

RODZINY

ISSN 1898-0007

Półrocznik

NR 12

Grudzień 2012

Czasopismo dla rodzin osób chorujących psychicznie



Kampania „Ochoczo Razem”
Wrzesień 2012 rok, Warszawa



VI Małopolski Plebiscyt
„Poza Stereotypami - Senior Roku 2011”
12.11.2012 rok, Kraków



Kampania „Ochoczo Razem”
Wrzesień 2012 rok, Warszawa



Kampania „Ochoczo Razem”
Wrzesień 2012 rok, Warszawa



Kampania „Ochoczo Razem”, spotkanie z twórcami filmu „Lęk wysokości”
Wrzesień 2012 rok, Warszawa

Drodzy Czytelnicy!

Przygotowaliśmy numer 12 naszego pisma, starając się, aby był on kolejnym wkładem we wprowadzaniu idei trójpzymierza w życie: oddaliśmy w nim głos członkom rodzin, profesjonalistom, jak również samym osobom doświadczonym przez psychozę.

Niekiedy warto mieć miejsce, gdzie można wyrazić swój ból i protest, gdy czujemy się sfrustrowani i bezradni. Zamieszczamy wypowiedzi dwóch matek, opisujących gehennę swoich dzieci i swoją własną w związku z decyzjami urzędników i orzeczników ZUS. Natomiast inna przedstawicielka rodzin pisze o oczekiwaniach wobec profesjonalistów na różnych etapach zmagania się z chorobą i rekonwalescencji. Zamieszczamy też opis grupy wsparcia dla rodzin, gdzie profesjonalści (panie psychiatry i psycholog) są zapraszani do roli ekspertów. Opis grupy wsparcia działającej w ramach Stowarzyszenia Rodzin „Zdrowie Psychiczne” jest poprzedzony obszernym i wnikliwym uzasadnieniem działania wszelkich grup wsparcia w ogóle.

Zdarza się, że doświadczenie choroby psychicznej stanowi poważne utrudnienie w dokonywaniu separacji od rodzin pochodzenia i zaczynaniu samodzielnego życia. W takich sytuacjach nieodzowny jest etap pośredni w dążeniu do pełnej samodzielności, jakim bywa mieszkanie chronione. Lubelski psychiatra Artur Kochański opisuje proces tworzenia takich miejsc na Lubelszczyźnie, jak również imponujący stan mieszkalnictwa chronionego na dzień dzisiejszy, będący efektem wysiłków wielu osób zaangażowanych w ten projekt.

Wypowiedź Aleksandry Kożuszek to fragment jej książki „Radość odzyskana”, opisującej drogę do zdrowia, jaką przeszła autorka. Na uwagę zasługuje wielość i różnorodność jej relacji z ludźmi. „Przyjaźń wymaga pielęgnacji i poświęcenia czasu” – pisze autorka. To prawda brzmiąca nieco staromodnie w dzisiejszym świecie szybkich i lakonicznych komunikatów twitterowo-smsowych.

Warto też przeczytać relację z niesztampowej kampanii, wyprawdzającej dialog o zdrowiu i chorobie psychicznej w przestrzeń publiczną. Wydarzenie to miało miejsce w warszawskiej dzielnicy Ochota i nosiło nomen omen nazwę „Ochoczo Razem”.

Zapraszam do lektury.

Józef Bogacz
Redaktor merytoryczny

Polecamy także czasopismo „DLA NAS”



RODZINY

REDAKTOR NACZELNY

Agnieszka Lewonowska-Banach
Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne”

REDAKTOR MERYTORYCZNY

Józef Bogacz – terapeuta rodzinny
Ośrodek Terapii i Rehabilitacji Psychoz. Poradnia Rodzinna

Barbara Szczukin – psycholog

RADA MERYTORYCZNA

Prof. dr hab. Bogdan de Barbaro
Zakład Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii CMUJ – Kraków

Maria Radwańska
Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne” – Kraków

Anna Bielańska
Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej – Kraków

ks. Arkadiusz Nowak, Magda Bojarska
Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej – Warszawa

Zofia Puchelak
Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne” – Kraków

Jolanta Gierduszevska
Stowarzyszenie „Wzajemna Pomoc” – Radom

Barbara Oleksińska
Stowarzyszenie „Otwarty Umysł” – Rzeszów

Teresa Kara
Lubuskie Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne” – Gorzów Wielkopolski

Dorota Trybis
Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi” – Kraków



ADRES REDAKCJI

ul. Bałuckiego 6,
30-318 Kraków
tel. 012 266 11 02

Nakład: 3000 egz.

OPRACOWANIE GRAFICZNE I SKŁAD

Krzysztof Banach
Małopolska Filia Sekcji Naukowej
Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji
Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

KONTAKT

<http://www.rodziny.info/>
e-mail: stowarzyszenie@rodziny.info

Niezamówionych materiałów
Redakcja nie zwraca.

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania
i adiacji nadesłanych materiałów.



RODZINY

GRUDZIEŃ 2012

W NUMERZE:

Jarosław Szczęśniak

Z listów do redakcji 2

Józef Bogacz

Odpowiedź na list 3

Anna Solnicka-Heller

O kampanii „Ochoczo Razem” 3

Teresa Kara

Dlaczego? 6

Anna Martynowska

Doświadczenie z orzecznictwem ZUS 8

Anna Prokop

Grupa wsparcia 10

Artur Kochański

Mieszkalnictwo chronione na Lubelszczyźnie... 12

Gerard Banach

Bariery w zatrudnieniu osób niepełnosprawnych i w nas samych 14

Aleksandra Kożuszek

„Radość odzyskana” 17

Teresa Frączek

Recenzja książki „Radość odzyskana” 18

Jolanta Gierduszewska

Czego oczekujemy od psychiatrów, psychologów i terapeutów 19

Agnieszka Lewonowska-Banach

Gala plebiscytu „POZA STEREOTYPEM – Senior Roku 2011” 20

Łukasz Cichocki

„Skutek uboczny – śmierć” – recenzja książki III str. okładki

*Korzystając z okazji
Świąt Bożego Narodzenia,
pragniemy złożyć
Wam, drodzy CZYTELNICY,
najserdeczniejsze i szczerze
życzenia szczęścia,
pomyślności, wiary
i nadziei oraz każdego dnia
Nowego Roku
wiele uśmiechu i radości!*

życzy Redakcja RODZINY

*Druk numeru 12 czasopisma RODZINY został sfinansowany ze środków
Województwa Małopolskiego w ramach projektu pn. „Rodziny – edukacja, wsparcie i integracja”*

Z listów do redakcji

**Na początku tego listu, tak jak zwykle
to się robi – pozdrawiam Panią
oraz Pani pracowników.**

Witam. Jestem uczniem szkoły średniej nr 1 w Częstochowie. Państwa stowarzyszenie poznałem dzięki mgr Grażynie Kuszplak-Matusik, szkolnej pielęgniarkę, z którą pani redaktor naczelna miała okazję korespondować. Chciałbym podzielić się z państwem moim wypracowaniem, dotyczącym podejścia do schizofrenii. Schizofrenia towarzyszy mi na co dzień i znam ją także nieco od strony akademickiej. Pozwolę sobie zamieścić poniżej treść wypracowania, ponieważ nie mam okazji wysłać go w załączniku. Uprzedzam, że tekst nie był pisany w stanie psychozy.

Rzecz wspólna

To, z czym przyszło nam żyć, może być dla nas: chorobą, darem, przeznaczeniem, zbiegiem okoliczności, przypadkiem. Niezależnie od naszych przekonań spotkała nas schizofrenia i prawdopodobnie nigdy nie opuści, bowiem definicja pełnej remisji nie uwzględnia powrotu do życia sprzed stanu umysłu, który dzierzemy w chwili obecnej. Jest to rzecz wspólna, dla której ci, którzy dążą do poprawy się tutaj spotkali. Zauważmy, że zapewne bez F20 nigdy byśmy się nie poznali, a wielu z nas jest bardziej wartościowych od tych, którzy są bliżsi normy. Najwyższym dobrem jest to, że mamy siebie nawzajem. Świat byłby okrutny dopiero wówczas, gdyby przyszło nam z tym egzystować w samotności. Samotność, choć najwierniejsza, bo nigdy sama nie opuszczająca, nie zastąpi także nigdy drugiego człowieka.

Nie musisz cierpieć będąc zaburzonym. Jeśli udręka cię dotyczy, to kolejne zdanie poświęcam temu zagadnieniu. Spoglądając na rzeczywistość, ciężko jest wysnuć wniosek jakoby cierpienie uczyło, ale może wyniesiemy z naszych doświadczeń naukę, która nas od niego uwolni. Kto wie, czy właśnie po to tutaj nie jesteśmy.

Jeżeli schizofrenia jest dla ciebie chorobą, to pamiętaj. Nie trzeba być chorym, żeby być wariatem.

Jeżeli schizofrenię traktujesz jako dar, to być może jesteś w stanie zaakceptować to kim, jesteś i znalazłeś sposób na radzenie sobie z własnym umysłem.

Nie zapominaj jednak, że twoi najbliżsi będą cierpieć z powodu twojej niepoczytalności. Z drugiej strony gdyby kogoś wyleczono z autyzmu, to szczęśliwa byłaby prawdopodobnie tylko rodzina pacjenta. Zadać sobie jednak pytanie, czy możesz być szczęśliwy w samotności.

Jeżeli schizofrenia wydaje ci się być przeznaczona, to pamiętaj, że nie musi ona determinować twojego życia. Kwestia wolnej woli jest z pewnością dyskusyjna, lecz jeśli dysponujemy to możemy decydować za pomocą jej siły. Do ciebie należy wybór. Tanatos czy Eros, autodestrukcja czy miłość. Tak samo jak czajnik przeznaczony jest do parzenia wody, tak samo ty możesz być przeznaczony do rzeczy wielkich.

Jeżeli uważasz, że schizofrenia jest zbiegiem okoliczności, to zapewne współpraca między tobą a lekarzami będzie układać się pomyślnie. Pamiętaj w swoim przekonaniu, że nie musi być ono jedyną prawdą. Otwórz swój umysł na innych, ale na tyle szczelnie, aby nie wypadł ci mózg. Racjonalizm i edukacja są potrzebne w życiu każdego z nas i chyba ściągają nas na ziemię, ponieważ szczególnie my czasami potrafimy odlecieć jak balon wypełniony helem. Jednakże nawet w nauce panuje indeterminizm. Przyczyny nie muszą stanowić o skutkach. Chaotycznemu życiu możesz nadać własny porządek. Twoje życie nie musi być zbiegiem okoliczności, tak jak to co ci się przytrafiło.

Jeżeli w końcu jesteś przekonany, że schizofrenia spotkała cię przypadkiem, to nie powinieneś obwiniać innych za swój własny los. Nikt nie miał wpływu na mutację. Nie żyw zatem urazy do tych, którzy cię stworzyli, to nie ich wina.

Jeżeli chodzi o mnie, to podobnie jak Aleksander Wielki wolałbym żyć krótko, a w chwale, niż w mroku przez wieki.

Nie lękajcie się zmian. Odwaga to duże ryzyko porażki, głupota to czekanie na nią. Nasze życie to ból, ale nie nic więcej. To być może my widzimy prawdę. Świat wygląda właśnie tak, kiedy nikt nie patrzy.

Jarosław Szczęśniak



Odpowiedź na list

O to wypowiedź młodego człowieka doświadczonego przez schizofrenię. Autor zwraca się do niewidzialnego rozmówcy, którym, jak się można domyślać, jest jakaś część niego samego, jego alter ego, próbując uchwycić sens swojego doświadczenia. Nadając mu znaczenie sięga do różnych „półek”, różnych dziedzin wiedzy, opisujących doświadczenie, poruszając się po dychotomiach. Zastanawia się, czy jest to przeznaczenie czy przypadek, zbieg okoliczności, czy można to określić jako dar, a więc coś wyjątkowego i wyróżniającego, czy też chorobę, z którą wiąże się cierpienie. Czyniąc tak, rozważa też konsekwencje znaczeń nadawanych własnemu doświadczeniu dla najbliższych.

Tak naprawdę, to nie wiemy, co spotkało autora, na czym polega jego indywidualne doświadczenie psychozy, bo przecież słowo „schizofrenia” jest diagnozą medyczną, którą niektórzy traktują jak wyrok, ale które może się odnosić do bardzo różnorodnych doświadczeń. Może czasami zamiast używać tego groźnego słowa lepiej jest przyjrzeć się swojemu indywidualnemu doświadczeniu, usiłując uchwycić jego znaczenie, sens. Do tego chciałbym gorąco zachęcić autora (niekoniecznie na łamach naszego czasopisma).

Józef Bogacz – psycholog.



fol. K. Banach

O kampanii „Ochoczo Razem”

czyli jak powstał najzdrowszy psychicznie słonecznik na świecie

Kampania OCHOCZO RAZEM
to wydarzenia społeczne
i kulturalne realizowane
w przestrzeni miejskiej.
To także dialog na temat
zdrowia psychicznego
i integracji osób
chorujących psychicznie.

**Porozmawiajmy wspólnie, jak
przełamać i owoić stereotypy,
przez które tak łatwo wyklucza
się ze społeczeństwa osobę
chorującą psychicznie...**

Jak to się zaczęło?

Na spotkaniu w maju 2012 roku grupa pełnych zapału przedstawicieli organizacji i instytucji z warszawskiej dzielnicy Ochota zawiązała partnerstwo Ochoczo Razem. Zależało nam na tym, aby

uwrażliwić lokalną społeczność na problemy ludzi chorujących psychicznie. Ponieważ pracujemy w różnych obszarach – kultura,

pomoc społeczna, służba zdrowia, samorząd – lista pomysłów dotyczących naszej akcji była długa i różnorodna. Postanowiliśmy

nie ograniczać się i zrealizować większość z nich. Postawiliśmy na interdyscyplinarność, międzypokoleniowość i... dobrą zabawę.

