Życie codzienne ◆ Terapia ◆ Samopomoc ◆ Współpraca

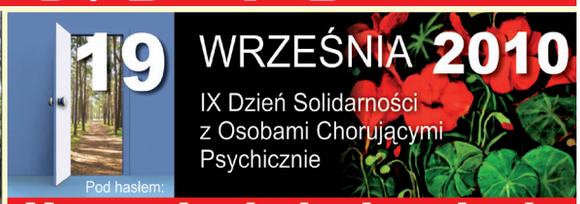
RODZINY

ISSN 1898-0007
Półrocznik
NR 8
Grudzień 2010

Czasopismo dla rodzin osób chorujących psychicznie

Piknik integracyjny w ośrodku Zielony Dół przekazanym przez Wojewodę Małopolskiego dla firmy społecznej "Labolatorium COGITO" 16 lipca 2010, Kraków

Od lewej: dr Andrzej Cechnicki (psychiatra), Stanisław Kracik (Wojewoda Małopolski), dr Gunter Wienberg



Umacnianie i zdrowienie

Pod Patronatem:

Arcybiskupa Metropolity Krakowskiego Kardynała Stanisława Dziwisza

Prezydenta Miasta Krakowa Jacka Majchrowskiego

Marszałka Województwa Małopolskiego Marka Nawary

Wojewody Małopolskiego Stanisława Kracika

organizatorzy:

partnerzy:

Patronat medialny: TVP KRAKÓW

godz. 9.30
Msza Św. w Kościele Św. Barbary (Plac Mariacki) w intencji rodzin i osób chorujących psychicznie - ks. Jarosław Naliwajko SJ

10.00
Występ ulicznego "Teatru Masek" działającego przy Stowarzyszeniu Na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej

11.00 - 12.30
wykłady otwarte i dyskusja panelowa na temat wsparcia w procesie zdrowienia z choroby psychicznej; Instytut Goethego
mgr Anna Liberadzka wykład pt. "Umacnianie i zdrowienie" Stowarzyszenie "Otwórzcie Drzwi"
dr Andrzej Cechnicki; wykład pt. "Zdrowienie jest możliwe"; Pracownia Psychiatrii Środowiskowej CMUJ
po wykładzie dyskusja panelowa przedstawicieli rodzin i pacjentów, terapeutów rodzinnych, lekarzy psychiatrów - panel dyskusyjny poprowadzi dr Hubert Kaszyński; Instytut Socjologii UJ

12.30
przerwa kawowa przygotowana przez firmę społeczna Catering Cogito

12.30 - 14.00
sesja filmów edukacyjnych; Instytut Goethego

13.00 -14.00
konsultacje specjalistów: lekarz psychiatra, psycholog, przedstawiciele stowarzyszenia rodzin i stowarzyszenia pacjentów; Instytut Goethego

15.00
wystawa prac artystów ART STUDIO w Galerii Miodowa pt. Nie ma latania bez miłości; ul. Miodowa 9, I piętro

17.00
wernisaż wystawy cyklu grafik Marcina Kotarby pt. ELEMENTY; Galeria Miodowa, ul. Miodowa 9, I piętro

16.00 - 17.30
warsztaty dla rodzin osób chorujących psychicznie - psychoedukacja, prowadzone przez dr Łukasza Cichockiego, Pracownia Psychiatrii Środowiskowej CM UJ; sala konferencyjna Pensjonatu U Pana Cogito ul. Bałuckiego 6

17.30 - 19.00
spotkanie integracyjne z okazji 20-sto lecia działalności Stowarzyszenia Rodzin Zdrowie Psychiczne w Krakowie; sala konferencyjna Pensjonatu U Pana Cogito ul. Bałuckiego 6

Teatr Ruchu

Wydarzenia towarzyszące:

20.09. 2010 g.13.30
spektakl " W. Shakespeare "Sen Nocy Letniej" Teatr Groteska, bilety nieodpłatnie można uzyskać pod nr tel. 12 6330329

Konferencja zamykająca projekt pt.: „Szkolenie zawodowe dla osób niepełnosprawnych z chorobą psychiczną" 28-29.09.2010 r., Kraków

IX Dzień Solidarności z Osobami Chorującymi Psychicznie 19 września 2010, Kraków

Drodzy Czytelnicy!

Oddajemy Wam do rąk ósmy numer naszego czasopisma. Zawiera on m.in. relację z konferencji, podsumowującej program szkoleniowy „Profesjonalny pracownik hotelu". Wartościowym uzupełnieniem tego tekstu jest wypowiedź „Pomost do zdrowienia" Jolanty Błaszczak, której syn był jednym z uczestników programu. Autorka relacjonuje korzyści, jakie odniósł uczestnicząc w szkoleniu. Można wywnioskować, że dzięki udziałowi w programie został przełamany impas, który trwał od momentu wystąpienia pierwszych objawów u syna.

Tematem wiodącym numeru jest trialog, czyli trójprzymierze pomiędzy profesjonalistami, osobami doświadczonymi psychozą i ich rodzinami w procesie dochodzenia do zdrowia. Niezwykle wartościowa wydaje mi się wypowiedź Edyty Jarosz „Czy w chorobie psychicznej mamy wpływ na to jak się czujemy?" Wychodząc od własnych doświadczeń, autorka formułuje pewien program walki o siebie, który mogą wdrożyć osoby wychodzące z kryzysu, związanego z zachorowaniem na chorobę psychiczną. Autorka postuluje zacząć od akceptacji choroby, by następnie wyznaczyć sobie osobistą drogę, prowadzącą do wyzdrowienia. Precyzuje, na czym powinny polegać kolejne etapy tej drogi.

Od strony rodzin głos zabiera niemiecka autorka, Edith Mayer, opisując własną historię kontaktów z psychiatrami w sytuacji hospitalizacji córki, kiedy często czuła się niewysłuchana i oceniana w sposób krzywdzący. Remedium na ten stan rzeczy stały się, pojawiające się również w Polsce, słynne seminaria o psychozie.

I wreszcie wypowiedzi profesjonalistów. Głos zabiera dwóch czołowych krakowskich psychiatrów: Bogdan de Barbaro i Andrzej Cechnicki. Pierwszy z autorów przedstawia ideę trójprzymierza i precyzuje jego zasady, zaś drugi kreśli bardziej ogólny model funkcjonowania opieki psychiatrycznej, w którą wpisana jest zasada współpracy i współdziałania leczących się pacjentów, ich rodzin oraz profesjonalistów.

Warto jeszcze zauważyć, że nasze czasopismo, od początku swojego istnienia, wprowadza idee trójprzymierza w praktykę, udzielając głosu każdej ze stron trialogu, zamieszczając wypowiedzi członków rodzin, samych osób doświadczonych przez psychozę, jak również profesjonalistów.

Zapraszam serdecznie do lektury.

Józef Bogacz
Redaktor merytoryczny

Z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia wszystkim czytelnikom rodzinnego ciepła i ludzkiej życzliwości, radości i nadziei na lepszy Nowy 2011 Rok życzy

Redakcja „Rodziny"

RODZINY

REDAKTOR NACZELNY
Agnieszka Lewonowska-Banach
Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne"

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

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 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 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 adiustacji nadesłanych materiałów.

