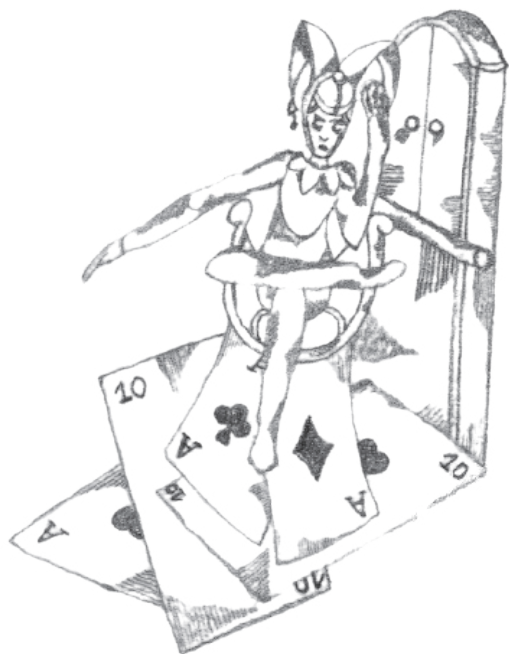
Wobec osób leczonych psychiatrycznie czasem stosuje się rozwiązania przymusowe, jak na przykład leczenie bez zgody, unieruchomienie, czyli przywiązanie bardzo pobudzonego psychotycznie człowieka do łóżka, kiedy personel uważa, że pacjent wykonuje jakieś ruchy mogące komuś albo jemu samemu wyrządzić szkodę, założenie mu kaftana bezpieczeństwa albo przymusowe podanie leku w zastrzyku, jeśli odmawia jego zażycia. Wszystkie te środki i ich zastosowanie uregulowane są w obecnie obowiązującej ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Na oddziałach psychiatrycznych stacjonarnych takie sytuacje są częste, i to raczej niestety, gdyż dla pacjentów są to doświadczenia skrajnie nieprzyjemne, potęgujące jeszcze bardziej ich strach, którego i tak mają w nadmiarze z racji trwającego kryzysu i towarzyszących mu objawów, takich jak urojenia, omamy, wszechogarniający lęk i napięcie psychiczne czy całkowita utrata kontroli nad sobą.

Uważam, że to dokładanie człowiekowi cierpienia do już istniejącego jego ogromu, doświadczanego w psychozie. Ale może w obecnych ciągle trudnych warunkach systemowych

w polskiej psychiatrii nie da się inaczej, a przynajmniej taką argumentację słyszymy. Gdy oddziały są bardzo duże i jest tam za mało personelu, nie jest on w stanie poświęcić wiele uwagi osobom cierpiącym, które by właśnie tego potrzebowały w takich sytuacjach. W rzeczywistości społecznej, w której problemy psychiczne są wstydliwie ukrywane, dostępność do pomocy pozaszpitalnej niska i praktycznie brak oddziaływań profilaktycznych, problemy ludzi narastają i nasilają się, mogąc później wybuchnąć gwałtownie i ostro, by w zetknięciu z systemową niewydolnością skutkowało koniecznością zastosowania rozwiązań przymusowych.

Są to zdarzenia mi osobiście dobrze znane, doświadczałam wielokrotnie takich sytuacji będąc pacjentką na oddziale psychiatrycznym stacjonarnym w ostrej psychozie i obserwowałam, jak inni pacjenci również ich doświadczali. Jest to bolesne, wzmaga przerażenie pacjenta, dzieje się bez naszej zgody, zatem bunt i poczucie krzywdy są uzasadnione. Z drugiej strony, gdy występują u nas objawy i dezorganizacja, możemy zachowywać się gwałtownie i kompletnie nieracjonalnie, zwracać się przeciwko





MOYA

innym z powodu chorobowego poczucia zagrożenia. Jak się czegoś boimy to albo uciekamy, albo walczymy, czasem w kryzysie wybieramy to drugie.

Może jednak dałoby się ograniczyć użycie przymusu w takich sytuacjach, gdyby człowiek nie zostawał sam z tym swoim ogromnym napięciem? Na pewno pomaga edukacja społeczeństwa i wzrost świadomości na temat zaburzeń psychicznych. Z drugiej strony są potrzebne też odpowiednie rozwiązania systemowe, które pozwalałyby bardziej zająć się tym człowiekiem cierpiącym, oferowały mu wielostronną pomoc. W Polsce jeszcze dużo jest do zrobienia w tych obszarach, ale jest wiele ludzi i środowisk, którym leży to na sercu.

*Monika Anna Syc
sekretarz*

*Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”
Kraków*

Prawa i wolność osób w kryzysach psychicznych

Jednym z tematów IV Kongresu Zdrowia Psychicznego, który odbył się w dniach 10-11 czerwca tego roku w Warszawie były prawa i wolność osób w kryzysach. Debata poświęcona temu tematowi, podczas której mowa była między innymi o leczeniu bez zgody, unieruchomieniach, czy ubezwłasnowolnieniu współprowadził Pan Profesor Janusz Heitzman z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie – specjalista psychiatrii sądowej, podnosząc wiele istotnych kwestii, które chciałbyśmy zrelacjonować w niniejszym tekście.

Na początku Pan Profesor zauważył, że zdrowie psychiczne całego społeczeństwa zależy od wielu czynników. Jest ściśle powiązane z równowagą w wielu obszarach życia społecznego i ekonomicznego. Ocena naszego zdrowia psychicznego jest często uzależniona od nastrojów panujących w społeczeństwie. Kiedy te nastroje są pozytyw-

ne, czujemy się bardziej stabilni i zdrowi psychicznie. Kluczowe znaczenie mają tutaj poczucie bezpieczeństwa finansowego, zaufanie do instytucji państwowych oraz dostępność usług medycznych. Poczucie zaufania do systemu ochrony zdrowia i do państwa, które ma obowiązek troszczyć się o najłabszych, jest fundamentalne dla poczucia bezpieczeństwa społecznego. Zasadnicze pytanie brzmi: czy w chwili, gdy będziemy potrzebować pomocy, otrzymamy ją szybko i bez zbędnych przeszkód?

Z perspektywy terapeuty i lekarza, który od ponad 40 lat pracuje z pacjentami, podzielił się ze słuchaczami refleksją na temat hospitalizacji. Kiedy zastanawiał się, ile z tysięcy osób, które leczył, skierował do szpitala, to doszedł do wniosku, że było to zaledwie około 30 przypadków. Dlaczego tak niewielu? Bowiem, jak zaznaczył, relacja terapeutyczna, odpowiednia terapia i leczenie

farmakologiczne oraz współpraca z rodziną mogą skutecznie zapobiegać sytuacjom wymagającym hospitalizacji, które bywają wstrząsające i opresyjne dla pacjentów.

Podkreślił następnie, że życie to zarówno zdrowie, jak i choroba, radość i cierpienie oraz że życie nie jest dla nas wyrokiem ani koniecznością, ale darem, który pozwala nam doświadczać istnienia. Każdy z nas, jak mówił, może powiedzieć: „Ja jestem”, i właśnie w tym stwierdzeniu odnajdujemy głęboką obecność w życiu. Zaznaczył, że siłę daje nam poczucie wspólnoty oraz że istotne jest także poczucie, że nie jesteśmy sami w trudnych momentach. Profesor zauważył też, że zdrowie psychiczne jest kluczem do szczęścia i ważne jest budowanie siły do radzenia sobie w codzienności, uczenie się otwartości, solidarności i odpowiedzialności za swoje zdrowie psychiczne. Dlatego powinniśmy rozwijać nasze



kompetencje, sprawczość i uczyć się samodzielnego decydowania o swoim życiu.

Czasem nasze trudności bywają nazywane chorobą, innym razem kryzysem lub słabością. Profesor wyraził jednak wątpliwość, czy zawsze powinniśmy od razu klasyfikować trudności jako chorobę i, jak zauważył, zbyt często nakładamy na siebie etykiety diagnostyczne tam, gdzie powinniśmy stawić czoła życiowym wyzwaniom. Tego rodzaju etykieta odbiera sprawczość i motywację do walki o zdrowie. Z drugiej strony w naszym społeczeństwie mówienie o słabości, bezsilności nie jest dobrze widziane.

Profesor Heitzman poruszył również kwestie rozumienia kryzysu psychicznego, w tym kryzysu psychotycznego. Czy taki kryzys to ograniczenie wolności, zniewolenie, utrata samostanowienia, czy może wręcz przeciwnie – doświadczenie wolności? Z rozmów z pacjentami wynika, że trudne przeżycia, będące reakcją na niezrozumienie świata, mogą sprawić, że czujemy się wolni od kagańca społecznej poprawności. Często to właśnie doświadczenia psychotyczne, czyli inne postrzeganie rzeczywistości, intencji innych ludzi czy komunikatów, bywają formą odzyskiwania tej wolności – a nie utraty jej. To poczucie niezależności, choć zrozumiane jako kryzys, jest w rzeczywistości próbą zachowania autonomii w świecie, który nas nie rozumie.

Słyszymy o przypadkach, kiedy służby przymusowo zabierają osoby do Domów Pomocy Społecznej, stosując drastyczne środki. Jak zaznaczył Prelegent, musimy pamiętać, że przymusowe pozbawienie kogoś wolności na podstawie przepisów prawnych, mimo że formalnie zgodnych z literą prawa, może pozostawać w sprzeczności z duchem prawa i prawami człowieka. Jak przekonywał, instytucja ubezwłasnowolnienia, która pozwala

na umieszczanie osób w izolacji bez ich zgody, jest przeżytkiem, a Polska wielokrotnie przegrywała sprawy w Europejskim Trybunale Praw Człowieka z tego powodu i wypłacała odszkodowania. Wyjaśniał, że od 2007 roku protestujemy przeciwko tej instytucji, uznając ją za szkodliwą i nieskuteczną. W Polsce około 80 tysięcy osób jest ubezwłasnowolnionych, jednak ten system nie zawsze działa na ich korzyść, bowiem często okazuje się, że instytucja ubezwłasnowolnienia służy bardziej rodzinom, które nie radzą sobie z bliskimi w kryzysie, niż samym zainteresowanym. To poważny problem, zaznaczał, ponieważ system nie zapewnia odpowiedniego wsparcia rodzinom osób chorych, które same również doświadczają trudności i wymagają pomocy, stając się w pewnym sensie „współpacjentami”.