PARTNERZY KAMPANII OCHOCZO RAZEM:

- ŚRODOWISKOWY DOM SAMOPOMOCY „POD SKRZYDŁAMI” – OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ DZIELNICY OCHOTA M.ST. WARSZAWY
- DOM KULTURY „RAKOWIEC” – FILIA OŚRODKA KULTURY OCHOTY
- WYDZIAŁ SPRAW SPOŁECZNYCH I ZDROWIA URZĘDU DZIELNICY OCHOTA
- XXI LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCE IM. H. KOŁŁĄTAJA
- PSYCHIATRYCZNY ODDZIAŁ DZIENNY – SAMODZIELNY ZAKŁAD PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA - OCHOTA
- FUNDACJA PROFILAKTYKI I PROMOCJI ZDROWIA PSYCHICZNEGO „METANOIA”

Media

Współczesny świat to świat Internetu i portali społecznościowych. Aby dotrzeć do jak największej grupy osób, założyliśmy fanpage na Facebooku (fb: Ochoczo Razem). Na dobry początek. Potem przyszła pora na patronów medialnych, by informacja o kampanii dotarła do jak największej liczby osób.

Młodzież

Pracownicy Środowiskowego Domu Samopomocy „Pod Skrzydłami” i Ośrodka Pomocy Społecznej Dzielnicy Ochota poprowadzili w Liceum Ogólnokształcącym im. H. Kołłątaja zajęcia edukacyjne dla młodzieży. Najskuteczniejszym sposobem na integrację jest wspólne działanie, dlatego później uczniowie zostali zaproszeni do ŚDS na spotkanie z osobami chorującymi psychicznie. W trzech mieszanych grupach, młodzież i uczestnicy ŚDS, grali w kalam-bury, zdobywali punkty w quizie, gotowali w kuchni. Na zakończenie zjedli wspólnie przygotowane sałatki, było radośnie i przyjaźnie.

Dzięki zeszłorocznym zajęciom integracyjnym w tej samej szkole, pozyskaliśmy zaangażowanych wolontariuszy z klasy filmowej, którzy przez całą kampanię

towarzyszyli nam z aparatami i kamerą. Efektem ich pracy jest fotoreportaż i film dokumentalny.

Jednym z elementów kampanii były międzypokoleniowe warsztaty teatralne w Domu Kultury „Rakowiec”, na których pod okiem reżysera i aktora Sebastiana Stafeckiego młodzież gimnazjalna z grupy teatralnej Aplaus Team, seniorzy z Klubu Seniora i artyści chorujący psychicznie z grupy *Mimo Woli* przygotowywali happening na Wielki Finał kampanii Ochoczo Razem.

Seniorzy

Psychiatryczny Oddział Dzienny zorganizował spotkanie edukacyjne o chorobie i zdrowiu psychicznym dla seniorów z Klubu

Seniora, działającego przy Domu Kultury „Rakowiec”. Seniorzy przybyli na herbatkę do pacjentów Oddziału. Odbył się koncert, było wspólne malowanie obrazu i poczęstunek. Obie grupy zaprzyjaźniły się i zadeklarowały chęć kontynuowania znajomości. W najbliższym czasie spotkają się ponownie na koncercie, co jest najlepszym dowodem na przełamanie wzajemnych stereotypów na temat starości i choroby psychicznej.

Nasi

Wernisaż prac plastycznych i spektakl poetycki miał być świętem dla naszych artystów chorujących psychicznie – uczestników ŚDS „Pod Skrzydłami” oraz pacjentów Psychiatrycznego Oddziału Dziennego. Dom Kultury „Rakowiec” przygotował z tej okazji spektakl poetycki, na którym aktor Maciej Orłowski i młodzież z grupy teatralnej Liceum Ogólnokształcącego im. H. Kołłątaja recytowali niezwykle wiersze niezwykłych artystów. Dla niektórych autorów była to pierwsza publiczna prezentacja ich poezji i duże przeżycie. Poruszona przedstawieniem publiczność została zaproszona na wystawę prac plastycznych i wierszy, a także na najprawdziwszy bankiet i lampkę szampana (bezalkoholowego).



Film

Kolejnym wydarzeniem kampanii był pokaz filmu „Lęk wysokości” oraz spotkanie z jego reżyserem Bartoszem Konopką i odtwórcą jednej z głównych ról Marcinem Dorocińskim. Obraz debiutującego w kinie fabularnym reżysera przedstawiał relację między chorującym psychicznie ojcem a jego synem. Film był punktem wyjścia do dyskusji na temat osób chorujących psychicznie, ich trudności w funkcjonowaniu we współczesnym świecie, wśród bliskich. Skłaniał również do zastanowienia nad relacjami międzyludzkimi i sposobami mierzenia się z problemami. Na sali Domu Kultury „Rakowiec” obecni byli lekarze i terapeuci, młodzież i seniorzy, osoby chorujące psychicznie i ich rodziny, jak również wiele innych osób zainteresowanych tematem. W ciekawej i szczerzej rozmowie, swój punkt widzenia na temat filmu przedstawili artyści i publiczność. Było wiele emocji oraz głębokich refleksji. Spotkali się ludzie, bez podziału na zdrowych i chorych, którzy wspólnie stworzyli magiczny moment, pełen zrozumienia i wsparcia.

Wszyscy razem, czyli Wielki Finał

W Światowym Dniu Zdrowia Psychicznego, 10 października, na placu Narutowicza, największym placu naszej dzielnicy niespodziewanie pojawił się sam Vincent van Gogh ze słynnymi „Słonecznikami”. Zapraszał wszystkich do wspólnego malowania obrazu. Zrobiło się gwaro i wesoło, uliczny muzyk dołączył do naszego zgromadzenia i przygrywał na akordeonie. Van Gogh (w tej roli aktor Maciej Orłowski) opowiedział o swoim życiu, twórczości i doświadczeniu choroby psychicznej, po czym poprosił zebranych o pomoc w założeniu kaftana. Zaprosił nas do swojego świata... Tak zaczęło się ostatnie wydarzenie kampanii Ochoczo Razem, czyli Międzypokoleniowy Happening.

Jakoś Bóg tak zadziałał, że akurat w tym czasie szedłem do PFRON-u i dzięki temu wziąłem w nim udział i wiem o państwa istnieniu!:) Super!

wpis na fanpage'u po happeningu

Dialog o zdrowiu i chorobie psychicznej przenieśliśmy w przestrzeń publiczną, na ulice Ochoty, żeby zwrócić się do zwykłego przechodnia, zaintrygować, pobudzić do myślenia, odcisnąć ślad.

(...) Happening był możliwością bliższego spotkania się z... nie! nie! nie z chorującymi psychicznie - nikt tego nie ma wypisanego na czole. Zabawa, absurdalne sytuacje, wspólny marsz, w którym uczestniczyliśmy to możliwość spotkania z innymi ludźmi. I sposób na podnoszenie poziomu naszej wiedzy oraz rozbudzanie wrażliwości na trudności, z jakimi spotykają się w życiu inni ludzie.

z wypowiedzi uczestników Happeningu

Spora gromada bardziej lub mniej przypadkowych przechodniów dołączyła do happeningu (było około 80 osób). Na ulicach Ochoty spotkaliśmy również „Sylvie Plath” i „Virginie Woolf” czytające fragmenty swoich utworów, aktorów w etiudzie teatralnej i scenkę z „Życia kierowców”, w której granice normalności i szaleństwa nieco się zatężyły. Pochód ożywiały zaskakujące zabawy grupy Performeria Warszawy (<http://performeria.blogspot.com/>). Nad naszymi głowami powiewały kolorowe transparenty „Nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego”, „Choroby psychiczne nie są zaraźliwe”, „Osoby chorujące psychicznie oczekują szacunku i zrozumienia”. Na koniec wyruszyliśmy w „biegu po zdrowie psychiczne” do Ratusza Dzielnicy Ochota, gdzie z ciepłym przemówieniem czekał na nas Burmistrz Piotr Żbikowski.

Burmistrz podkreślił, jak ważny dla osób doświadczających kryzysów psychicznych jest szacunek i zrozumienie. Symbolicznym gestem było rozwiązanie i zdjęcie „kaftana stereotypów”, który krępował van Gogha. Burmistrz wskazał w ten sposób drogę do prawdziwej integracji osób chorujących psychicznie ze społeczeństwem.

Na zakończenie zaprosiliśmy wszystkich do działania artystycznego – na papierowych płatkach słonecznika wpisywa-

liśmy swoje sposoby dbania o zdrowie psychiczne.

Tak powstał... najzdrowszy psychicznie słonecznik na świecie

- *śpiewam pod prysznicem*
- *przytulam się do przyjaciela*
- *jestem w zgodzie z samym sobą*
- *głaszczę kota*
- *dla mnie zdrowie psychiczne to muzyka, pływanie, dobra książka, sen*

wpisy z płatków słonecznika

Efekty

- Bezpośrednim efektem kampanii Ochoczo Razem było nawiązanie bliskich relacji między pacjentami, uczestnikami i pracownikami różnych ośrodków instytucji i organizacji, czyli integracja środowiska działającego na rzecz zdrowia psychicznego w dzielnicy Ochota.
- Powstała strona na Facebooku, gdzie zamieszczamy wiadomości z dziedziny zdrowia psychicznego.
- Reżyser Bartosz Konopka spotyka się z grupą teatralną uczestników SDS, może efektem tych spotkań będzie jakieś działanie artystyczne, a może kilka chwil spędzonych razem na ciekawej rozmowie.
- Na spotkaniu partnerskim podsumowującym wszystkie wydarzenia podjęliśmy decyzję, że za rok organizujemy następną kampanię Ochoczo Razem. Bo warto!

Mamy nadzieję, że znaleźliśmy wspólnie odpowiedź na pytanie, czy integracja osób chorujących psychicznie ze społeczeństwem jest możliwa i przełamaliśmy stereotypy na temat chorób psychicznych.

Może efektem naszej kampanii będzie to, że tu, na Ochocie, porozmawiamy chwilę z chorującym psychicznie sąsiadem, kuzynem, znajomym, bo „choroby psychiczne nie są zaraźliwe”?

*Anna Solnicka-Heller
SDS „Pod Skrzydłami”*



DLACZEGO?

Zmaganie się z chorobą to codzienność mojego syna.

Od 1 marca 2012 walczy dodatkowo z ZUS o przywrócenie renty socjalnej, którą otrzymywał od 2000 r.

Piszę o krzywdzie syna, ponieważ chorując nie byłby w stanie walczyć o swój byt w obecnej rzeczywistości.

Pierwszą wizytę w szpitalu syn odbył w kwietniu w 1987 roku (diagnoza – izolowany napad utraty przytomności). Już wówczas lekarze psycholodzy stwierdzili u syna opóźniony rozwój emocjonalny i społeczny oraz wzmożony poziom lęku. Z tego okresu posiada wszystkie badania. Kolejną wizytę w szpitalu odbył na przełomie kwietnia i maja 1990 roku. Mając 19 lat borykał się z depresją i natręctwami. Rozpoznanie brzmiało – schizofrenia paranoidalna. Jaka to jest choroba nie trzeba przekonywać rodziców, psychiatrów, wszystkich tych, którzy zetknęli się z tym schorzeniem. Poza jednym wyjątkiem – niektórych lekarzy psychiatrów pracujących dla ZUS.

Ja, jako matka, pozbyłam się złudzeń (kiedyś napisałam artykuł w „Rodzinach”) i podjęłam decyzję, by wspieraniem przywrócić go do życia w społeczeństwie. Udało się. Przyniosło mi to satysfakcje osobistą i jako przykład innym, że można. Uczylam się w Stowarzyszeniu Krakowskim, czerpiąc stamtąd wiarę i nadzieję, pomimo 16-godzinnych dojazdów, że można i trzeba walczyć. Dzisiaj jesteśmy z tego powodu szczęśliwi jako rodzina. Mamy normalne życie. Każdy z nas realizuje się na swój sposób. Nawiązując do lekarzy orzeczników ZUS, czy mam prawo o tym pisać? – tak, mam. Nie tylko pisać, ale krzyczeć i piętnować. Mam tu na myśli karkołomne konstrukcje moralne i niehumanitarne oraz logiczne, jakie budują ludzie ZUS-u, usprawiedliwiając odebranie

renty socjalnej osobom, które, jak się okazuje, „nieprawnie” je pobierają, bo pracują. Pytam, czy to dobrze, że pracuje chorujący syn, w zakładzie pracy chronionej od 6 lat do chwili obecnej?! Moim zdaniem dobrze.

Nie ma nawrotów choroby, otwiera się do ludzi, ma znajomych, bierze udział w wycieczkach 1,2-dniowych z zaprzyjaźnionym klubem rowerowym. Poznaje, że grupa to siła, to pomoc. Z nieufnego staje się ufnym człowiekiem. Bo moim zdaniem to jest dobre. W związku z ustawą i decyzją ZUS „niecałkowicie niezdolnemu do pracy” synowi została odebrana renta socjalna. Według mnie każdy człowiek domyśli się, o co tu chodzi – bezwzględne dążenie do odebrania renty.

Choroba nie ustąpiła, istnieje, daje o sobie znać w różny sposób, lecz opanowana lekarskimi, siłą i walką syna nie wybucha.

