

RODZINY

ISSN 1898-0007

Półrocznik

Nr 4

Grudzień 2008

Czasopismo dla rodzin osób chorujących psychicznie



VII Ogólnopolski Dzień Solidarności z Osobami Chorującymi na Schizofrenię.
Fot. u góry – obchody w Krakowie, fot. na dole – obchody w Elblągu.

Drodzy Czytelnicy!

Funkcjonowanie grup społecznych jak i całych społeczeństw rządzi się swoistymi prawidłowościami, wielokrotnie badanymi i opisywanymi przez socjologów i psychologów społecznych. Jedną z takich prawidłowości jest proces marginalizacji i odrzucenia pewnych jednostek jak też całych podgrup przez całą resztę. Proces ten służy budowaniu własnego wizerunku i umacnianiu samooceny tych jednostek i podgrup, które pozostają w głównym nurcie danej społeczności. Jednostkom i podgrupom poddawanych marginalizacji i odrzuceniu bardzo trudno jest się przed tym wybronić. Trudno jest udowodnić całej reszcie, że się nie jest wielbłądem, trudno się pozbyć własnej stygmy.

Z tych też powodów potrzebne są dni solidarności z chorującymi psychicznie, którzy należą do jednej z podgrup

pozostających poza głównym nurtem społeczeństwa. Aby to zmienić trzeba zaistnieć w przestrzeni publicznej, dotrzeć z obecnością i informacją do jak największej ilości ludzi, ujawnić się na głównych placach i ulicach miast, pojawić się w mass mediach.

Oprócz obecności w przestrzeni publicznej istotne jest tworzenie środowisk skupionych wokół różnorodnych aktywności. Relacje i więzi tworzące się pomiędzy uczestnikami, zawierają w sobie szansę na wzajemne wspieranie się w razie potrzeby. „Siła należy do grupy” – pisze Weronika z Rzeszowa. Działanie takiej grupy opisuje też Piotr Bochnacki.

Zaistnienie w głównym nurcie społeczeństwa wymaga często znajomości swoich praw i obowiązków. Dlatego też publikujemy w kolejnych numerach cykl artykułów przybliżających przepisy

prawne, które mogą mieć zastosowanie w sytuacjach zachorowania, podejmowania leczenia psychiatrycznego, jak również w następstwach tych wydarzeń.

Serdecznie zachęcamy do lektury.

Józef Bogacz
Redaktor merytoryczny

Z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia wszystkim czytelnikom rodzinnego ciepła i ludzkiej życzliwości, radości w smutku dzięki ludzkiej miłości i nadziei na lepszy Nowy 2009 Rok życzy

Redakcja „Rodzin”

RODZINY

REDAKTOR NACZELNY

Agnieszka Lewonowska-Banach
Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne”

REDAKTOR MERYTORYCZNY

Józef Bogacz – terapeuta rodzinny
Poradnia Rodzin Oddziału Dziennego Kliniki Psychiatrii SU

RADA MERYTORYCZNA

Prof. dr hab. Bogdan de Barbaro
Zakład Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii Dorosłych 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

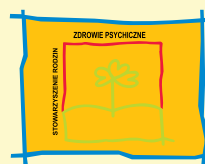
Zofia Puchelak
Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne” – Kraków

Jolanta Gierduszewska
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

Krzysztof Banach
Środowiskowy Dom Samopomocy
Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju
Psychiatrii i Opieki Środowiskowej

Jan Wilkosz
DTP

INTERNET

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

*Niezamówionych materiałów
Redakcja nie zwraca.*

*Redakcja zastrzega sobie prawo skracania
i adiustacji nadesłanych materiałów.*

RODZINY

GRUDZIEŃ 2008

W NUMERZE:

Elżbieta Marcinkowska

VII Dzień Solidarności z Osobami
Chorującymi Psychicznie w Krakowie 4

Elbląskie Stowarzyszenie na Rzecz

Pomocy Osobom Chorym
Dzień Solidarności... – relacja z Elbląga 5

Dorota Trybis

Rodzina partnerem w leczeniu 6

Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej

Jesteśmy krok bliżej wdrożenia modelu
psychiatrycznej opieki środowiskowej w Polsce 7

Piotr Bochnacki

Grupa wsparcia 8

Łukasz Cichocki

Poczytalność czy niepoczytalność... 9

Weronika z Rzeszowa

Integracja na łonie natury... 10

Agata Uchańska, Artur Kochański

Grupa wsparcia dla rodzin 11

Anna Popek

Miejsce pielęgniarstwa w systemie
psychiatrii środowiskowej 12

Zofia Puchelak, Jolanta Janik

Relacja z XIX Polsko-Niemieckiego Sympozjum
„Zestarzeć się i umrzeć u siebie
– w Polsce i Niemczech” 14

Piotr Cebula

Pogoria – marzenie
kontra próba przetrwania 15

Dawid Bunikowski, Łukasz Broniszewski

Czym są choroby afektywne? 16

Agnieszka Lewonowska-Banach

Jak tworzyć mieszkania chronione? 17

Anna Stasik

A.Y.Napier, C.A. Whitaker
„Rodzinna karuzela” 18



**Wesołych Świąt
Bożego Narodzenia
oraz szampańskiego
Nowego Roku 2009
życzy
Redakcja**



**VII Dzień
Solidarności...
w Krakowie
str. 4**



**Pogoria
– marzenie
kontra próba
przetrwania**

str. 15



**Recenzja
książki**

str. 18

Numer 4 czasopisma „Rodziny” został wydany przy udziale środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach programu „PARTNER III”.

VII Dzień Solidarności z Osobami Chorującymi Psychicznie w Krakowie

14 września 2008 r. odbył się w Krakowie VII Dzień Solidarności z Osobami Chorującymi Psychicznie. Hasłem przewodnim tegorocznych obchodów było: „Rodzina partnerem w leczeniu”. Honorowy patronat przyjął Arcybiskup Metropolita Krakowski Ks. Kardynał Stanisław Dziwisz, Prezydent Miasta Krakowa prof. Jacek Majchrowski oraz Wojewoda Małopolski Jerzy Miller. Patronat medialny objęła TVP Kraków oraz Radio Kraków.

Dzień ten rozpoczął się o godz. 10 mszą świętą w Bazylice Mariackiej w intencji osób chorujących psychicznie oraz w intencji ich rodzin. O godz. 12 w happeningu ulicznym, tj. w przejażdżce dorożkami wokół Rynku Głównego wzięło udział wiele osób po przebytych kryzysach psychicznych i przedstawicieli organizacji społecznych. W Instytucie Goethego wykład na temat: „Rodzina partnerem w leczeniu” wygłosił mgr Ryszard Izdebski – Kierownik zespołu ds. Domowej Hospitalizacji Psychiatrycznej dla Dzieci i Młodzieży Kliniki Psychiatrii Collegium Medicum UJ.

Pan Izdebski zwrócił szczególną uwagę na rolę rodziny jako partnera profesjonalistów w leczeniu osób dotkniętych chorobą psychiczną, na edukację, zarówno pacjenta jak również edukację rodziny (opiekunów), na współpracę chorego i jego rodziny w procesie leczenia z lekarzem prowadzącym. Podkreślił, że te trzy czynniki, jeżeli są w pełni realizowane mają wpływ na lepsze efekty w leczeniu i zapobieganiu nawrotom choroby.

Podczas wykładu mgr. Izdebskiego rozpoczęła się dyskusja na temat „roli rodziny w budowaniu systemu oparcia społecznego”, którą prowadził Hubert Kaszyński z Małopolskiej Filii Sekcji Naukowej Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Wszyscy zabierający głos w dyskusji zgodnie uznali, że bardzo ważnym elementem w terapii jest umożliwienie osobom dotkniętym kryzysem psychicznym odbudowania więzi międzyludzkich i powrót do życia społecznego poprzez:

- przynależność rodziny do stowarzyszeń, grup wsparcia, wspieranie ich działalności,
- działalność samopomocową i rehabilitacyjną,
- kształtowanie postaw sprzyjających akceptacji i adaptacji społecznej,
- pomoc w rehabilitacji zawodowej,
- współtworzenie sieci społecznego wsparcia.



foto: Zofia Puchelak

Sesja filmów edukacyjnych i reportaży o zdrowiu psychicznym emitowanych w TVP 3 przypomniła i przybliżyła zebranym szerszą wiedzę na temat chorób psychicznych, również dała nadzieję chorym i ich rodzinom, że z chorobą można wygrać, że lepsze jutro kiedyś nastąpi. W ramach programu odbyły się konsultacje w kawiarniach przy ul. Brackiej i Gołębiej, w których udzielali porad psychiatrzy, psycholodzy, dyrekcja MOPS, Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne”, Stowarzyszenie Pacjentów „Otwórzcie Drzwi”, doradcy zawodowi i trenerzy pracy. Osoby zainteresowane mogły uzyskać poradę, wsparcie i pomoc w rozwiązaniu swoich problemów.

Moje osobiste wnioski i uwagi z obchodów VII Dnia Solidarności z Osobami Chorującymi Psychicznie:

W naszym społeczeństwie wiedza na temat chorób psychicznych i dotkniętych nią osób jest nadal znikoma. Istnieje wciąż mit, opinia, że chorego trzeba się bać, jest wytykany, lekceważony, odrzucony, często nawet przez najbliższych. Nawet po efektywnym leczeniu raz nadana etykieta „schizofrenika” ciągnie się za taką osobą poprzez całe jej życie na płaszczyźnie wszystkich sfer życia.

Nadal istnieje brak dostatecznych informacji na temat chorób psychicznych. Środki masowego przekazu niejednokrotnie kształtują niekorzystnie obraz osoby chorej.

Dlatego uważam, że obchodzenie Dnia solidarności „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi”, nagłaśnianie w mediach jest potrzebne; coś z tego dnia pozostanie w świadomości społecznej, utkwi w pamięci odbiorcom tych informacji.

Ten dzień przybliżył całemu społeczeństwu problem ludzi z tą chorobą, pokazuje ich zdrowe strony, możliwości i zdolności, ich codzienną walkę o swoje miejsce w społeczeństwie.

Powinniśmy zadbać o większy dostęp do mediów, aby poprzez emisję programów edukacyjnych uwrażliwiać społeczeństwo na problemy ludzi chorych. Ważne byłoby włączenie tych zagadnień do edukacji szkolnej, aby docierać z pozytywnym przekazem i rzetelną wiedzą do starszych dzieci i młodzieży.

Nagradzamy na forum publicznym szefów prywatnych firm, przedstawicieli zakładów pracy, którzy zatrudniają osoby niepełnosprawne ze schorzeniami psychicznymi. Dziękujemy im za to. Tak podjęte działania, z naszej strony przyczyniają się do zwiększania miejsc pracy na otwartym rynku. Społeczeństwo stanie się bardziej wykształcone i poprzez nasze jeszcze większe zaangażowanie stanie się tolerancyjne i bardziej wrażliwe. Wierzę, że to nastąpi i ten „jeden dzień” będzie trwał cały rok.