RODZINY

GRUDZIEŃ 2010

Spokojnych i radosnych Świąt Bożego Narodzenia życzy

Redakcja

W NUMERZE:

Agnieszka Lewonowska-Banach
IX DZIEŃ SOLIDARNOŚCI Z OSOBAMI CHORUJĄCYMI PSYCHICZNIE W KRAKOWIE **2**

Małgorzata Indyk
PODSUMOWANIE SZKOLEŃ ZAWODOWYCH **3**

Jolanta Błaszczak
POMOST DO ZDROWIENIA **4**

Edyta Jarosz
CZY W CHOROBIE PSYCHICZNEJ MAMY WPŁYW NA TO JAK SIĘ CZUJEMY? **5**

Bogdan de Barbaro
KILKA SŁÓW O IDEI „TRÓJPRZYMIERZA TERAPEUTYCZNEGO” **8**

Edith Mayer
„PARTNERSTWO PONAD GRANICAMI: SPOTKANIE – DIALOG – WYTRWANIE!?” **10**

Andrzej Cechnicki
CHRONIĆ CZY MOBILIZOWAĆ? KILKA REFLEKSJI Z MYŚLĄ O RODZINIE OSOBY CHORUJĄCEJ PSYCHICZNIE **12**

Anna Bielańska
PSYCHODRAMA MORENO JAKO JEDNA Z METOD TERAPEUTYCZNYCH **14**

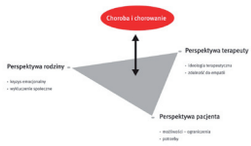
Anna Stasik-Kozicka
TERAPEUTYCZNA GRUPA STUDENCKA? **15**

Agnieszka Lewonowska-Banach
POWODZIANIE Z GMINY GORZYCE KOŁO SANDOMIERZA – REPORTAŻ **16**

Hubert Kaszyński
„CZŁOWIEK W POSZUKIWANIU SENSU” Viktora E. Frankla Recenzja książki **III str. okładki**

IX Dzień Solidarności

str. 2



„Trójprzymierze Terapeutyczne”

str. 8

Powodzianie z Gminy Gorzyce

str. 16

Recenzja książki

III str. okładki

Druk numeru 8 czasopisma „Rodziny” został sfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych będących w dyspozycji Województwa Małopolskiego

IX Dzień Solidarności z Osobami Chorującymi Psychicznie w Krakowie

pod hasłem: „Umacnianie i zdrowienie”

Corocznie odbywające się wydarzenie to ważny dzień dla środowiska rodzin osób chorujących psychicznie. W tym roku w dniu 19 września przedstawiciele rodzin, psychiatrzy i pacjenci spotkali się w Instytucie Goethego przy Rynku Głównym w Krakowie na wykładach otwartych i dyskusjach.

Pacjenci z terapeutycznej Grupy Masek zorganizowali happening uliczny, były też bezpłatne konsultacje specjalistów, wernisaż prac artystów ART STUDIO w Galerii Miodowa oraz warsztat dla rodzin. Dla Stowarzyszenia Rodzin „Zdrowie Psychiczne” w Krakowie był to szczególny dzień podsumowania i świętowania 20-lecia działalności stowarzyszenia. Podobne imprezy edukacyjne, integracyjne czy promocyjne w ramach Ogólnopolskiego Dnia Solidarności z Osobami Chorującymi Psychicznie odbywały się też w innych miastach Polski.

Agnieszka Lewonowska-Banach
Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne”, Kraków

fot. Agnieszka Lewonowska-Banach

fot. Agnieszka Lewonowska-Banach

fot. Agnieszka Lewonowska-Banach

Podsumowanie szkoleń zawodowych „Profesjonalny Pracownik Hotelu"

Konferencja podsumowująca projekt pt. „Szkolenie zawodowe dla osób niepełnosprawnych z chorobą psychiczną"

W dniach 28-29 września 2010 r. w Krakowie na konferencji podsumowującej projekt pt. „Szkolenie zawodowe dla osób niepełnosprawnych z chorobą psychiczną" spotkali się przedstawiciele rodzin, osoby chorujące psychiczne, osoby, które ukończyły szkolenie oraz profesjonaliści. Konferencja oraz cały projekt zrealizowane zostały w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Celem tego spotkania było podsumowanie rezultatów szkoleń, podzielenie się doświadczeniami, wymiana refleksji i dyskusje nad celowością i wartością tego typu szkoleń ukierunkowanych na konkretne kompetencje i umiejętności zawodowe, przygotowujące do pracy na stanowiskach: recepcjonista, kelner, pomoc kuchenna i pokojowa.

Pierwszy dzień konferencji miał charakter wykładowy. Po wykładzie wprowadzającym o roli przedsiębiorczości społecznej w procesie zdrowienia osób chorujących psychicznie, wygłoszonym przez dr. Huberta Kaszyńskiego z Instytutu Socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego, przedstawione zostały szczegóły realizacji szkoleń zawodowych „Profesjonalny Pracownik Hotelu". Bardzo cenne dla uczestników spotkania okazały się dwa wystąpienia. Wystąpienie właścicielki jednego z trzygwiazdkowych hoteli w Krakowie – Hotelu Wilga – Pani Małgorzaty Wcisło, która od kilku lat współpracuje z osobami niepełnosprawnymi, umożliwiając im naukę zawodu oraz zatrudnienie. Odpowiadała ona na wiele pytań: o motywację do prowadzenia tego rodzaju współpracy?; jak reagują inni pracownicy jej hotelu, czy ich informuje o fakcie choroby psychicznej praktykantów i w jaki sposób to robi?; jakimi argumentami przekonywałaby innych pracodawców do podjęcia tego typu współpracy?. Drugim cennym wystąpieniem była osobista wypowiedź jednego z rodziców Pani Jolanty Błaszczak, matki osoby chorującej psychicznie, która ukończyła szkolenie zawodowe „Profesjonalny Pracownik Hotelu". Tematem tego wystąpienia było szkolenie zawodowe jako istotny element aktywizujący osobę chorującą psychicznie. W tym numerze czasopisma wystąpienie to opublikowane zostało w całości. Był też czas na prezentację doświadczeń związanych z aktywizacją zawodową osób chorujących psychicznie i przygotowaniem ich do pracy z innych rejonów Polski. Wypowiadali się Pani Marzena Bednarkiewicz – Wiceprezes Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych w Łodzi, która opowiadała o doświadczeniach ich firmy społecznej KŁOS i programu APAZ oraz dr Andrzej Juros z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego im. Jana Pawła II w Lublinie.

fot. Małgorzata Indyk

Drugi dzień konferencji miał charakter warsztatowy. Uczestnicy mieli do wyboru dwa warsztaty:

1. Prowadzony przez psychologa mgr Annę Bielańską, którego tematem przewodnim było podjęcie pracy przez osobę chorującą psychicznie jako nowa sytuacja w rodzinie;

2. Warsztat prowadzony przez mgr Gerarda Banacha dotyczący doradztwa zawodowego i wspierania osoby chorującej psychicznie w kierunku aktywizacji zawodowej.

Rezultaty projektu:

– zakładano, że w dwóch 8-miesięcznych cyklach szkolenia przeszkolonych zostanie 50 osób chorujących psychicznie. W sumie szkolenie rozpoczęło 57 osób, w tym 48 osób niepełnosprawnych. 7 osób zrezygnowało z udziału lub wcześniej zakończyło szkolenie z uwagi na podjęcie pracy;

– zakładano, że 20% uczestników szkolenia (tj. 10 osób) podejmie zatrudnienie. W sumie 12 osób podjęło zatrudnienie.

Małgorzata Indyk
Koordynator ds. szkoleń
Projekt nt. „Szkolenie zawodowe dla osób niepełnosprawnych z chorobą psychiczną",
Kraków

POMOST DO ZDROWIENIA

Jestem matką syna, który zachorował w dość młodym wieku. Jesteśmy przeciętną polską rodziną z województwa śląskiego. Chciałabym się z Państwem podzielić moimi spostrzeżeniami na temat szkolenia zawodowego dla osób niepełnosprawnych z chorobą psychiczną pt. „Profesjonalny Pracownik Hotelu", które zostało zorganizowane i przeprowadzone przez Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne", a w którym uczestniczył mój syn Tomasz.

Chętnie wykonywał pracę w recepcji, wprowadzał dane do komputera, jak i pomagał podczas prac porządkowych

Tomasz zachorował w pierwszej klasie liceum. Choroba rozwijała się powoli, tak, że syn, jeszcze wówczas nie leczony, był w stanie ukończyć szkołę, dostać się na Politechnikę Śląską na Wydział Informatyki. Jednak rozwijająca się choroba pokrzyżowała mu plany i pomimo 2 urlopów dziekańskich, przeniesienia na nieco łatwiejszy Wydział Inżynierii Środowiska, nie był w stanie podjąć nauki, a muszę podkreślić, że był zawsze uczniem uczącym się bardzo dobrze „wszechstronnym, o dużych możliwościach" – (wg jednej z opinii pisemnych nauczyciela wychowawcy).

Jesienią 2008 roku szukając w internecie pomocy, natknęłam się na stronę Stowarzyszenia Rodzin „Zdrowie Psychiczne" w Krakowie. Przeczytałam ogłoszenie o rozpoczęciu naboru na szkolenie: „Profesjonalny Pracownik Hotelu" dla ludzi po kryzysach psychicznych. Oczywiście bardzo się ucieszyłam, że jest taki kurs organizowany. O planach uczestniczenia w szkoleniu porozmawiałam z lekarzem prowadzącym mojego syna. Pan doktor dużo słyszał o działalności stowarzyszenia i jak najbardziej poparł moje działania.