Kiedy ja zrobię coś złe, to natychmiast zostaję kupomniana i nie mam prawa działać i kreować swoich złych postaw, bo zostaję za to ukarana. Jeśli się nie stosuję, to zostaję okrzyknięta bez zasad i postrzegania prawa. Więc gdzie jest granica? Czy ZUS też nie powinien być zobowiązany do choćby przyzwoitości do ludzi chorych psychicznie? Być dla nich przyjazny, czy wykorzystywać ich w „białych rękawiczkach”? Czuję się oszukana i skrzywdzona ze względu na mojego syna,



for. Stock.XCHNG



który nie bardzo rozumie, co się stało. Bo suma sumarum zarobek oraz renta dałyby mu jako takie zabezpieczenie finansowe – zważywszy na dzisiejsze koszty utrzymania. To irytująca i pseudochrześcijańska praktyka ZUS. Odwołania od decyzji nie pomagają. Jest cisza. Wszyscy milczą. Czyli, że co? Milczymy o nieuczciwości, bo popełniła je jedyna słuszna instytucja mająca do tego nienaruszalne prawo? Cisza. Cisza państwa. Cisza prezesów ZUS, którzy kreują się na ewidentnie słuszną stronę w tej sprawie. Cisza departamentów służb społecznych i Bóg wie kogo. Szokująca jest w moim pojęciu gotowość przyjęcia ustaw i skrywania się za nimi, usprawiedliwianie swojego uzasadnienia odebrania renty. Dlaczego mnie to oburza? Dlatego, że idąc tropem zabrania renty zostaje syn ukarany ponownie przez ZUS.

Syn pracuje w zakładzie pracy chronionej, nie w swoim zawodzie (jest technikiem obsługi turystycznej) i za nieświadome przekroczenie dochodów za okres 01.02–30.11.2009 r. ukarano go zwrotem renty wypłaconej za 11 miesięcy. Piękne to prawo – 1,30 zł przekroczenia i cała renta do zwrotu. Skąd chory człowiek ma znać ustawy i przepisy?

Wszystko działa się i nadal dzieje w majestacie ustaw. Dodam, że obie strony przestrzegają prawa. Odwołania nie pomogły. Syn spłacał swoje, najpierw słusznie przyznane przez ZUS świadczenie...

Wszystko działa się i nadal dzieje w majestacie ustaw. Dodam, że obie strony przestrzegają prawa. Odwołania nie pomogły. Syn spłacał swoje, najpierw słusznie przyznane przez ZUS świadczenie, a potem okazało się, że niesłusznie pobierane, ponieważ nie był w stanie kontrolować tego, co dla ZUS było oczywiste. Skoro oczywiste, to dlaczego ZUS nie powiadomił wcześniej, dopiero po pół roku po zeznaniu podatkowym. Dlaczego po tak długim okresie? Nie zawiadomiono człowieka chorego psychicznie, bo taka jest ustawa. Od tego „widzimisie” to zależy – czy od ustawy, czasu, a może dopiero jak się to opłaci? Może to kwestia zwykłej uczciwości urzędnika wobec chorego?

Syn pracuje na stanowisku pakowacza, zawsze pod nadzorem, a i tak, jak mówi, ma takie dni, że z trudem wykonuje pracę. Otóż po odebraniu renty ZUS upomniał się o swoje, natychmiast, niezwłocznie pod groźbą zajęcia na koncie, chciał nawet wykonać egzekucję komorniczą w całej kwocie. Słał pismo za pismem z groźbą, że zostanie doliczona o wiele większa kwota za zwłokę. Odwołania wcześniejsze nie pomogły, więc kwota została spłacona po zaciągnięciu pożyczki, a ZUS wreszcie dopłacił swego.

Syn bardzo się stara uczestniczyć w leczeniu, przestrzega wszelkich badań i wizyt. Podyktowane jest to m.in. lękiem przed pobytem w szpitalu na oddziale zamkniętym. Przeszedł długą drogę, brał udział w terapii zajęciowej, stamtąd zdecydował się pójść do pracy. Praca pakowacza rękawic sprawia, że czuje się dowartościowany. Jako osoba stojąca obok uczy się razem z nim zaufania do ludzi, urzędów, pokazuję mu świat przyjaźni i ufny. A jeśli się czegoś nie umie, czy nie wie, to nie

trzeba się bać i z tego rezygnować, lecz poprosić o pomoc innego człowieka. Wspieram mojego syna w zmaganiu z chorobą i w problemach życiowych. Jedną złą decyzją pociąga za sobą następstwa, burząc dobro budowane z takim wysiłkiem. Obecnie została mu odebrana renta, pogorszył się stan jego zdrowia. Widzę, jak zaczyna zamykać się w sobie – cóż, kogo to obchodzi?

Jako matka zmuszona sytuacją piszę ten artykuł z prośbą o pomoc innych osób o spowodowanie zmiany w zasadach przyznawania rent. Chcę zapytać wprost – syna ukarano, a pracownika nagrodzono? Tego już się nie dowiem. A może sprawa syna wygląda też tak: namierzono potencjalną ofiarę, więc ją tropmy do momentu puszczania jej w skarpetkach

Uważajmy więc na prawo, ustawy, jakie stanowione są przez ludzi, którzy żyją z naszych podatków, patrzmy im na ręce. Ludzie uczciwi zarabiający grosze z przypadłością choroby psychicznej, dobrze, że pracują, jeśli mogą. Chorzy psychicznie pracujący oraz wsparci rentą socjalną dadzą sobie w życiu jakoś radę, mogą żyć w miarę normalnie. Jeśli zabierze się im rentę i w dodatku stracą pracę to zostaną wyparci, wykluczeni, a tak jest w tej chorobie. I co wtedy? Liczyć na państwo, które nie przejawia zbytnej troski o te osoby. Jest to mój problem, ale sądzę, że z nim identyfikuje się wielu. Tyle że większość boi się lub nie potrafi o tym mówić, gdyż w walce z Goliatem jesteśmy bez szans.

Wyznaję zasadę, że wykazanie winy i kara za nią to potępienie. Dziś został osądzony mój syn przez ZUS. O tym, czy słusznie zdecyduje sąd. Ale wierzę głęboko w miłosierdzie dla przestępcy. Ono istnieje. Przekonuje nas o tym życie.

*Matka Teresa Kara
Lubuskie Stowarzyszenie Rodzin
„Zdrowie Psychiczne”*



— fot. K. Banach

Doświadczenia z orzecznictwem ZUS

Moje doświadczenie
z orzecznictwem
psychiatrycznym jest
niewielkie i dotyczy tylko
przypadku mojej córki.
Sprawa wyglądała
następująco:

Komisja w Powiatowym Zespole ds. Orzecznictwa zakwalifikowała córkę do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności i w uzasadnieniu zaznaczyła, że wymaga ona częściowej pomocy innych osób w pełnieniu ról społecznych (co było prawdą, bo z powodu silnych lęków córka samodzielnie nie wychodziła z domu).

Lekarz orzecznik ZUS – psychiatra po góra 10-minutowym pobycie córki w gabinecie zakończył sprawę orzeczeniem, że nie jest ona całkowicie niezdolna do pracy. I to był moment początku „drogi przez mękę”. Złożyłam jako pełnomocnik odwołanie od tej decyzji.

Komisja ZUS-u składała się z lekarzy o specjalnościach: internista, neurolog, anestezjolog. Komisja podtrzymała w mocy decyzję lekarza orzecznika.

Sprawę skierowałam do Sądu. **Zaskarżonej decyzji zarzucałam błędne ustalenie stanu faktycznego sprawy, mające istotny wpływ na treść zaskarżonego rozstrzygnięcia poprzez przyjęcie, że stopień naruszeń sprawności organizmu córki nie upoważnia do orzeczenia**

o jej całkowitej niezdolności do pracy.

Po dostarczeniu przeze mnie nowego zaświadczenia, że córka jest ponownie pacjentką oddziału szpitalnego, na dzień dobry prawnik, pełnomocnik ZUS, złożył do Sądu odpowiedź na mój pozew, wnioskując o oddalenie powództwa i uzasadniając, cytując: „**niewniesienia nowych okoliczności w sprawie**”.

Odebrałam to jako zarzut, że córka ma za mało chorób. Co tam taka schizofrenia, gdyby był jeszcze rak, zawał, a może HIV, to wtedy pełnomocnik uznałby to za dobry powód, aby nie oddalać powództwa. Byłam tak poirytowana, że napisałam pismo do ZUS z powiadomieniem Sądu, grzecznie, aczkolwiek szczegółowo wymieniając moje zastrzeżenia do zarzutów pełnomocnika. Ponadto dałam do zrozumienia, że prawnik ocenia stan formalno-prawny, nie medyczny, bo nie ma do tego kwalifikacji. Stan formalno-prawny był nie do podważenia. Córka spełniała wszystkie wymogi ustawowe do otrzymania renty socjalnej. Nie wiem, czy było to przewidziane w procedurach, ale zadziałało. ZUS zmienił pełnomocnika prawnego na kobietę i sprawę zajął się Sąd.

Tu też nie poszło gładko. Sąd wyznaczył biegłych: neurologa i lekarza psychiatrę (neurologa, bo córka w dzieciństwie była leczona

na padaczkę przez 12 lat, w wieku 16 lat, lekarze orzekli, że już nie trzeba stosować leków przeciwpadaczkowych).

Z opinią neurologa zgadzałam się i nie z tego powodu dochodziłyśmy prawa do renty socjalnej, lecz z powodu choroby psychicznej.

Natomiast biegły psychiatra okazał się fachowcem w manipulowaniu faktami i danymi uzyskanymi w wywiadzie od pacjenta. Badanie trwało może 15 minut. Zaznaczył, że córka, cytując: „**obecnie nie pracuje, wcześniej pracowała jako kelnerka, kasjerka, asystentka w warsztacie rzeźbiarskim**”, wszystko to prawda, ale były to fakty sprzed lat, jeszcze z okresu nauki w szkole średniej. Praca wykonywana była przez agencję pracy tymczasowej, od przypadku do przypadku lub „na czarno”. Słowo: „**Wcześniej**” można zrozumieć jako niedawno, biegły badał córkę 5 lat później.

Dalej Biegły pisze „**...była hospitalizowana, ostatni raz w grudniu 2010**” – wygląda to tak, jakby córka była w szpitalu dwa, no może trzy tygodnie w grudniu 2010 roku.

Ona faktycznie była tam w grudniu, ale rozpoczęła leczenie na oddziale 6 września, a zakończyła 22 grudnia 2010. Różnica jest znaczna – między 3 tygodniami a

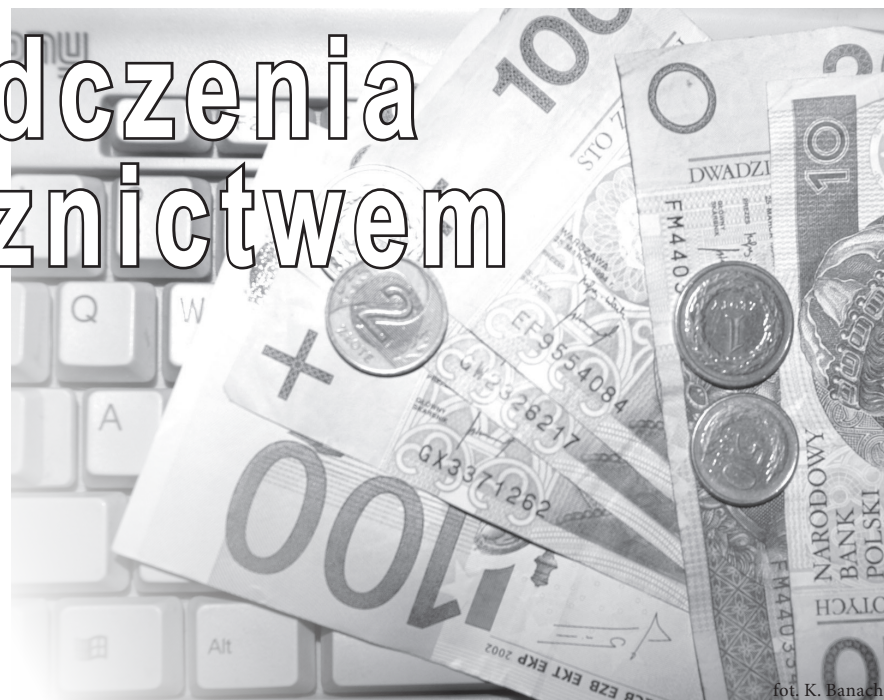


foto: K. Banach

prawie 4 miesiącami! Dalej pisze tak: „**podaje, że był kłopot z dobraniem jej leków**” – w aktach sprawy było zaświadczenie lekarza prowadzącego, że choroba jest lekooporna. Co miał do tego pacjent? To psychiatra stwierdził na podstawie posiadanej wiedzy i wyników w leczeniu córki, że choroba jest lekooporna.

Następnie biegły pisze: „**W wolnym czasie czyta książki, ogląda filmy, odwiedza babcię, która blisko mieszka**”, miał to być dowód na samodzielność córki, ale ten pan zapomniał dodać, że babcia jest naszą sąsiadką, my mamy mieszkanie nr 19, babcia 20. Od drzwi do drzwi jest 1 metr odległości. To dopiero wyczyn, 24-latką odwiedza babcię! A może biegły chciał podważyć orzeczenie Powiatowego Zespołu ds. Orzecznictwa, którego orzecznicy stwierdzili, że córka potrzebuje pomocy osób trzecich do pełnienia ról społecznych?