Elżbieta Marcinkowska
Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne”
Kraków

Dzień Solidarności z Osobami Chorującymi PsychicZNie – relacja z Elbląga

W niedzielę 14 września 2008 r. Środowiskowy Dom Samopomocy Filia nr 3 ul. Winna 9 w Elblągu oraz Elbląskie Stowarzyszenie na Rzecz Pomocy Osobom Chorym PsychicZNie ich Rodzinom i Opiekunom „PRO-FAMILIA”, rozpoczął obchody VII Ogólnopolskich Dni Solidarności z Osobami Chorującymi PsychicZNie.

Pracownicy i uczestnicy Środowiskowego Domu Samopomocy ich rodziny oraz przyjaciele i członkowie Elbląskiego Stowarzyszenia „PRO-FAMILIA” spotkali się na w Katedrze Św. Mikołaja Mszy Św., którą odprawił ks. prałat Krzysztof Błaszowski w intencji wszystkich osób chorych psychicZNie, ich rodzin i opiekunów.

Po wyjściu z kościoła spotkaliśmy się przy pomniku Papieża Jana Pawła II, skąd Pani przewodnik oprowadziła nas po Elbląskiej Starówce; pomimo chłodnego poranka zebrała się liczna grupa.

Kolejną atrakcją niedzielnego popołudnia był Festyn na Placu Kazimierza Jagiellończyka I. Uroczystego otwarcia festynu dokonała Pani Dyrektor Domu Pomocy Społecznej mgr Krystyna Grzybicka wraz z przedstawicielami: szpitali psychiatrycznych z Elbląga i Fromborka, Środowiskowych Domów Samopomocy, Domów Pomocy Społecznej, rodzin. Następnie wszyscy uczestnicy festynu przeszli przez symboliczne drzwi oznaczające solidarność z osobami chorującymi psychicZNie.

Osoby biorące udział w festynie mogli skorzystać z wielu atrakcji m.in. super zabawa przy zespole „Karaok – Łukasz Gesek”, występu zespołu „TAUKERS” wszyscy z wielką przyjemnością obejrzeli występy tancerzy Moniki Sokołowskiej i Adama Popowskiego z Centrum Tańca „Promyk”.

Dużym zainteresowaniem cieszył się pokaz walki „Wing-tsun” Mariusza Cydzika. Główny sponsor obchodów – Firma Farmaceutyczna Celon Pharma przygotowała ciekawą loterię fantową z wiedzy o Elblągu. Na rozgrzewkę serwowano wspaniałą grochówkę przygotowaną przez 16 Pomorską Dywizję Zmechanizowaną im. Króla Kazimierza Jagiellończyka oraz smakołyki, którymi częstowali uczniowie Zespołu Szkół Gospodarczych.

Uczestnicy festynu mieli okazję zapoznać się z szeroką ofertą proponowaną przez Szkołę Policealną im. J. Romanowskiej w Elblągu: pokaz pierwszej pomocy w wykonaniu wydziału Ratownictwa Medycznego; wydział Terapii Zajęciowej zaproponował wspaniałą zabawę przy wykonywaniu różnych technik artystycznych; dużym zainteresowaniem cieszyły się propozycje w wykonaniu wydziału Technik Usług Kosmetycznych.

Podczas festynu wszyscy mieli okazję zapoznać się z placówkami niosącymi pomoc osobom chorym psychicZNie tj.: SPSPZOZ Frombork, 110 Szpital Wojskowy w Elblągu, DPS ul. Pułaskiego 1c, DPS ul. Toruńska, MOPS Elbląg, ERKON, WTZ i ŚDS ul. Saperów



14 D i WTZ ul. Saperów 14 F, PZP ul. Królewiecka 195 oraz ŚDS Filia nr 3 ul. Winna 9 oraz inne organizacje i instytucje.

W ramach Ogólnopolskiej Kampanii „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi” odbył się konkurs plastyczny pod hasłem „Rodzina partnerem w leczeniu”; wszyscy uczestnicy konkursu zostali obdarowani wspaniałymi nagrodami rzeczowymi ufundowanymi przez: firmę „MARCO”, PZU w Elblągu, Elbląskie Stowarzyszenie „PRO-FAMILIA”.

W drugim dniu obchodów 15 września w Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej ul. Lotnicza 2 odbyła się konferencja poświęcona pomocy osobom chorym na schizofrenię. Dr n.med. Piotr Radziwiłłowicz wygłosił wykład „Schizofrenia – trudna diagnoza, nowe nadzieje”, mgr Kamila Kłaman z ERKON mówiła o możliwości pracy dla osób chorych psychicZNie, mgr Anna Zawisza z UM Wydziału Społecznego zapoznała zgromadzonych ze źródłami dofinansowania osób niepełnosprawnych. Pani Marta Zajac ze Środowiskowego Domu Samopomocy Filia nr 3 przedstawiła analizę badań dotyczących wiedzy na temat problematyki osób chorych psychicZNie.

W przerwie można było skorzystać z konsultacji lekarza psychiatry, psychologa, pielęgniarki neuropsychiatrycznej, pracownika socjalnego oraz terapeuty zajęciowego.

Tak wspaniała impreza mogła się odbyć dzięki objęciu Honorowym Patronatem przez Prezydenta Miasta Elbląg Pana Henryka Słoniny. Obchody zostały dofinansowane w ramach projektu Ministra Pracy i Polityki Społecznej w Warszawie „Nowatorskie Działania na Rzecz Osób z Zaburzeniami PsychicZnymi”.

Elbląskie Stowarzyszenie na Rzecz Pomocy Osobom Chorym

Rodzina partnerem w leczeniu

Uczestniczyliśmy z mężem w dyskusji na temat roli rodziny w tym, by stworzyć oparcie społeczne dla osób chorujących psychicznie. Był to jeden z punktów programu obchodzonego 14 września 2008 roku w Krakowie Ogólnopolskiego Dnia Solidarności z Osobami Chorującymi Psychiczenie. Omówione na seminarium problemy wywołały u mnie skojarzenia i przemyslenia, które chciałam tu przedstawić.

Ja też należę do tego grona pacjentów, których życie zostało napiętnowane chorobą psychiczną. Czy jednak

Rodzina była zawsze moim najbliższym środowiskiem, nigdy mnie się nie wyparła i mimo pozorów, że zachowuję się nieodpowiedzialnie, traktowała mnie jak partnerkę.

narzekam i płaczę z tego powodu? Czy w moim późnym wieku nie dochodzę do takiego przekonania, że ta przypadłość uwolniła mnie od więzów pozorów i ról, masek i póz, jakie nałożyło na mnie wychowanie opierające się na naśladowaniu, nauce na pamięć, ukrywaniu własnych poglądów i strachu przed autentycznością?

Wydawałoby się, że do niedawna choroba ta, jaką jest schizofrenia paranoidalna, była chorobą nieuleczalną. Lekarze i bliscy ukrywali przede mną tę diagnozę, a więc nie odbierali mi nigdy nadziei. O roli bliskich mi ludzi w przychodzeniu do zdrowia chciałabym napisać.

Rodzina była zawsze moim najbliższym środowiskiem, nigdy mnie się nie wyparła i mimo pozorów, że zachowuję się nieodpowiedzialnie, traktowała mnie jak partnerkę. W gronie rodzinnym przechodziłam pierwsze stadia mojej choroby, gdy w ciężkiej depresji biłam głową w mur, potem pogubiłam myśli w procesie dezintegracji, która okazała się pozytywna... Dla moich rodziców nigdy nie przestałam być najstarszą córką, gdy mozolnie szukałam dla siebie miejsca w społeczeństwie, próbując zdobyć wykształcenie i pracę.

Tato mój już nie żyje. Ja mam własną rodzinę: męża i dzieci. Z mamą dzielimy mieszkanie i wydaje mi się czasem, że mama jest dumna ze mnie i z siebie, że do starości wychowuje i naucza swoją córkę, która pokornie spełnia jej polecenia.

Moja choroba nauczyła mnie pokory. Wiem, że często nie ja mam rację, ale gdy oprę się na zdaniu mamy, męża, a nawet dorosłych już córek, to wkroczę na właściwą drogę myślenia i postępowania. Tę pokorę przenoszę na swoje zachowanie w społeczeństwie, w pracy i w świecie.

Naśladować swoich rodziców i siostry, ich miłość do mnie przenoszę na swoich najbliższych, jakimi są mąż i córki. Relacje z nimi są ukształtowane we mnie już w okresie wczesnej młodości, a nawet w dzieciństwie. Gdy spotkałam mojego obecnego męża zapytałam go: będziesz moją babcią?

Otoczenie mojej najbliższej rodziny, w której obracam się na co dzień sprawia, że czuję się bezpieczna, pewna siebie i dowartościowana.

W moich opowieściach o rodzinie przedstawiała się ona jako najbardziej przeze mnie kochana osoba. Mąż przyjął to ze zrozumieniem, gdyż jego więzy rodzinne ukształtowane w małej wiosce na zachodzie Polski także opierają się na miłości.

Na konferencji zostały przedstawione krótkie filmy, których bohaterami jesteśmy my, beneficjenci psychiatrii. Moja koleżanka Jola także zdradziła na jednym z nich swoją wielką miłość do babci, którą opiekowała się w jej starości. Serdeczna opieka, jaką jej okazała przyniosła Joli zdrowie – remisję choroby. Nauczyła ją syste-

matyczności, wyrzekania się swoich wygod i przyzwyczajzeń, odpowiedzialności. Można by powiedzieć, że zdrowie przyszło w nagrodę za tak wielkie oddanie dla bliskiej osoby.

Otoczenie mojej najbliższej rodziny, w której obracam się na co dzień sprawia, że czuję się bezpieczna, pewna siebie i dowartościowana. Jestem zwolenniczką teorii, że my, chorujący psychicznie jesteśmy w stanie kochać, opiekować się słabszymi, na przykład dziećmi, być za nie odpowiedzialnymi, żyć w zgodzie małżeńskiej, a nawet przyjmować na siebie ciężar dzielenia się utrzymaniem rodziny z mężem.

Gdy obejmę pamięcią całą moją młodość przeżyta w kontakcie z psychiatrią, mogę powiedzieć, że moimi najbliższymi stali się także psychoterapeuci, lekarze, pielęgniarki, z którymi wiąza mnie także więzy jeśli nie miłości, to wielkiej przyjaźni. Staliśmy się wielką psychiatryczną rodziną, w której oni są zawsze przykładem życzliwości, tego, jak można zaufać drugiemu i jak można swoje życie poświęcić dla szczęścia słabszych.

Moimi najbliższymi są też przyjaciele z pracy, a pracuję w Zakładzie Aktywności Zawodowej, hotelu „U Pana Cogito”, gdzie jedni od drugich uczymy się zmagania z chorobą i przedłużania remisji choroby w nieskończoność. Oby świat ludzi zdrowych choć w części wzorował się na tym naszym społeczeństwie.