W końcu października 2008 roku z Tomaszem przyjechaliśmy na pierwsze spotkanie kwalifikacyjne. Dzięki dużej przychylności i zrozumieniu ze strony prowadzących nabór, Tomasz został uczestnikiem szkolenia zawodowego Profesjonalny Pracownik Hotelu od 1 listopada 2008 roku.

Dzisiaj muszę się przyznać, że i ja miałam dużo obaw: czy kurs oddalony o ponad 100 kilometrów (przecież mieszkamy w Gliwicach) jest dobrym pomysłem? Czy dojazdy nie okażą się zbyt dużą trudnością? Czy syn podoła? Czy nie zaśpi w pociągu, bo wciąż był taki zmęczony i śpiący? Czy wytrwa? Wiedziałam jednak, że na te pytania znajdę odpowiedź tylko w jeden sposób: Tomasz musi po prostu zacząć szkolenie.

Na pierwsze dwa spotkania w pensjonacie „U Pana Cogito" przyjechałam razem z synem, żeby go trochę zachęcić, jakby nie było do mojego pomysłu. Szybko jednak okazało się, że Tomasz świetnie daje sobie radę ze wstawaniem, dotarciem na dworzec i na szkolenie odbywające się dwa, trzy razy w tygodniu. Dodatkowym bodźcem były tu pieniądze, które dostawał za zwrot biletu. Po powrocie do domu opowiadał, co było na zajęciach, o czym był wykład, gdzie byli.

Niestety, dobra passa trwała do kwietnia 2009 r. W końcu marca 2009 roku Tomasz po raz kolejny chciał poczuć się „normalnie", jak to on nazywa, czyli odstawił „klozapol". Nie muszę dodawać jak się to skończyło: kryzysem z pobytem w szpitalu. Już myślałam, że niestety nie skończy szkolenia. Zadzwoniłam do koordynatora projektu i usłyszałam wspaniałe, budujące i tak ważne zdanie, „że wszyscy życzą Tomaszowi powrotu do zdrowia i czekają na niego w Krakowie". Dzięki takiej wspaniałej postawie, indywidualnemu podejściu do syna, przede wszystkim dostosowaniu programu szkolenia do kondycji psychicznej, w jakiej był w tym momencie Tomasz (tempa przekazywania wiedzy), syn szybko wracał do zdrowia. Skończył szkolenie teoretyczne prawie w terminie i podjął praktykę w Zabrzu w hotelu „Ambasador".

Pamiętam pierwszy dzień praktyki. Ubrany w białą koszulę, którą również otrzymał w ramach programu, prezentował się naprawdę dobrze i wiedział o tym. W hotelu spotkał się z życzliwością zarówno wśród pracowników, jak i kierownictwa. Hotel „Ambasador" jest małym obiektem, więc możliwe było zapoznanie się z różnymi stanowiskami. Chętnie wykonywał pracę w recepcji, wprowadzał dane do komputera, jak i pomagał podczas prac porządkowych (akurat w tym czasie część pokoi była malowana). Po skończonej praktyce otrzymał wynagrodzenie i stypendium, za które zmodernizował swój komputer. Po zakończeniu szkolenia otrzymał certyfikat ukończenia szkolenia, z którego się bardzo cieszył i którym chwalił się przed znajomymi. Przyznaję, że byliśmy z mężem przyjemnie zaskoczeni.

Nie trzeba było namawiać Tomasza, by zapisał się do szkoły pomaturalnej od września 2009 roku. Nie był to zbieg okoliczności, że właśnie wybrał ten kierunek – turystyka. Obecnie jest uczniem dwuletniego Technikum Obsługi Turystycznej w Gliwicach. Na zakończenie roku szkolnego otrzymał następujące noty: obsługa ruchu turystycznego – bardzo dobry, geografia turystyczna – bardzo dobry, marketing usług turystycznych – bardzo dobry, język angielski – bardzo dobry, ekonomia i prawo w turystyce – bardzo dobry. Serce mi rosło jak robił biznes plan. Na pytanie o praktykę, która jest obowiązkowa w tej szkole, odpowiedział, że „sam już załatwił u koleżanki i odbędzie praktykę w biurze podróży".

Światowej sławy filmowiec Christopher Nolan wyreżyserował film z gwiazdorską obsadą pod tytułem „Incepcja", w którym główni bohaterzy przenoszą się na różne poziomy świadomości. Jedna z bohaterek, aby zorientować się, czy jest w świecie rzeczywistym czy jeszcze w świecie marzeń sennych, posługuje się małym wirującym, dziecięcym bączkiem. W tym filmie jest on łącznikiem ze światem rzeczywistym. Dla Tomasza takim bączkiem, który powoli wprowadził go do „świata prawdziwego" było to szkolenie. Pozwoliło mu uwierzyć, że może coś osiągnąć, pozwoliło chcieć więcej, zainteresować się nową dziedziną. Jestem przekonana, że przy następnym spotkaniu w gronie rodzin będę mogła powiedzieć, że syn już pracuje.

Jolanta Błaszczak
z Gliwic

Czy w chorobie psychicznej mamy wpływ na to jak się czujemy?

Gdyby popatrzeć na to pytanie tylko pobieżnie, to pierwsza odpowiedź, jaka się pojawia, to fakt, że na zachorowanie na chorobę psychiczną nikt nie ma wpływu. Bo gdyby człowiek mógł coś zrobić dla siebie, to pewnie nie byłoby na świecie żadnych chorób i ludzie byliby po prostu zdrowi. Więc jak to jest? Mamy wpływ na to jak się czujemy, czy też nie?

Różne rzeczy, które mogą się nam przydarzyć, mają wpływ na nasze samopoczucie. Tymi czynnikami mogą być: pogoda, stresujące wydarzenie, zdarzenie wywołujące radość, słowo ludzkie, gest, nasze zdolności, marzenia, wiara, kompleksy, zranienia przez ludzi, przeszłość, odrzucenie, samotność, przyjaciele. Moim zadaniem jest skupienie się na tych rzeczach, które są możliwe do osiągnięcia i przywołują pozytywne nastawienie. To, co wymieniłam, w dużej mierze wpływa na to, jak się czujemy.

Pierwszą rzeczą, jaką powinniśmy zrobić, to **AKCEPTACJA CHOROBY**. To znaczy zdaję sobie sprawę z tego, że jestem chora, dlatego potrzebuję pomocy (kontakt z psychiatrą, zażywanie leków). Dlaczego jest to takie ważne? Ponieważ trudno jest pomóc osobie, która tę pomoc odrzuca. Na siłę nikogo nie można uszczęśliwić. Choć zdaję sobie sprawę, że mogą być takie przypadki, kiedy osobom trzeba narzucić coś z góry. Kiedy się akceptuje chorobę, człowiek próbuje się z nią nauczyć żyć. Poznając chorobę, przestaję się na nią buntować i próbuję ocenić, co mogę w niej zobaczyć dobrego, jak walczyć.

Przy akceptacji choroby bardzo ważna jest **DECYZJA**. Decyzja dotycząca podjęcia walki z chorobą. Jeśli ja sama nie podejmę takiej decyzji, to nikt za mnie tego nie zrobi. Oczywiście inni mogą za mnie kierować moim życiem, ale wtedy nie będzie już ono moje, ale czyjeś. I czy będę szczęśliwa? Ta decyzja to pierwszy krok, który trzeba zrobić, aby móc myśleć w przyszłości o jakiejś poprawie swego samopoczucia. To połowa sukcesu. Nazwę to zwycięstwem, ponieważ wtedy człowiek wychodzi z własnego zamknięcia i bierności. Nie siedzę z założonymi rękami, obrażona na cały świat i Boga, ale staram się coś zrobić. Jestem gotowa do tego, aby coś zrobić. Chcę coś zmienić w swoim życiu, chcę się poczuć lepiej, dlatego dołożę wszelkich starań, aby tak się stało. Decyzja dotycząca walki z chorobą musi pochodzić z najgłębszego dna serca, bo tylko wtedy może być zrealizowana. Ta decyzja pozwala poznać siebie i zobaczyć możliwości, które we mnie tkwią, a wcześniej były one niewidoczne.