Państwo i prawo polskie, jak okazuje się, dysponują narzędziami, które mogą zastąpić instytucję ubezwłasnowolnienia. Mamy możliwość orzekania o zdolności prawnej, a także wprowadzania różnych form opieki i wsparcia dla osób, które nie radzą sobie z życiem. Istnieją przepisy o asystencji osobistej, reprezentacji równoległej, upoważnieniu do reprezentowania osoby w określonych obszarach, a także w współdecydowaniu czy pełnomocnictwach do wyłącznego zastępstwa. Istnieje więc wiele sposobów, by zapewnić wsparcie, nie pozbawiając nikogo jego podmiotowości i praw do decydowania o sobie.

Według Profesora Heitzmana nie możemy zgodzić się na to, by instytucja ubezwłasnowolnienia wciąż funkcjonowała w naszym systemie prawnym. Apeluje on do władz, by podjęły działania zmierzające do jej zniesienia, zwłaszcza teraz, gdy toczą się procesy nowelizacyjne, które dają szansę na wprowadzenie zmian.

Poruszył również kwestię, czy system ochrony zdrowia psychicznego rzeczywiście gwarantuje prawa i wolności pacjentów. Czy narzędzia, którymi dysponuje – zwłaszcza związane ze stosowaniem przymusu – nie prowadzą do nadmiernego paternalizmu lekarskiego? Często uzurpuje się prawo do decydowania o tym, co jest dobre dla pacjenta, zakładając, że „wiemy lepiej” i jednocześnie legitymizując to szczególną troską o życie i zdrowie.

Przymus w psychiatrii, zarówno ten określony w ustawach, jak i wynikający z wyższych zasad ochrony życia, zakłada konieczność ochrony życia i zdrowia – nie tylko pacjenta, ale także osób z jego otoczenia, które mogą zostać dotknięte skutkami choroby, czasem w sposób tragiczny. Często jednak stosuje się takie działania „na wyrost”, wyprzedzając fakty. Tego rodzaju podejście usprawiedliwia używanie przez lekarzy i system środków przymusu bezpośredniego, takich jak przytrzymanie, unieruchomienie, izolacja czy przymusowe podanie leków.

Profesor ubolewał nad tym, iż niestety takie interwencje nierzadko prowadzą do dramatycznych sytuacji. Oprócz obrażeń fizycznych, jak siniaki czy złamania, pacjenci tracą poczucie sprawczości, wolności i własnej wartości. Czują, że ich zdanie nie ma znaczenia, że nie mają wpływu na to, co się z nimi dzieje. Takie doświadczenie sprowadza ich do roli obiektów, a nie podmiotów terapii, co w sposób fundamentalny narusza ich prawa i godność.

Sytuacje dramatyczne, takie jak przymusowe podanie leku na izbie przyjęć, zlecone przez lekarza przez telefon, gdy pacjent wyraźnie się temu sprzeciwia, ukazują ciemne strony psychiatrii. Przykład, w którym pacjent – w poczuciu zagrożenia – domaga się rozmowy z lekarzem, a za-



miast tego zostaje obezwładniony przez kilka osób, co kończy się złamaniem ręki, to skandaliczne nadużycie dla Pana Profesora. Jak utrzymuje, tego rodzaju wydarzenia są smutnym dziedzictwem przeszłości, kiedy personel medyczny czuł się jak na polu bitwy, a pacjenci byli traktowani jak zagrożenie. To sposób myślenia rodem z XIX wieku, który nie powinien mieć miejsca we współczesnej psychiatrii.

Dziś istnieją, zapewniał, inne metody nawiązania relacji i porozumienia z pacjentem w stanie psychotycznym, które mogą zapobiec eskalacji konfliktu. Paradoksalnie, stosowanie przymusu bezpośredniego często ma służyć zapewnieniu pacjentowi poczucia bezpieczeństwa, ale w praktyce bywa odwrotnie. Decyzje o przymusowych działaniach podejmowane przez lekarza zdalnie, bez bezpośredniego kontaktu z pacjentem, są absurdem. Jeśli lekarz ma prawo do działań ingerujących w podstawowe dobra, takie jak wolność, sprawczość czy tożsamość pacjenta, to musi wziąć za to pełną odpowiedzialność – w tym obowiązek rozmowy z pacjentem. Pacjent ma prawo wiedzieć, dlaczego przepisuje się mu lek, jak ma on działać i w jaki sposób może mu pomóc. Zlekceważenie tego prawa, a następnie brutalne interwencje ze strony personelu, są dla niego niedopuszczalne.

Pan Profesor stwierdził, że musimy walczyć z takimi praktykami i dokonać zmian w systemie ochrony zdrowia psychicznego. Władza, którą system przyznaje lekarzom i personelowi, powinna być stosowana jedynie w ostateczności – jako *ultima ratio* – wyłącznie w sytuacjach realnego, bezpośredniego zagrożenia. Tymczasem, jak wyjaśniał, w edukacji medycznej zbyt mało uwagi poświęca się temu aspektowi. Nie uczymy lekarzy, jak postępować, by minimalizować naruszanie praw pacjentów



KOT NORWESKI LEŚNY

i chronić ich fundamentalne dobro, jakim jest wolność. Przymus nie jest narzędziem profilaktyki – profilaktyka to dialog, wsparcie i budowanie relacji.

Kolejną ważną kwestią było stwierdzenie, że pacjenci poddawani przymusowi często nie znają swoich praw ani nie są świadomi obowiązujących regulacji. System popełnia błąd, zakładając, że pacjent „wszystko wie”. Tymczasem jednym z fundamentów terapii powinna być edukacja pacjenta – dotycząca jego praw, możliwości oraz gwarancji wolności. Nie wystarczy bowiem wywieszenie na korytarzu listy praw pacjenta i numeru do Rzecznika Praw Pacjenta. Terapia musi akcentować podmiotowość człowieka, bo bez niej trudno mówić o skutecznej pracy nad objawami czy ich kontrolą. Jeśli pacjent nie czuje, że jest traktowany jako podmiot, cały proces terapeutyczny traci sens.

Poruszając jeszcze temat konfliktu pokoleń oraz nadużywania psychiatrii przez rodziców jako narzędzia do radzenia sobie z dziećmi, prowadzący debatę podkreślał, że takie działania również stanowią naruszenie praw i wolności. To problem, który wymaga szczególnej uwagi, ponieważ psychiatrię należy traktować jako przestrzeń wsparcia, a nie narzędzie dyscyplinujące.

Usłyszeliśmy też o tym, że trzeba zmierzyć się z trudnym tematem przemocy wobec personelu medycznego. Pracownicy ochrony zdrowia, doświadczają czasem agresji ze strony pacjentów, wynikającej z ich choroby. Warto zwrócić uwagę, że poszkodowani pracownicy rzadko występują na drogę sądową przeciwko pacjentom. Często korzystają z ochrony ubezpieczeniowej, ale to nie rozwiązuje problemu przemocy, który pozostaje realnym wyzwaniem. To wyzwanie, które wymaga systemowych zmian – ochrony zarówno pacjentów, jak i personelu.

Na zakończenie, Pan Profesor przypomniał, iż nie można pominąć jeszcze jednej kluczowej kwestii – odpowiedzialności za własne zdrowie i kryzys psychiczny. Zastanawiał się, czy odpowiedzialność za zdrowie psychiczne to prawo, przywilej, czy może obowiązek? To pytanie skłania do refleksji nad rolą każdego z nas w procesie dbania o własne zdrowie oraz nad tym, jak wspierać innych w trudnych momentach, zachowując szacunek dla ich praw i autonomii.

Katarzyna Głowacka-Cieślicka
Monika Syc
Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”
Kraków



Ciekawe książki z chorobą w tle

W potocznym rozumieniu temat tabu dotyczy tych spraw, działań i zagadnień, co do których istnieje tak zwana „zmowa milczenia” i wyraźna niechęć. Współcześnie, choć coraz rzadziej, tabu uważane jest za składnik ludzkiej kultury. Powoduje to często całkowite zaślepienie nawet wysokorozwiniętej społeczności i w konsekwencji utrudnienie skutecznego obiegu w populacji pewnych poglądów krążących wokół społeczeństwa.

Od pierwszych lat XXI w. obserwuje się wzrost liczby ludzi wymagających pomocy psychiatrycznej – zarówno w Polsce, jak i na świecie. Mówi się nawet o depresji i nerwicy jako o chorobach cywilizacyjnych. Dzięki temu powoli zanika tabu dotyczące chorób i zaburzeń psychicznych. Coraz więcej osób decyduje się także na ujawnienie przyczyn swojego cierpienia.

Taki psychiatryczny *coming out* mogą ułatwić przeczytane książki. Mogą one pomóc w identyfikacji problemu, wskazać drogę do wyzdrowienia, nadzieję oraz chęć do samorzecznictwa.

Wymienione poniżej lektury odnoszą się do najpowszechniejszych problemów psychicznych, takich jak: depresja i skłonności samobójcze; spektrum autyzmu; choroba afektywna dwubiegunowa; schizofrenia.

1. „Szklany kloz” – amerykańska poetka, pisarka i eseistka Sylvia Plath (napisane pod pseudonimem Victoria Lucas). Dla autorki inspiracją do napisania książki były własne przeżycia ze studiów w Smith College oraz jej próba samobójcza z tamtego okresu. Z biegiem fabuły widzimy jak bohaterka popada w depresję, jak bardzo pragnie śmierci. Sylvia Plath popełniła ostatecznie samobójstwo miesiąc po wydaniu swojej książki – 11 lutego 1963.

2. „Nikt nigdzie” – Donna Williams. Autobiografia autystycznej kobiety, którą śledzimy od czasów dzieciństwa po dorosłość. Od osamotnienia i niezrozumienia ze strony innych ludzi, po usłyszenie diagnozy autyzmu. Otrzymanie diagnozy ulżyło autorce, pozwoliło odciąć się od wspomnień pejoratywnych etykiet, które nadawało jej otoczenie.

3. „Podwójne życie mojej córki” – Bebe Moore Campbell. Dobry przykład na to, co narkotyki i choroba mogą zrobić z młodą, ładną i inteligentną dziewczyną. Jest to też ważny głos zwracający uwagę na to, iż „ludność kolorowa” także może cierpieć psychicznie i wymagać takiej samej troski ze strony personelu medycznego, co „ludność biała”.

4. „Życie to nie bajka” – Joanne Greenberg. Genialny wgląd w nabrzmiewającą psychozę u szesnastoletniej Deborah. Tworzy ona monolit własnego, skomplikowanego świata. Kilkuletni pobyt w szpitalu psychiatrycznym pomaga jej jednak powrócić do społeczeństwa i wieść normalne życie.