*Dorota Trybisi
Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”*

Jesteśmy krok bliżej wdrożenia modelu psychiatrycznej opieki środowiskowej w Polsce

Warszawa, 7 października 2008

Jesteśmy krok bliżej wdrożenia modelu psychiatrycznej opieki środowiskowej w Polsce. Raport Psychiatryczna opieka środowiskowa określa działania, jakie powinny zostać podjęte w pierwszej kolejności, by proces przekształcania systemu opieki psychiatrycznej pozostał bez negatywnego wpływu na opiekę nad osobami chorymi. Dzięki nowelizacji Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego mamy szansę rozpocząć przekształcanie systemu opieki psychiatrycznej w kierunku obowiązującego na świecie modelu środowiskowego. Jednak bez uchwalenia przepisów wykonawczych wprowadzenie w życie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego będzie niemożliwe.

Transformacja ustrojowa w Polsce wraz ze zmianami społeczno-ekonomicznymi doprowadziła do wzrostu dotychczasowych zagrożeń zdrowotnych i pojawiania się nowych zagrożeń: ubóstwa, bezrobocia, bezdomności oraz marginalizacji osób mniej sprawnych. Corocznie zwiększa się liczba osób, które potrzebują wsparcia i opieki specjalistów zdrowia psychicznego. Zdaniem ekspertów to ostatni moment na rozpoczęcie przekształcania systemu opieki psychiatrycznej z funkcjonującego obecnie modelu instytucjonalnego w kierunku środowiskowego modelu opieki.

Raport Psychiatryczna opieka środowiskowa w Polsce został opracowany, by wesprzeć prace decydentów oraz wskazać jakie zmiany, krok po kroku, powinny zostać wdrożone. W opinii ekspertów przekształcanie systemu opieki psychiatrycznej musi pozostać bez negatywnego wpływu na bieżącą opiekę nad osobami chorymi. „Ważne jest, aby czerpiąc z doświadczeń innych państw, podążać drogą wolną od zbyt pochopnych działań pamiętając, że zmiany, które wprowadzamy mają wpływ na konkretnych ludzi i ich rodziny. Ludzi, którzy z racji wyjątkowości swojej choroby są bardziej narażeni na wykluczenie społeczne i dyskryminację” twierdzi doc. Joanna Meder, Zastępca Dyrektora ds. Medycznych Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Określone w raporcie etapy działań obejmują:

- Etap I – stworzenie ogólnopolskiej sieci poradni zdrowia psychicznego oraz konsekwentna edukacja społeczeństwa,
- Etap II – tworzenie hosteli i mieszkań chronionych oraz konsekwentna edukacja społeczeństwa,
- Etap III – zmiana struktury zasobów opieki psychiatrycznej oraz konsekwentna edukacja społeczeństwa.

Przeprowadzenie zmian zgodnie z powyższym schematem stwarza szansę na przeniesienie opieki psychiatrycznej bliżej lokalnych społeczności, co może mieć pozytywny wpływ na zmianę postrzegania chorób psychicznych oraz zwiększenie dostępności porad z zakresu zdrowia psychicznego.

Zmiana sposobu opieki psychiatrycznej wymaga stałego podnoszenia świadomości społecznej. „Wyniki przeprowadzonego przez CBOS w tym roku badania „Osoby chore psychicznie w społeczeństwie”, wskazują na ciągle niesatysfakcjonujący poziom społecznej akceptacji osób z chorobami psychicznymi” podaje Magdalena Bojarska z Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. „Dlatego na każdym etapie bardzo ważne jest prowadzenie działań edukacyjnych. Jedynie społeczna akceptacja chorych pozwoli na pełne wykorzystanie zalet środowiskowego modelu opieki. Jej pozytywny wpływ na skuteczność działań terapeutycznych i rehabilitacyjnych znacząco skróci czas niezbędny do uzyskania najpełniejszego możliwego poziomu funkcjonowania osoby chorej w środowisku” – dodaje.

Dzięki nowelizacji „Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego” mamy szansę rozpocząć przekształcanie systemu opieki psychiatrycznej w kierunku obowiązującego na świecie modelu środowiskowego.

Uchwalona 23 lipca 2008 r. przez Sejm ustawa o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jest znaczącym krokiem na rzecz pozytywnych zmian w opiece psychiatrycznej. „Działania postulowane we wprowadzanym przez ustawę Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego zakładają przekształcenie opieki psychiatrycznej z systemu, którego podstawą są duże, odizolowane od społeczeństwa szpitale psychiatryczne w kierunku modelu, w którym celem jest reintegracja społeczna osoby chorej oraz zapewnienie jej optymalnych warunków do jak najpełniejszego funkcjonowania w lokalnej społeczności” – mówi prof. Aleksander Araszkiewicz, Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Ustawa, której wejście w życie zostało zaplanowane na styczeń 2009 r., została podpisana przez Prezydenta RP 30 września 2008 r. Obecnie czeka na uchwalenie przez Radę Ministrów przepisów wykonawczych, bez których wprowadzenie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego pozostanie jedynie martwym zapisem prawnym. „Uchwalenie ustawy stanowi krok milowy we wspólnych pracach środowiska medycznego i decydentów nad zmianą systemu opieki psychiatrycznej w Polsce. Kolejnym krokiem, jaki musimy zrobić, to zapewnienie przepisów wykonawczych do ustawy. Potem pozostają już tylko zmiany na lepsze” – dodaje Araszkiewicz.

Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej
materiały z konferencji 7.10.2008
zorganizowanej z okazji
Światowego Dnia Zdrowia Psychicznego

Grupa wsparcia

Grupa wsparcia działa już od ośmiu lat. Dzielimy się w niej wspólnymi sprawami, troskami, informacjami, które dostarczają istotnej pomocy w zdrowieniu. Uczestnikiem „Grupy” jestem od samego początku.

Od samego początku można było zapraszać na grupę naszych przyjaciół z pola kultury i nauki. Spotkania połączone z prelekcjami stanowiły źródło inspiracji dla uczestników. W chwili obecnej ważnym elementem funkcjonowania „Grupy” są „spotkania muzyczne” prowadzone przez Panią Elę. Pani Ela jest osobą chorującą, pomimo to, a może właśnie dlatego, oprócz pracy zawodowej regularnie raz w tygodniu znajduje czas, aby wtajemniczać nas w zaczarowany świat muzyki.

Uczymy się przez te lata norm współżycia, które myślę, że są godne polecenia całemu społeczeństwu. W latach 90. nadeszła w Polsce skrajna indywidualizacja sposobu życia. Zanikały więzi sąsiedzkie; to osoby chorujące psychicznie pierwsze utraciły pracę, pierwsze były zagrożone bezdomnością, izolacją społeczną. Marzył mi się wówczas czarownik, tak jak w tej indiańskiej wiosce, który skupia wokół

siebie całą wioskę, jest autorytetem, daje wsparcie i tworzy rzeczywistość, leczy.

Moje marzenia przybrały realny kształt, gdy pewnego dnia galeria sztuki była zamknięta i nasz klub seniora spotkał się w kawiarni przy ul. Studenckiej w Krakowie. Usiedliśmy w

W latach 90. nadeszła w Polsce skrajna indywidualizacja sposobu życia. Zanikały więzi sąsiedzkie, to osoby chorujące psychicznie pierwsze utraciły pracę, pierwsze były zagrożone bezdomnością, izolacją społeczną.

otoczeniu akwariów z rybkami i mieliśmy ochotę wypić specjalność zakładu: napój peruwiańskich Indian yerba maté. Rozmowa w oprawie kawiarni – galerii przyrody wprowadziła nas w stan zadowolenia, poculiśmy się silni siłą grupy i wzajemnej przynależności.

Mamy teraz 2008 rok i grupa wsparcia ewoluuje. Dwa lata temu powstała „Grupa seniora”. Młodszy mogą zapraszać starszych na mecze, starsi organizują

wspólne wyjścia do filharmonii, razem chodzimy do teatru. Utrzymujemy przyjacielskie relacje również poza spotkaniami grupy; zapraszamy się nawzajem po zajęciach, by wspólnie spędzić czas. Gdy ktoś z uczestników jest w kłopotcie, natychmiast ktoś inny gotów jest śpieszyć mu z pomocą. Ostatnio będącemu w trudnej

sytuacji życiowej i materialnej Markowi z grupy seniora pomogłem znaleźć współlokatora. Przez wspólne zamieszkanie Marek i Krzysztof udzielają sobie wzajemnie wsparcia zarówno emocjonalnego, jak i finansowego. Chciałbym już na koniec serdecznie zaprosić państwa, jeśli kiedykolwiek poczujecie się wyalienowani w naszym społeczeństwie, przyjdźcie pl. Sikorskiego 2/8 w piątek o godz. 16. Zapraszamy.

Piotr Bochnacki

fot. Internet



Poczytalność czy niepoczytalność – aktualne ujęcie w polskim kodeksie postępowania karnego

Pojęcie poczytalności a raczej niepoczytalności jest obecne w świecie pojęć prawnych od czasów starożytnych. Co więcej, mimo upływu tysięcy lat, grupa osób, których prawodawcy uznawali i uznają za nierozpoznających znaczenia popełnianego czynu jest dość stała. W obecnym brzmieniu polskiego kodeksu prawa karnego zagadnieniu niepoczytalności i ograniczonej poczytalności jest poświęcony przede wszystkim artykuł 31.

Oto pełne brzmienie art. 31 k.k.

§1. „Nie popełnia przestępstwa, kto, z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych, nie mógł w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swym postępowaniem”.

§2. „Jeżeli w czasie popełnienia przestępstwa zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania postępowaniem była w znacznym stopniu ograniczona, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary”.

§3. „Przepisów §1 i 2 nie stosuje się, gdy sprawca wprowadził się w stan nietrzeźwości lub odurzenia powodujący wyłączenie lub ograniczenie poczytalności, które przewidywał albo mógł przewidzieć”.

Odszeru lat kolejne kodeksy postępowania karnego z lat 1932, 1969 i z 1997 r. utrzymują podobne brzmienie artykułu dotyczącego niepoczytalności. Spróbujmy prześledzić poszczególne zapisy tego artykułu.