Zadziwiający był tekst biegłego, cytuję: „**pacjentka podaje: teraz czasem chce skoczyć z bloku, jak dokuczają jej głosy, nie wytrzymuje tego**”, aby kilka zdań dalej napisać „**... powódka w rzeczowym kontakcie werbalnym**”. Jak można zrozumieć taką opinię? Jest chora, bo chce skoczyć z dachu, czy ma rzeczowy kontakt werbalny?

Dalej biegły pisze w uzasadnieniu decyzji: „**przeprowadzone badanie psychiatryczne i psycho-**

logiczne oraz analiza dokumentacji medycznej pozwoliły ustalić, że obecnie powódka nie ujawnia objawów wytwórczych”. Zatem pytam, czy człowiek, który ma silne lęki i nie wychodzi sam z domu, nie jeździ windą, śpi przy zapalanej lampce, nie przejdzie sam przez most, bo się boi, ma objawy wytwórcze, czy nie? Czy te silne lęki nie są dowodem na objawy wytwórcze? Tak zmanipulowaną opinię kończą słowa „**... nie utraciła zdolności do jakiegokolwiek pracy**”.

Pytam zatem: do jakiej pracy jest zdolna osoba, która chorując od czerwca 2008 roku do lutego 2011, czyli 34 miesiące, w szpitalach spędza 19 miesięcy, a poza nimi 15 miesięcy? Kto przyjmie takiego pracownika?

System biegłych jest złym systemem. Może są oni mało opłacani, może mało wrażliwi, może nie chcą się wysilać, ale zawsze powinni mieć świadomość, że za ich decyzją kryją się czyjeś losy

Nie mam wykształcenia medycznego, ale w moim odczuciu opinia ta była sprzeczna i błędna. Dlatego złożyłam zażalenie od tej opinii biegłego, sąd przychylił się do mojej prośby i wyznaczył innych biegłych.

Nowi biegli podeszli do sprawy córki zupełnie inaczej. Tak traktowani przez komisje biegłych

powinni być wszyscy pacjenci starający się o świadczenia z ZUS-u.

Najpierw córkę poprosił do gabinetu psycholog. Tam była chyba z 20 min, następnie przeszła do pani psychiatry, tu badanie także trwało długo. Potem pani psychiatra przeszła wraz z córką do gabinetu psychologa. Po kilku, może kilkunastu minutach poprosili mnie i po wyrażeniu przez córkę zgody na moją obecność zadawali mi pytania. Całe badanie w tym zespole trwało więcej niż godzinę. Miesiąc później przyszła opinia, bardzo szczegółowa i stwierdzająca, że na ten moment córka jest całkowicie niezdolna do pracy. Sąd przyznał córce rentę socjalną na dwa lata.

Po tym wszystkim, czego doświadczyłam wiem jedno: żaden pacjent, który jest w tak złym stanie jak była wówczas moja córka, nie jest w stanie samodzielnie się obronić. System biegłych jest złym systemem. Może są oni mało opłacani, może mało wrażliwi, może nie chcą się wysilać, ale zawsze powinni mieć świadomość, że za ich decyzją kryją się czyjeś losy.

Jak w każdej grupie zawodowej, tak i wśród biegłych sądowych są ludzie z pasją, którym ciągle chce się coś zmieniać, coś robić i nie mogą usiedzieć bezczynnie. Ale większość nie ma w sobie ani pasji, ani chęci bycia użytecznym innym ludziom. Nawet nie zauważyli, że ich opinie są mało profesjonalne.

Może stworzenie przez ekspertów medycznych, zwłaszcza psychiatrów i psychologów jakiejś skali, coś na wzór skali Apgar przy ocenie noworodka, lub skali Barthla przy opiece hospicyjnej pozwoliłoby dokonać bezstronnej oceny stanu pacjentów psychiatrycznych pod kątem zdolności do pracy. Nie wiem tylko, czy jest możliwe stworzenie takiej skali w przypadku tak skomplikowanej materii, jaką jest ludzka psychika.

Anna Martynowska



fot. <http://www.google.pl/imgres?imgurl=http://p1.biztok.pl>



fot. Stock.XCHNG

Grupa wsparcia

Wiele teorii psychologicznych podkreśla znaczenie potrzeby przynależności, akceptacji i poczucia bezpieczeństwa jako jednych z najistotniejszych dla dobrego funkcjonowania człowieka. Prowadzone przez dekady badania potwierdzają słuszność tych koncepcji. Wskazują ponadto, że posiadanie grona osób zaufanych jest czynnikiem najskuteczniej łagodzącym w trudnych, kryzysowych sytuacjach. Jedną z form pomocy – grupy samopomocowe – bazuje na tych założeniach. Grupa wsparcia to zazwyczaj kilku-kilkunastoosobowa grupa osób przeżywających podobne trudności i spotykających się regularnie w celu towarzyszenia sobie w rozwiązywaniu współdzielonych problemów. Ta formuła pomocy skierowana jest do osób znajdujących się w trudnym położeniu życiowym, na przykład osobom, które doświadczyły traumatycznego wydarzenia, cierpiącym na przewlekłe choroby somatyczne czy zmagającym się na co dzień z poważnymi wyzwaniami w życiu zawodowym lub rodzinnym.

Pierwsze grupy wsparcia powstały w okresie po II wojnie światowej z potrzeby stworzenia w niewydolnych systemach pomocy zdrowotnej i socjalnej w Stanach Zjednoczonych i Europie Zachodniej takich warunków, w których wszyscy potrzebujący wsparcia mogliby je uzyskać. Badania prowadzone nad funkcjonowaniem grup wsparcia wykazały, że skuteczność pomocy uzyskiwanej przez uczestników grup wsparcia, w wielu przypadkach, jest wyższa niż tradycyjnie organizowanej pomocy, takiej jak indywidualne poradnictwo. Spostrzeżone pozytywne efekty grupowej formuły wspierania zachęcały kolejne grupy ludzi do spotykania się w celu udzielania sobie wzajemnie pomocy w ważnych dla siebie kwestiach. Tendencja do tworzenia grup wsparcia stała się w latach

60. XX wieku na tyle popularna, że badacze nazywają ją „ruchem samopomocowym”.

Analizy funkcjonowania grup wsparcia wskazują, że elementem decydującym o ich efektywności jest samopomocowy charakter, postawa uczestników i ich wzajemna relacja. Grupy samopomocowe tworzone są najczęściej spontanicznie przez samych zainteresowanych, a uczestnictwo w spotkaniach opiera się na zasadzie dobrowolności. Grupy samopomocowe powstają w celu zaspokojenia współdzielonej przez uczestników potrzeby – najczęściej jest nią potrzeba wypracowania lepszego sposobu funkcjonowania w ramach swojego położenia życiowego. Działania podejmowane w ramach osiągnięcia tego celu polegają głównie na dzieleniu się swoimi doświadczeniami. Mówienie o swoich przeżyciach pozwala oczyścić się z negatywnych emocji i obniżyć napięcie wynikające z doświadczania trudności. Podzielenie się swoimi obawami często przynosi uczucie ulgi i lepsze samopoczucie, które pozwalają na większą skuteczność w podejmowaniu dalszych kroków ku bardziej zadowalającemu funkcjonowaniu. Dzielenie się swoim doświadczeniem jest również przydatne na etapie poszukiwania nowych sposobów działania – doświadczenia innych mogą służyć jako zaplecze pomysłów i sprawdzonych rozwiązań. Spotykający się w ramach grup wsparcia opowiadają o swoich powodzeniach i problemach związanych z ich trudnym położeniem. Bazując na doświadczeniach osób w grupie, uczestnicy próbują budować nowe, lepsze rozwiązania swoich problemów i zastosować je we własnym życiu.

Grupa wsparcia stwarza warunki, w których mówienie o trudnych kwestiach, podejmowanie kolejnych

prób lepszego radzenia sobie i aktywne mierzenie się ze swoimi wyzwaniami jest łatwiejsze. Członkowie grup samopomocowych obdarzają się empatycznym zrozumieniem – cieszą się z odnoszonych przez poszczególnych uczestników sukcesów lub pochyłają się nad ich nowymi troskami. Prezentowana przez uczestników grup gotowość do wysłuchania i wsparcia innych pozwalają spotykającym się na otwarte mówienie o swoich przeżyciach. Podobne doświadczenia stają się podstawą do zbudowania poczucia wspólnoty i głębokiego zrozumienia między spotykającymi się. Wzajemne zrozumienie i bezwarunkowa akceptacja z kolei pozwalają zaspokoić potrzebę przynależności. Jak pokazują wyniki badań naukowych i praktyka działania grup wsparcia, poczucie przynależności działa wzmacniająco i przekłada się na lepsze samopoczucie i stan zdrowia. Możliwość uczestniczenia w grupie wsparcia dla wielu angażujących się jest o tyle cenna, że w innych środowiskach, w związku ze swoim trudnym położeniem, mają do czynienia z brakiem zrozumienia, odrzuceniem i izolacją. Nawiązanie i podtrzymywanie nowych kontaktów z osobami spotykającymi się w ramach grup wsparcia często daje początek trwałym sieciom wsparcia i stanowi ważny krok w wypracowywaniu bardziej zadowalającego sposobu funkcjonowania.

Cechą charakterystyczną dla pomocy udzielanej w ramach grup wsparcia jest jej dwukierunkowość. Osoby znajdujące się w danym momencie w trudnej sytuacji i poszukujące pomocy, dzieląc się swoim doświadczeniem, stają się ważnym impulsem dla pozostałych. Wsparcie kogoś w grupie samopomocowej natomiast nie jest spostrzegane przez pryzmat kosztu czy ofiary, a raczej daru dla tych, którzy mogą w tym przypadku podzielić się. W przeciwieństwie do innych form pomocy udział w grupie wsparcia aktywnie angażuje potrzebujących w rozwiązanie własnych problemów. Takie podejście do udzielania pomocy jest bardzo cenne – buduje w członkach grup wsparcia bowiem poczucie sprawowania kontroli nad własnym życiem i wpływu na jego bieg.

Spotkania grup samopomocowych, poza możliwością podzielenia się swoimi przeżyciami i wzmocnienia się w codziennych trudach, są również okazją do wymiany praktycznych informacji w interesującym uczestników zakresie. W celu poszerzenia rozumienia ważnej dla spotykających się problematyki, grupy często zapraszają

ekspertów, którzy mogą zaoferować swoją specjalistyczną wiedzę. Lepsze poinformowanie i zrozumienie mechanizmów stojących za doświadczanymi trudnościami przyczyniają się do większej skuteczności radzenia sobie z wyzwaniami i lepszego samopoczucia.

Ważną zaletą grup wsparcia jako formy pomocy osobom w trudnym położeniu jest ich dostępność. W przeciwieństwie do formalnych form pomocowych, nie trzeba czekać w kolejce, ani ponosić dodatkowych kosztów. Potrzebne jest tylko nawiązanie kontaktu z istniejącymi grupami lub inicjatywa założenia grupy.

W ramach Stowarzyszenia Rodzin Zdrowie Psychiczne od wielu lat działa w Krakowie grupa wsparcia dla członków rodzin osób chorujących psychicznie. Grupa jest otwarta dla wszystkich. Odbywające się w serdecznej i pełnej wzajemnego poszanowania atmosferze spotkania stanowią dla wielu uczestniczek i uczestników pierwszą okazję do rozmowy o skrywanej przed innymi tajemnicy choroby krewnego i doświadczanych z związku z nią trudnościach. Spotkania grupy dla wielu są bazą, w której można odciążyć się z trosk, wzbogacić się o nowe pomysły na radzenie sobie, wzmocnić siły do ich wypróbowania oraz umocnić nadzieję na lepsze. Spotkania grupy wsparcia dają możliwość do podzielenia się przybyłymi swoimi wątpliwościami, obawami oraz nadziejami, co do stanu zdrowia bliskiej osoby i funkcjonowania całej rodziny. Uczestnicy i uczestniczki pytają innych o doświadczenia i dobre praktyki w zakresie wspierania chorującego. Spotkania grupy są także okazją do wymiany spostrzeżeń i zdobycia informacji na temat specyfiki chorób psychicznych i informacji dotyczących przebiegu leczenia, funkcjonowania ośrodków terapii oraz do podzielenia się swoimi doświadczeniami towarzyszenia krewnym w ich chorowaniu. Od sierpnia do grudnia bieżącego roku na spotkania grupy wsparcia zapraszane są specjalistki z zakresu psychiatrii i psychoterapii. Pani psychiatra i psychoterapeutka prowadzą dyskusję, moderują wymianę doświadczeń między uczestniczkami i uczestnikami grupy i pomagają zauważyć wspólnotę problemów. Wtedy, gdy grupa chce poznać opinię eksperta lub poruszyć konkretne zagadnienie, panie psychiatra i psychoterapeutka wspierają grupę swoją wiedzą i doświadczeniem zawodowym.

*Anna Prokop
psycholog*





Mieszkalnictwo chronione na Lubelszczyźnie

Prowadzenie i zapewnienie miejsc w mieszkaniach chronionych należy do zadań własnych gminy o charakterze obowiązkowym (art. 17 ust. 1 pkt 12 ustawy o pomocy społecznej). Prowadzenie mieszkań chronionych dla osób z terenu więcej niż jednej gminy należy do zadań własnych powiatu (art. 19 ustawy o pomocy społecznej).



fot. K. Banach

Wydane 14 marca 2012 roku (Dziennik Ustaw z dnia 22 marca 2012 r. poz. 305) rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie mieszkań chronionych określa natomiast cele i warunki tworzenia oraz prowadzenia mieszkań chronionych.

Jak można się jednak domyślać, nawet najlepsze prawodawstwo i najbardziej wzniosła idea nie muszą wystarczyć...