Anna Baka

5. „Cichy pokój” – Lori Schiller i Amanda Benett. Tytuł odnosi się do miejsca (pokoju), w którym osoba neuroatypowa może wyciszyć się, uspokoić. Lori cierpi na psychozę schizoafektywną, będącą stanem z pogranicza zaburzeń afektywnych i zespołów schizofrenicznych. Dzięki ciężkiej pracy nad sobą dziewczynie udaje się w dużej mierze wyzwolić z choroby.

6. „Zbudź się, kukielko” – Aleksandra Waclawik. Krótkie autobiograficzne opowiadania luźno powiązane ze sobą, dzięki którym czytelnik wejdzie w umysł dziewczyny chorej na schizofrenię paranoidalną. Specyficzny klimat tej książki może niepokoić, ale teksty dają chorującym nadzieję na normalne życie.

Wybrane pozycje są co prawda nieliczne, jest ich raptem sześć, biorąc pod uwagę jak wiele książek porusza tematy chorób i zaburzeń psychicznych. Niemniej jednak są one wzorem lektury, dzięki której uważny czytelnik wychwyci wątki sugerujące diagnozę autora i to, jak twórca funkcjonuje na przestrzeni lat. Są to na przykład lęki, ataki paniki, smutek, melancholia, szeroko rozumiana psychoza, niedostosowanie społeczne itd. To dlatego istotna jest rekomendacja zaproponowanych książek lekarzom psychiatrom, psychoterapeutom, pielęgniarcom, asystentom zdrowienia, pracownikom socjalnym, pacjentom i ich rodzinom. Jest to szansa dla nich wszystkich na wgląd w chorobę swoich pacjentów i próbę zrozumienia funkcji tworzenia tekstu przez osoby w kryzysach psychicznych.

Maria Grzybek
niezrzeszona
Kraków



Czym jest spotkanie?

W języku potocznym słowo *spotkanie* jest często używane w różnych sytuacjach. Chodzi przede wszystkim o bezpośredni kontakt z kimś lub czymś, skoro czasownik *spotkać* znaczy również „zdarzyć się, stać się czymś udziałem”. Spotykamy się więc z jakimś człowiekiem, z przedmiotami, zdarzeniami realnymi, jak obiekty przyrodnicze, np. rośliny i zjawiskami przyrodniczymi – są to np. burza, huragan, z wytworami człowieka, np. z zamkiem na skale, sonetem czy też koncepcją naukową etc. Z języka można dowiedzieć się ponadto, że jest ono dwustronne, intensywne, osadzone w czasie i w sposobach uczestniczenia w nim tych dwu stron. Bywa ono jednokrotne lub wielokrotne, chwilowe, krótkotrwałe lub dłużej trwające, ma pewną dynamikę. W życiu każdego człowieka jakieś spotkanie może okazać się doniosłe, czy nawet przełomowe, albo całkowicie nieistotne.

Spotkanie we właściwym sensie – skupiamy się na spotkaniu człowieka z człowiekiem – wymaga czegoś, co wydaje się zupełnie oczywiste, a chodzi o obecność. Spotkanie właściwe wymaga obecności bezpośredniej. Nie ma bowiem pełnej obecności człowieka poza bezpośrednim kontaktem z nim. Spotkanie występujące u większości filozofów jest obecnością osobową, następującą wtedy, gdy znajdujący się w nim ludzie wystąpią jako konkretne indywidualne osoby, które przejawiają aktywność osobową. Mówiąc o obecności osobowej nie trzeba zakładać jej pełnego zakresu od razu. Może być ona osiągnięta stopniowo i rozbudowywana, w miarę jak rozwija się samo spotkanie. Zapewne zdarza się, że od samego początku zaznacza się taka obecność, ale zwykle jej poziom jest ograniczony, a dopiero z czasem

jest ona wypełniana wieloma przejawami konkretnego uczestnika spotkania. Tej obecności nie można więc ujmować statycznie.

Obecność osobowa znajduje więc wyraz w zwracaniu się sobą ku drugiemu uczestnikowi spotkania. Obecność ta okazuje się byciem ukierunkowanym na drugiego człowieka, który został wybrany i wybór ten jest podtrzymywany jak długo trwa spotkanie. Dla jego trwania ważne jest obustronne utrzymywanie obecności – tkwi więc w człowieku potencjalność tej obecności dla, ponieważ spotkanie nie rozwinie



Anna Baka

się w przypadku jednostronnego bycia dla. Dla pełnego spotkania konieczne jest odwzajemnienie. Gdy zaś mówimy o przejawach siebie, demonstrowanych w spotkaniu, na uwadze powinniśmy mieć przejawy autentyczne, które są wyrazem tego, kim się jest naprawdę.

Nie ulega wątpliwości, że osobowa obecność w spotkaniu nakłada na jego uczestników spore wymagania. Wiadomo jednak, że spotkaniu towarzyszy przekonanie, że czemuś ono służy, że zaistniały dialog do czegoś prowadzi, np. do wyjaśnienia jakiejś trudności czy problemu.

Podejmowanie kroków w spotkaniu sprzyja procesom poznawczym. Są one zarówno spontaniczne, wywoływane przejawem

bytu człowieka, jak i zamierzone, choćby potrzebą lepszego zrozumienia czegoś. Procesy poznawcze są czymś naturalnym i istotowo przynależnym spotkaniu. Od poznania zależy jego utrzymywanie, jego bliższe i dalsze istnienie. Zaprzestanie poznawania, niezauważenie czegoś w spotkaniu może znacząco wpłynąć na dalszy jego przebieg, w pewien sposób negatywnie odbić się na spotkaniu. Poznanie nie zubaża jego uczestników, ale prowadzi do ich wzbogacenia, przemiany, rozwoju, stąd może być nazwane twórczym. Ten aspekt poznania w spotkaniu może nie mieć również końca i może nigdy nie zatrzymać się, ale stale poszukiwać w drugim nieznanego jeszcze potencjału.

W ścisłym związku z poznawaniem drugiego człowieka pozostaje jego rozumienie. W miarę jak narasta jego poznawanie gromadzi się materiał dostarczany przez akt poznania. Treści te niejednokrotnie zapoczątkowują rozumienie – pozwalają też rozumieniu rozszerzyć się na inne treści. Z tego względu rozumienie jest ustawicznym ruchem z jednego poziomu na inny, głębszy lub wcześniej osiągnięty.

Spotkanie jest więc fenomenem ukazującym, co się dzieje i może się dzieć z człowiekiem, gdy znalazł się nie tylko w przypadkowym kontakcie z drugim człowiekiem. W autentycznym spotkaniu wchodzi on w relację taki, jaki jest, jakim stał się w uprzednich sytuacjach życiowych, dlatego uczestniczenie w spotkaniu pozwala zdać sobie sprawę, kim się właściwie jest i kim jest właściwie ten drugi, którego poznajemy.

dr n. hum. Luiza Kula
asystentka zdrowienia
terapeutka środowiskowa
Centrum Zdrowia Psychicznego
Myślenice



*Kto powiedział, że psychiatria
ma być płatna i prywatna
Temu naród wnet zgotuje
tęgi protest pod ich biurem*

Monika Syc

*Kto nie powie, że Minister
ze wszystkiego robi jaja
temu sztylcikiem błysnę
tam gdzie krzyżyk na rozstajach*

Andrzej Cechnicki

*Kto powiedział, że minister
jest naszym — pacjentów wrogiem
temu medal, złoty blister
leków psychiatrycznych rodem*

Aleksandra Wacławik

*Kto nie powie, dla Ministry premier nasz
jest niemal bogiem
temu wiatr niech mózg wyśwista
przed kościołem, tym za rogiem*

Andrzej Cechnicki

*Raz zdrowia Minister z Warszawy
Chciał zepsuć reformę dla wprawy.
Jednak zrobić nic nie może,
Bo Podlasie i Pomorze
Się nie włączy do zabawy.*

Joanna Krzyżanowska-Zbucka

*Lepiej dziś prostatę badać
Niż z Ministrem się układać.
Lepiej wyciąć dwa migdałki
Niż kompromis przyjąć miąłki.*

Joanna Krzyżanowska-Zbucka

*W miejscowości Mikołajki
Minister nie zastąpił na lajki
Teraz wali duby jeszcze
bardziej smalone
Ministrze nie idź w tę stronę*

Jerzy Kubiak

*Kto mi powie, że przez przypadek w Krakowie
NFZ ma siedzibę przy ulicy Ciemnej
Tego słusznie kopnę w zadek
dla sprawiedliwości bezdennej*

Jolanta Janik

*W NFZ-ecie pomysły jak z bajki,
by leczyć PESELe, nie ludzkie przypadki.
Numerek odhaczyć, sumienie uciszyć,
czy pacjent wyzdrowieje — kto będzie to liczyć?
W tabelce porządek, choć ludzie chorują,
ważne, że wskaźniki pięknie się prezentują
Choć NFZ w fee for service się pławi,
Niedługo swą pychą system zadławi
Choć pracy po pachy, pacjentów bez liku,
to wciąż zamiast troski — numerki w „koszyku”*

Katarzyna Głowacka-Cieślicka



*Kto powiedział, aby łóżka psychiatryczne stale
dużo w kraju pracowały
Temu pacjent wytłumaczy
lepiej zdrowieć w swojej chacie!*

Monika Syc

*Pewne damy w NFZ-ecie,
Rzekły: „Cięcia są w budżecie!”
Psychiatria niech czeka,
Pacjent niech zuleka,
Najważniejsze, że kwota najniższa w świecie!*

Katarzyna Głowacka-Cieślicka

*Kto powiedział, Fundusz Zdrowia
To przyjaciel jest Lechitów,
Temu pierwszy w łeb wypalę
Przed kościołem Karmelitów*

Andrzej Cechnicki

*Z Warszawy pewien Minister
Zachował się raz jak filister
Mazowsze się poruszyło,
Podkarpackie też tam było.
Czeka go protestów twister*

Joanna Krzyżanowska-Zbucka

*Ministerstwo Ministerstwo
wcielasz w życie pseudo męstwo
I wytracasz wszystkich ludzi
kto jest świadom ten podjudzi
że do życia jeden cel
zdrowy człowiek czysta biel*

Michał Piętniewicz

*Kto nie powie, chyba kuma
że Ministra: non nocere
tego dotknie trąd i dżuma
przed kościołem, tym za skwerem*