Kluczowe dla całej konstrukcji tego artykułu jest sformułowanie „nie popełnia przestępstwa”. To sformułowanie wynika z zasady „nie ma przestępstwa bez winy” zawartej w artykule 1 k.k. Innymi słowy człowiek, który pod wpływem opisanych dalej stanów popełnił czyn zabroniony jest niewinny, a nie „nie podlega karze”. Jakie stany mogą doprowadzić człowieka do popełnienia czynu karalnego bez rozpoznania jego znaczenia lub do niemożności pokierowania swoim

postępowaniem? Dwa pierwsze z wymienionych stanów są dość klarowne i mają długą, sięgającą już prawa rzymskiego tradycję. Określenie choroby psychicznej dotyczy zgodnie z intencją prawodawcy zaburzeń psychicznych o charakterze psychozy, a upośledzenie umysłowe (w poprzednim kodeksie karnym niedorozwój umysłowy) odpowiada medycznej definicji tego terminu. Najwięcej kontrowersji budzi określenie „inne zakłócenia czynności psychicznych”. Z psychiatrycznego punktu widzenia jest to pojęcie bardzo szerokie, w zasadzie trudno określić, co ono oznacza. Zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z 7 lutego 1963 r. należy przyjąć możliwie szeroką definicję wykraczającą poza obszar psychopatologii, obejmującą stany silnego wzburzenia emocjonalnego, np. gniewu, rozpacz, przerażenia. Wpływ na wystąpienie takich emocji mają różne stany somatyczne, np. zatrucie, zaburzenia hormonalne, ciąża.

Ważne też w ustępie pierwszym jest określenie „w czasie czynu” (w odróżnieniu od wcześniej używanego „w chwili czynu”). Przyjmuje się, że określenie „czas czynu” jest szersze od „chwili czynu” i obejmuje czas przed, w trakcie i po dokonaniu czynu karalnego.

Sformułowania z ustępu drugiego dotyczą stanu ograniczonej poczytalności. Przyjęło się uważać, że stan ograniczonej poczytalności jest skutkiem zaburzeń bądź stanów psychicznych podobnych do opisanych w ustępie pierwszym, ale o mniejszym nasileniu. Z mniejszego nasilenia objawów, emocji wynikają mniejsze zakłócenia rozpoznawania znaczenia czynu, czy pokierowania swoim postępowaniem, w związku z czym ustawodawca mówi już o „popełnieniu przestępstwa”. Dodaje jednak, że „sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary” – czyli jest wina, ale kara może być łagodna.

Ustęp trzeci mówi o „stanach nietrzeźwości lub odurzenia”. Jeśli ktoś się upija lub bierze narkotyki i pod ich wpływem popełnia przestępstwo podlega karze. Jest

to bardzo ważne i chroniące społeczeństwo sformułowanie. Inne rozwiązania prowadziłyby do sytuacji, gdzie ktoś uwalniałby się od odpowiedzialności za swoje czyny w bardzo prosty, powszechnie dostępny sposób. Wyjątkiem od tej zasady są atypowe reakcje na spożycie alkoholu, których podsądny nie mógł przewidzieć (czyli po raz pierwszy w życiu). Należą do nich m.in. upicie patologiczne czy głębokie upicie na podłożu patologicznym – gwałtowne, niekontrolowane zachowania o ogromnym ładunku agresji po często niewielkich dawkach alkoholu z lub bez towarzyszących organicznych uszkodzeń centralnego systemu nerwowego.

Jeśli ktoś się upija lub bierze narkotyki i pod ich wpływem popełnia przestępstwo podlega karze.

W 2003 r. wprowadzono nowelizację kodeksu karnego w obrębie ustępu 4 artykułu 79. Zmiana ta spowodowała, że obecnie organy procesowe, mogą polecić biegłym psychiatrom „wyraźne wypowiedzenie się, czy zachodzą wątpliwości co do poczytalności oskarżonego na chwilę obecną, w trakcie postępowania”. Takie postawienie sprawy – nie w odniesieniu do konkretnego czynu tylko rozszerzające czas na „trakt postępowania” – stawia biegłych psychiatrów w trudnej sytuacji. W opinii dr n. med. Danuty Hajdukiewicz, byłego kierownika Kliniki Psychiatrii Sądowej IPiN, nie ma dobrej odpowiedzi na tak postawione pytanie.

Więcej informacji na ten temat mogą Państwo znaleźć w serwisie internetowym Psychiatria Online.

*Dr n. med. Łukasz Cichocki
– lekarz psychiatra
Katedra Psychiatrii CM UJ
w Krakowie*

Integracja na łonie natury – źródłem siły grupy

Już od dawna wierzono, że przyroda wpływa pozytywnie na ludzki umysł. Nie tylko dostarcza wyciszenia, ale także jest źródłem inspiracji dla wielu twórców i artystów. Patrząc na gwiazdy, uświadamiamy sobie, że jesteśmy zaledwie cząstką w skali wszechświata. W obliczu znacznego postępu technicznego, człowiek powoli odcina się od natury.

Dzisiejszy świat oparty na sukcesie, dobrej pozycji i pieniądzu działa na zwiększonych obrotach. Nie każdy to tempo może sobie przyswoić, dlatego pojawiają się choroby, w tym choroby psychiczne. Jednostki słabsze nie mają szans w starciu z osobami zdrowymi.

Choroba psychiczna budzi strach u wielu ludzi. Wynika to z niewiedzy oraz lęku przed nieobliczalnością osoby chorującej. Społeczeństwo polskie oswaja się stopniowo z pojęciem choroby psychicznej, ale jeszcze jest daleko do światowego standardu, zwłaszcza jeśli chodzi o województwo podkarpackie. Rodzi to sytuacje, w której człowiek chorujący psychicznie boryka się sam ze swoją chorobą.

Specyfika tej choroby powoduje najczęściej wycofanie się z życia jednostki. Świat przeżyć wewnętrznych, lęków zamyka człowieka najczęściej w czterech ścianach jego domu. Doświadczenie pustki i opuszczenia przez przyjaciół często towarzyszy osobie chorującej, co dodatkowo wpływa na nią negatywnie.

Ten, kto nie doświadczył choroby psychicznej, nigdy tak do końca nie zrozumie schizofrenika. Bo jak można wytłumaczyć lęk, który paraliżuje najprostsze działania? Czy można oddalić od siebie myśli, które ciągle atakują umysł? Czy można zwalczyć niemoc, która dotyka ciało i duszę? Czy można się uśmiechnąć pomimo złego dnia? Czy można wyjść do ludzi pomimo lęku?

Z tymi pytaniami próbował się zmierzyć Zarząd Stowarzyszenia Otwarty Umysł przez zorganizowanie dla swych podopiecznych spotkań integracyjnych na

łonie natury. W ten sposób na przestrzeni lipca, sierpnia i września zorganizowano dwa ogniska: jedno przy ul. Załęskiej w Rzeszowie, drugie w uroczej leśniczówce w Wysokiej Głogowskiej. Należy także wspomnieć o 4-dniowej wycieczce w Góry Świętokrzyskie oraz o jednodniowym wyjeździe w przepiękne – mieniące się żółcią, czerwienią, brązem i zielenią – Bieszczady.

Walka z chorobą w pojedynkę, bez wsparcia ze strony przyjaciół nie jest łatwym zadaniem. Człowiek jest istotą społeczną i potrzebuje kontaktu z drugim człowiekiem. Bez względu na to, czy jest zdrowy czy chory.

Siła należy do grupy, dlatego integrację społeczną uważam za jedną z najważniejszych form wsparcia jednostki. Gdy wiem, że obok siebie mam ludzi, którzy mnie wspierają, mam motywację do pokonania trudniejszych chwil. Zawsze można porozmawiać. Nie tylko otrzymując pomoc od innych, ale również dając siebie innym. Czasem wystarczy, żeby ktoś po prostu był blisko mnie i to też daje mi siłę do poradzenia sobie z trudnym dniem.

Podczas zorganizowanych spotkań integracyjnych, nie tylko się wspieraliśmy, ale coraz lepiej poznawaliśmy się wzajemnie. Nic tak nie integruje ze sobą jak dłuższy pobyt za miastem. Mam tu na myśli wycieczkę.

Wyjazd w Góry Świętokrzyskie był niejako sprawdzianem naszych możliwości. Czuliśmy się odpowiedzialni jedni za drugich. A wynikało to z tego, że niektóre osoby z naszego Stowarzyszenia zdecydowały się jechać bez opiekunów, co było dla nich dużym wyzwaniem. Pomimo obaw, lęków udało się nam wyjść naprzeciw własnym ograniczeniom.

Bliskość innych osób i ich wsparcie wyzwało w nas nasz własny potencjał. W grupie czuliśmy się bezpiecznie, bo wiedzieliśmy, że w każdej chwili możemy liczyć na pomoc ze strony przyjaciół. Integrowaliśmy się przez gesty, słowa, wspólne przebywanie, robienie zdjęć,

śpiewanie, wspólne posiłki, wspólne mieszkanie.

Wycieczka wymuszała na uczestnikach wysokie zdyscyplinowanie, ponieważ trzeba było wstać przed 7:00 na śniadanie i trzymać się grupy. Plan wycieczki był napięty, dlatego nie było czasu na beczyność i nudę. Najważniejsze, że przestaliśmy myśleć o chorobie i nie czuliśmy się gorsi od innych. Udało się nam zdobyć Święty Krzyż i nie ustaliśmy w zwiedzaniu takich miejsc jak: Krzyżtopór, Baranów Sandomierski, Chęciny, Park Jurajski, Krzemionki, Kielce, Kadzielnia. Przyroda Świętokrzyskiego Parku Narodowego dodatkowo wpływała kojąco na nasze nastroje. Kolorowe drzewostany tworzyły artystyczne widoki i krajobrazy.

Wyjazd w Bieszczady podobnie jak wycieczka w Góry Świętokrzyskie dostarczył nam wiele wrażeń. Wśród atrakcji dnia zobaczyliśmy Muzeum Budownictwa Ludowego w Sanoku, Muzeum Bieszczadzkiego Parku Narodowego w Ustrzykach Dolnych, kamień leski i zapórę solińską. Dzięki tej wycieczce pogłębiły się nasze relacje. Staliśmy się silniejsi i bogatsi w nowe doświadczenia.

Poprzez integrację nikt nie czuje się wyobcowany i samotny. W grupie jest zawsze rażniej i bezpieczniej. Grupa ma swoje prawa i trzeba się jej podporządkować. Nie tylko daje wsparcie, ale ma także duży wpływ na zachowanie jednostki. Poznawanie nowych miejsc dostarcza nam nie tylko wiedzy, ale sprawia dowartościowanie jednostki. W ten sposób podążamy za legendami i historią, stając się na nowo odkrywcami wielu pięknych miejsc. Takie spotkania integracyjne jak ognisko czy wycieczka przynoszą wiele korzyści. Tworzą wspólnotę różnych ludzi, którzy dążą do określonego celu. Tym celem jest wyzdrowienie i poprawa funkcjonowania w społeczeństwie, gdzie natura wspiera nas w tym działaniu.