W Lublinie zaczęliśmy rozmawiać o mieszkalnictwie chronionym dla osób po kryzysach psychicznych dawno, dawno temu... Potrzeba i pomysł pojawiły się nigdzie indziej jak w grupie osób najbardziej zainteresowanych – najpierw rodzin, pacjentów, aż wreszcie profesjonalistów skupionych w Lubelskim Regionalnym Zespole Koalicji na Rzecz Zdrowia Psychicznego. Domyślałam się, że tak jak obecnie ścierały się ze sobą dwie koncepcje – bardziej opiekuńcza – zbliżona do domu pomocy społecznej oraz ta bardziej terapeutyczna, dążąca do autonomii pacjenta, typowa dla mieszkań chronionych. Dyskusje trwały, a czas upływał... na szczęście nie bezowocnie. Dzięki partnerstwu województwa lubelskiego z

holenderską prowincją Gelderland powstały w Puławach pierwsze 4 mieszkania chronione dla osób chorujących psychicznie. Lublin też bardzo chciał spróbować – w tym samym roku, w domu jednorodzinnym jednej z podopiecznych Lubelskiego Stowarzyszenia Ochrony Zdrowia Psychicznego powstała mała – 4-osobowa wspólnota mieszkaniowa, która przetrwała blisko rok, a przerwana została przez kolejny kryzys psychiczny właścicielki domu oraz poważną chorobę somatyczną. Ten ważny rok był dla nas potwierdzeniem jak istotną rolę w procesie zdrowienia osób chorujących psychicznie odgrywa mieszkanie w warunkach terapeutycznych. Na kolejny krok przyszło nam jednak czekać kolejne lata... Na początku roku 2003 rozpoczął się proces tworzenia Hostelu terapeutycznego przy Lubelskim Stowarzyszeniu Ochrony Zdrowia Psychicznego, była wizyta w hostelu krakowskim, a w lutym 2004 roku wprowadzili się pierwsi mieszkańcy – 8 osób po kryzysach psychicznych z terenu całej Lubelszczyzny. Twórcy prawdopodobnie byli także bliscy kryzysu psychicznego, ponieważ zdecydowali, że przez pierwsze pół roku mieszkańcy będą pod 24-godzinną opieką terapeutyczną. Zaufanie było jednak

stale budowane. Kilka miesięcy po Lubelskim Stowarzyszeniu Ochrony Zdrowia Psychicznego powstał Hostel terapeutyczny, 14-osobowy, przy Charytatywnym Stowarzyszeniu Niesienia Pomocy Chorym Misericordia z Lublina. W 2005 roku kolejny krok w kierunku rozwoju sieci mieszkań chronionych poczyniły Puławy, tworząc we współpracy z Holendrami 7 mieszkań chronionych, a Lubelskie Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia Psychicznego zwiększyło zasoby o 4 miejsca w mieszkaniach chronionych. Na kolejne miejsca chronione zakwaterowania w Lublinie chorzy musieli czekać aż(?) 5 lat – przy nowo utworzonym przez Stowarzyszenie Misericordia zakładzie aktywności zawodowej powstało także 7 mieszkań. Czas upływał, pracując na korzyść osób chorujących psychicznie, ich opiekunów i terapeutów. W 2009 roku rozpoczął się proces konsultacji władz Miasta Lublina z przedstawicielami organizacji pozarządowych w sprawie utworzenia przy MOPR mieszkań chronionych dla osób niepełnosprawnych, który doprowadził do... szczęśliwego zakończenia – w 2011 roku pierwsze osoby chorujące psychicznie zaczęły zakwaterowanie w miejskich mieszkaniach chronionych przy ul.



Ametystowej 22 w Lublinie. A oto cytaty z wypowiedzi Pana Mirosława Węgrzyna pierwszego koordynatora Mieszkań:

Od połowy lat 90-tych, wiele organizacji pozarządowych funkcjonujących w Lublinie zgłaszało konieczność uruchomienia mieszkań chronionych dla osób, które nie wymagają całodobowej opieki, a jedynie wsparcia w powrocie do samodzielnego funkcjonowania. Taka możliwość pojawiła się z chwilą, gdy Miasto Lublin przejęło budynek od Chrześcijańskiego Stowarzyszenia na Rzecz Osób Starszych i Niepełnosprawnych, który przygotowywano do uruchomienia domu pomocy społecznej dla osób starszych i somatycznie chorych. Z wygospodarowanych środków dobudowano część B budynku, w której zlokalizowano 19 mieszkań chronionych dla 39 osób. W budynku znajduje się 15 mieszkań dwuosobowych, 3 mieszkania 3-osobowe oraz jedno mieszkanie tzw. interwencyjne. Wszystkie mieszkania mają oddzielne wejście, są wyposażone w aneks kuchenny, łazienkę oraz balkon. Dla osób z niepełnosprawnością fizyczną dostępna jest winda. W każdym mieszkaniu zainstalowana jest sygnalizacja przeciwpożarowa oraz instalacja przyzywowa. Mieszkańcy mają do dyspozycji świetlicę, w której odbywają się zajęcia popołudniowe: indywidualne i grupowe, zebrania społeczności, prowadzone kursy i szkolenia, dostęp do kaplicy, salę konferencyjną przeznaczoną do organizacji imprez oraz kursów czy szkoleń w większych grupach”.

Mieszkania chronione mają do odegrania ważną rolę w procesie zdrowienia osób chorujących psychicznie. W miejscu gdzie otrzymuje się schronienie i wsparcie, może także odbywać się aktywizacja i koordynacja opieki. I tak, mieszkania chronione przy ul. Ametystowej 22 w Lublinie organizują, raz na kwartał, spotkania przedstawicieli wszystkich organizacji i instytucji, które kierują tu swoich uczestników – Stowarzyszenia Misericordia, które prowadzi klub samopomocy, środowiskowy dom samopomocy, warsztat terapii zajęciowej i zakład aktywności zawodowej, Lubelskiego Stowarzyszenia Ochrony Zdrowia Psychicznego, które poza popołudniowym ośrodkiem wsparcia, środowiskowym domem samopomocy

ma w swojej ofercie specjalistyczne usługi opiekuńcze, oddział dzienny i zespół leczenia środowiskowego oraz Miejskiego Zespołu Ośrodków Wsparcia ze swoim klubem samopomocy i środowiskowym domem samopomocy, aby wspólnie zastanawiać się nad optymalnymi formami pomocy, konkretnego chorego na danym etapie postępowania rehabilitacyjnego.

Ostatnim aktem procesu, była likwidacja w grudniu 2011 roku zasobów mieszkalnictwa chronionego przy Lubelskim Stowarzyszeniu Ochrony Zdrowia Psychicznego, które prowadząc przez 7 lat tę działalność na bazie lokali wynajmowanych od prywatnych właścicieli, uznało, że nie ma potrzeby dłużej narażać budżetu organizacji.

Na terenie Lubelszczyzny funkcjonują obecnie 2 systemy mieszkań chronionych dla osób po kryzysach psychicznych – dysponujący 11 miejscami w Puławach – wszystkie funkcjonują przy Puławskim Stowarzyszeniu Ochrony Zdrowia Psychicznego i 60 miejscami w Lublinie – 21 miejsc należy do Charytatywnego Stowarzyszenia Niesienia Pomocy Chorym Misericordia, a 39 miejsc do Miasta Lublin, gdzie jednostką prowadzącą jest Dom Pomocy Społecznej im. Jana Pawła II przy ul. Ametystowej 22 w Lublinie.

Osoby, których nazwiska trzeba przy tej okazji z uszanowaniem wymienić to Krzysztof Bernaś – człowiek, któremu najwięcej zawdzięcza psychiatria społeczna w Puławach, dr Tadeusz Młynarczyk – wieloletni Przewodniczący Lubelskiego Regionalnego Zespołu Koalicji na Rzecz Zdrowia Psychicznego, Barbara Grell-Duda – Członek Zarządu Lubelskiego Stowarzyszenia Ochrony Zdrowia Psychicznego, która z oddaniem opiekowała się pierwszą w Lublinie wspólnotą mieszkaniową dla osób chorujących psychicznie, prof. Josef Peuskens – Kierownik Kliniki Psychiatrycznej w Leuven (Belgia), który tak mocno zaangażował się w tworzenie pierwszego w Lublinie Hostelu terapeutycznego, Anna Pańczak, która jako Anna Zaborska z poświęceniem opiekowała się chorymi w hostelu terapeutycznym przy Lubelskim Stowarzyszeniu Ochrony Zdrowia

Psychicznego, ks. prałat Tadeusz Pajurek – Prezes Charytatywnego Stowarzyszenia Niesienia Pomocy Chorym Misericordia i ks. dr Waldemar Sądecki – Wiceprezes tegoż Stowarzyszenia – inicjatorzy i twórcy mieszkań chronionych przy Stowarzyszeniu Misericordia, Antoni Rudnik – do niedawna Dyrektor MOPR w Lublinie a obecnie DPS przy ul. Ametystowej 22, dr hab. Andrzej Cechnicki, który zainspirowany osobowością i poglądami prof. Antoniego Kępińskiego jest dobrym duchem najbardziej znaczących przemian w polskiej psychiatrii i dzieli się stale niewyczerpanymi zasobami własnej, pozytywnej energii z autorem tego artykułu.

Artur Kochański,
psychiatra z Lubelskiego
Stowarzyszenia Ochrony
Zdrowia Psychicznego i Kliniki
Psychiatrycznej



fot. K. Banach

fot. K. Banach

*„Żadne zadanie nie jest szczególnie trudne,
Jeśli podzieliś je na mniejsze podzadania.”*

Henry Ford

Bariery w zatrudnieniu osób niepełnosprawnych i w nas samych

Często w ramach szkoleń zastanawiamy się wspólnie, dlaczego osobom po kryzysach psychicznych tak trudno znaleźć pracę? Nie ma oczywiście jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie, gdyż czynników może być wiele. Analizując przeszkody, możemy mówić o barierach zewnętrznych (niezależnych od osoby poszukującej pracy) i wewnętrznych (tkwiących po stronie jednostki). Złożoność zewnętrznych barier często przerasta możliwość konfrontacji z nimi. Skomplikowane procedury, trudności w urzędach to często sytuacje, w których liczymy na pomoc osób drugih. Tylko wytrwali mają siłę do samodzielnego mierzenia się z nimi. Z punktu widzenia niepełnosprawności stanowią nie lada problem. Możemy do nich zaliczyć również perspektywę pracodawcy: niewielka liczba wolnych miejsc pracy, uboga oferta zawodów, wysokie wymagania od kandydatów czy przekonanie o niższym standardzie świadczonej pracy, będące wynikiem stereotypowego myślenia, to tylko niektóre elementy utrudniające znalezienie pracy przez osoby niepełnosprawne. Najwięcej jesteśmy w stanie wypracować w zakresie barier wewnętrznych, które do przezwyciężenia potrzebują odpowiedniego czasu, wsparcia specjalisty, samozaparcia. Wymienimy tu np.:

- stan zdrowia – osoby będące w remisji;
- brak doświadczenia pracy – skupianie się na umiejętnościach i predyspozycjach;
- lęk – rozmowy ze specjalistami, mierzenie się z sytuacjami lękowymi, zmiana;
- objawy chorobowe – leczenie i dbanie o własne zdrowie, psychoterapia, rehabilitacja;
- brak wiary w siebie – rozmowy ze specjalistami, poprawa samooceny, pozytywne myślenie.

Za jedną z destrukcyjnych barier uważam brak podejmowania działań w kierunku aktywizacji zawodowej, a także z góry skazywanie siebie na niepowodzenie, tzw. pesymizm zawodowy. To przestrzeń do pracy dla doradców zawodowych, psychologów i trenerów pracy. Zmierzenie się z realnym światem zadań i obowiązków, oswajanie z nowym miejscem, przestrzenią i świadomością zmiany, nowa rzeczywistość społeczna, przekrocze-

nie progu zakładu pracy – to coś, co przybliży nas do celu, jakim jest zatrudnienie. Podejmując się tego wyzwania i realizując poszczególne wyznaczone cele, możemy liczyć na naprawdę zadowalające efekty.

Istotną przyczyną niskiego poziomu zatrudnienia osób niepełnosprawnych są również bariery subiektywne, związane z niskim poziomem wiedzy na temat chorób psychicznych i wynikających z nich problemów, czego skutkiem jest istnienie wielu uprzedzeń, jak również niesprawiedliwych i krzywdzących opinii. Poszukiwanie pracy to zjawisko wielowymiarowej interakcji pomiędzy pracodawcą a poszukującym pracy. Nie bez znaczenia również pozostają czynniki związane ze środowiskiem zamieszkania. Żyć, mieszkać, leczyć się i pracować w lokalnej wspólnocie to przewodnia idea psychiatrii środowiskowej i instytucji z nią związanych.

Prowadząc zajęcia z doradztwa zawodowego w Zakładzie Aktywizacji Zawodowej – Pensjonat „U Pana Cogito” w ramach projektu – Profesjonalny Pracownik Hotelu poruszyliśmy wiele tematów i wymienialiśmy poglądy z osobami, które przygotowywały się do podjęcia pracy, jak również posiadającymi już zatrudnienie. Przedmiotem naszych rozważań były: dokumenty aplikacyjne osób niepełnosprawnych, poszukiwanie i utrzymanie zatrudnienia, instytucje pomocowe, świadomość zatrudnienia i rynku pracy. Temat, który przybliżył, dotyczył barier wewnętrznych i zewnętrznych w zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Istotnym elementem naszych warsztatów był aktywny udział uczestników w danym temacie.