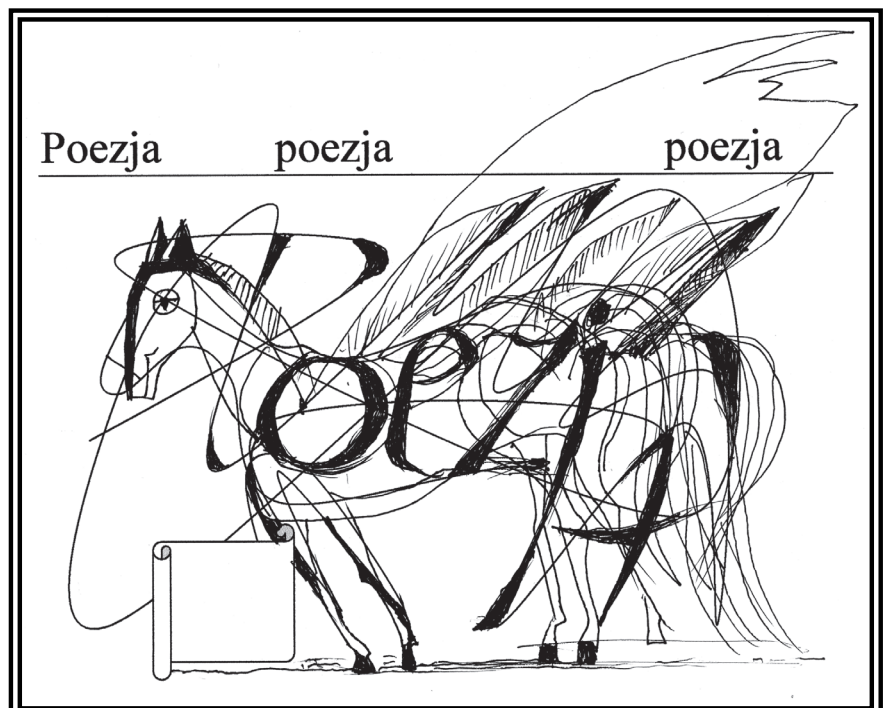
Andrzej Cechnicki

*Kto dziś twierdzi — narodowi
Ce Zet Pe się nie należy,
tego chwycę za garb wdowi,
nim odmówi pięć pacierzy.*

Niebieszka

*Kto zaś o Funduszu twierdzi,
że z kimkolwiek im do pary,
niech się nad nim lud rozsierdzi
pod plebanią świętej Klary!*

Andrzej Cechnicki



Satysfakcjonująca profesja

Mój kryzys miał miejsce w 2011 roku, kiedy to trzy miesiące przebywałem w szpitalu psychiatrycznym, a kolejne trzy lata po wyjściu z oddziału zamkniętego spędziłem na mozolnym dochodzeniu do siebie.

Myślę, że pomimo braku większej aktywności w tym czasie, nie był to czas stracony. I chciałbym bardzo przekazać to słowami ówczesnej ordynator oddziału całodobowego w Słupsku: „nie ma co nadrabiać straconego czasu”. Wychodzenie z kryzysu psychicznego wymaga czasu, kryzysy są większe i mniejsze, ale trzeba pamiętać, że powrót do zdrowia nie przyjdzie od razu, bo kryzys pomimo trudności, jakie ze sobą niesie, ma spełniać jakąś funkcję.

Teraz jestem asystentem zdrowienia, czyli osobą po kryzysie psychicznym, która pomaga osobom z trudnościami natury psychicznej w ich pokonywaniu. W pracy wspieram pacjentów i towarzyszę im, bazując na własnym doświadczeniu kryzysu psychicznego – jego objawów oraz sposobów ich przezwyciężania, co sprawia, że znam od podszewki opiekę psychiatryczną. Moja wiedza, płynąca z doświadczenia, pomaga mi dzielić się czasem nieszablonową wiedzą z personelem medycznym.

Przede wszystkim jednak jestem na drodze wychodzenia z głębokiego kryzysu psychicznego ku zdrowieniu, a poprzez zdrowienie mam na myśli stan satysfakcjonującego życia i choć wciąż jestem w leczeniu, nie przeszkadza mi to żyć pełnią.

Aby zostać asystentem zdrowienia, trzeba odbyć własną psychoterapię i być w remisji oraz ukończyć specjalistyczny kurs. Dodałbym też, że warto rozmawiać z lekarzami nt. leczenia, śledzić nowinki z dziedziny psychiatrii, ale przede wszystkim obserwować siebie w chorobie i wyciągać wnioski z kolejnych etapów zdrowienia. Asystenci zdrowienia są w Europie od 2005 roku. W Norwegii ten zawód tłumaczy się jako „nowy kolega” i tak jest on po-

strzegany, bo główną rolą asystenta jest towarzyszenie w kryzysie jak kolega/koleżanka. W Polsce asystenci zdrowienia zaczęli pojawiać się po roku 2017, czyli po I Kongresie Zdrowia Psychicznego, oddolnego ruchu rodzin, pacjentów i środowisk ich wspierających. Jest to pokłosie wprowadzenia reformy psychiatrii, która ma za zadanie pozostawić pacjentów w bezpiecznych środowiskach lokalnych, oferując kompleksowe wsparcie i zmniejszając liczbę ich pobyków na oddziałach stacjonarnych. Na tym polega opieka środowiskowa, a ja oprócz tego, że jestem AZ, to jestem także w trakcie kursu na terapeutę środowiskowego.

Zamysł przeniesienia opieki do środowiska jest bardzo dobry, bo pozostawia pacjentów w bezpiecznym otoczeniu domowym, ale też pozwala terapeutce na przyjrzenie się systemowi rodzinnemu osoby w kryzysie z szerszej perspektywy. Rozmawiając z pacjentem i jego rodziną w ich otoczeniu domowym można pełniej zrozumieć problem i bardziej pomóc. Podobnie jak w ambulatorium, tak w środowisku domowym rolą AZ jest przedstawianie pacjentom perspektywy na sprawę choroby w sposób prosty i zrozumiały.

Rola asystenta zdrowienia jest nowym zawodem. Ta praca daje dużą swobodę, gdyż jej zarys tak naprawdę się kształtuje, ale też jest obciążona dużą odpowiedzialnością za dobro

pacjentów, a także kształtuje charakter, w jakim będą pracować przyszli AZ.

Profesja ta daje mi ogromną satysfakcję, bo oto parę lat temu sam potrzebowałem pomocy, a teraz pomagam innym w wychodzeniu z kryzysu. I tak się dzieje.

*Tomaz Pankau
asystent zdrowienia
Centrum Zdrowia Psychicznego
Kościerzyna*



Nasz Dom ma 20 lat

Do Środowiskowego Domu Samopomocy przy ul. Olszańskiej 5 w Krakowie zaczęłam uczęszczać w 2016 roku. Najpierw chciałabym podać garść informacji. Środowiskowy Dom Samopomocy (dalej ŚDS) jest finansowany przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie, a podmiotem prowadzącym jest Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej. Jest to ŚDS typu A, czyli dla osób przewlekle chorych psychicznie. Kierownikiem jest pani Elżbieta Mosiewicz. ŚDS jest placówką pobytu dziennego, ukierunkowaną na pomoc w przezwyciężaniu trudnych sytuacji życiowych i rozwiązywaniu codziennych problemów osób z zaburzeniami psychicznymi.

Początek mojego pobytu w ŚDS związany był z bardzo trudną sytuacją życiową – rodzinną, społeczną i psychiczną, kiedy moja najukochańsza Mama gościła w oczach, leżąc w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym przy tej samej ulicy Olszańskiej. Do ŚDS-u chodziłam dlatego, że tuż obok znajdował się ZOL, a tam moja Mama. Mama zmarła 1 marca 2017 roku. Sama organizowałam pogrzeb, bo nie mam rodziny w Krakowie. Bardzo ujęło mnie za serce to, że na pogrzeb Mamy przyjechali licznie członkowie ŚDS-u – terapeuci i uczestnicy. Po raz pierwszy pomyślałam, że ten ośrodek jest dla mnie wsparciem i to później się sprawdziło.

Dziś nie wyobrażam sobie życia bez ŚDS-u. Jest dla mnie wielką pomocą, miejscem, gdzie czuję się bezpieczna, gdzie spotykam przyjazne osoby, z którymi uczę się różnych rzeczy potrzebnych do codziennego funkcjonowania. Już samo to, że muszę przyjechać na zajęcia ustawia mi strukturę dnia. Nie leżę w domu i rozmyślałam o chorobie, tylko jeżdżę na spotkanie z ludźmi, na ciekawe

zajęcia. Jedna z moich koleżanek stwierdziła ostatnio, że traktuje uczestniczenie w ŚDS jak codzienną pracę. I coś w tym jest.

Przede wszystkim zajęcia są bardzo ciekawe. Mamy pracownie: kulinarną, plastyczno-ceramiczną, komputerową, relaksacyjno-rekreacyjną, multimedialną, aktywizacyjno-rehabilitacyjną. Możemy liczyć na zespół terapeutów: pedagogów, terapeutów zajęciowych, pracownika socjalnego, pielęgniarkę psychiatryczną, psychologów, psychiatrę konsultanta, a ostatnio asystenta zdrowia. Zajęcia w poszczególnych pracowniach zmieniają się co miesiąc, od jednej pracowni do drugiej, co urozmaica pracę i pozwala nabyć różne umiejętności. Przyznam się, że najbardziej lubię pracownię komputerową, gdzie nauczyłam się wielu przydatnych w dzisiejszym świecie umiejętności. W pracowni kulinarnej również można wiele się nauczyć. Kiedyś powiedziałam, że w ŚDS-ie dobrze i smacznie karmimy, co każdy uczestnik potwierdzi. Mamy też swoje rytuały, przykładowo zaczynamy jeść dopiero jak wszyscy nałożą na talerz swoją porcję.

Innym zwyczajem jest to, że osoby, które spóźnią się na „społeczność” – codzienne poranne zebranie wszystkich uczestników i zespołu – muszą poczekać cierpliwie w przedsiionku na koniec tego zebrania. Na tym spotkaniu opowiadamy, co robiliśmy wczoraj po zajęciach, lub (w piątek) co mamy w planie robić. Często dopytujemy się nawzajem o różne sytuacje i dzięki temu poznajemy się bliżej. Zwykle są to wypowiedzi żartobliwe i wszyscy się śmieją. Czasami to rozładowuje atmosferę, gdy pokłócimy się, jak to zresztą bywa w każdej grupie społecznej. Ogólnie jednak sprawdza się maksyma prof. Antoniego Kępińskiego, że so-

cietas schizophrenicas jest lepsza od społeczności zwykłych ludzi. Na przykład, jak ktoś je kanapkę, którą przyniósł z domu, to co chwilę musi dziękować za życzenia „smacznego”.