Weronika
z Rzeszowa

Grupa wsparcia dla rodzin

W myśl założenia, że rodzina to partner, sprzymierzeniec w leczeniu pacjenta chorego psychicznie, oraz że rodzina potrzebuje wsparcia w radzeniu sobie z sytuacją choroby – jednym z obszarów działalności Lubelskiego Stowarzyszenia Ochrony Zdrowia Psychicznego w Lublinie jest niesienie pomocy rodzinom osób z zaburzeniami psychicznymi. Od jesieni 2005 roku owo wsparcie jest realizowane w formie spotkań grupy członków rodzin osób chorujących z towarzyszącym psychologiem i lekarzem psychiatrą (w razie potrzeby umożliwiane są oczywiście spotkania indywidualne poza programem spotkań grupowych). Zajęcia odbywają się raz w miesiącu, po południu i trwają każdorazowo około 3 godzin. Grupa ma charakter otwarty, aczkolwiek zaznacza się stały zrząd osób uczęszczających bardzo systematycznie i mocniej zaangażowanych. Beneficjentami są rodziny osób o różnych diagnozach, chociaż dominuje psychoza. Większość uczestników to rodzice, pozostali to małżonkowie, rodzeństwo oraz dzieci pacjentów. Oddziaływania terapeutyczne koncentrują się wokół psychoedukacji oraz funkcjonowania grupy wsparcia.

Cele pracy w grupie rodzin są następujące:

- edukacja, poradnictwo i wsparcie psychologiczne;
- uczenie się skutecznej komunikacji w rodzinie;
- dzielenie się przeżyciami związanymi z chorobą bliskiej osoby;
- udzielanie sobie nawzajem wsparcia poprzez wymianę doświadczeń (sukcesy i porażki) dotyczących radzenia sobie z problemami opieki nad osobą chorą;
- radzenie sobie z negatywnymi reakcjami emocjonalnymi, przepracowanie negatywnych emocji;
- pomoc w rozwiązywaniu problemów związanych z chorobą, jej przeżywaniem;

- nabywanie umiejętności efektywnego rozwiązywania problemów;
- zwiększanie zaangażowania w proces leczenia;
- umożliwienie wspólnego szukania rozwiązań dla istniejących problemów i wzajemna pomoc w próbowaniu nowych sposobów radzenia sobie ze wspólnymi kłopotami;
- rozszerzenie sieci kontaktów społecznych w celu przeciwdziałania poczuciu izolacji i napiętnowania.

Rodziny uczestniczą w konferencjach dla rodzin na terenie kraju oraz lokalnym dniu solidarności z osobami z zaburzeniami psychicznymi, udzielając porad w punkcie konsultacyjnym obok lekarzy, psychologów i pracowników socjalnych.

Na spotkania zapraszani są również inni specjaliści i osoby zaangażowane w proces rehabilitacji osób niepełnosprawnych; również wolontariusze wspomagają pracę terapeutów poprzez wizyty środowiskowe.

Można stwierdzić, że grupa wsparcia rodzin integruje działalność wszystkich struktur terapeutycznych Lubelskiego Stowarzyszenia Ochrony Zdrowia Psychicznego: ośrodka wsparcia, środowiskowego domu samopomocy, centrum interwencji kryzysowej, hostelu i mieszkań chronionych, zespołu leczenia środowiskowego oraz punktu poradnictwa dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie. Członkowie rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi mogą otrzymać poradę i wsparcie lub udzielać pomocy, niezależnie od tego, czy problemem jest przewlekła choroba czy pierwszorazowy kryzys psychiczny.

Agata Uchańska, Artur Kochański
Lubelskie Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia Psychicznego
ul. Gospodarcza 32, 20-213 Lublin
tel. (0-81) 7465200, e-mail: poczta@lsozp.org

Lubelskie Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia Psychicznego

ul. Gospodarcza 32, 20-213 Lublin
tel. (0-81) 7465200, e-mail: poczta@lsozp.org

CELE STATUTOWE STOWARZYSZENIA:

- udzielanie osobom z zaburzeniami psychicznymi pomocy przystosowanej do szczególnych potrzeb tych osób;
- udzielanie pomocy rodzinom tych osób;
- zjednoczenie ludzi dobrej woli, gotowych społecznie udzielać powyższej opieki i pomocy;
- prowadzenie różnych form terapii;
- prowadzenie aktywizacji.

Miejsce pielęgniarstwa w systemie psychiatrii środowiskowej

„Otoczenie determinuje szanse jednostki, ale i posiada moc sprawczą jej aktywności”

R. Ossowski

Upředzenia i przesady wobec osób chorujących psychicznie mają swoją długą tradycję. Spotyka się je powszechnie i mają negatywny wpływ na prognozę i przebieg chorowania. Ludzie chorzy psychicznie spotykają się często w życiu codziennym z dyskryminacją i odrzuceniem.

Na przestrzeni wieków w Polsce różnie kształtował się rozwój rozmaitych form opieki psychiatrycznej. Po średniowieczu, gdzie chorzy psychicznie byli traktowani jako owładnięci przez złego ducha, nastąpił okres, w którym psychiatria stała się medykoszpitalnocentryczna, co oznacza, że jedyną grupą, która mogła zajmować się ludźmi chorymi psychicznie byli lekarze, a jedyną formą leczenia było umieszczanie chorych w oddalonych od miast szpitalach. Dziś część tych szpitali znajduje się w mieście; to miasta poprzez swą rozbudowę i infrastrukturę doszły do szpitali. Przed wojną w Polsce było 13 tysięcy łóżek psychiatrycznych, zatrudnionych 300 psychiatrów i tzw. personel pomocniczy w ilości około 3 tys. osób. Personel ten stanowili w dużym stopniu podoficerowie wojskowi lub policyjni, ponieważ królował wówczas mit, że osoby chorujące psychicznie są niezwykle niebezpieczne, agresywne. Skutki takiego poglądu mogłam zobaczyć jeszcze 25 lat temu, kiedy podjęłam pracę jako pielęgniarka w znacznie oddalonym wówczas od Krakowa szpitalu. Pacjenci nie korzystali z tak niebezpiecznych narzędzi jak nóż i widelec, posiłki podawano w metalowych miskach, ponieważ talerze mogli rozbić, w oknach nie było firanek, ponieważ chory mógł się powiesić. Było oczywiste, że musimy kontrolować korespondencję chorego. Panował wszechwładny przymus, którego szafarzami stawali się „sanitariusze” rekrutowani w dużej mierze wskutek negatywnej selekcji zawodowej. Rola pielęgniarki była zminimalizowana do instrumentalnych czynności, wykonywanych za zamkniętymi drzwiami pomieszczenia służbowego.

Obecnie reforma psychiatrii w Polsce zakłada, że nie będą już budowane wielkie szpitale psychiatryczne. Występuje tendencja do zmniejszania ilości łóżek w już istniejących placówkach. Zasadniczym celem reformy psychiatrycznej w Polsce jest zmiana formy opieki psychiatrycznej, z „medykoszpitalnocentrycznej” na środowiskową. Psychiatria środowiskowa oznacza psychiatrię społeczności terytorialnej. Rozwój orientacji środowiskowej

Zasadniczym celem reformy psychiatrycznej w Polsce jest zmiana formy opieki psychiatrycznej, z „medykoszpitalnocentrycznej” na środowiskową.

wynika z krytyki tradycyjnego systemu opieki psychiatrycznej, w którego centrum znajduje się szpital stacjonarny (oraz związane z tym klasyczne metody leczenia i rehabilitacji).

Psychiatria środowiskowa jest jednym z kierunków psychiatrii o orientacji społecznej, wyznaczającym podstawowy kontekst dla praktyki pielęgniarstwa psychiatrycznej. Prezentowane poniżej zagadnienia z dziedziny pracy pielęgniarstwa pozostają w ścisłej zależności od rozwoju społecznych i środowiskowych form terapii i rehabilitacji w psychiatrii. Współzależność ta wyznaczona jest nie tylko przez praktykę działania w środowisku, ale również, co jest niezwykle istotne, wymaga ugruntowanej wiedzy teoretycznej. Zmiana stylu pracy polega na stopniowym odejściu od opieki wyłącznie typu instrumentalnego w kierunku pracy elastycznej, działań różnicowanych i mobilnych. Podstawowym założeniem jest orientacja na rzeczywiste potrzeby pacjentów korzystających z serwisu i ich rodziny. Potrzeby te wyznaczają zakres merytoryczny świadczonej pomocy; od doraźnego wsparcia psychicznego, aż do zindywidualizowanych form rehabilitacyjnych w ścisłej współpracy z teamem terapeutycznym.

W okresie, gdy w wielkich szpitalach królowała jeszcze „psychiatria lekocentryczna”, 25 lat temu w centrum Krakowa powstawał jeden z pierwszych Oddziałów Dziennych Krakowskiej Kliniki Psychiatrii przy ul. Zwierzynieckiej 15/8

przeniesiony w następnym okresie na plac Sikorskiego 2/8. Jedną z najważniejszych wartości oddziału jest realizowany przez niego otwarty model psychiatrii. Staje się to możliwe ze względu na jego strukturę. Najważniejszą wydaje się być zmiana relacji między pacjentem a terapeutami. To pacjent rozstrzyga, czy oferta terapeutyczna jest dla niego atrakcyjna. Terapeuta musi o wiele większym zaufaniem i o wiele większą współodpowiedzialnością

za leczenie obdarzać swojego pacjenta i jego bliskich. Regularne przychodzenie na oddział przypomina wyjście do pracy lub szkoły, stanowi istotny trening przed powrotem do dotychczas pełnionych ról społecznych. Wychodząc z zajęć do domu pacjenci mogą podejmować inne role społeczne, poza rolą pacjenta. Oddział dzienny jest instytucją, która stawia wymagania dużej terapeutycznej odpowiedzialności od wszystkich członków zespołu, w tym pielęgniarzek. Obecnie Oddział Dzienny Kliniki Psychiatrii Dorosłych jest specjalistycznym ośrodkiem dla pacjentów ze spektrum schizofrenii. Posiada już dwudziestopięcioletnią tradycję, stanowi centrum edukacyjno-badawcze.

Oddział Dzienny (Sikorskiego 2) ma charakter terapeutyczny. W oddziale następuje kontynuacja leczenia całodobowego, lub jest on alternatywną w stosunku do szpitala formą leczenia dla osób w psychotycznym nawrocie. Program leczniczy opiera się na:

- relacji terapeuta – pacjent, co oznacza, iż każdy pacjent pozostaje w indywidualnej psychoterapii, którą kontynuuje także po wypisie z oddziału,
- farmakoterapii,
- pracy w małej grupie, która składa się z 18 pacjentów oddziału,
- terapii rodzin osób chorujących.

Każdy z terapeutów odpowiedzialny jest za kształtowanie klimatu oddziału, przepływ informacji i przebieg programu dnia. Wszystkie sytuacje,

zarówno formalne, jak i nieformalne rozmowy w małych grupach, składają się na program terapii.