Na początku zajęć uczestnicy wskazywali bariery, jakie zauważają w trzech płaszczyznach myślenia o pracy. Wyniki tej dyskusji prezentuję poniżej. Nie uwzględniają one oczywiście wszystkich czynników. Zostały wybrane spośród najczęściej pojawiających się wypowiedzi. W dalszej części, wynotowałem kilka cennych „złotych myśli”, które omówię przy zagadnieniu motywacji. Na zakończenie uczestnicy wypracowali własny, skuteczny model dojścia do pracy.

<i>Bariery osób chorujących psychicznie</i>	<i>Bariera pracodawcy/w pracy</i>	<i>Środowisko</i>
• <i>Choroba</i> • <i>Nieumiejętność organizacji czasu</i> • <i>Zdrowie (lęk, leki)</i> • <i>Brak wiary we własne siły</i> • <i>Słaba motywacja</i> • <i>Lęk przed odpowiedzialnością</i> • <i>Brak pozytywnego myślenia</i> • <i>Brak wsparcia w kimś</i> • <i>Brak wykształcenia</i> • <i>Wiek</i> • <i>Płeć</i> • <i>Komunikacja</i> • <i>Lenistwo</i>	• <i>Małe wynagrodzenie</i> • <i>Uprzedzenie do osób niepełnosprawnych</i> • <i>Przepisy prawne</i> • <i>Zwolnienia lekarskie</i> • <i>„Dziura” w CV</i> • <i>Mały kontakt z pracą</i>	• <i>Brak tolerancji</i> • <i>Stereotypy</i> • <i>Aktualna sytuacja na rynku pracy (kryzys, bezrobocie)</i>

Wyniki te pozostawiam Państwa analizie. Na szkoleniu wszystkie z nich zostały szczegółowo omówione. Zastanawialiśmy się, jaki mamy wpływ na poszczególne czynniki. Cechą wspólną wielu grup było uwzględnianie podobnych wskaźników przy poszczególnych barierach.

Temat „ograniczeń” pracodawcy sprowokował kolejne zagadnienie, jakim są przywileje i korzyści z zatrudniania po jego stronie. Wiele z nich jest nieznanych, część pracodawców z nich korzysta, ale są też tacy, którzy pracują z osobami niepełnosprawnymi zupełnie bezinteresownie. Każdy pracownik wykonujący rzetelnie swoją pracę jest dla nich ważny, równy. Istnieją jeszcze inne motywacje, którymi się kierują przy oferowaniu pracy. W różnych badaniach i analizach, najczęściej występowały poniżej wymienione:

Co może być powodem do zatrudnienia osoby niepełnosprawnej przez pracodawcę?

1. Przekonanie, że osoby niepełnosprawne zasługują na takie same traktowanie jak każdy.
2. Osobiste doświadczenia z niepełnosprawnością, znajomość w otoczeniu osoby niepełnosprawnej.
3. Opłacalność zatrudniania niepełnosprawnej osoby (dofinansowanie, refundacje).
4. Dobry wizerunek firmy jako pracodawcy zatrudniającego niepełnosprawnych.

5. Pozytywna ocena kompetencji adekwatnych do stanowiska pracy (pracodawca nie wie, że to osoba niepełnosprawna).

6. Niechęć do płacenia „kar” na PFRON za niezatrudnianie osób niepełnosprawnych.

7. Niska podaż pracowników na rynku pracy.

Korzyści z zatrudniania osób niepełnosprawnych?

1. Finansowe (dofinansowanie wynagrodzeń, refundacje składek ZUS oraz kosztów szkoleń, ulgi, zwrot kosztów za przystosowanie stanowiska) najczęściej z PFRON-u.
2. Społeczne (integracja osób niepełnosprawnych, szansa zatrudnienia na rynku pracy).
3. Personalne (dobrzy, lojalni i zaangażowani pracownicy).

MOTYWACJA

W wielu rozmowach podczas szkoleń często poruszonym słowem była również motywacja. Jak ją znaleźć w sobie? Ściśle wiąże się z tematem barier, chęcią zmiany i wytrwaniem w nowej sytuacji społecznej. Warto ją tutaj krótko scharakteryzować.

Motywacja to siła, która działa mobilizująco, zachęca do działania i wysiłku. To energia umysłu i ducha, która jest przyczyną ukierunkowanych i sprecyzowanych działań. Aby powstał ten proces, musi występować cel, do którego człowiek dąży oraz przekonanie, że jest on

osiągalny. Mamy dwa rodzaje motywacji: wewnętrzną, aktywizacja następuje, gdy człowiek dąży do zaspokojenia swoich potrzeb oraz zewnętrzną, która polega na wzbudzeniu potrzeb przez stosowanie kar i nagród, informowaniu o możliwościach zawartych w różnego rodzaju sytuacjach i manipulowaniu tymi możliwościami.

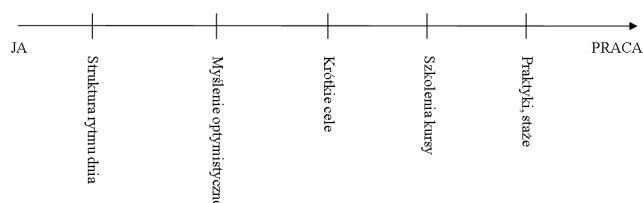
Jak zwiększyć motywację?

- Deklaracja innym tego, co mamy zrobić. Czyniąc to, angażujemy własne ja. Niepodjęcie działania, bądź niewykonanie zadeklarowanego zadania może wywołać w nas dysonans – nieprzyjemne napięcie – wynikający z niezgodności tego, co zapowiedzieliśmy, że zrobimy (działanie) z tym, co robimy (brak działania). Zaistniałe napięcie motywuje nas do jego usunięcia. Najkorzystniejsze dla nas jest podjęcie działania. Jeżeli tego nie zrobimy, może ucierpieć nasza samoocena oraz nie będziemy w stanie usunąć dysonansu, gdyż mamy świadków naszego niepowodzenia.
- Analiza celów. Podstawowa czynność. Jeśli wiemy, co jest dla nas naprawdę ważne i na czym nam zależy, łatwiej jest się za to zabrać. Jeżeli dane zadanie jest dla nas bardzo istotne, może to wzbudzić w nas motywację wewnętrzną, czyli tendencję do podejmowania i kontynuowania działania ze względu na samą treść tej aktywności. Oznacza to, że samo działanie będzie dla nas ważne i nagradzające, a zewnętrzna nagroda będąca konsekwencją tego działania odegra mniejszą rolę.
- Zaplanowanie nagrody za wykonanie celu. Łatwo jest zaplanować sobie przyjemną nagrodę za wykonanie zadania. Motywuje to również do pracy, ponieważ kieruje nasze myśli na oczekiwaną nagrodę, a nie na trudy podejmowanego działania. Pozytywne myśli i uczucia względem nagrody mogą zostać przeniesione na myśli i uczucia względem działania. Początkowo nieprzyjemne działanie może stać się dla nas czymś pozytywnym.
- Wizualizacja celu – twórcze wykorzystanie wyobraźni. Dobrze jest wyobrazić sobie to, co ma zostać zrobione, to, co chcemy osiągnąć. Dzięki wizualizacji możemy przekształcić abstrakcyjny cel w żywy, realny obraz. Sprawia to, że może wytworzyć się rzeczywiste pobudzenie fizjologiczne – niezbędny motor do podjęcia działania.
- Analiza negatywnych konsekwencji niezrealizowania celu. Negatywne konsekwencje są swego rodzaju stratą, a ludzie nie lubią tracić. Świadomość tego, że nie podejmując danego działania narażamy się na pewną stratę może zachęcić nas do podjęcia tego działania i uniknięcia owej straty.
- Analiza pozytywnych konsekwencji zrealizowania celu. Świadomość tego, jakie korzyści możemy mieć z podjęcia działania, a zarazem, co stracimy (nie doświadczymy tych pozytywnych konsekwencji) może mieć wpływ motywujący
- Gwarancja 5 minut – najtrudniejszy jest pierwszy krok, trzeba po prostu zacząć. Pierwsze 5 minut jest najważniejsze, jeśli już coś zaczniemy robić, łatwiej jest

to kontynuować. Jeśli rozpoczęcie działania będziemy ciągle odkładać na później (o kolejne 5 minut itd.), to prawdopodobnie nie wykonamy go w ogóle.

- Rozpoczęcie zadania od czegoś prostego. Jeżeli zaczniemy od czegoś prostego, bardzo prawdopodobne, że na początku naszego działania osiągniemy sukces, a to zachęci nas do dalszej pracy. Jeśli zaczniemy od czegoś trudnego, możemy ponieść porażkę, która zniechęci do kolejnych działań.
- Metoda szwajcarskiego sera – duże zadanie do wykonania, to duży kawałek sera bez dziur. Z tego zadania można wyodrębnić mniejsze zadania, które są proste, mechaniczne i zajmują nie więcej niż 5-10 minut. W wolnych chwilach można zacząć od wykonywania właśnie tych zadań (zawsze można znaleźć kilka wolnych minut w ciągu dnia, po co je tracić?). Pracując tą metodą w końcu okaże się, że duże zadanie – duży kawałek sera stanie się serem szwajcarskim, który ma więcej dziur niż sera. Dziury te to już wykonane małe zadania.
- Podniesienie znajomości przedmiotu. Łatwiej zabrać się do robienia czegoś, o czym dużo wiemy, zadanie nie wydaje się takie trudne. Dla laika w danej dziedzinie może jawić się jako niewykonalne, co zniechęci go do działania. Znajomość przedmiotu umożliwia lepszą organizację działania, pozwala na wydzielenie z dużego zadania mniejszych, które można szybko wykonać, dzięki czemu efektywniej wykorzystujemy czas i nasze umiejętności. Wszystko to uprawdopodabnia sukces, a chętniej zabieramy się za to, co kończy się pozytywnie¹.

Na zakończenie zajęć wypracowaliśmy z grupą wspólny model, mogący pomóc w dojściu do pracy. Przedstawia go poniższy rysunek.



Gerard Banach
doradca zawodowy

Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej

1. Doradztwo zawodowe oraz specyfika i organizacja szkoleń dla osób długotrwale bezrobotnych na przykładzie możliwości wykorzystania dualnego modelu szkolenia. Podręcznik powarsztatowy. Rybnickie Centrum Edukacji Zawodowej, 2007 s. 35-36.

„Radość odzyskana”

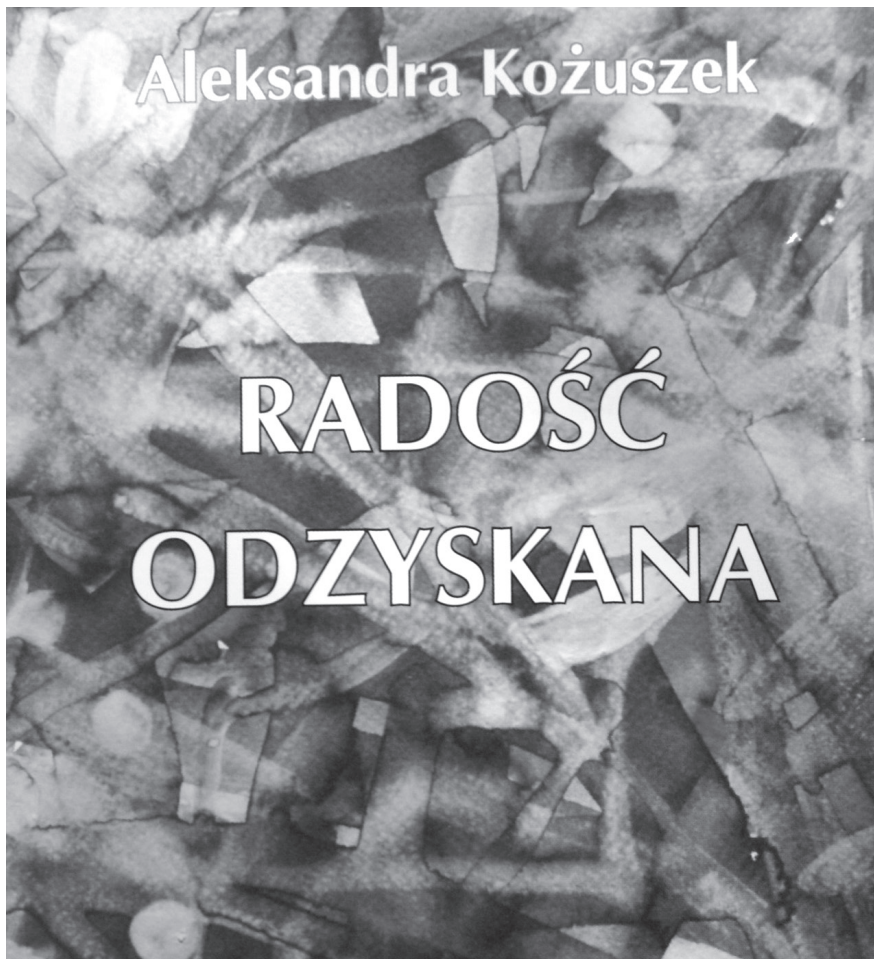
prawdziwa historia osoby z zaburzeniami psychicznymi

Mam za sobą długoletnie zmaganie się z chorobą psychiczną. Obecnie od 10 lat jestem w dobrej formie i patrzę na te przeżycia z dystansem. Zauważam, że doświadczenia te były w jakiś sposób potrzebne do osiągnięcia dojrzałości i stanu równowagi w jakim się teraz znajduję. Wiele osób było zaangażowanych w proces mojego zdrowienia. Pamiętam sytuacje, które tworzyła moja chora wyobraźnia, jak i te ze świata rzeczywistego.