Mamy też zwyczaj, że solenizant czy osoba obchodząca urodziny przynosi słodycze, które mają wielkie wzięcie. Natomiast jeśli ktoś powie, że czegoś nie rozumie lub nie umie, to zaraz znajdzie się pomocna osoba. Wszyscy bardzo lubią psychoedukację, bo można zapytać o swoje problemy i otrzymać pomoc.

Oprócz budowania „sieci społecznej” mamy różne atrakcje. Przede wszystkim są to wyjścia z ośrodka do teatru, do kina, do muzeum, do ciekawych miejsc w Krakowie. Z ostatnich zajęć wakacyjnych szczególnie zapamiętałam zwiedzanie Muzeum Przyrodniczego wspaniałe eksponujące rośliny, zwierzęta i to tak pięknie, że wszystkim szczerym sercem polecam. Mamy też zajęcia sportowe i bierzemy udział w corocznych zawodach lekkoatletycznych w Szpitalu im. dr. J. Babińskiego w Krakowie. Ostatnio podczas Human Week, czyli Tygodnia Zdrowia Psychicznego kibicowaliśmy w turnieju piłki nożnej, oczywiście „naszym”, czyli drużynie psychiatrów, którzy zajęli trzecie miejsce.

W ŚDS-ie można znaleźć pomoc w różnych potrzebach. Mnie pani pielęgniarka Maria pomogła zrobić protezę zębową na NFZ, za co szczególnie jestem wdzięczna. Terapeuci motywują nas do dbania o siebie, o swój wygląd, o zachowanie, o owocne spędzanie czasu, rozwijanie talentów i zainteresowań. W pracowni plastycznej powstają piękne obrazy i różne ceramiczne „cudeńka”. Warto też zauważyć, że uczestnicy dbają o porządek i czystość w Domu.

Tradycyjnie co roku obchodzimy „spotkanie wigilijne” i „jajecz-



ko". Wszystkie potrawy przygotowujemy sami, również sami dekorujemy salę. Rada Domu wybierana przez uczestników w tajnym głosowaniu, zajmująca się na co dzień funkcjonowaniem ośrodka, składa wszystkim życzenia, oczywiście pani kierownik również. Zapraszamy ważnych gości: Profesora Andrzeja Cechnickiego, Panią Annę Bielańską, którzy stworzyli podwaliny psychiatrii środowiskowej w Krako-

wie. Oni również składają nam życzenia. Zwykle w takie uroczyste spotkania do stołu siada około 55 osób, razem z pierwszego i piątego piętra, bowiem ŚDS jest podzielony na dwa piętra, gdyż wszyscy uczestnicy nie pomieściliby się na jednym.

Podsumowując, Środowiskowy Dom Samopomocy jest rzeczywiście „Naszym Domem”, gdzie czujemy się potrzebni, gdzie znajdujemy przyjaciół i po-

moc. ŚDS obchodzi w tym roku 20 rocznicę powstania. Składam gratulacje wszystkim terapeutom i uczestnikom za stworzenie tak wspaniałej atmosfery i życzę dalszego rozwoju i sukcesów.

Jolanta Janik
Środowiskowy Dom Samopomocy
Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju
Psychiatrii i Opieki Środowiskowej
Kraków

O sztuce słuchania i działania – kilka refleksji po Human Week w Krakowie

W dniach 7–11 października 2024 roku Kraków stał się przestrzenią wyjątkowego wydarzenia – Human Week, czyli krakowskiego Tygodnia Zdrowia Psychicznego. Wystawy, warsztaty, projekcje filmowe i spotkania odbywające się pod hasłem „Bezpiecznie razem” stworzyły przestrzeń do refleksji, działania i edukacji społeczeństwa. Był to czas wsłuchiwania się w historie osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, budowania wspólnoty oraz przełamywania stereotypów.

Tegoroczna edycja przypominała, że kluczem do przeciwdziałania stygmatyzacji i wykluczeniu jest całościowe spojrzenie na człowieka – jego życie, aspiracje i marzenia, a nie wyłącznie przez pryzmat choroby.

Wrażliwość Krakowa na te fundamentalne kwestie zawdzięczamy dziedzictwu prof. Antoniego Kępińskiego. Jego przesłanie – „ważne jest to, co wspólne, nie to, co specyficzne” – szczególnie wybrzmiewało podczas tych dni. Human Week był tego najlepszym przykładem: zamiast mówić o kryzysach, opowiadano o ludziach, którzy przez nie przechodzą.

Każde spotkanie w ramach Human Week skłaniało do głębokiej refleksji nad stygmatyzacją – problemem, który wciąż dotyka osoby po kryzysach psychicznych na różnych poziomach: społecznym, indywidualnym i strukturalnym.

Historie życia, nie choroby

Jednym z najważniejszych wydarzeń Human Week była projekcja filmu Małgorzaty Imielskiej „Posłuchaj, co chcę Ci powiedzieć”. Film przedstawił historię młodej dziewczyny zmagającej się z chorobą psychiczną, ale przede wszystkim ukazywał jej życie – marzenia, codzienne zmagania i siłę w pokonywaniu wyzwań. Po seansie odbyła się dyskusja z udziałem

reżyserki, bohaterki filmu, prof. Andrzeja Cechnickiego oraz dr. hab. Macieja Pileckiego. Uczestnicy dzielili się refleksjami i doświadczeniami, podejmując ważne tematy związane ze stygmatyzacją osób z doświadczeniem kryzysów psychicznych. Zainteresowanie było tak duże, że wypełniona po brzegi sala kinowa wymagała dostawienia dodatkowych krzeseł. Dyskusja podkreśliła znaczenie wspólnoty, w której każdy czuje się bezpiecznie i akceptowany.

Stygmatyzacja, jak zauważył Erving Goffman, kanadyjski socjolog specjalizujący się w badaniu interakcji międzyludzkich, symboliki społecznej i procesów stygmatyzacji, działa jak soczewka – zawęża postrzeganie osoby do jednej cechy, ignorując całą resztę jej tożsamości. Choć od publikacji Goffmana minęły dekady, jego refleksje pozostają aktualne: społeczne lęki, niewiedza i stereotypy wciąż prowadzą do izolacji. Dlatego wydarzenia takie jak Human Week są niezwykle istotne – pomagają dostrzec człowieka w całej jego złożoności, wyzwalaając go z ograniczeń uproszczonych narracji.

Poprzez rozmowy i wysłuchanie osobistych historii stereotypy tracą swoją moc, a ich miejsce zajmuje empatia i zrozumienie.

Kadrowanie uważności – i aktywności

Wystawa „Światło i przestrzeń” przygotowana przez Miodową Grupę Fotograficzną oraz towarzyszące jej warsztaty „Fotografia. Pasja czy terapia?” ukazały, jak twórczość może przeciwdziałać stygmatyzacji i wspierać osoby po kryzysach psychicznych. Grupa zrzesza uczestników z różnymi doświadczeniami, oferując przestrzeń do wyrażania siebie poprzez sztukę.

Podczas warsztatów uczestnicy rozwijali umiejętność dostrzegania detali – zarówno w otaczającym świecie, jak i w sobie. Jedna z uczestniczek nazwała



to „kadrowaniem uważności” – zwracaniem uwagi na piękno, które często umyka w codziennym pośpiechu. Fotografowanie wymaga jednak nie tylko wrażliwości, ale i działania: gotowości zbliżenia się do obiektu czy spojrzenia na niego z innego punktu widzenia. Członkowie grupy nazywają to żartobliwie „zoomem nożnym” – techniką, która wymaga ruchu i zaangażowania, by uchwycić idealny kadr.

W plenerze fotograficznym prowadzonym przez instruktora Gerarda Banacha, otwartym dla wszystkich chętnych uczestników spotkania, można było spróbować swoich sił w roli fotografa. Jednym z zadań było uchwycenie odbicia kościoła Mariackiego w kałuży – motywu wymagającego nie tylko uważnej obserwacji, ale też fizycznego podejścia bliżej, a czasem nawet ukłęknięcia na wilgotnej nawierzchni, by znaleźć odpowiedni kąt. Takie doświadczenie doskonale pokazywało, czym jest „zoom nożny” – dosłowne i metaforyczne skracanie dystansu oraz zmiana spojrzenia.

Takie warsztaty są także okazją do pracy nad autostygmatyzacją – przełamania wewnętrznych ograniczeń i stereotypów, które często blokują wiarę we własne możliwości.

Ćwiczenie to przypomina, jak ważne jest dostrzeżenie tego, co kryje się głębiej – zarówno w sztuce, jak i w codziennym życiu.

Podobnie jak w fotografii, także w relacjach z innymi liczy się to, by dostrzec więcej niż powierzchowne odbicie.

Poezja i sztuka, które jednoczą

Ważnym punktem programu było spotkanie poetyckie zorganizowane przez grupę twórczą „Spacer z poezją”. W Pałacu Krzysztofory wybrzmiały wiersze autorstwa Aleksandry, Luizy, Joanny, Arkadiusza, Michała oraz Patronki Grupy – prof. Anny Pituch-Noworolskiej. Utwory poruszały tematy związane z naturą, miłością, przemijaniem i codziennością, zdobywając serca zgromadzonej publiczności. Autorzy, dzieląc się swoją twórczością, stworzyli przestrzeń autentycznej „kultury spotkania” – miejsca, w którym słowo i sztuka budowały mosty między ludźmi, pomagając przewycięzać bariery i odnaleźć wspólnotę.

Obchody 30-lecia Galerii Miodowej, które odbyły się w ramach Human Week, były kolejnym dowodem na to, jak sztuka wspiera społeczną integrację. Jubileuszowa wystawa „Artyści Miodowi i Przyjaciele” ukazała bogactwo twórczości, która powstała dzięki współpracy i wspólnocie. Takie wydarzenia przypominają, że kultura spotkania – budowana w atmosferze dialogu, wzajemnego zaufania i otwartości – jest kluczowa dla odnalezienia miejsca w lokalnej społeczności.

Program Human Week obejmował również liczne wykłady i spotkania ze specjalistami w dziedzinie



Tadeusz Andrzejewski, *Św. Jerzy*

zdrowia psychicznego. Eksperti dzielili się swoją wiedzą i doświadczeniem, pomagając uczestnikom lepiej zrozumieć problematykę zdrowia psychicznego oraz sposoby wspierania osób dotkniętych kryzysami. Te wydarzenia dostarczyły praktycznych narzędzi i inspiracji do codziennych działań, które sprzyjają tworzeniu bardziej świadomej, wspierającej społeczności, otwartej na dialog i wzajemne zrozumienie.