Kolejnym czynnikiem, który przychodzi mi do głowy to **PODMIOTOWOŚĆ W CHOROBIE,** czyli: Jaką rolę pełnię w chorobie? Może to być postawa ofiary lub postawa człowieka, który będzie chciał zmierzyć się z chorobą, widząc w tym nie coś, co przekreśla mnie i moje życie, ale możliwość podniesienia swego potencjału i możliwości. Rola ofiary i trwanie w niej to bardzo pesymistyczne nastawienie, ponieważ człowiek chorujący sam zamyka się na to wszystko, co może zrobić dobrego dla siebie, aby poczuć się lepiej. Takiej osobie trudno jest się rozwijać. Ciągłe myślenie, że to moje działanie nie ma sensu i że sama do niczego się nie nadaję, sprawia, że moje samopoczucie się pogarsza. Bo tak już jest, rzeczy smutne, dołujące myśli pogrążają nas i napędzają do tego, aby czuć się bezradnymi. To, co się dzieje z nami jest czymś, na co na pewno nie mamy wpływu. W roli zwycięzcy, nie chodzi mi tylko i wyłącznie o zwycięstwo, ale może się nim stać. Ale bardziej mi kojarzy się to z chęcią walki. Czyli będę robić wszystko po to, aby choć przez chwilę poczuć się lepiej. Robię to, co mogę robić. Jestem potrzebna na tym świecie, dlatego dołożę wszelkich starań, by się rozwijać. Trakuję chorobę jako coś dobrego, w trakcie czego mogą ujawnić się moje zdolności. Taka postawa otwiera nas na lepsze samopoczucie.

To nowe doświadczenie, które pozwoli mi spojrzeć na siebie i świat w innej perspektywie. Chorobę traktuję nie jako zło konieczne, pozbawiające mnie wszystkiego, ale jako okazję do pojawienia się nieznanych do tej pory zdolności i możliwości, poznanie ludzi w szpitalu czy w stowarzyszeniu.

Mówiąc także o podmiotowości w chorobie, chcę powiedzieć o roli pacjenta w leczeniu w kontekście lekarz – pacjent. Gdzie pacjent nie jest przedmiotem, ale podmiotem. Jeśli jest podmiotem ma prawo do podejmowania decyzji, które mają wpływ na jakość leczenia. Pacjent jako podmiot współpracuje z lekarzem, ma to charakter partnerski. Lekarz skupia się na tym, co ma do powiedzenia pacjent, a nie na wyłącznym wypisywaniu recept.

Inną rzeczą, która ma poprawić nasze nastawienie do choroby jest **WYZNACZENIE OSOBISTEJ DROGI PROWADZĄCEJ DO WYZDROWIENIA**. Wyznaczam sobie małe, mniejsze cele, które będą prowadziły mnie do celu ogólnego, jakim jest wyzdrowienie. Te cele to małe kroki, uporządkowane od najłatwiejszego do najtrudniejszego. Czyli stopniuję trudność zadań, w ten sposób będę się rozwijać. Wyznaczenie takiej drogi i celów sprawia, że układam sobie przyszłość. Ale nie wystarczy spisać te cele. Trudniej jest je wprowadzić w czyn i w rzeczywistość. Bez konsekwencji w realizacji celu człowiek niczego nie

Chorobę traktuję nie jako zło konieczne, pozbawiające mnie wszystkiego, ale jako okazję do pojawienia się nieznanych do tej pory zdolności i możliwości, poznanie ludzi w szpitalu czy w stowarzyszeniu

osiągnie, bo będzie przenosił wszystko na jutro. Nic samo się nie stanie, dlatego trzeba próbować realizować te cele; nawet gdy się nie uda, nie należy od razu się poddawać. Czyli określam to, co będę robić, aby czuć się lepiej. Na przykład:

1. **Zacznę ćwiczyć i jeździć na rowerze po to, by mieć lepszą kondycję fizyczną.**

2. **Będę robić zakupy, jeździć na spotkania z psychologiem, w stowarzyszeniu po to, by wychodzić z domu. Może w ten sposób poznam kogoś i nie będę czuć się sama. Może poznam moją miłość życia.**

3. **Będę czytać książki, aby rozszerzać swoją wiedzę, może znajdę w sobie nowe zainteresowania, które nie zostały jeszcze odkryte.**

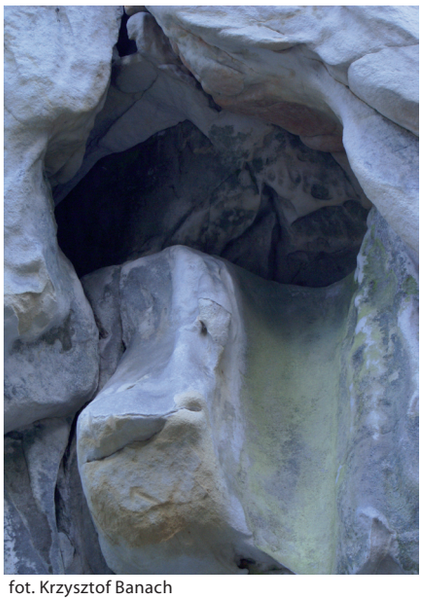
4. **Będę oglądać programy naukowe i psychologiczne. Może będę umiała komuś pomóc i będę czuła się potrzebna.**

5. **Może kogoś zainteresuję swoimi spostrzeżeniami i będę się czuła wartościowym człowiekiem.**

6. **Będę szukać pracy i stanę się samodzielna, poznam nowych ludzi, zarobię jakieś pieniądze.**

7. **Będę przygotowywać mój umysł do nauki, ponieważ chcę w przyszłości pójść do szkoły i skończyć kierunek, który by mnie fascynował.**

8. **Zapiszę się do wspólnoty religijnej, aby znaleźć nowych przyjaciół.**



fot. Krzysztof Banach

To tylko niektóre i przykładowe rzeczy, które można robić. Każdy jest inny i jego droga będzie wyglądała może całkiem inaczej. Nie jest łatwo układać taki plan na przyszłość. Ale nie jest to niemożliwe.

Następnym czynnikiem, który znacząco wpływa na nasze samopoczucie, są nasze **ZDOLNOŚCI I TALENTY**. W każdym człowieku ukryty jest ten skarb. Osoby, które uważają, że nie ma w nich nic ciekawego po prostu jeszcze tego nie odkryły. Żeby to zobaczyć, ciągle trzeba wszystkiego próbować. Na świecie jest tak wiele dziedzin, że jest w czym wybierać. Człowiek tak naprawdę uczy się przez całe życie. Ludziom, którzy uważają, że nie mają żadnych zdolności, brakuje chęci do poznania siebie. Odkrycie talentu czy zdolności wymaga AKTYWNOŚCI, czyli trzeba się potrudzić, po to, by znaleźć coś, co nas interesuje i poświęcić temu czas.

Talent sprawia, że się rozwijamy w tym, co jest ciekawe i twórcze.

Jeszcze innym czynnikiem, który sprawia, że czujemy się lepiej, są nasze **MARZENIA**. Jakie by one nie były, spełnione czy też nie. Pełnią w naszym życiu bardzo ważną rolę. Stymulują i motywują do działania. Właśnie, aby zrealizować marzenia często pokonujemy nasze ograniczenia i słabości. Np. by poznać miłość swego życia, trzeba być w takich miejscach, gdzie ludzie się spotykają czy rozmawiają. Czyli trzeba pokonać lęk wyjścia z domu do ludzi. Gdy będzie się siedziało tylko w domu, to nikt do naszych drzwi nie zapuka. Chyba że będzie to listonosz. Ważna jest także komunikacja. Trudno jest nawiązywać stosunki międzyludzkie, jeśli jedna osoba mówi, a druga tylko milczy. Trzeba się otwierać, bo w przeciwnym razie rozmowy nie będzie.