Codziennie odbywa się zebranie społeczności i grupa psychoterapeutyczna prowadzona przez dwóch terapeutów z zespołu, w tym pielęgniarkę. Inne zajęcia grupowe w tygodniu to zajęcia ruchowe (taniec), zajęcia parateatralne, wspólne wyjście do miasta, zajęcia w kuchni (przygotowanie śniadań i obiadu), trening umiejętności społecznych. Zespół pracuje w podejściu wspierającym, z elementami psychoterapii eksplorującej zarówno w kontakcie indywidualnym, jak i w grupie, w zależności od potrzeb i możliwości pacjenta. Za niezbędny element postępowania terapeutycznego w schizofrenii uznawana jest terapia rodzin. Oddziaływania wobec rodziny stanowią integralną część systemu oddziału i są jego częścią funkcjonalną. W podzespołe „rodzinne” pracuje psycholog i pielęgniarka. Trening społecznych umiejętności, zawierający elementy kognitywne i behawioralne jako część programu terapeutycznego, kładzie nacisk na sprawniejsze funkcjonowanie na co dzień. Moderatorem „treningu” jest pielęgniarka. Można powiedzieć, iż w sposób zintegrowany przeplatają się trzy płaszczyzny oddziaływania na chorego: biologiczna – farmakoterapia, psychologiczna – psychoterapia indywidualna i grupowa a także terapia rodzin, oraz behawioralna – trening kompetencji społecznej (funkcji poznawczych, społecznych zachowań, wykonywania zadań). We wszystkich tych ogniwach uczestniczy pielęgniarka. Stały zespół oddziału składa się z lekarza psychiatry, trzech pielęgniarek i psychologa.

Osobą kluczową w procesie leczenia i rehabilitacji jest terapeuta indywidualny. Opiekunem indywidualnym mogą zostać te osoby z zespołu, które dysponują odpowiednim doświadczeniem terapeutycznym (szkolenia, staż pracy na oddziale). Po opuszczeniu oddziału pacjent pozostaje niekiedy przez wiele lat w kontakcie ambulatoryjnym z opiekunem indywidualnym. Lekarz jest w każdym przypadku konsultantem farmakologicznym. W naszym ośrodku status zawodowy nie decyduje o prestiżu. Decydujące jest doświadczenie zawodowe.

Wokół tak skonstruowanego systemu zbudowany jest cały program edukacji społecznej, co stanowi istotny warunek prowadzenia otwartej psychiatrii. Program leczenia jest kompleksowy, ciągły i powszechnie dostępny. Celem tak pomyślanego programu jest dostarczenie

pomocy i wsparcia zarówno pacjentom, jak i ich rodzinom przez wiele lat zmagania z chorobą. Dzisiaj wiemy, że aby pomoc ta mogła być skuteczna powinna obok leczenia (psychoterapii, farmakoterapii) obejmować sytuację mieszkaniową, pracę zawodową i czas wolny. Oddział Dzienny Kliniki Psychiatrii Dorosłych CMUJ jest centralną instytucją umiejscowioną w środowisku, która w połączeniu z innymi instytucjami samorządowymi i organizacjami pozarządowymi tworzy modelowy dla całego kraju system Leczenia i Rehabilitacji Schizofrenii.

W skład systemu wchodzi:

- Mieszkanie chronione, „Hostel”.
- Warsztat Terapii Zajęciowej.
- Środowiskowy Dom Samopomocy.
- Zakład Aktywizacji Zawodowej – Hotel „U Pana Cogito”.

„Hostel”

W Klinice Krakowskiej hostel, jako forma leczenia rehabilitacyjnego był eksperymentem podjętym na skalę kraju przed 30 laty. W październiku 1976 roku Akademia Medyczna w Krakowie wynajęła mieszkanie o standardzie zapewniającym niezależność i samowystarczalność. Stanowił realizację idei integracji

Na podstawie trzydziestoletnich doświadczeń możemy stwierdzić, że dla wielu pacjentów chorych na schizofrenię hostel jest istotnym ogniwem w procesie rehabilitacji pozaszpitalnej.

ludzi chorych na schizofrenię z tzw. zdrowym społeczeństwem – idei formułowanych i realizowanych przez profesora Antoniego Kępińskiego. Po śmierci jego żony Jadwigi Kępińskiej z Kłodzińskich mieszkanie Kępińskich przekształcono w hostel dla osób chorych psychicznie.

Tradycja i bogate doświadczenie mieszkania grupowego kontynuowane było przez zespół oddziałów Dziennych Kliniki Psychiatrii Dorosłych przy placu Sikorskiego 2/8 i ul. Miodowej 9.

Podstawowym założeniem funkcjonowania jest „wtopienie” mieszkania grupowego w środowisko lokalne. Hostel przeznaczony jest dla pacjentów będących w stanie remisji jako trening samodzielności i możliwości nabycia pozytywnych doświadczeń w grupie rówieśniczej, pomaga próbie podjęcia określonych ról społecznych. Warunkiem zamieszkania i pobytu jest równoczesny udział w zaję-

ciach rehabilitacyjnych poza „mieszkaniem”, praca lub nauka. Mieszkanie nie stwarza docelowych warunków mieszkaniowych, zakłada ograniczony czas terapii, daje możliwość przeniesienia doświadczeń nabytych w terapii w naturalne środowisko.

Przez cały okres osobą bezpośrednio odpowiedzialną za funkcjonowanie „mieszkania” była i jest pielęgniarka. Z pacjentami mieszka opiekun. Mieszkając wraz z użytkownikami kieruje się w swoim postępowaniu w dużej mierze własną intuicją. Wskazane jest, by nie przyjmował postaw profesjonalnych, np. pielęgniarki, psychologa. Terapeuta „hostelowy” systematycznie uczestniczy w spotkaniach z pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego, bierze udział w szkoleniu w zakresie psychoterapii. Ten rodzaj wsparcia pomaga pokonać największe chyba trudności, wynikające z konfliktu ról bycia mieszkańcem i członkiem zespołu terapeutycznego równocześnie. „Hostel” do lutego 2005 roku mieścił się w ścisłym centrum miasta przy ul. Warszawskiej. W chwili obecnej w wyniku zmian organizacyjnych został przeniesiony do innego lokalu. Nowe mieszkanie pozyskane zostało przez Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne” od Gminy Kraków w drodze

otwartego konkursu. Tym samym zyskało też na stałe ustawowy status mieszkania chronionego. Na podstawie trzydziestoletnich doświadczeń możemy stwierdzić, że dla wielu pacjentów chorych na schizofrenię hostel jest istotnym ogniwem w procesie rehabilitacji poza szpitalnej. Powstanie takich form rehabilitacji w obrębie dzielnic, społeczności lokalnych, w kamienicy lub bloku jest wyrazem faktycznej tolerancji społecznej wobec osób chorujących psychicznie.” Mieszkania chronione „powinny działać w sprzyjającej atmosferze środowiskowej a ta zależy od nas wszystkich, mamy przekonanie, iż dotychczasowy standard tej formy terapii będzie realizowany z równym powodzeniem w nowym miejscu, czego Stowarzyszeniu Rodzin życzymy.

Anna Popek
Klinika Psychiatrii Dorosłych,
Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Relacja z XIX Polsko-Niemieckiego Sympozjum „Zestarzeć się i umrzeć u siebie – w Polsce i Niemczech”

W dniach 26-28 września 2008 roku brałyśmy udział w XIX Polsko-Niemieckim Sympozjum „Zestarzeć się i umrzeć u siebie – w Polsce i w Niemczech” organizowanym przez Polsko-Niemieckie Towarzystwo Zdrowia Psychicznego. Problem opiszemy z perspektywy rodziny i osób bliskich.

Opieka nad starszym, najczęściej niepełnosprawnym człowiekiem, posuniętym w latach, który traci powoli swoją samodzielność, zdrowie, a często ma zaburzenia świadomości jest poważnym problemem, odczuwanym zwłaszcza przez rodziny. Tragiczna jest sytuacja w przypadku, gdy chorym na Alzheimera lub inne rodzaje demencji ma zająć się jedna osoba (mąż lub żona, dziecko, wnuk) bez praktycznej pomocy ze strony społeczeństwa. Nie chodzi przy tym tylko o sprawy materialne, np. rezygnację z pracy zarobkowej opiekuna czy za mały przydział pampersów. Często brakuje wsparcia psychicznego od krewnych, sąsiadów i ogólnie mówiąc społeczeństwa – rodziny chorych na Alzheimera są często izolowane.

Wynika to z braku wiedzy w społeczeństwie o specyfice tych chorób; znajomi po prostu nie wiedzą, jak się zachowywać w sytuacji spotkania znanego dotąd sprawnego człowieka, z którym kontakt słowny, mentalny jest bardzo ograniczony, albo nie ma kontaktu w ogóle. Tymczasem pomoc z ich strony byłaby bardzo potrzebna. Już 3 godziny dziennie, w których opiekun jest odciążony i nie musi się martwić o najbliższą, chorującą osobę, to duża pomoc, gdyż opiekować się chorym psychicznie z demencją, to czuć 36 godzin na dobę. Samotny opiekun lub rodzina muszą z czasem kontrolować wszystkie sprawy dotyczące chorego, muszą pogodzić się z utratą pamięci przez chorego, z jego skupieniem na sobie, urojeniami, często bardzo przykrymi dla otoczenia, roszczeniowością i kompletnym brakiem wdzięczności, miłości, poczucia humoru, które dotąd nam okazywał.

W Polsce rzadko która rodzina oddaje najbliższą osobę do Domu Pomocy Społecznej, częściej do szpitala. Takie postępowanie jest wymuszone przez sytuację, gdy opiekun nie daje sobie rady z obowiązkami, co powoduje u niego wyrzuty sumienia, wypalenie i depresję. W Polsce, jak i w innych krajach Unii Europejskiej, zbyt mały przyrost naturalny i gwałtowne starzenie się społeczeństwa już stanowi poważny problem demograficzny, który w niedalekiej przyszłości lawinowo będzie narastał.

Wagę tego problemu starają się przedstawić na forum Rady Europy Towarzystwa Alzheimerowskie, w których obok profesjonalistów działają wolontariusze. Często, ci ostatni, to dawni opiekunowie osób chorych, które już odeszły.

Tak, doszliśmy do problemu umiarnienia, który w czasach obecnych jest spychany na margines – stanowi temat tabu. W modzie jest być młodym, pięknym, zdrowym i bogatym. Często starość, choroba i cierpienie w Polsce są związane z biedą, nie tylko finansową, ale i psychicznym głodem miłości, przyjaźni i życzliwości zwłaszcza ze strony osób młodych. Jest tu wiele do zrobienia w wychowaniu młodego pokolenia, zwłaszcza ze strony rodziców, szkoły, Kościoła i środowisk opiniotwórczych, np. poprzez kampanię medialną. Niezastąpiony przykład dają rodzice dzieciom, gdy uczą je wrażliwości na potrzeby dziadków i osób starszych (na przykład ustąpienia miejsca w tramwaju, co ostatnio nie jest popularne u młodzieży).