Spółeczność i system

Human Week przypomniał, że miejsce osoby po kryzysie psychicznym jest w społeczeństwie, a nie w izolacji. Prof. Antoni Kępiński podkreślał, że „ważny jest człowiek, nie choroba” oraz że należy „przestać pisać historię choroby, zacząć pisać historię życia”. Jego słowa wciąż stanowią drogowskaz dla psychiatrii środowiskowej, której fundamentem jest budowanie wspólnoty wspierającej, a nie wykluczającej. Taka wspólnota wymaga jednak nie tylko społecznej akceptacji, ale również stabilnego i odpowiedzialnego systemu opieki zdrowotnej, zdolnego zapewnić długoterminowe wsparcie.

Na tym tle szczególnie wyraźnie rysuje się trzeci poziom stygmatyzacji – strukturalny. Przejawia się on w chronicznym niedofinansowaniu psychiatrii, zaniedbywaniu lokalnych rozwiązań oraz faworyzowaniu modeli nastawionych na zysk kosztem realnych potrzeb pacjentów.

Centra Zdrowia Psychicznego (CZP), będące kluczowym elementem psychiatrii środowiskowej w Polsce, stają obecnie przed poważnym zagrożeniem. Planowane zmiany, promujące komercjalizację i ograniczenie finansowania, mogą podważyć fundamenty ich funkcjonowania. Obecny system premiuje tzw. „puste łóżka” w szpitalach psychiatrycznych, co wspiera deinstytucjonalizację i szybszą pomoc w lokalnym środowisku. Jednak istnieje ryzyko, że w wyniku reform powrócimy do modelu premiowania „zapełnionych łóżek” – podejścia, które izoluje pacjentów w zamkniętych placówkach. Powrót do azylowego modelu opieki przeczyłby ideom psychiatrii środowiskowej, która stawia na integrację osób po kryzysach z ich lokalnym otoczeniem.

Jak mawiał Klaus Dörner, niemiecki lekarz psychiatra i psychoterapeuta, pionier podejścia środowiskowego w psychiatrii: „psychiatria jest albo środowiskowa, albo żadna”. Jeśli system opieki psychiatrycznej zostanie podporządkowany zasadom rynkowym, osoby z doświadczeniem kryzysów psychicznych mogą zostać zepchnięte na margines. Tymczasem ich miejsce jest w społeczeństwie – wśród ludzi, w swoich lokalnych społecznościach, gdzie mogą znaleźć realne wsparcie, odbudować swoje życie i w pełni uczestniczyć w życiu społecznym.

„Trzeba wyjść nadziei naprzeciw”

Human Week to przede wszystkim przestrzeń, w której można dostrzec, że stygmatyzacja – zarówno społeczna, jak i indywidualna – nie jest nieodwracalna. Edukacja, sztuka, wspólne działania i wysłuchanie historii osób doświadczonych kryzysem zdrowia psychicznego pozwalają przełamywać stereotypy i budować społeczeństwo, które rozumie, że choroba psychiczna to wyzwanie, ale nie wyrok.

Sercem stygmatyzacji są stereotypy, które ograniczają naszą zdolność do postrzegania człowieka w pełni. Ale sercem psychiatrii są pacjenci – ich historie, potrzeby i nadzieje. Jolanta Janik, ekspertka przez doświadczenie pisze w swoim wierszu „Zdrowienie”:

*Trzeba przyjąć codzienny mózół
Podjąć z trudem życie - na nowo budować swój świat
Powolutku dzień po dniu wiele razy powtarzać
To samo
Nie można siedzieć beczynnienie
Żeby wyzdrowieć
Trzeba wyjść Nadziei naprzeciw*

Wiersz ten i jego przesłanie: „Trzeba wyjść nadziei naprzeciw” doskonale oddają ducha tegorocznego Human Week. To wezwanie wciąż pozostaje aktualne – wymaga zarówno uważności, jak i aktywności.

Przełamywanie stygmatyzacji na poziomie społecznym i jednostkowym jest możliwe – Human Week to udowodnił. Jednak dziś czeka nas wyzwanie na poziomie strukturalnym: walka o system finansowania, który nie izoluje, lecz integruje. Czasem wyjście nadziei naprzeciw oznacza także wyjście na ulicę – z transparentem, w żółtym szalu, by głośno sprzeciwić się wykluczeniu i obojętności.

Solidarność zaczyna się od troski o drugiego człowieka. Human Week pokazał, że wspólne działanie ma realną siłę, by zmieniać rzeczywistość na lepsze.

*Piotr Janiczak
wolontariusz
Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju
Psychiatrii i Opieki Środowiskowej
Kraków*

Fotografia wspólną pasją

Warsztaty fotograficzne w Piecinach odbyły się w ramach funkcjonującej od kilku lat grupy fotograficznej „Miodowa”. Grupa ta spotyka się w każdą środę w siedzibie Warsztatów Terapii Zajęciowej przy ulicy Miodowej w Krakowie i jest elementem projektu „Możemy więcej w Ośrodku Wsparcia” współfinansowanego ze środków PFRON-u, realizowanego przez Stowarzyszenie na Rzecz

Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej. Przez ten czas grupa stała się zgranym zespołem, który uczy się sztuki tworzenia i aranżowania zdjęć.

Te umiejętności pozwalają nam zatrzymać ulotne chwile i uchwycić piękno otaczającego nas świata. Dzieje się to pod faworytym okiem i merytoryczną opieką prowadzącego grupę, pana Gerarda, dzięki któremu wzajemnie się wspieramy, ale

również mamy możliwość wymieniać i prezentować własne pomysły, które realizujemy w ramach grupy. Każdy z nas spełnia w niej swoje marzenia, ucząc się wszystkiego, co kryje się pod pojęciem „fotografia”.

Nasze wyjazdowe warsztaty są świetnym pomysłem; pozwalają na integrację członków grupy i realizację wymarzonych fotograficznych planów. Jednym z takich wyjazdów były właśnie





fot. Joanna Katarzyńska

warsztaty fotograficzne w Pieninach, które odbyły się na początku października, u szczytu pięknej złotej jesieni.

Tak więc w czwartek późnym wieczorem dotarliśmy do Mizernej, gdzie mieliśmy spędzić najbliższe dni. Prognoza pogody na następny dzień zapowiadała deszcz od rana, co się niestety sprawdziło. Ten przedpołudniowy deszczowy czas wykorzystaliśmy na zajęciach z teorii oraz praktycznych ćwiczeniach z fotografowania.

Na popołudniowy posiłek udaliśmy się spacerem, gdy przestało padać. Towarzyszył nam przyjazny owczarek niemiecki, prawdopodobnie należący do mieszkańców. Był bardzo towarzyski, nawet zachęcał nas do zabawy. Mogłabym opisywać otoczenie i jego niespodzianki bez końca, ale wtedy tekst przypominałby raczej książkę niż relację z wycieczki. Urokliwy kościółek widniejący w oddali przez tajemniczą lokalizację kuśił, by go odwiedzić. Naszym celem był jednak punkt widokowy, z którego rozciągał się widok na

piękną jesienną panoramę, prezentującą Jezioro Czorsztyńskie i otaczające je wsie. Muszę przyznać, że z czasem wspomnienia z wyjazdu zaczęły mi umykać. Emocje opadły, a wszystko nie jest już takie świeże, więc mogę coś przeoczyć. Dobrze, że pozostały zdjęcia. Następnego dnia odbywał się najważniejszy dla mnie punkt programu – w Szczawnicy miał miejsce Redyk, święto regionalne, podczas którego owce są sprowadzane na zimę z hal do owczarni. Było to uroczyste wydarzenie, podczas którego zwierzęta schodziły z gór w towarzystwie pasterzy. Udało mi się nawet uchwycić na zdjęciu bacę na tle stada. Myślę, że o trudnościach z dojazdem tam i z powrotem w dniu, kiedy odbywają się lokalne święta, nie ma sensu wspominać, gdyż jest oczywiste, że ruch jest wtedy natężony. Nigdy wcześniej nie widziałam owiec na żywo, więc dla mnie było to niesamowite przeżycie. Były tak blisko... choć przyznam, że w pewnym momencie pomyślałam, że musiały być bardzo przestra-

zione wśród tego tłumu ludzi. Na szczęście nie trwało to długo. Następnego dnia przed wschodem słońca wyruszyliśmy w stronę góry, skąd rozciągał się widok na Tatry. Nasz sprzęt był gotowy do użycia i czekaliśmy na spektakularne zjawiska na niebie. Zanim ukazały się promienie słoneczne, które później oświetliły szczyty gór, niebo pokryło się wspaniałymi różowymi smugami światła. Było to zjawiskowe...

Najważniejsza dla mnie w tym całym wyjeździe była wdzięczność za możliwość bliższego poznania uczestników grupy fotograficznej. Wspólne spędzanie czasu z osobami, które doświadczyły kryzysu było budujące, dając jednocześnie świadomość, że łączy nas nie tylko diagnoza, ale przede wszystkim wspólna pasja, jaką jest fotografowanie.

*Joanna Katarzyńska
niezrzeszona
Kraków*



Moja przygoda z treningiem mindfulness

W ostatnim czasie miałem duże problemy z wewnętrznym napięciem, naprzemiennymi stanami euforii i smutku, czasem również ze snem, dlatego prof. Andrzej Cechnicki zasugerował mi uczestnictwo w treningu mindfulness, przeprowadzanym przez Ośrodek Psychiatrii Środowiskowej i Badań nad Psychozami CMUJ we współpracy ze Stowarzyszeniem na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej. Byłem nieco poddenerwowany z jednej strony, ale z drugiej wiązałem z tym treningiem spore nadzieje. Wiadomość od Pana Filipa Rąckiego, koordynatora treningu, zastała mnie w Tarnowie, w moim domu rodzinnym, który stanowi swoisty azyl czy schron przed burzą: zarówno tą zewnętrzną, jak i wewnętrzną. Przyjechałem do Krakowa i załatwiwszy formalności związane z ośmiotygodniowym zastępstwem na stanowisku sekretarza redakcji (gdyż tyle trwał trening i pokrywał się niestety częściowo z zebraniem redakcji naszego czasopisma), udałem się w wyznaczone miejsce, by zacząć pracę nad sobą.