Ważnym czynnikiem, który poprawia nasze samopoczucie są **KONTAKTY MIĘDZYLUDZKIE**. To, co powiedziałam wyżej. Nikt nie lubi samotności. Dłuższa samotność wywołuje apatię, zniechęcenie, zamknięcie się na świat i ludzi, lęk. Każdy potrzebuje przyjaciół czy osób, na których mógłby się oprzeć, którym mógłbym się zwierzyć, porozmawiać. Kiedy mówię o przyjaciołach, mam tu na myśli prawdziwych przyjaciół, z którymi można przejść przez najtrudniejsze chwile. Ktoś może mi zarzucić, że nie mamy wpływu na to, jak inni nas widzą. A ja mówię, że mamy na to wpływ. Świadczą o nas nasze słowa, gesty, czyny i to, kim jesteśmy naprawdę. Nie mówię w tym miejscu o stereotypach, ponieważ staram się pokazywać to, co możemy zrobić. W sprawie przyjaźni należy się wspierać wzajemnie. Nie tylko jedna strona daje, a druga bierze. Ponieważ wtedy nie można mówić o przyjaźni i szczerych intencjach. W takim przypadku to tylko jakiś interes. Czy w dzisiejszych czasach istnieją prawdziwi przyjaciele? Kiedy patrzę na to pytanie sercem, mówię sobie, że tak. Są jeszcze na tej ziemi ludzie, którzy mogą wnieść w życie innych wiele dobrego. Trzeba ich tylko znaleźć, co nie jest tak łatwym zadaniem. Będąc między ludźmi, którzy mogą nam pomóc, a my im, człowiek pokazuje swoje serce. Łatwiej jest przejść przez życiowe burze, gdy wiesz, że jest ktoś, kto Cię kocha, kto weźmie Cię za rękę, może przytuli, albo powie coś, co sprawi, że przez łzy pojawi się twój uśmiech.

Ostatnia rzecz, która może poprawić nasz nastrój – to nasz **WYGLĄD.** Wysportowany chłopak, zadbany i czysty budzi zachwyt u wielu kobiet. Tak i dziewczyna, która potrafi zadbać o swój wygląd, ubrać się ładnie, uczesać, zrobić makijaż czuje się pewniejsza siebie. Ktoś może podnieść głos i powiedzieć mi o swoich kompleksach? Odpowiadam, że nie ma problemu w kompleksach. Ponieważ nawet ktoś z nadwagą może dobrze ukryć swoje niedoskonałości pod odpowiednimi ubraniami. Uważam, że nie ma brzydkich kobiet czy mężczyzn. Są tylko ludzie zaniedbani, którzy potrzebują pomocy stylisty czy fryzjera. Każdy jest na swój sposób piękny. Ważne jest, aby zaakceptować swój wygląd taki, jaki on jest. Są różne gazety czy programy, które mówią o tym. Bardzo ważnym czynnikiem w naszym samopoczuciu jest **POZYTYWNE MYŚLENIE**. Jeśli zakładam na nos czarne okulary, to rzeczywiście mój świat będzie ponury i beznadziejny, a moje życie będzie bez sensu. Kiedy myślę o rzeczach dobrych i o moim życiu jako darze od Boga, wtedy mam chęć robić dalszy krok naprzód. A porażki nie uznaję jako coś, co pogłębia depresję, ale uznaję je jako kolejne doświadczenie, które może mnie czegoś nauczyć. Przeciwieństwem pozytywnego myślenia jest pesymizm. Pesymizm może wynikać z tego, że ciągle spoglądamy w przeszłość. Przeszłość naznaczona bardzo negatywnymi wspomnieniami sprawia, że nie można pójść w przyszłość. Dlatego trzeba odciąć się od takiej przeszłości i zacząć budować nową przyszłość.

Bardzo ważnym czynnikiem, który wpływa na nasze samopoczucie jest **ŚWIADOMOŚĆ BYCIA POTRZEBNYM INNYM LUDZIOM**. Służba, pomoc innym to wspaniała droga do wyjścia z zapatrzenia się w chorobę, wyjścia w kierunku innych ludzi. To wyjście z własnego egoizmu pozwala zdystanso-

wać się do siebie, zwłaszcza gdy się widzi wtedy jak inni cierpią na jeszcze straszliwsze choroby. Bycie potrzebnym drugiemu człowiekowi to ogromna siła. Najczęściej nie zdajemy sobie sprawy z tego, że jesteśmy komuś potrzebni, bo komu? Miałam taki czas, i to całkiem niedawno, że czułam się niepotrzebna na tym świecie. Przyznaję, że to okropne uczucie nie mieć dla kogo żyć i nie móc pomagać innym, bo inni już tego nie potrzebowali. Uczucie bycia niepotrzebnym sprawiało, że z każdym dniem wpadałam w coraz to większy dół. Po jakimś czasie przyszła okazja pomocy innym przez podzielenie się własnymi doświadczeniami; widziałam, że rzeczywiście pomogłam i poczułam jak wielka radość i siła na nowo wstępują we mnie. Bycie potrzebnym to coś, co naprawdę dodaje umarłej duszy skrzydeł. Wiem, że jestem potrzebna. I kiedy mogę się wykazać w tej dziedzinie, czuję się bardzo szczęśliwa, ponieważ wtedy odnajduję swoje miejsce w świecie; wiem, po co żyję i dla kogo. Gdy człowiek uzmysłowi sobie, że jest potrzebny innym ludziom, wtedy pojawia się niesamowite uczucie. Niedaleko jest do wyzdrowienia.

Inną rzeczą, która pomaga w zdrowieniu jest **MIŁOŚĆ**. A konkretnie zakochanie się. To także jest sposób na wyzdrowienie, bo czegóż się nie robi dla osoby, którą się kocha. Kiedy jest się zakochanym, chcę podkreślić – szczęśliwie zakochanym – czyli ze wzajemnością, wtedy człowiek potrafi zmierzyć się ze wszystkimi swoimi słabościami, lękami, nieśmiałością. Zakochanie jest niesamowitym stanem, ale żeby przyniosło pozytywny terapeutyczny efekt, trzeba się potrudzić, by znaleźć odwzajemnione uczucie. Dlatego trzeba wychodzić z domu, gdziekolwiek, bo któż wie, gdzie spotkasz miłość swego życia. Nie mówię w tym miejscu o miłości zawiedzionej, która może popchnąć do targnięcia się na życie, ale o szczęśliwym zakochaniu dwojga ludzi, kobiety i mężczyzny, o odwzajemnionych uczuciach miłości, szacunku i tolerancji.

Jeszcze innym czynnikiem wpływającym na nasze samopoczucie jest dokonanie jakiejś **ZMIANY W ŻYCIU**. Mam tu na myśli szeroko rozumianą zmianę. Może to być zmiana środowiska, np. przez wyjazd na turnus rehabilitacyjny czy wycieczkę. Może to być zmiana wyglądu. Inną zmianą może być zmiana wyglądu pokoju. Czy zrobienie czegoś nowego, np. przygotowywanie potrawy z kuchni bułgarskiej. Tą zmianą może być wszystko, byleby było dobre dla nas.

Istotne znaczenie w naszym polepszeniu się samopoczucia ma **PRACA**. Pod warunkiem, że będzie to zajęcie, które będzie przynosiło nam radość i satysfakcję. Praca, która dostarcza nam środków pieniężnych sprawia, że możemy nie tylko być w niej spełnieni, ale także jest szansą na usamodzielnienie się i wejście w świat ludzi zdrowych. Kiedy praca jest zajęciem, które nas zniechęca i nie przynosi zadowolenia, a wręcz jest mobbingiem, wykorzystywaniem, poniżaniem i ogromnym stresem, wtedy taka praca może stać się jedynie źródłem choroby i niczym więcej. I ostatnia rzecz, która może spowodować, że inaczej spojrzymy na naszą chorobę – to **WIARA**. Najtrudniejszy problem zostawiłam na sam koniec.

Bo czym jest wtedy choroba?

To na pewno cierpieniem i krzyżem.

Dla osoby wierzącej krzyż jest symbolem tego, co uznaje za prawdę i ma głęboki sens. Wiara pomaga przejść przez chorobę. Bo człowiek w cierpieniu nie jest sam, gdyż Bóg Jezus Chrystus wspomaga go w tym doświadczeniu. O cierpieniu nie mówi się łatwo, bo to zbyt bolesne i przykre. Człowiek jest stworzony do szczęścia i dlatego trudno mu zaakceptować cierpienie. Każdy wcześniej czy później będzie dźwigał ten krzyż. Czy będzie chciał, czy też nie.