W dawnych czasach osoby stare były symbolem mądrości życiowej oraz duchowej, do dziś jest tak w krajach arabskich. Senior/seniorka rodu jest najważniejszy/a, to do nich prowadzi się najpierw każdego gościa. Jak daleko odbiegliśmy od tego zwyczaju, takiej mentalności?

Aczkolwiek, w Polsce, kraju wciąż katolickim, powinno być przestrzegane Słowo Boże, w którym czytamy: „Synu, nie pogardzaj swoim ojcem, chociażby stracił rozum, a ty jesteś w pełni sił. Miłosierdzie

wobec ojca nie pozostanie bez nagrody, w miejsce grzechów zamieszka w twej duszy” oraz „sprawiedliwy da wytchnienie swej matce, kto szanuje rodziców jakby skarby gromadził”. Gdzie tu zgoda na eutanazję?

Starość może być piękna – jest to czas, który możemy poświęcić wnukom, przekazaniu im tradycji rodzinnej, kultury i zwyczajów ojczystych, wartości etycznych i religijnych. Możemy działać jako wolontariusze na rzecz innych potrzebujących pomocy ludzi, zajmować się swoimi hobby, a nawet spełniać swoje marzenia, na które dotąd nie mieliśmy czasu. Starość może być piękna, a śmierć ma sens – to należy przekazać przyszłym pokoleniom.

*Jolanta Janik
Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”*

*Zofia Puchelak
Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne”*

Laureat „Nagrody Polsko-Niemieckiej”
za szczególne zasługi dla rozwoju
stosunków polsko-niemieckich
w roku 2008

**Polsko-Niemieckie
Towarzystwo Zdrowia
Psychicznego**



**XX Polsko-Niemieckie
Symposium
„Wśród swoich...”
Potrzeby chorych
psychicznie
i odpowiedzialność
lokalnej społeczności**

**Lublin
1-4 października 2009 r.
1.10.-4.10.2009**

*To możliwość spełnienia marzeń sprawia,
że życie jest takie fascynujące.*

Paulo Coelho

Pogoria – marzenie kontra próba przetrwania

fot. Agnieszka Lewonowska-Banach



Często narzekamy na los, a przecież niejednokrotnie przechodzimy obojętnie obok faktu tego, że nam sprzyja. Do mnie uśmiechnął się w momencie otrzymania propozycji uczestnictwa w rejsie po Morzu Śródziemnym na legendarnym żaglowcu Pogoria. Ożyło od dawna skrywane marzenie o morskiej przygodzie.

Malaga ociekająca deszczem, maszty Pogorii wysokie na 30 metrów to były pierwsze obrazki, jakie zapamiętałem po przybyciu do Hiszpanii. Po całodziennym podróżowaniu samolotami z przyjemnością położyliśmy się na kojach, zaskoczeni funkcjonalnością i świeżością wyposażenia pod pokładem żaglowca. Następnego dnia wypogodziło się, ale szybko wyzbyliśmy się złudzeń o poznawaniu uroków Malagi. Rano pełniliśmy obowiązki wachty kambuzowej, a później przechodziliśmy szkolenia z obsługi żagli, chodzenia po rejach, z procedur alarmowych.

Wieczorem rzuciliśmy cumy, a kapitan podał kurs na Melillę, hiszpańską enklawę u wybrzeży Maroka. Po dwóch godzinach wachty nawigacyjnej, którą spędziłem „na oku”, obserwując morze, moje sny o żeglowaniu zamieniły się w sny o... stałym lądzie. Choroba morska powaliła mnie na koję na cały

okres żeglugi. W Melilli jeszcze byłem zdolny spacerować po olbrzymiej cytadeli górującej nad miastem i po urokliwych uliczkach zabudowanych kamienicami w stylu modernistycznym i art deco. Wśród przechodniów wyróżniały się muzułmanki ubrane od stóp do głów, ale z odsłoniętą twarzą.

Alarm! Przerażliwy, donośny dźwięk pokładowego dzwonka obudził mnie z maligny. Opuszczanie żaglowca. Bracia żeglarze pomagają mi wydostać się na pokład. Zbiórka wachtami i obsługa wyznaczonej szalupy. Wokół tylko morze, a na przyrządach 7 w skali Beauforta. Na szczęście to tylko ćwiczenia. Wracam pod pokład, w pozycję horyzontalną. Agnieszka przynosi kromkę chleba z dżemem i herbatę. Oficer wachtowy proponuje przeniesienie się do mesy kapitańskiej na rufie, gdzie mniej kiwa. Szalenie budujące jest przebywanie wśród pasjonatów w jakiegokolwiek dyscyplinie. Życzliwość, poczucie więzi, wspólne przeżywanie przygody bardzo zbliża ludzi i stwarza niepowtarzalną atmosferę bliskości z kolegą, koleżanką. Na rejsie wielokrotnie odczułem tę bliskość nie tylko w czasie choroby, ale i w portowej tawernie, podczas zwiedzania Walencji i na zakupach. Podobnie wędkarz podzieli się przynętą, narciarz pomoże poszukać odpiętej narty, a wędrowiec na szlaku poczęstuje gorącą herbatą.

Ibize, dawną Mekkę „dzieci kwiatów”, obecnie chyba najbardziej rozrywkową wyspę z archipelagu Balearów oglądałem wycieczony jedynie z rufy Pogorii. Rozmyślałem nad losem, który mimo to że czasem płata figle, daje w zamian przeżycie czegoś niezwykłego, hartuje naszego ducha i wzbogaca skalę doznań. Sądzę, że przyjemność okupiona jakimkolwiek wysiłkiem, niewygoda, nabiera specyficznego, głębszego smaku. A o chorobie morskiej wspomina się potem ze śmiechem, żartując ze swojej słabości.

Piotr Cebula



fot. Marek Kolbæk

Czym są choroby afektywne?

Choroby afektywne to takie zaburzenia nastroju, które charakteryzują się stanami depresyjnymi, hipomanią lub manią. Zaliczamy do nich depresję oraz chorobę afektywną dwubiegunową (zwaną dawniej psychozą maniakalno-depresyjną), której specyfika związana jest ze zmianą cykli (w dłuższych, bądź krótszych okresach czasu) depresji – remisji (czyli stanu stabilności) – manii. Poniżej znajduje się tabela (stworzona m.in. wg ICD-10 Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób), przedstawiająca charakterystykę stanów depresyjnych i maniakalnych zawierająca najczęściej spotykane objawy.

DEPRESJA

- obniżony (smutny) nastrój, przygnębienie;
- utrata zainteresowania lub odczuwania przyjemności, szybkie męczenie się, obniżony popęd seksualny, zahamowania psychoruchowe;
- utrata zainteresowań;
- niska samoocena i wiara w siebie, ciągłe poczucie winy, niedbałość o własny wygląd oraz higienę;
- zaburzenia snu (skrócenie i powierzchowność);
- zaburzone łaknienie, spadek masy ciała;
- samobójcze myśli i działania, poczucie winy i utrata zaufania do siebie;
- zmęczenie / utrata energii lub obniżone libido;
- słaba koncentracja / uwaga;
- pobudzenie / spowolnienie ruchów lub mowy;
- często występują objawy lęku lub nerwowości.

MANIA

- zwiększenie energii i aktywności, poczucie wyjątkowej własnej wartości, podwyższony nastrój;
- wzmoczenie nastroju lub drażliwości, nadmierna energia, słowotok, wzmoczony popęd seksualny, możliwe: agresja, gniew i przemoc;
- liczne (eksponowane) powierzchowne zainteresowania;
- wysoka samoocena – poczucie wyjątkowej sprawności psychofizycznej;
- zmniejszona potrzeba snu (nawet do 1 godziny na dobę);
- zaniedbywanie odżywiania się i picia, często odwodnienie;
- wiara w cudowne możliwości własnej osoby, posłannictwo, niezwykłą moc, czasami poszukiwanie spiskowych teorii itp. (urojenia i omamy);
- hiperaktywność, lekkomyślne działania doprowadzające np. do zaciągania długów;
- łatwo odwracalna uwaga/roztargnienie do gonitwy myśli;
- nadwrażliwość na kolory i dźwięki, łatwe wzruszanie się, ekspresja emocji nieadekwatna do sytuacji;
- przesadnie optymistyczna ocena przyszłości, konfabulowanie, lekkomyślność, nie uwzględnianie ryzyka swojej działalności;

Depresja jest jedną z najczęściej diagnozowanych przez specjalistów chorób; ryzyko zachorowania wg krajowych źródeł dotyczy aż 15% kobiet i 10% mężczyzn. Może być skutecznie leczona przez specjalistów; warto przełamać stereotyp psychiatry i udać się na leczenie jak do „zwykłego” lekarza. Badania epidemiologiczne prowadzone na całym świecie wskazują, że w ciągu całego życia na depresję choruje ok. 17% populacji ogólnej. Warto dodać, że osoby chore na depresję i chorobę afektywną dwubiegunową często sięgają po różnego rodzaju środki psychoaktywne, np. „samoleczenie” depresji za pomocą alkoholu. Nadużywanie środków psychoaktywnych często przyczynia się do kumulacji objawów chorobowych, bezpośrednio wpływa na samych chorych i ich otoczenie, często doprowadzając do sytuacji trudnych i niebezpiecznych. Najważniejsze jest to, by osoba chora trafiła do specjalisty, została zdiagnozowana oraz leczona w odpowiedni sposób. Ważną częścią leczenia jest psychoterapia oraz regularność w przyjmowaniu leków. Często pierwsze znaczące efekty związane z poprawą stanu zdrowia jesteśmy w stanie zauważyć dopiero po 1-2 miesiącach leczenia.

Najtrudniejszymi okresami w depresji są przesilenie wiosenne i jesienne, nie oznacza to, że o innych porach roku nie możemy zachorować. Dla osób chorych na chorobę afektywną dwubiegunową trudnymi są chwile wiosenne i letnie, związane z dużym nasłonecznieniem, gdyż mogą one doprowadzić do hipomanii lub manii.

W Toruniu działa Fundacja Stabilo, która pomaga osobom chorującym na depresję oraz na chorobę afektywną dwubiegunową. Postanowiła stworzyć portal internetowy www.afektywni.pl i przetestować formę pomocy za pośrednictwem poczty e-mailowej, udostępniając ją osobom chorującym i ich rodzinom. Portal jest na etapie tworzenia, jednak porady są udzielane od dwóch miesięcy w ramach strony internetowej Fundacji. Okazało się, że porady prawnika są dużo bardziej popularne od porad psychologicznych, stanowią nawet do 2/3 wszystkich porad.

Najbardziej charakterystyczne sprawy związane są z zagadnieniami prawa cywilnego i rodzinnego (kodeks cywilny, kodeks rodzinny i opiekuńczy). Na przykład, co zrobić w sytuacji, gdy mąż w maniakalnym okresie choroby zaciąga kredyty powodując liczne długi, trwoni majątek? Jak pomóc mu i ochronić przed konsekwencjami decyzji podjętych pod wpływem choroby? Jak ochronić rodzinę?