Byłem nieco zaskoczony, gdyż poproszono mnie, abym położył się i zamknął oczy, a wcześniej przypięto mi elektrodę do badania akcji serca. Poczulem się trochę jak obiekt, któremu specjaliści będą robić stosowne badania i pomiary, lecz z drugiej strony wiedziałem, że to dla mojego dobra, a poza tym poczułem coś w rodzaju dreszczyku przygody. Następnie udzieliłem wywiadu drugiemu koordynatorowi treningu, Panu Dominikowi Lechowi. Wszystko to było dla mnie dużym wyzwaniem i dużym zaskoczeniem, ponieważ nie wiedziałem jeszcze, na czym będzie polegał trening i trochę bałem się, że pod wpływem emocji, choćby były pozytywne, mój stan psychiczny ulegnie pogorszeniu. Niemniej zdecydowałem się podjąć wyzwanie i raz w tygodniu, we wtorek, maszerowałem na Olszańską, by zaznać „mindfulnessowej przygody”. Pierwsze zajęcia miały charakter wprowadzający i były profesjonalnie prowadzone przez psychologów – Przemysława Stankiewicza i Ięgę Plencler. Dowiedziałem się w trakcie ich trwania, na czym polega mindfulness – że jest to metoda, polegająca na uspokojeniu swojego umysłu z nadmiaru zarówno przeszłych, jak i przyszłych spraw i skupieniu się możliwie maksymalnie na kontemplowaniu chwili obecnej, celem wyciszenia emocji. Kolejne zajęcia miały już charakter praktyczny: jako uczestnikowi założono mi specjalne gogle, za pomocą których przenosiłem się w nieco inny świat i widziałem np. krajobraz górzysty, który przecinała rzeka, z drzewami rosnącymi na brzegu, z chmurami, ptakami i kamieniami i rozmaitymi innymi szczegółami, które odkrywałem za każdym razem, kiedy przystępo-



Katarzyna Sikora

wałem do kolejnej odsłony treningu. Trening ten był również wzbogacony o elementy pracy nad oddechem; odpowiedni wdech i wydech stabilizował pracę serca. Przed każdym treningiem dostawałem do wypełnienia ankietę, w której zaznaczałem w skali od 1 do 5 swoje samopoczucie i to, jak ono zmieniło się po treningu i jakie było przed przystąpieniem do niego. Najczęściej przed treningiem byłem nieco ospały, zrezygnowany i smutny, a po treningu wracała do mnie radość i bardziej chciało mi się przystępować do dalszych działań, co zresztą miało miejsce, bo zawsze starałem się zdążyć na część trwającego w pokoju obok zebrania redakcji. Cykl treningów był regularny i powtarzalny; tylko raz pojawił mi się przed oczyma inny widok, na którym dłużej się zatrzymałem, ale poza tym epizodem studiowałem prawie zawsze ten sam krajobraz, próbując wyłapywać z niego coraz to nowe szczegóły, by zwiększyć siłę mojej uważności.

Bo też na tym polega trening mindfulness, zwany również treningiem uważności – zwracamy większą uwagę na to, co się dzieje dookoła nas, mniejszą natomiast wagę przywiązujemy do swojego wewnętrznego świata, który z reguły jest bardzo poraniony – pełen sprzecznych emocji, traum, dawnych psychoz i zranień. Owa równowaga między światem zewnętrznym i wewnętrznym



nym zwiększa szanse na sukces, ergo to, że nasze zranienia ulegną częściowemu zablźnieniu dzięki użyciu odpowiednich plastrów, kiedy nasza psychika stara się być bardziej skoncentrowana na świecie zewnętrznym. Dla mnie było bardzo ważne, żeby wskutek częściowego kryzysu, którego doświadczyłem, polegającego na nadmiarze myśli ksobnych, znów otworzyć się na to, co zewnętrzne i realne. Dostałem również SMS-a od Pana Filipa Rąckiego z odpowiednim linkiem do kontynuowania treningu poza ośrodkiem, co staram się czynić w miarę regularnie, w warunkach domowych, nie przykładając większej wagi do pory dnia – jak mi zresztą zalecono.

Naukę, jaką wyniosłem z treningu uważności, mogę podsumować stwierdzeniem, że aby być w dobrej relacji z innymi ludźmi, najpierw trzeba samemu wewnątrz siebie się poukładać i odpowiednio uporządkować, co dał mi właśnie trening mindfulness. Od momentu ukończenia treningu i przejścia przez wszystkie jego etapy, czuję się bardziej wyciszony, zrelaksowany, mniej spięty, powiem wprost i może trochę potocznie: „luźniejszy”. Nie przejmuję się już tak bardzo różnymi, często trudnymi okolicznościami życiowymi, gdyż wiem, dzięki mindfulness, że najważniejsze to „dogadać” się ze swoimi myślami i wewnętrznym światem, które niestety czasem zwodzą i prawie zawsze są spowodowane stresogenną sytuacją zewnętrzną. Wskutek trudności, które przeżywało Centrum Seniora, bałem się bardzo utraty pracy i jak to zwykle bywa w chorobach z pogranicza schizofrenii,

zaczęłem sobie inaczej tłumaczyć tę sytuację i wytwarzać alternatywny świat, w którym czułem się bezpieczniej. Na szczęście moi Przyjaciele w porę zorientowali się, że coś ze mną jest nie w porządku i odpowiednio wcześniej zadzwoniłem do swojego lekarza prowadzącego: dr Ireny Ostrowskiej, która natychmiast podwyższyła mi dawkę leku, nalegając, abym stale kontrolował sytuację i dzwonił do niej w przypadku, kiedy coś poważnego zaczęłoby się dziać. Dzięki pomocy Przyjaciół i Opatrzności, w co wierzę, jak również wsparciu prof. Cechnickiego i ekipy psychiatrii środowiskowej, udało mi się uniknąć pełnowymiarowej psychozy, która zapewne zakończyłaby się długą hospitalizacją i koniecznością kolejnego odgrzebywania z ruin spalonego świata swojej psychiki. Do powrotu do formy z całą pewnością przyczynił się mindfulness i sprawił, że odrobinę „lżej” traktuję ciężkie problemy, bo moje wewnątrz, dzięki treningowi, uległo przebudowie i lżej mi ciężkie brzemiona nosić, za co serdecznie dziękuję prowadzącym, koordynatorom treningu, jak i rzecz jasna, prof. Andrzejowi Cechnickiemu, który mnie do niego zachęcił. Trening uważności polecam każdemu pacjentowi, dla którego codzienność to nadmierny trud – pozwala on w niej dostrzec to piękno i „zwykłą niezwykłość”, która często ginęła, kiedy nadmiernie koncentrowaliśmy się na sobie.

dr n. hum. Michał Piętniewicz
Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”
Kraków

Kawiarnia społeczna
Zakrecony Pan Cogito
Kawa z misją
**SMAKUJ, POMAGAJ
I ZMIENIAJ ŚWIAT**

Ja już wypłem kawę,
teraz Twoja kolej.
Zapraszam do nas,
razem możemy więcej!

**ODWIEDZ NASZĄ
SPOŁECZNĄ KAWIARNIĘ
W SERCU KRAKOWA**
Pałac Krzysztoforów
Rynek Główny 35
Obok sklepu z pamiątkami

Zakrecony Pan Cogito
Rynek Główny 35, 31-011 Kraków
5,0 ★★★★★ Opinie: 10
Wświetl większą mapę

+48 883 881 975

Pałac Krzysztoforów
Rynek Główny 35
Obok sklepu z pamiątkami

**ZESKANUJ I
ZAOBSEWUJ NAS!**

1,5% Przekaz swój 1,5% naszej organizacji
KRS 0000156949

Razem możemy więcej!





Proklamacja Nadzwyczajnego Kongresu Zdrowia Psychicznego

My, uczestnicy **Nadzwyczajnego Kongresu Zdrowia Psychicznego**:

- zgromadzeni w dniu **5 grudnia 2024 roku** w Warszawie
- świadomi publicznej rangi zdrowia psychicznego i powagi jego współczesnych zagrożeń,
- niezwykle zaniepokojeni trzyletnim już okresem zawieszenia i aktualną zapowiedzią ostatecznego zaniechania środowiskowej reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce,

domagamy się:

pełnej, zdecydowanej oraz konsekwentnej realizacji reformatorskich celów i działań wytyczonych i rozpoczętych w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w latach 2017-2022 w tym, jako obecnie najważniejszych i najbardziej palących:

1. **zwiększenia** finansowania opieki psychiatrycznej w 2025 roku do 6%, a w 2026 r. do 7% - całkowitych wydatków na zdrowie (bez środków UE),
2. **utworzenia** w pierwszej połowie 2025 roku Krajowego Ośrodka Zdrowia Psychicznego (KOZP) - państwowej jednostki budżetowej podlegającej ministrowi zdrowia, monitorującej i koordynującej działania w obszarze ochrony zdrowia psychicznego,
3. **przygotowania** w najbliższym czasie projektu nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego regulującej wprowadzany środowiskowy model opieki psychiatrycznej dla dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży, a także zasady współdziałania między instytucjami ochrony zdrowia, pomocy społecznej, oświaty, wychowania, pomocy rodzinie, rehabilitacji społecznej i zawodowej,
4. **wprowadzenia** w pierwszej połowie 2025 roku rozporządzeń w sprawie standardu organizacyjnego centrum zdrowia psychicznego dla dorosłych oraz standardu organizacyjnego dla ośrodków opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży funkcjonujących w ramach nowego trzypoziomowego modelu opieki,
5. **wyposażenia** centrów zdrowia psychicznego w samodzielność organizacyjno-finansową, która zapewni im zarówno efektywność, jak i innowacyjność działania, a także wykorzystanie powierzonych zasobów w sposób zgodny z ich misją publiczną – ochroną zdrowia psychicznego mieszkańców,
6. **opracowania** w pierwszej połowie 2025 roku założeń wyspecjalizowanej opieki psychiatrycznej dla dorosłych oraz opieki wysokospecjalistycznej (kliniki uniwersyteckie) stanowiących niezbędne uzupełnienie systemu opartego na centrach zdrowia psychicznego,
7. **powołania** pełnomocnika do spraw reformy opieki psychiatrycznej dla dorosłych i powierzenie tej funkcji osobie gwarantującej pełną realizację celów określonych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego.



PSYCHOEDUKACJA

W tym miejscu chcemy dzielić się wiedzą, narzędziami i technikami, które pomogą lepiej radzić sobie z trudnościami z zakresu zdrowia psychicznego.