Kończąc chcę powiedzieć, że to, co pisałam, oparłam na swoich własnych doświadczeniach i przemyśleniach. To, co wyżej wymieniłam, to jakieś sposoby, które pozwalają poczuć się lepiej w chorobie psychicznej. Są jednak momenty, kiedy choroba jest silniejsza od mojej chęci walki. Ale nawet w takich chwilach mam nadzieję, że ten stan minie. Muszę tylko przeczekać, po to, by ze wszystkimi siłami podjąć dalszą walkę. Mam nadzieję, że może komuś to pomoże zrozumieć siebie i to, z czym my wszyscy się zmagamy, czyli z chorobą psychiczną. Dopóki w człowieku tli się nadzieja jest szansa na to, aby wyzdrowieć. Kiedy brakuje nadziei, wtedy nie ma niczego. Jest tylko bezradność, smutek i zwątpienie. Powodują one, że człowiek tylko się pogrąża w ciemność, bez przebłysku żadnego światła. Dlatego niech nadzieja nie opuszcza nigdy waszych serc. Już widzę jak nadzieja uśmiecha się do was, tak i wy przyjmijcie ją do waszych serc.

Dopóki w człowieku tli się nadzieja jest szansa na to, aby wyzdrowieć. Kiedy brakuje nadziei, wtedy nie ma niczego. Jest tylko bezradność, smutek i zwątpienie

Edyta Jarosz
Stowarzyszenie Rodzin „Otwarty Umysł”
Rzeszów

fot. Krzysztof Banach

KILKA SŁÓW O IDEI „TRÓJPRZYMIERZA TERAPEUTYCZNEGO”

Od modelu paternalistycznego do modelu partnerskiego

Przez wiele lat medycyna funkcjonowała w oparciu o model paternalistyczny. Lekarz niczym wszechwładny ojciec (pater – w języku łacińskim znaczy „ojciec”) orzekał, na czym polega istota choroby, jak się ta choroba nazywa, co powinien zrobić pacjent, żeby chorobę pokonać. Mocy lekarzowi dodawały zewnętrzne atrybuty, takie jak fartuch, dyplomy na ścianach gabinetu i stosowany przez niego język łaciński, który niczym mowa tajemna nadawał procedurom medycznym i samej osobie lekarza magicznej mocy. Tę moc wzmacniało (i wzmacnia) powszechne, i w znacznym stopniu słuszne, przekonanie, że stoi za nim nauka, o której niektórzy mówią, że jest „religią XXI wieku”. Pacjent w tych warunkach, gdy „idzie na chore”, ma szereg przywilejów, np. zwolnienie z pracy czy zwolnienie z codziennych obowiązków, ale ma także jeden podstawowy obowiązek: słuchać i pokornie wykonywać „zalecenie lekarskie Pana Doktora”. Zresztą ta skośność relacji dotyczyła (dotyczy?) całej służby zdrowia: wbrew rzeczownikowi „służba”, pacjent (ten, czyje zdrowie jest tu celem nadrzędnym) znajduje się na samym dole drabiny, a na wyższych jej szczeblach są pielęgniarki, salowe i inni pracownicy medyczni, nie mówiąc już o lekarzach. Satysfakcja (świadoma lub nieświadoma) pracowników służby zdrowia płynąca z poczucia władzy nad pacjentem niestety nieraz wyraża się arogancją wobec tych, którzy zgłaszają się po pomoc.

Współczesna medycyna coraz częściej proponuje inny model: akcentuje znaczenie współpracy między lekarzem a jego podopiecznymi. Model paternalistyczny – chociaż nadal obecny w wielu ośrodkach terapeutycznych – traci na znaczeniu, a coraz bardziej popularny staje się model partnerski. Jego wyższość nad modelem paternalistycznym jest niekwestionowana: jest bardziej efektywny, opiera się na ważnych przesłankach etycznych, a lekarzowi może dawać więcej głębokiego zadowolenia. Jest jednak trudny do wprowadzenia, gdyż wieloletnie, ba, wielowiekowe nawyki po obu stronach mogą zachęcać do podtrzymywania wersji, w której „lekarz jest ojcem, a pacjent – dzieckiem”.

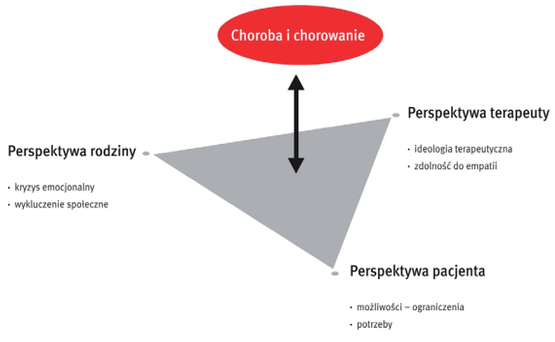
Model partnerski w psychiatrii?

Tak się składa, że w psychiatrii model partnerski jest szczególnie ważny, jednocześnie szczególnie trudny do wprowadzenia. Zarazem ważne jest, by do tego rozwojowego kroku doszło. Właśnie w psychiatrii od dobrej relacji, od dobrego dialogu między psychiatrą a jego pacjentem, zależy w zasadniczym stopniu sukces terapeutyczny. Leczenie jest często długotrwałe, wieloletnie, a świadome zaangażowanie w terapię dotyczy nie tylko samego pacjenta, ale także jego rodziny. W tej sytuacji „dobre spotkanie” tych trzech stron jest kluczowe. Powstaje pytanie, dlaczego nie jest łatwo wprowadzić model partnerski w psychiatrii? Pomijając już wspomniane wyżej nawyki dotyczące całej medycyny, na temat psychiatrii utarło się przekonanie, że jest to ta dziedzina służby zdrowia, w której o współpracę z pacjentem jest szczególnie trudno. „Brak krytycyzmu do objawów”, „pacjent niewspółpracujący”, „pacjent nie słucha zaleceń lekarskich” – to zwroty często pojawiające się na kartach historii chorób pacjentów psychiatrycznych. Gdy psychiatrzy w ten sposób przeżywają i doświadczają swoich „podopiecznych”, mogą mieć skłonność do zachowań i wypowiedzi stanowczych, autorytarnych, co w efekcie może nasilać opór i niechęć pacjenta do współpracy. Tzw. przedmiotowy stosunek do pacjenta jest w psychiatrii „grzechem ciężkim”. Nie tylko rzutuje na klimat relacji lekarz – pacjent, ale prowadzić może do sytuacji najbardziej szkodliwej dla leczenia: do zerwania przez pacjenta kontaktu z lekarzem i zaprzestania leczenia. Nie trzeba dodawać, że szybko skutkuje to pogorszeniem objawowym, nieraz zaś – hospitalizacją pacjenta. Dodatkowo, ciążący nad psychiatrią, pacjentami psychiatrycznymi i ich rodzinami (ale także nad samymi psychiatrami), lęk przed stygmatyzacją społeczną, poczuciem napiętnowania, wykluczenia i zmarginalizowania, sprawia, że idea partnerskiej relacji lekarz – pacjent wydaje się być jedynie szlachetną utopią. Zresztą, nie sposób zaprzeczyć: zdarza się w psychiatrii częściej niż w innych działach medycyny, że pacjent z uwagi na naturę objawów odmawia współpracy i nie zgadza się, by ktoś inny decydował o jego sprawach.

Na czy zatem może polegać owo „przymierze” czy „sojusz” terapeutyczny w odniesieniu do leczenia psychiatrycznego, a w szczególności w odniesieniu do leczenia psychoz urojeniowych? Co musiałoby się stać, by owa współpraca przebiegała z korzyścią dla pacjenta?

Idea trójprzymierza

Tak jak wyżej wspomniano, w leczenie osoby chorującej psychicznie zaangażowane są trzy strony: sam pacjent, jego lekarz (terapeuta) oraz członkowie rodziny pacjenta. Graficznie można to sobie wyobrazić pod postacią trójkąta, którego trzy wierzchołki to właśnie trzy strony tej relacji.



Rycina wskazuje, że każda ze stron ma inną wyjściową perspektywę, natomiast cel może być wspólny: pokonanie choroby, a przynajmniej zminimalizowanie jej skutków. Punktem wyjścia jest w tym przypadku wzajemne uwzględnienie istnienia trzech perspektyw: chociaż są one w punkcie wyjścia całkowicie odmienne, spajać je może wspólny cel. Jest w interesie terapeuty (psychiatry, psychologa) odnieść sukces zawodowy i pokonać chorobę. Jest w interesie krewnych pacjenta, by ich bliski był zdrowy i by nie obciążał ich ciężarem swojego cierpienia. A przede wszystkim jest w interesie pacjenta, by pokonał cierpienie wynikające z choroby, by miał satysfakcję ze swojego życia osobistego, zawodowego. Jeśli te „trzy strony", wychodząc z różnych przesłanek i różnych perspektyw, potrafią dostrzec, że tylko współpracując są w stanie osiągnąć sukces, to ten sukces staje się realny.