Chciałabym podzielić się moim doświadczeniem wychodzenia z choroby, co, mam nadzieję, pomoże innym przeżywającym kryzys psychiczny uwierzyć, że wyzdrowienie jest możliwe.

Z wdzięcznością myślę o bardzo wielu ludziach, których na tej drodze dane mi było spotkać. Zdaję sobie bowiem sprawę, że bez ich udziału nie mogłabym się w chwili obecnej cieszyć życiem i zdrowiem, jakie odzyskałam.

*Z przedmowy do wspomnień
Aleksandra Kożuszek*



Rozdział XI

Długo zastanawiałam się jak wyrazić udział rodziny i przyjaciół w mojej rekonwalescencji. A z pewnością ich wkład jest nieoceniony. Po zawarciu małżeństwa opuściłam Kraków i wszystkich przyjaciół. Zamieszkaliśmy we Wrocławiu, gdzie weszłam w krąg znajomych męża. Często odwiedzali nas rodzice i teściowie. Zawsze mogliśmy liczyć na ich wsparcie i pomoc. Głęboka więź łączy nas również z rodzeństwem.

Najbliższa rodzina powiększyła się o siedmioro dzieci mojej siostry. Ponieważ my ze względu na stan zdrowia nie zdecydowaliśmy się na rodzicielstwo ani nawet na adopcję dziecka, otaczałam miłością moich siostrzeńców. Zapraszałam ich, spędzałam z nimi dużo czasu,

ciesząc się ich rozwojem. Dawali mi mnóstwo dowodów przywiązania i miłości. W tej chwili prawie wszyscy są już dorośli i układają sobie życie poza domem rodzinnym.

Wiem, że w przyjaźni nie ma znaczenia wiek osoby. Można czuć bliskość i porozumienie z osobą starszą, a także z małym dzieckiem.

Przykładem takiej więzi jest kontakt z Lilą – najmłodszym dzieckiem mojej siostry. Od najmłodszych lat lgnęła do mnie i świetnie się rozumiałyśmy. Wykorzystywała każdą okazję, żeby być ze mną. Zajmowała ważne miejsce w moich myślach, nawet wtedy gdy fizycznie byłyśmy oddalone. Przeżywałam intensywnie nasz kontakt, uczestnicząc w jej świecie dziecięcych przeżyć. W tej chwili ma 14 lat. Zaczyna wchodzić

w dorosłość, pochłaniają ją sprawy szkolne i związki z rówieśnikami. Nasza więź się osłabiła.

Fenomenem jest nasza wieloletnia przyjaźń z małżeństwem starszym od naszych rodziców. Byliśmy jedynymi gośćmi spoza rodziny na ich złotych, niedawno również diamentowych godach.

W kręgu naszych przyjaciół są osoby bardziej zaprzyjaźnione z Konradem, inne ze mną. Jest też pokaźna grupa wspólnych przyjaciół, którzy tak wiele wnoszą w nasze życie małżeńskie i przyczyniają się do rozwoju naszej relacji.

Przyjaźń wymaga pielęgnacji i poświęcenia czasu. Ze swej strony na różne sposoby dbam o pogłębianie więzi. Odnajduję w sobie wielkie

możliwości wychodzenia i służenia innym Obecność kochających ludzi uruchamia we mnie bogactwo uczuć i myśli o nich. Uczę się współprzeżywania, współodczuwania, odpowiedzialności, szacunku dla odmienności. Warunkują mój rozwój jako osoby wartościowej, akceptowanej, docenianej.

To obdarowywanie jest wzajemne. Dostałam dwie identyczne, piękne kartki od przyjaciela, kiedy byłam na klinice. Przedstawiały złęczone dłonie na tle muru. Były też słowa z pierwszego listu św. Jana: „kto nie kocha brata, którego widzi, nie może kochać Boga, którego nie widzi”. Na odwrocie napisał zapewnienia o pamięci i modlitwie. Prosił mnie, bym była cierpliwa, bo „w cierpliwości powstawały najpiękniejsze dzieła świata”.

Oboje z Konradem stwierdzamy, że przyjaźnie nas kształtowały. Nasze odkrycia, przemyślenia dokonywały się w dialogu. Już dawno zauważyliśmy, że uczucie, które nas łączy zmarniałoby, gdybyśmy mieli żyć tylko we dwoje na bezludnej wyspie. Bliscy wnoszą barwność i smak do naszej relacji. Niektóre przyjaźnie związane w czasach kliniki przetrwały próbę czasu. Przytoczę

dwa przykłady postawy przyjaciółek, które do dziś mnie wzruszają.

Po usunięciu 9 zębów rozboleł mnie kolejny. Przebyte cierpienia, komplikacje i ból wytworzyły taką barierę w mojej psychice, że nie byłam w stanie podjąć decyzji o kolejnej ekstrakcji. Leżałam ze szczególnym bólem, pogrążona w bezradności. Właśnie w tym momencie odwiedziła mnie Hanusia i przejęła inicjatywę. Zawiozła mnie do swojej dentystki, gdzie miała umówioną wizytę. Pani doktor sprawnie rozprawiła się z przyczyną bólu i uszczęśliwiona wróciłam do domu.

Druga sytuacja związana jest z Krysienką – przyjaciółką ze studiów. Znajdowała się w ciężkim kryzysie. Zaatakowała ją ospa wietrzna w ostrej postaci. W tym czasie przeżywała ze smutkiem rozstanie z chłopakiem. Przykre przejścia z własnego życia zeszły na plan dalszy. Potrafiła się wtedy cieszyć moją radością – zaręczynami z Konradem. Nie zapominam o takich dowodach przywiązania.

Czasami samo przebywanie wśród przyjaznych ludzi ma moc uspokajania. Odczułam to, gdy przeżywałam bolesną sytuację i

bezsłowne wsparcie grupy podziało na mnie kojąco.

Innym przykładem może być atmosfera domu naszych przyjaciół. Harmonia ich wzajemnych kontaktów i zakorzenienie w modlitwie skłoniło nas do włączenia się do ruchu Odnowy w Duchu Świętym. O owocach tego kroku już pisałam we wcześniejszym rozdziale.

Środowisko bliskich i oddanych przyjaciół konieczne jest, aby występowała wymiana darów. Dzielenie się przeżyciami ubogaca i wzmacnia poczucie mojej wartości.

Sytuacji, które były dowodem na przyjaźni i pomagały się podnosić w ciężkich chwilach mam w pamięci bardzo dużo.

Wiem, że są dwie drogi w życiu: pierwsza przez Boga do człowieka lub druga przez człowieka do Boga. Obie mają tę samą wartość. Bliższa mi jest ta druga. Doświadczam, że dopiero „bycie dla” jest źródłem prawdziwego szczęścia. Nadaje to sens mojemu życiu.

*fragment książki
Aleksandry Kozuszek
pt. „Radość odzyskana”*

Książkę pt. *Radość odzyskana* można nabyć za pośrednictwem redakcji czasopisma RODZINY w cenie 10 zł + koszt przesyłki listem poleconym 3,75 zł. Książka jest też dostępna w Pensjonacie U Pana Cogito przy ul. Bałuckiego 6 w Krakowie.

Recenzja książki „Radość odzyskana”

Książka „Radość odzyskana” jest historią życia naznaczonego chorobą psychiczną, którą autorce udało się przezwyciężyć. Obecnie Ola Kozuszek prowadzi dom, wspiera starzejącą się mamę, jest dobrą ciocią dla licznej gromadki dzieci swojej siostry. Jej pasją jest gotowanie wykwintnych potraw oraz nauczanie języka angielskiego. Promieniuje energią, cechuje ją optymizm i chęć niesienia pomocy innym. Oboje z mężem są bardzo gościnni i mają wielu przyjaciół.

Ta książeczka traktuje o wielkim cierpieniu, ale też o potężnej sile nadziei, miłości, przyjaźni i empatii. Ola opisuje długoletnie zmaganie się z chorobą w kontekście życia rodzinnego, małżeńskiego i zawodowego. W swojej relacji ujmuje wszystkie czynniki, które złożyły się na wychodzenie z choroby. Opisuje pierwszy kontakt z lekarzem, pobyty w szpitalu, opowiada o roli współmałżonka, przyjaźni i wierze w Boga.

Patrząc już z pewnego dystansu, pisze o tym, co stanowiło dla niej szansę na wyleczenie, co kształtowało

postawę zaufania, skłaniało do pracy nad sobą. Te motywy przewijają się w wielu sytuacjach opisanych przez autorkę.

Największym przyjacielem i oparciem dla Oli był i jest jej mąż Konrad. Poprzez obraz tunelu „przez który musi iść do przodu, aby na jego końcu zobaczyć światło” starał się w trudnych momentach podtrzymywać jej nadzieję. Ola i Konrad są małżeństwem od wielu lat, kształtującym wspólnie życie w oparciu o Boga i ścisły związek z Kościołem. Świadome przyjęcie pewnej hierar-

chii wartości i zmiana w postrzeganiu otaczającego świata, zaowocowały w życiu Oli duchową dojrzałością, co według mnie wiąże się z wewnętrznym ładem, wpływającym także na zdrowie psychiczne.

Oleńka odkąd się przyjaźnimy, była i jest przekonana o sile dobra, dlatego tak emanuje nim, wiele go czyni i wyzwala u innych. Taka postawa stwarzała wokół niej przyjazną atmosferę, która również przyczyniła się do przejścia przez „mroczne lata” choroby.

Książeczka napisana jest świetnym piórem, zwięźle, jasno i nierzadko dowcipnie. Przeczytałam ją jednym tchem. Była dla mnie, doświadczonej również chorobą psychiczną, mądrą i skłaniającą do refleksji lekturą. Zachęcam do przeczytania.

Teresa Frączek

Czego oczekujemy od psychiatrów, psychologów i terapeutów

Stowarzyszenie „Wzajemna Pomoc” działa od 18 lat w Radomiu, gdzie odczuwany jest brak nowoczesnych form psychiatrii środowiskowej. Stowarzyszenie w ramach realizacji projektu „Droga do siebie” oraz projektów ze środków Wojewody Mazowieckiego i Prezydenta Miasta Radomia na tworzenie i funkcjonowanie sieci oparcia dla osób chorujących psychicznie pozyskało do współpracy psychiatrę i psychologa.

Opierając się na doświadczeniach własnych jako rodzica, jak również członków naszego stowarzyszenia pragnę przedstawić moje przemyślenia. W zależności od fazy choroby potrzeby są zróżnicowane:

Rozpoznanie – jest to najtrudniejszy moment dla bliskich, którzy zetknęli się z diagnozą – choroba psychiczna u swoich najbliższych, syna, córki czy rodzica. Rodzice stają się bezradni, gdyż uważają, że wszystko skończone, nadzieje pokładane w dziecku pryskają jak bańka mydlana. Natomiast dzieci w przypadku choroby rodzica tracą poczucie bezpieczeństwa, gdyż z podopiecznych stają się opiekunami.

Jest to najtrudniejszy moment, od którego zależą dalsze losy chorego i jego rodziny. Wypisanie recepty to tylko złagodzenie objawów choroby. Rodziny poszukują odpowiedzi na pytanie jak postępować z osobą chorą, czy wyręczać, czy pozwolić na rozwój wg potrzeb wyrażanych przez osobę chorą? **Rola psychiatry i psychologa w tym okresie jest nieoceniona i ma wpływ na przebieg choroby, okresy remisji i satysfakcjonującego życia osoby chorej, jak i jej najbliższych.**

W tym okresie ważne jest przeprowadzenie testów, które dadzą odpowiedź, jakie ograniczenia i jakie zdolności wykazuje osoba chora, w jakim kierunku kształcić, a jeżeli jest studentem lub pracownikiem, to czy należy zmienić profil kształcenia lub wykonywany zawód.

Najważniejszą rzeczą jest uświadomić osobom chorym i ich najbliższym wartość kontaktów z innymi osobami w podobnej sytuacji, jak również nieunikania kontaktów z dotychczasowymi znajomymi i ukrywania faktu choroby przed innymi. Jeżeli mówimy otwarcie o chorobie najbliższej osoby, to nikt nie może nas dotknąć.

Wskazanie rodzinie możliwości skorzystania z pomocy organizacji samopomocowej skupiającej rodziny i osoby chorujące psychicznie może być nieocenioną pomocą dla osoby zainteresowanej, jak również dla psychiatry i psychologa.

Znając sytuację w służbie zdrowia, wiemy, jak ograniczone są środki na psychiatrię, jak mało jest specjalistów i jak mają określony czas na przyjęcie jednego pacjenta. Natomiast w stowarzyszeniu można się wygadać do woli, poznać problemy innych osób, a również tych, którzy sobie z problemami poradzili, a choroba nie przeszkadza im realizować marzeń.

Okres remisji – w tym okresie pomoc psychiatry, psychologa i terapeuty pozwala uwierzyć, że z chorobą da się żyć i podejmować różnorodne role społeczne. To wtedy można podjąć studia, rozpocząć pracę zawodową.

Sytuacja pracodawcy zatrudniającego osobę chorującą psychicznie jest trudna, ze względu na konieczność indywidualnego podejścia do każdego pracownika. Dopiero w trakcie pracy uczą się zachowań społecznych i wtedy jest łatwiej motywować ich do efektywnej pracy. Pracodawcy jest w tym momencie potrzebna pomoc od lekarza prowadzącego. Oczywiście nie chodzi o informację o doświadczeniach stanu zdrowia (tajemnica zawodowa), ale informację, jak można pomóc w przypadku trudności w pracy. Pracodawcy wolą więc nie zatrudniać osób chorujących psychicznie niż stwarzać sobie dodatkowe problemy, wyjątkiem są przedsiębiorstwa społeczne.