Dawid Bunikowski
 Łukasz Broniszewski
 Fundacja Stabilo
www.stabilo.org.pl

Jak tworzyć mieszkania chronione?

Mieszkania chronione to jeden z ważniejszych elementów systemu wsparcia osób chorujących psychicznie, zapewniający im bezpieczne funkcjonowanie w lokalnym środowisku.

Bezpieczne mieszkanie to podstawa funkcjonowania społecznego, godnego życia i rozwoju. Bez zapewnienia tego podstawowego elementu trudno w dalszej perspektywie myśleć o pracy, rozwoju społecznym czy dalszym życiu.

W Polsce większość osób chorujących psychicznie mieszka z rodzicami, rzadziej z rodzeństwem lub samodzielnie. Oparcie, jakiego udziela rodzina to najcenniejszy dar, jednak co zrobić, kiedy dorosłe dzieci, które do tej pory mieszały z rodzicami, nie są w stanie po ich śmierci samodzielnie utrzymać mieszkania, zadbać o nie, poradzić sobie z opłatami i formalnościami administracyjnymi? Spirala zadłużenia, w jaką powoli wpadają staje się największym zagrożeniem, który może doprowadzić do utraty mieszkania i bezdomności.

Dlatego potrzebne jest wsparcie. Czasem wystarcza niewielkie wsparcie dochodzącego opiekuna, który raz w tygodniu odwiedzi osobę chorującą w domu, pomoże załatwić formalności i opłaty, omówi sposób gospodarowania domowym budżetem, zmobilizuje do utrzymywania w mieszkaniu czystości i prowadzenia bieżących napraw. Z takimi z pozoru prostymi, podstawowymi obowiązkami osoby chorujące psychicznie często mają problemy.

Drugim problemem jest samotność, która negatywnie wpływa na stan zdrowia i sposób codziennego funkcjonowania. Dlatego w mieszkaniu chronionym mogłyby zamieszkać np. dwie lub trzy osoby w podobnej sytuacji. Wspólne posiłki, dzielenie domowych obowiązków tworzą taki rodzaj wspólnoty, który związany jest z udzielaniem sobie wzajemnego wsparcia, a profesjonalna opieka nad mieszkańcami ukierunkowuje ich rozwój i stabilne funkcjonowanie w środowisku.

Jak przekształcać mieszkania samotnych osób chorujących psychicznie w mieszkania chronione? Na to pytanie jeszcze nie mamy prostej odpowiedzi. Nie znaleziono bowiem jeszcze odpowiedniej procedury.

Przepisy dotyczące mieszkań chronionych zawarte są w ustawie o pomocy społecznej. Zgodnie z art. 53 ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej podmiotem prowadzącym mieszkanie chronione może być każda jednostka organizacyjna pomocy społecznej lub organizacja pożytku publicznego.

Cele tworzenia mieszkania chronionego oraz cechy beneficjentów takiej formy pomocy precyzuje art. 53 ust. 1 i 2 ustawy:

„1. Osobie, która ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę potrzebuje wspar-



fol. Elżbieta Banach

cia w funkcjonowaniu w codziennym życiu, ale nie wymaga usług w zakresie świadczonej przez jednostkę całodobowej opieki, w szczególności osobie z zaburzeniami psychicznymi, osobie opuszczającej rodzinę zastępczą, placówkę opiekuńczo-wychowawczą, młodzieżowy ośrodek wychowawczy, zakład dla nieletnich, a także cudzoziemcowi, który uzyskał w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, może być przyznany pobyt w mieszkaniu chronionym.

2 Mieszkanie chronione jest formą pomocy społecznej przygotowującej osoby tam przebywające, pod opieką specjalistów, do prowadzenia samodzielnego życia, lub zastępującą pobyt w placówce zapewniającej całodobową opiekę. Mieszkanie chronione zapewnia warunki samodzielnego funkcjonowania w środowisku w integracji ze społecznością lokalną.”

Mieszkanie chronione jest więc pewnego rodzaju formą instytucji. Lokal z przeznaczeniem na mieszkanie chronione może przekazać samorząd lub zostać przez organizację wynajęty na ten cel. Nie przewidziano natomiast sytuacji, kiedy statusem mieszkania chronionego obejmuje się mieszkanie własne osoby chorującej. A właśnie tego typu sytuacje są coraz częściej spotykane, coraz potrzebniejsze i trzeba je uwzględnić w planowaniu systemu opieki nad osobą chorującą psychicznie w środowisku.

Agnieszka Lewonowska-Banach

A.Y.Napier, C.A.Whitaker

„Rodzinna karuzela”



Na czym polega terapia rodzinna? Jak wygląda? Kto bierze w niej udział? Jak często odbywają się spotkania? Jak długo trwa? Takie i wiele innych pytań mogą pojawiać się przed osobami, które mają podjąć terapię. Książka A.Y. Napiera i C.A. Whitakera odpowiada na te pytania, opierając się na autentycznym przykładzie terapii rodzinnej.

Kryzys jest czymś naturalnym w życiu każdej rodziny. W toku kolejnych doświadczeń rodzina buduje mechanizmy i sposoby funkcjonowania, które pozwalają zachować jej strukturę i stałość. Jednocześnie w trakcie tworzenia się relacji pomiędzy partnerami, dorastania dzieci, trudności życiowych, system rodzinny przechodzi kolejne etapy, musi poddać się pewnym zmianom i przekształceniom. Tworzenie i budowanie tych zmian bywa często trudne, może prowadzić do kryzysu.

„**K**aruzela rodzinna” jest historią rodziny Brice’ów. Zgłaszają się oni do znanego terapeuty rodzinnego

C.A. Whitakera oraz jego współpracownika A.Y. Napiera, ponieważ mają problem z nastoletnią córką. Claudia buntuje się przeciwko rodzicom, prowokuje konflikty, nie wraca na noc do domu, miewa myśli samobójcze. Na pierwsze spotkanie zgłaszają się rodzice: Carolyn i David oraz dwie córki: Claudia i czteroletnia Laura. Nie dociera natomiast syn Don. W związku z tym spotkanie nie odbywa się i zostaje przełożone na kolejny termin. Autorzy książki podkreślają tym samym jak ważna jest obecność każdego z członków rodziny, który może wnieść w proces terapii własną opowieść, ważne informacje oraz swój punkt widzenia. Nieobecność któregoś z członków rodziny może też stanowić walor diagnostyczny: może wskazywać na lęk przed podjęciem terapii, przed zmianami, jakie mogą zajść w strukturze rodziny. Może dotyczyć obaw przed zmianą mechanizmów, które były bolesne i niesfunkcjonalne, ale za to znane i bezpieczne. Decyzja Brice’ów o przyjeździe na kolejne spotkanie pozwala na bardziej świadome uczestniczenie w terapii. Na drugim spotkaniu okazuje się jednak, że problemy Claudii przykrywają coś bardziej istotnego. Stanowią najbardziej widoczny element karuzeli, który staje się przyczyną podjęcia terapii. Natomiast źródło problemu tkwi gdzie indziej. Brice’owie przy pomocy terapeutów będą poszukiwać go przyglądając się własnym relacjom, emocjom i mechanizmom funkcjonowania rodziny.

Książka stanowi zapis kolejnych sesji terapeutycznych, informacji i przeżyć przynoszonych przez rodzinę na spotkania, interwencji terapeutów oraz reakcji, jakie budzą one w poszczególnych członkach rodziny. A.Y. Napier, jako narrator opowieści, w sposób dostępny i ciekawy prowadzi nas przez kolejne spotkania z rodziną Brice’ów, wzbogacając opowieść o własne przemyślenia, tłumacząc intencje i przyczyny poszczególnych kroków terapeutycznych. Wprowadza również podstawy i główne założenia teoretyczne, na których bazuje terapia rodzinna, objaśnia mechanizmy zachowań oraz zależności i procesy zachodzące w relacjach rodzinnych. Dzięki temu książka pozwala na śledzenie krok po kroku postępów i trudności rodziny Brice’ów, towarzyszenie jej w podejmowaniu kolejnych wyzwań i mierzeniu się z trudnościami.

Książka umożliwia przejrzenie się w tej karuzeli, zobaczenie wśród jej kolorów i elementów tych, które są nam bliskie, których sami doświadczamy w codziennym życiu. Może prowokować do refleksji nad własnym doświadczeniem, pozwala zobaczyć to, co porywa nas w wir karuzeli, procesy, które przyspieszają jej bieg i zamazują świat widziany dookoła.

Anna Stasiak

Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej
Kraków

Przekaż 1%

swojego podatku
dla

**Stowarzyszenia Rodzin
„Zdrowie Psychiczne” w Krakowie**



ul. Miodowa 9
31-055 Kraków
KRS 0000156949

Pomożesz

**osobom niepełnosprawnym
z powodu choroby psychicznej.**

Nr konta: 77 1240 1431 1111 0010 0127 5314

Prowadzimy mieszkania chronione i grupy wsparcia, tworzymy miejsca pracy dla osób chorujących psychicznie oraz szkolenia zawodowe. Organizujemy wyjazdy integracyjne dla rodzin i osób chorujących psychicznie. Wydajemy Czasopismo dla Rodzin Osób Chorujących pt. „Rodziny” oraz organizujemy warsztaty edukacyjne dla rodzin.

Zachęcamy do odwiedzenia strony Stowarzyszenia www.rodziny.info gdzie można znaleźć informacje o naszej działalności i realizowanych programach pomocy osobom chorującym psychicznie.

Ogłaszamy nabór na I cykl szkolenia zawodowego

„Profesjonalny Pracownik Hotelu”

przeznaczonego dla osób niepełnosprawnych

Stowarzyszenie Rodzin Zdrowie Psychiczne
ogłasza nabór kandydatów na

szkolenie zawodowe w zawodach: pomocy

Szkolenie realizowane będzie w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Szkolenie będzie trwało 8 miesięcy.

Będzie obejmowało zajęcia teoretyczne, ćwiczenia praktyczne, staże i praktyki.

WARUNKI UDZIAŁU W SZKOLENIU:

- szkolenie przeznaczone jest dla osób niepracujących w wieku 18-54 lata mających trudności w znalezieniu i poszukiwaniu pracy z powodu choroby psychicznej;
- pozostających w stałej opiece psychologiczno-psychiatrycznej;
- w stabilnym stanie zdrowia.

Osoby zainteresowane udziałem w szkoleniach proszone są o kontakt telefoniczny
z Panią Anną Wasieczko lub Agnieszką Lewonowską-Banach
tel. 012 269 72 00 lub e-mail: stowarzyszenie@rodziny.info.
Więcej informacji na www.rodziny.info

PIERWSZA GRUPA SZKOLENIOWA PRZEZNACZONA JEST DLA 25 OSÓB

Organizator Szkolenia:
Stowarzyszenie Rodzin
Zdrowie Psychiczne