Jest w interesie terapeuty odnieść sukces zawodowy i pokonać chorobę. Jest w interesie krewnych pacjenta, by ich bliski był zdrowy i by nie obciążał ich ciężarem swojego cierpienia

Zasady trójprzymierza

Trudno w kilku słowach opisać, na czym konkretnie polegać ma to trójprzymierze i jak w szczegółach ma taka współpraca wyglądać. Warto jednak zawrzeć – chociażby w krótkich hasłach – główne kierunki takiego modelu terapii.

1. **Obowiązuje wzajemne respektowanie perspektyw. Szukanie projektu terapii odbywa się poprzez uwzględnienie każdej z „map". Takie negocjowanie nie ma charakteru wymuszania na pozostałych, lecz zachęcanie do otwarcia na wszystkie trzy perspektywy. Wymaga to cierpliwości i życzliwego zainteresowania trzema – początkowo całkiem odmiennymi – perspektywami: pacjenta, rodziny i terapeuty.**

2. **Choroba i chorowanie staje się wspólnym „przeciwnikiem". Jego (tego przeciwnika, czyli choroby) sposoby, strategie, silne i słabe strony warto poznać i je obnażyć. Prowadzi to do wspólnej próby zrozumienia mechanizmów chorobowych, a w szczególności tych czynników, które mogą prowadzić do nawrotu objawów. W ten sposób trójprzymierze nabiera mocy do walki z chorobą – w tym sensie, że choroba „nie znajduje się w" osobie chorej, lecz – jak prawdziwy przeciwnik – jest na zewnątrz. Takie postawienie sprawy może sprawiać wrażenie gry językowej, lecz w swojej istocie pozwala na atakowanie (wspólne! I wspólnymi siłami) tego, co jest problemem, a nie osoby chorującej.**

3. **W tych poszukiwaniach spotykają się i wzajemnie wzbogacają trzej eksperci i trzy ekspertyzy: Terapeuta naświetla sytuację od strony medycznej i psychologicznej (ważne, aby pacjent i jego rodzina wiedzieli o czynnikach ryzyka, o zasadach leczenia, o farmakoterapii itp.). Członkowie rodziny dysponują ekspertyzą na temat tego, jak pacjent radzi sobie w życiu rodzinnym i społecznym, a także co dla nich jest brzemieniem i jakimi własnymi zasobami dysponują. Pacjent jest z kolei świadom swego doświadczenia wewnętrznego, swych przeżyć oraz tego, co w życiu mu doskwiera, a co mu dodaje siły. I ta samowiedza stanowić może jego wkład w konstruowanie realistycznych planów terapii, w których on jest świadomym ich współautorem, a nie biernym przedmiotem „poddającym się leczeniu".**

4. **Praca w ramach trójprzymierza nie oznacza, że wszystkie spotkania muszą się odbywać z udziałem trzech stron. Oznacza jednak, że otwartość w komunikacji jest w tym przypadku ważnym warunkiem powodzenia we współpracy. Oczywiście, nie oznacza to braku miejsca na odrębność czy prywatność (komunikacja nie zakłada przecież braku granic).**

Czytając te słowa można pomyśleć, że ładnie one wyglądają na papierze, natomiast realizacja trójprzymierza jest znacznie trudniejsza. To prawda, ale jeśli nawet idea ta (jak wiele idei) nie jest w pełni do zrealizowania, to zbliżanie się do niej czy korzystanie z niej jako z pewnego drogowskazu może się okazać użyteczne, zwłaszcza że cel jest niepozorny i dla każdej ze stron – ważny.

Program edukacyjny „Droga do Siebie"

Koncepcja przymierza terapeutycznego jest główną ideą, na której zbudowany został nowy program edukacyjny „Droga do Siebie" – stworzony dla osób chorujących na schizofrenię i chorobę afektywną dwubiegunową, ich rodzin i terapeutów.

Celem programu jest wsparcie edukacyjne zmierzające do polepszenia jakości życia pacjentów i ich rodzin; pomoc osobom chorym w radzeniu sobie z chorobą, w poznaniu metod leczenia oraz zasad farmakoterapii i psychoterapii, uzyskiwaniu integracji wewnętrznej, poczucia bezpieczeństwa, kontroli i sprawstwa. Podpowiedź dla rodziny – jak postępować w sytuacji, gdy ktoś z bliskich choruje psychicznie, jak wspierać chorego oraz jak samemu radzić sobie w trudnych sytuacjach. Przekaz skierowany jest także do specjalistów, w celu zwrócenia uwagi na znaczenie przymierza terapeutycznego w relacji pacjent – rodzina – lekarz – psychoterapeuta w powodzeniu prowadzonej terapii.

W ramach programu został stworzony poradnikowy portal internetowy www.drogadosiebie.pl (treści opracowali lekarze psychiatrzy oraz psychoterapeuci z ośrodków medycznych w Krakowie, Poznaniu, Warszawie oraz Pruszkowie). We współpracy ze stowarzyszeniami Związku Rodzin i Opiekunów Osób Chorujących Psychicznie Pol-Familia w 15 polskich miastach od września br. odbywają się serie warsztatów psychoedukacyjnych dla pacjentów i rodzin. Dodatkowo, organizowane są doszkalające warsztaty dla terapeutów prowadzących zajęcia z psychoedukacji. W 2011 roku program będzie rozwijany o nowe przedsięwzięcia i inicjatywy.

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

„Partnerstwo ponad granicami: spotkanie – dialog – wytrwanie!?”

Działanie w duchu trialogu z perspektywy członków rodzin osób chorujących psychicznie

W drodze do trialogu

Idealnie, zgodnie z definicją i dzisiejszym rozumieniem tego pojęcia, „trialog” w psychiatrii powinien polegać na negocjacjach pomiędzy równorzędnymi partnerami – lekarzami i przedstawicielami ambulatoryjnych ośrodków leczniczych, beneficjentami oraz członkami ich rodzin oraz na wspólnym, efektywnym poszukiwaniu możliwie najbardziej skutecznych form terapii i opieki dla osób chorujących psychicznie. Czy nie jest to aby utopia?

Tak i nie! Z reguły, na początku, są to negocjacje pomiędzy bardzo nierównymi partnerami. Stąd też ci mocniejsi, jeżeli naprawdę chcą doprowadzić do prawdziwie wspólnych decyzji, muszą zrezygnować z rozgrywania swojej przewagi. Muszą poważnie słuchać swoich – w tej sytuacji słabszych – rozmówców i umieć wczuć się w ich widzenie rzeczy. Dotyczy to zwłaszcza psychiatrii. Bez nośnego, pełnego zaufania kontaktu i gotowości do współpracy nie da się osiągnąć najważniejszego celu psychiatrii: możliwie trwałej remisji.

Klasyczna rozmowa z rodziną

W roku 1987, w środku procesu dehospitalizacji, moja córka zachorowała na schizofrenię. Wtedy nie miano jeszcze pojęcia o tym, co dzisiaj rozumie się pod pojęciem „trialogu”, ale panowało przekonanie, że aby chory zgodził się na leczenie i żeby po wypuszczeniu go z oddziału psychiatrycznego szpitala miejskiego jego krewni mogli sobie z nim poradzić, powinno dojść do rozmowy pomiędzy wszystkimi zainteresowanymi.

Moja córka opowiadała o głosach, które jej złorzeczą. A ja opowiadałam o jej dotychczasowym życiu, o pierwszych oznakach choroby i wybuchu choroby podczas podróży do Turcji. Wyjaśniono mi, że tę tak groźnie wyglądającą chorobę leczy się dziś dobrze, że istnieją dobrze przyswajalne leki i że moja córka wkrótce będzie mogła kontynuować studia i praktycznie prowadzić prawie normalne życie.

Rozmowy te były dla nas – rodziny – błogosławieństwem, ponieważ zwykle nic nie wiedzieliśmy o tego rodzaju chorobach i byliśmy przerażeni stanem naszej córki. Lekarze i inni specjaliści byli zazwyczaj młodzi i żądni uczenia się, w jaki sposób można by było w ogóle te trudne osoby leczyć i sprawować nad nimi opiekę w ich miejscu zamieszkania. Byli wdzięczni za nasze obserwacje i w rewanżu udzielali nam informacji na temat choroby i sposobach jej leczenia. Nasze wzajemne stosunki stały się niemal przyjacielskie, a te kontakty trwają częściowo po dziś dzień.