WYZNACZANIE GRANIC W TROSCIE O WŁASNE POTRZEBY

Wyznaczanie granic w relacjach stanowi fundament równowagi między naszymi potrzebami a potrzebami innych. Właściwie postawione granice chronią nas przed przeciążeniem, obowiązkami, stresem i zaniedbaniem własnych potrzeb.

ROZPOZNAJ SWOJE POTRZEBY I WARTOŚCI

Zanim zaczniesz stawiać granice, warto zastanowić się nad tym, co jest dla Ciebie naprawdę ważne. Na przykład, czy potrzebujesz więcej czasu na odpoczynek, czy chcesz ograniczyć kontakt z osobami, które wpływają na Ciebie negatywnie? Świadomość własnych potrzeb i wartości ułatwi Ci utrzymanie tych granic.

POZNAJ SWOJE „TAK” I „NIE”

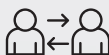
Jeśli masz trudność z odmawianiem, wypróbuj technikę świadomej odmowy. Przemyśl, na co jesteś gotów się zgodzić, a czego nie akceptujesz. Ćwiczenie „mówienia nie” pomaga unikać zgody na coś, co jest sprzeczne z twoimi potrzebami. Pamiętaj, że masz prawo odmówić bez konieczności tłumaczenia się.

KOMUNIKUJ JASNO I ASERTYWNIE

Wyrażaj swoje potrzeby jasno. Formułuj zdania, zaczynając od „ja” („Czuję się... gdy...”, „Potrzebuję...”), aby unikać obwiniania innych. Na przykład: „Potrzebuję czasu na odpoczynek, więc w ten weekend nie będę mogła się spotkać”. Zachowaj spokój, staraj się, aby twoje komunikaty były stanowcze, ale nie agresywne.

BĄDŹ KONSEKWENTNY

Jeśli wyznaczasz granice, staraj się ich konsekwentnie trzymać. Inni będą bardziej je szanować, gdy zobaczą, że są stałe. Dla Ciebie samego to także sposób na budowanie pewności siebie. Konsekwencja w wyrażaniu swoich potrzeb i granic może korzystnie wpływać na relacje z otoczeniem, wspierając wzajemne zrozumienie.

DOSTOSUJ KOMUNIKACJĘ DO SYTUACJI I OSOBY

Sposób, w jaki mówimy o swoich granicach często zależy od osoby, z którą rozmawiamy. Warto dostosować ton i poziom szczegółowości: wobec bliskiej i zaufanej osoby możemy być bardziej otwarci, natomiast przy mniej znanej osobie lepiej pozostać przy ogólnych wyjaśnieniach.

ZADBAJ O POJAWIAJĄCE SIĘ POCZUCIE WINY

Stawianie granic może budzić poczucie winy. Pamiętaj jednak, że dbanie o siebie to nie egoizm. Zdrowe granice przynoszą korzyści nie tylko tobie, ale także twoim relacjom. Dzięki jasnym, odpowiadającym na twoje potrzeby granicom otoczenie będzie w stanie lepiej Ciebie zrozumieć.

PRAKTYKUJ CIERPLIWOŚĆ I ZROZUMIENIE DLA SIEBIE

Stawianie granic to proces, który na początku może być trudny. Ważne jest, by ćwiczyć cierpliwość wobec siebie i pozwalać sobie na drobne potknięcia. Im częściej będziesz zauważać i wyznaczać granice, tym łatwiej i bardziej naturalnie będzie Ci to przychodzić.

PAMIĘTAJ O INNYCH

Dbając o siebie nie zapominaj o tym, że każdy człowiek ma własne potrzeby i granice, które zasługują na uważność. Wzajemne szanowanie swoich granic jest podstawą budowania zdrowych i satysfakcjonujących relacji.

Agnieszka Gazda-Grzesiak – asystent zdrowienia
Przemysław Stankiewicz – psycholog



Trud walki o reformę

W pierwszej kolejności bardzo dziękuję wszystkim Państwu za trud walki o reformę psychiatrii, który podejmujecie. Czytam Wasze maile i pisma i jestem pod wielkim wrażeniem Waszego heroicznego boju o psychiatrię środowiskową i całą reformę psychiatrii w Polsce. Wierzę mocno, że ten trud i walka nie pójdą na marne, że cały pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) nie pójdzie na marne, choć również jestem mocno zaniepokojony, co dalej...

Jestem zatrudniony jako asystent zdrowienia w CZP w Nowej Dębie pod kierownictwem dr. n. med. Marka Gronkowskiego i w marcu będzie 5 lat jak pracuję, tylko czy doczekam marca 2025? Nie wiem, bo umowę mam do końca tego roku. Boję się, co dalej, boję się o moich Pacjentów, którzy tak bardzo na mnie liczą, którzy na mnie czekają, których nie mogę przecież zawieść, a jest ich prawie pięćdziesięciu. Nie wyobrażam sobie, bym mógł przestać pracować i dbać o swoich podopiecznych, bym nie mógł z nimi rozmawiać, wspierać ich we wszystkim, dawać im nadziei na powrót do zdrowia i w końcu być przy nich i ich rodzinach zawsze wtedy, kiedy mnie potrzebują. Pięć lat to szmat czasu, zaczynałem w czasie trwania pandemii Covid, było mi bardzo trudno z wielu powodów. Teraz jestem doświadczonym asystentem zdrowienia i wiem, jak ważną rolę od-

grywam, jak bardzo potrzebują mnie pacjenci Centrum Zdrowia Psychicznego i Zespołu Leczenia Środowiskowego (ZLS) – Nowa Dęba.

Nie będę się rozpisywał, ale chcę napisać jedno – jeśli nie przetrwa obecny kierunek reformy, jeśli nas, asystentów zdrowienia, wykluczy się w procesie reformy, jeśli ZLS przestaną zapewniać opiekę na dotychczasowym poziomie z różnych proceduralnych względów, to będzie to porażka państwa, zmarnowany wysiłek, zmarnowana ciężka praca mnóstwa ludzi i w końcu zmarnowane pieniądze. Stracą na tym ci najbardziej pokrzywdzeni przez los, ludzie chorujący.

Raz jeszcze dziękuję za ogromny wysiłek, jaki Państwo wkładacie w tę walkę. Wspieram Was całym sercem i gdzie mogę nagłaśniam sprawę. Listy do Premiera, Marszałka i Minister Zdrowia już mam wydrukowane i gotowe do wysyłki, uczynię to dzisiaj. Jestem z Wami całym sercem i życzę dobra wszelakiego i zdrowia dużo.

Zbigniew Dendura
asystent zdrowienia
Centrum Zdrowia Psychicznego
Nowa Dęba

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

- **Monika Anna Syc** – redaktor naczelna
Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej
- **Przemysław Stankiewicz** – z-ca redaktor naczelnej, psycholog
Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej
- **Anna Liberadzka** – z-ca redaktor naczelnej
Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”
- **Michał Piętniewicz** – sekretarz redakcji, redaktor działu poetyckiego
Stowarzyszenie Pisarzy Polskich Oddział w Krakowie
- **Andrzej Karpiel** – DTP
Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”
- **Agnieszka Gazda-Grzesiak, Bogusława Skimina, Jacek Nowak**
Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”
- **Kamila Łabędzka-Słowik, Wiktoria Fyda, Konrad Wroński**
Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej
- **Jolanta Janik**
Środowiskowy Dom Samopomocy
- **Luiza Kula**
Rada Pacjentów CMUJ

Nad pracami redakcji czuwa Rada Programowa w składzie:

- **prof. Krzysztof Gierowski**
emerytowany Kierownik Katedry Psychiatrii CMUJ w Krakowie
- **prof. Jacek Wciórka**
Przewodniczący Rady Naukowej Polskiego Towarzystwa Psychiatrii Środowiskowej
- **prof. Maria Zaluska**
Prezesa Polskiego Towarzystwa Psychiatrii Środowiskowej
- **prof. Andrzej Cechnicki**
Ośrodek Psychiatrii Środowiskowej i Badań nad Psychozami Katedry Psychiatrii CMUJ
- **prof. Katarzyna Prot-Klinger**
Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie
- **prof. Andrzej Kapusta**
Katedra Estetyki i Filozofii Kultury UMCS
Prezes Fundacji Otwarte Seminarium Filozoficzno-Psychiatryczne
- **mgr Anna Bielańska**
Prezes Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej
- **mgr Agnieszka Lewonowska-Banach**
Prezes Ogólnopolskiej Federacji Stowarzyszeń Rodzin Osób Chorujących Psychiczenie „Rodziny”
- **lek. med. Izabela Ciuńczyk**
Prezes Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego

Wydawca: Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne”
ul. Bałuckiego 6, 30-318 Kraków

Redakcja nie zwraca niezamówionych materiałów, a także zastrzega sobie prawo redagowania i skracania nadesłanych tekstów bez uprzedniej autoryzacji.

nakład 7000 egz.

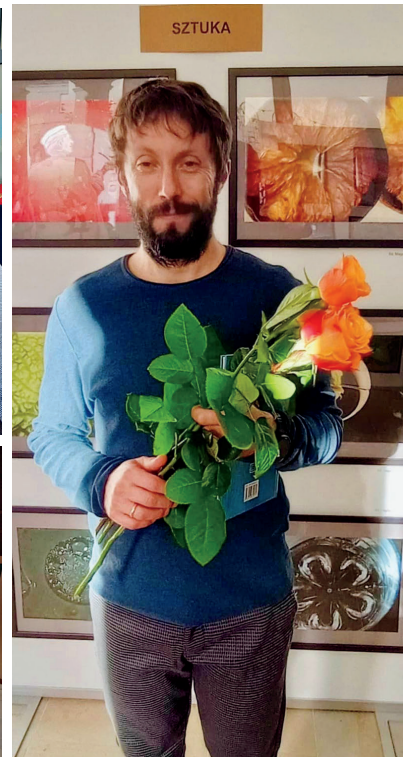
DLA NAS

plac Sikorskiego 2/8
31-115 Kraków
tel. 692 066 178
e-mail: czasadlanas@wp.pl



Tydzień Zdrowia Psychicznego - Human Week

KRAKÓW 2024



DZIEŃ PROTESTU 5 GRUDNIA



Narodowy Program Ochrony
Zdrowia Psychicznego



OSZCP
OGÓLNOPOLSKIE
STOWARZYSZENIE
CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO



LIKWIDACJI CENTRÓW
ZDROWIA PSYCHICZNEGO
NADZWYCZAJNY KONGRES
ZDROWIA PSYCHICZNEGO



#dzieńprotestu