Nie można pominąć sprawy zawierania związków małżeńskich. Osoby chorujące psychicznie są spragnione miłości i według profesora Kępińskiego miłość leczy. Według panujących stereotypów i przepisów zawieranie małżeństw jest zabronione. W praktyce małżeństwa są zawierane. Osoby chorujące psychicznie i rodziny w tym przypadku potrzebują pomocy i przełamywania lęków dotyczących możliwości zawarcia związku małżeńskiego. Mamy świadomość, że psychiatrę, psychologa lub terapeutę, nie podejmiemy decyzji, lecz chodzi o wsparcie i możliwość rozwiązania wielu wątpliwości.

Kryzys psychiczny, który jest najtrudniejszym doświadczeniem dla osoby chorującej, która cierpi, ale odrzuca

pomoc, rodzina w wielu przypadkach jest bezradna. Ważne jest, by się nie oszukiwać, że to przejdzie, i spowodować umieszczenie chorego w szpitalu, wykorzystując wszystkie możliwe sposoby perswazji.

W trakcie pobytu w szpitalu najbardziej potrzebujemy wszechstronnej pomocy oraz uwzględnienia naszej sugestii co do leków. Oczywiście nie chodzi o sugerowanie sposobu leczenia, lecz o niestosowanie leków, które były stosowane przy poprzednich pobytach w szpitalu ale nie przynosiły żadnych efektów terapeutycznych i konieczna była zmiana leczenia. Sytuacja ta ma kolosalne znaczenie dla budowania zaufania pomiędzy rodziną – lekarzem – pacjentem – rodziną i przebieg hospitalizacji i być może na przełamaniu uprzedzenia do leczenia szpitalnego, które jest w tym przypadku nieodzowne.

Najtrudniejsza sytuacja, gdy chory odmawia hospitalizacji. Boi się szpitala. Istniejąca ustawa dopuszcza umieszczenie w szpitalu jedynie w przypadku zagrożenia zdrowia własnego lub innych, a w innych przypadkach istnieje instytucja ubezwłasnowolnienia. Procedura jest długotrwała, a każdy dzień trwania psychozy pogarsza rokowania.

Najgorsza sytuacja jest, gdy pacjent umieszczony w szpitalu ucieka. Niestety, rodzina nie jest zawiadamiana o ucieczce, a pacjent zostaje wypisany ze szpitala i pozostaje bez leków. Zostaje wypisany, gdyż zgodnie z ustawą to pacjent decyduje o leczeniu, nie biorąc pod uwagę jego ograniczonych przez chorobę możliwości rozeznania skutków danego postępowania.

Reasumując czego oczekujemy od psychiatrów, psychologów i terapeutów:

- **współpracy profesjonalista – pacjent – rodzina;**
- **edukacji pacjenta i rodziny;**
- **pomocy w rozwiązywaniu problemów;**
- **współpracy z pracodawcami, szczególnie firm społecznych;**
- **treningów psychospołecznych;**
- **opieki środowiskowej;**
- **rozmów terapeutyczno-psychologicznych;**
- **współpracy ze stowarzyszeniami.**

Jolanta Gierduszewska

Stowarzyszenie „Wzajemna Pomoc” w Radomiu

Gala plebiscytu „POZA STEREOTYPEM - Senior Roku 2011”

Już po raz szósty Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie i Marszałek Województwa Małopolskiego doceniają, promują i zauważają dokonania seniorów.

Plebiscyt „Poza Stereotypem” ma na celu wyróżnianie i nagradzanie aktywnych seniorów, którzy nie zwracając uwagi na upływający czas realizują własne pasje, dają siebie innym, kreują otaczającą rzeczywistość i poświęcają się pracy społecznej. W tegorocznym plebiscycie nominowanych było 28 seniorów z terenu Małopolski.

Podczas uroczystej gali w dniu 12 listopada 2012 r., w Pałacu Biskupa Erazma Ciołka w Krakowie, wręczone zostały statuetki dla Seniorów Roku – nagrodzonych i wyróżnionych w VI Małopolskim Plebiscycie „POZA STEREOTYPEM – Senior Roku 2011”.

**Tytuł Seniorki oraz Seniora Roku 2011
otrzymali:
pani Danuta Kleszowska oraz pan Henryk
Kozubski**

- Pani Danuta Kleszowska z Krakowa – ukończyła Akademię Ekonomiczną, obecnie jest przewodniczącą Oddziału Rejonowego Kraków Podgórze Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów. Współpracuje z MOPS w Krakowie, z wielkim poświęceniem wspomaga krakowskich emerytów i rencistów.
- Pan Henryk Kozubski z Wieliczki, w grudniu br. skończy 101 lat. Jest absolwentem Akademii Rolniczej,

jego pasją jest malarstwo. Sięgając po raz pierwszy po pędzel i farbę w wieku 84 lat udowadnia, że żaden czas nie jest zły na rozwijanie własnych pasji.

**Honorowe wyróżnienia otrzymali:
Zofia Puchelak z Krakowa, Teresa Święch
z Myślenic, Tadeusz Feliks Siuda z Krakowa.**

- Pani Zofia Puchelak – honorowa Prezes Stowarzyszenia Rodzin „Zdrowie Psychiczne” w Krakowie od wielu lat zaangażowana w rozwój psychiatrii środowiskowej w Małopolsce, przez 20 lat czynnie angażowała się w działalność społeczną Stowarzyszenia, wspierała rodziny osób chorujących psychicznie i pomagała w zakładaniu stowarzyszeń rodzin w wielu miastach w całej Polsce.
- Pani Teresa Święch – filar Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Myślenicach, za jej przykładem wszyscy wykładowcy na UTW są wolontariuszami, kibic i propagator dyscypliny sportowej Pentaque.
- Pan Tadeusz Feliks Siuda – związany ze Stowarzyszeniem Żołnierzy Armii Krajowej i Więźniów Politycznych, od 77 lat działa społecznie.

Patronat honorowy nad wydarzeniem objął Władysław Kosiniak-Kamysz Minister Pracy i Polityki Społecznej oraz Marek Sowa Marszałek Województwa Małopolskiego.

Agnieszka Lewonowska-Banach

Recenzja książki – Johna Virapena

„Skutek uboczny – śmierć”

Przystępuję do recenzji książki pt. „Skutek uboczny – śmierć” autorstwa Johna Virapena z bardzo mieszanymi uczuciami. Książka ma charakter autobiograficzny i koncentruje się szczególnie na życiu zawodowym autora. Życiu zawodowym, które poświęcił w dużej mierze pracy na rzecz dużych koncernów farmaceutycznych. Moje mieszane uczucia wynikają w jakiejś mierze z lęku przed dotknięciem tego, jakże politycznie trudnego, tematu, a także z poczucia, że książka ma zarówno swoje mocne, jak i słabe strony. Z jednej strony poruszane tematy – nadużycia i korupcja dokonywana przez firmy farmaceutyczne, fałszowanie i nieujawnianie niewygodnych wyników badań, psychiatryzacja i medykalizacja coraz to nowych obszarów życia celem poszerzenia kręgu potencjalnych klientów oraz wycofywania starych, sprawdzonych leków, bo nie można na nich wystarczająco zarobić – są ważne i powinny budzić niepokój społeczeństw nimi dotkniętych. Szereg innych źródeł potwierdza słuszność i prawdziwość tych oskarżeń.

Z drugiej strony moje doświadczenie psychiatryczne nie pozwala mi się zgodzić z tak jednoznacznie negatywną oceną leków psychotropowych, jaka prezentowana jest w tej książce. Selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI) i leki przeciwpsychotyczne II generacji (w tym olanzapina) na pewno nie są lekami doskonałymi i mają swoje wady, ale zapisując je od lat wielu ludziom mam jednak poczucie, że

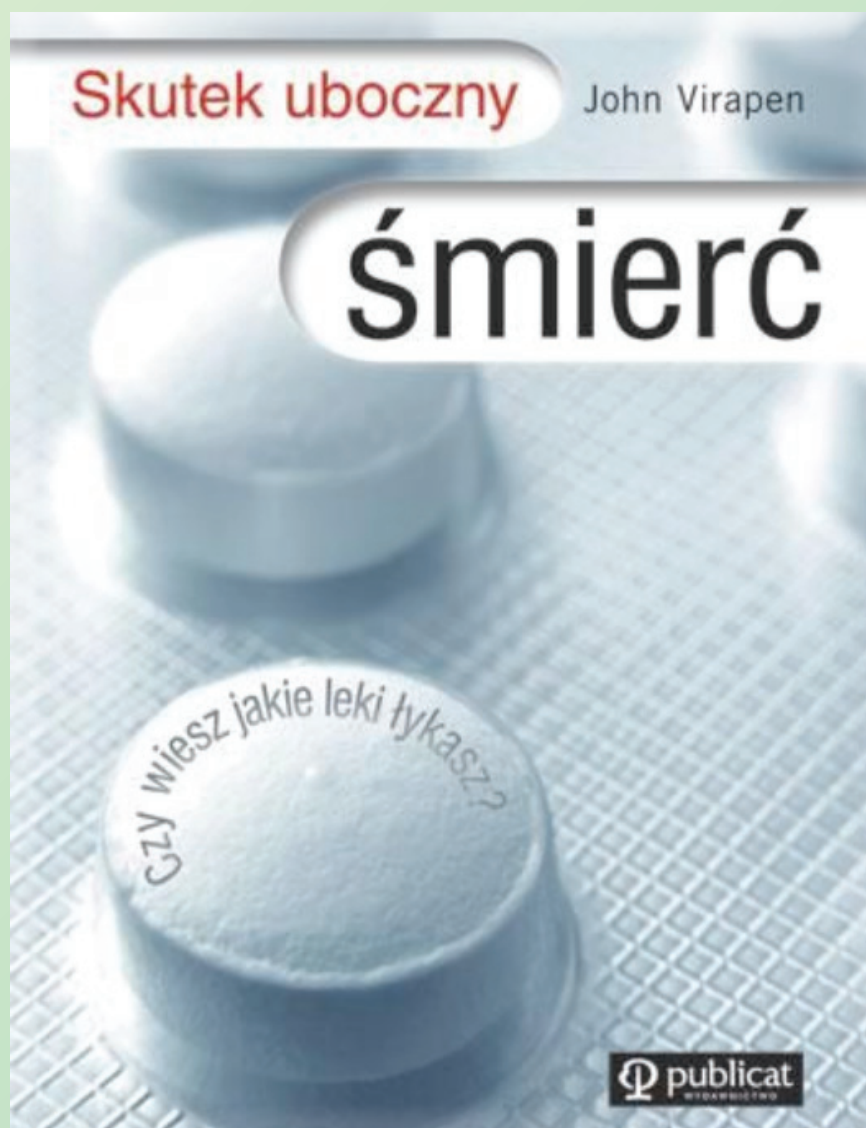
bardziej pomagają niż szkodzą. Autor lub tłumacz nie ustrzegł się też szeregu błędów merytorycznych – po olanzapinie raczej się przybiera na wadze, a nie traci, nie znamy obecnie trzystu rodzajów depresji, lista 374 stanów w klasyfikacji psychiatrycznej obejmuje różne, nie tylko psychotyczne, zaburzenia.

Książka jest pisana pod wpływem silnych emocji – żalu, złości, poczucia krzywdy, lęku o przyszłość – z pewnością nie w stanie „sine ira et studio”. Trudno powiedzieć, czy to wada

czy zaleta tej książki – autor jest przekonany do swoich racji, pisze z pasją, czasami jednak popada w przesadę i egzaltację.

Podsumowując – to ważna książka dotycząca podstawowych problemów medycznych, wskazująca na zagrożenia, których często nie jesteśmy świadomi. Mimo wszystkich swoich niedostatków jest to głos kogoś, kogo warto wysłuchać i wziąć jego doświadczenia pod uwagę

*dr Łukasz Cichocki
psychiatra*

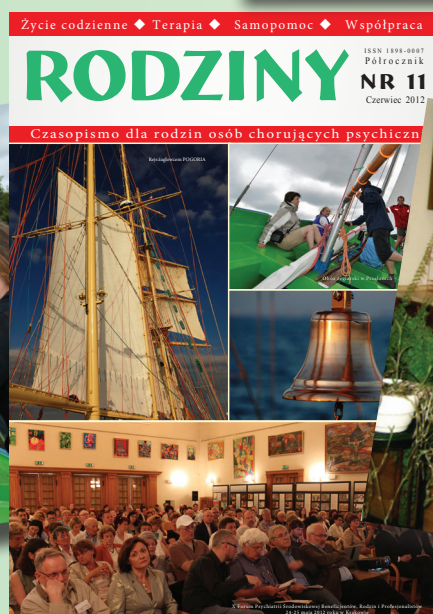


OFIARUJĄC NAM 1 % PODATKU

- pomagasz rodzinom osób chorujących psychicznie;
- wspierasz mieszkanie chronione dla osób chorujących psychicznie i ich drogę do usamodzielnienia;
- umożliwiasz stałe wydawanie czasopisma RODZINY dostępnego bezpłatnie dla każdego potrzebującego;
- wspierasz organizację wyjazdów integracyjnych dla rodzin i obozów terapeutycznych dla osób chorujących psychicznie;
- wspierasz aktywizację zawodową osób chorujących psychicznie.



Zakład Aktywności Zawodowej
Pensjonat i Restauracja „U Pana Cogito”



ZDROWIE PSYCHICZNE

STOWARZYSZENIE RODZIN

**Pomagamy osobom chorującym
psychicznie i ich rodzinom**

**Stowarzyszenie Rodzin
Zdrowie Psychiczne KRS 0000156949**

www.rodziny.info