Ale potem stopniowo pojawiali się inni lekarze, którzy już „wszystko wiedzieli”. Nie przywiązywali wagi do naszych doświadczeń i aktualnych obserwacji. Mówili o tym, że to my spowodowaliśmy chorobę naszej córki i że powinniśmy trzymać się od niej z dala, aby nie zaburzać jej dojrzewania do dorosłości.

Moja córka i ja zostałyśmy zaproszone na „rozmowę rodzinną”. Siedziałyśmy naprzeciwko całego zespołu, który przyjął nas bez choćby jednego miłego uśmiechu na powitanie. Wszyscy sprawiali wrażenie takich poważnych. Moja córka miała mówić jako pierwsza. Wygłosiła małe przemówienie, w którym opowiedziała, do jakich wniosków doszła do tej pory. Sprawiało jej to wyraźną trudność. Mówiła o konfliktach, jakie miałyśmy w ostatnim czasie. Zwłaszcza o nocnym słuchaniu głośnej muzyki, a przede wszystkim o stanie swojego pokoju.

Z tej ostatniej wypowiedzi wysnuto wniosek, że jestem miłującą porządek mieszczańską gospodynią domową z bzikiem na punkcie sprzątania. I że powinnam zrozumieć, że inni ludzie mają inne wyobrażenia na temat porządku i czystości. Jako matka samotnie wychowująca dziecko byłam chyba nadopiekuńcza i tłamsiłam moją córkę i że z powodów ambicjonalnych przeciążałam ją studiami. Ponieważ ze względu na moje wykształcenie mam jakie takie pojęcie o psychoanalitycznej analizie przypadku, od razu zrobiłam się ostrożna. W przeciwnym razie mogło się to skończyć zakazem kontaktów. A tak chętnie coś bym na to odpowiedziała. Że zawsze pracowałam zawodowo, że moja córka zawsze miała problemy z rówieśnikami i dlatego trzy lata spędziła w dobrym internacie. Pomimo dobrych ocen za radą nauczycieli próbowała zdobyć wykształcenie w dwóch „łatwiejszych” zawodach, a potem na własne życzenie rozpoczęła studia. A ostatnio męczyła ją bezsenność i dręczył lęk przed rozwojem w kierunku syndromu patologicznego zbieractwa (messie). Poza tym nie chciałam też „blamować” mojej córki, bo nakreśliła swój obraz w taki sposób, aby wywrzeć na słuchaczach dobre wrażenie, i aby w ten sposób otrzymać być może więcej uwagi niż zwykle.

fot. Krzysztof Banach

Także później nie sprzeciwiała się, gdy chodziło np. o czas pobytu w klinice. Chciała wykazać się zrozumieniem. I to zostało nagrodzone. Nie byłyśmy tam jedyne. Bardzo wielu pacjentów próbowało powiedzieć coś, co – jak przypuszczali – ich rozmówcy chcieli usłyszeć. Mówili więc, że nie słyszą żadnych głosów i mówili niewiele o ich zawartości treściowej. Twierdzili, że dobrze śpią i że zażywają lekarstwa zgodnie z zaleceniem, wszystko, żeby tylko uzyskać przepustkę i żeby nie musieć tak długo przebywać w klinice. Zwłaszcza starsi udawali zdrowszych i bardziej zdyscyplinowanych niż w rzeczywistości, aby zachować miejsce w warsztacie lub swoje mieszkanie, żeby nie wylądować w zakładzie opiekuńczym gdzieś na końcu świata. Rozmowy tego rodzaju nie miały oczywiście większego sensu.

Pierwsze niezależne grupy członków rodzin

To wszystko z pewnością doprowadziło do tego, że wkrótce powstały samodzielne niezależne grupy samopomocy, które w wielu miejscach rozwinęły się nawet do zarejestrowanych sądownie stowarzyszeń. Często powstawały zanim zaczęły się tworzyć grupy członków rodzin przy klinikach. Chcieliśmy wymieniać się naszymi przeżyciami związanymi z psychiatrią i przy pomocy rozumiejących nas profesjonalistów rozszerzać naszą wiedzę na temat przyczyn i możliwości leczenia chorób psychicznych, abyśmy mogli uczestniczyć w rozmowach z mniej więcej równouprawnionej pozycji. Chcieliśmy, aby nas wysłuchano i uwzględniono nasze spostrzeżenia. Chcieliśmy zebrać jak najwięcej informacji, mieć prawo głosu, współpracować przy planowaniu i wywierać wpływ nawet na decyzje polityczne. Ale już nic więcej nie miało decydować się bez udziału beneficjentów (pacjentów), jak również bez uwzględnienia więzów rodzinnych, ponieważ wkrótce zauważyliśmy, że w przypadku osób ciężko chorych zazwyczaj to rodzina była główną podporą i pomagała w opiece i uporaniu się z codziennością.

Akurat te osoby, które właściwie byłyby wyzwaniem dla doświadczonego profesjonalisty, były pozostawiane nam. Po przezwyciężeniu początkowej nieufności („Co wy tam o nas mówicie?") coraz więcej ich przychodzi na spotkania naszych grup i zdobywa informacje.

Początki seminariów o psychozie: podwaliny trialogu

Wraz z powstaniem tzw. seminariów o psychozie, stworzonych przez krytycznych byłych pacjentów psychiatrycznych i niekonwencjonalnych profesjonalistów, rozpoczęło się to, co dzisiaj nazywamy trialogiem. Na początku traktowane przez członków rodzin i specjalistów z uśmieszkiem albo nawet nieufnie, stwarzały dla beneficjentów psychiatrii, ich krewnych oraz specjalistów platformę do dyskusji o różnych punktach widzenia, a nawet czasem uświadomienia ich sobie. Krnąbrne osoby chore psychicznie nie chciały już dłużej godzić się na to, że nikt ich nie pytał, co właściwie sądzą o skuteczności zaordynowanego im leczenia i terapii. Często przedtem nie znali nawet dokładnie postawionej im diagnozy. Decydowanie o własnej osobie wydawało się im możliwe jedynie poza klinikami. Wielu posuwało się w ogóle do odrzucenia psychiatrii jako całości.

Chcieliśmy zebrać jak najwięcej informacji, mieć prawo głosu, współpracować przy planowaniu i wywierać wpływ nawet na decyzje polityczne

Znam te seminaria o psychozie jedynie z opowiadań znajomych z okolic Stuttgartu. Podobno są dość burzliwe. Dochodzi do wzajemnych, czasem bardzo głośnych oskarżeń. A członkowie rodzin dostają się pod obstrzał z obu stron – zarzuca się im, jakoby spowodowali chorobę swoim postępowaniem. Matki po raz pierwszy usłyszały o teoriach Friedy Fromm - Reichmann i niesłusznie poczuły się z góry napiętnowane. Z drugiej strony pacjenci, wśród których znajdowało się wtedy wiele osób ciężko chorych, zarzucali specjalistom, że przy pomocy leków uczynili ich bezwolnymi i odmówili im prawa decydowania o sobie. Najwyraźniej „słuchanie siebie nawzajem" nie wychodziło najlepiej.

Dzisiejsze seminaria o psychozie są już od dawna harmonijnymi imprezami zdążającymi do tych samych celów i często także skutecznie je osiągającymi. Zasada trialogu stała się czymś normalnym. Uczestnicy zaczęli słuchać innych, wykazywać dla nich zrozumienie, przybliżać się do siebie nawzajem. Stan wiedzy wyrównał się. Z mniejszym lub większym sukcesem wywalczono lepsze sposoby leczenia psychiatrycznego i odpowiednią opiekę społeczną. Szkoda tylko, że uczestniczą w tym tylko nieliczni, szczególnie wyczuleni na te sprawy specjaliści. Wycofały się także osoby ciężko chore, skutkiem czego ich sprawy znikły z pola widzenia.

W międzyczasie chodzi już o dalsze cele, o wspólne tworzenie ambulatoryjnej struktury terapii i opieki, o walkę o prawa osób niepełnosprawnych do równego uczestnictwa w życiu społecznym. Dobrym przykładem odnowy oddolnej jest rozwój seminarium o psychozie w Neumünster (1). Tutejsze działania są wskazówką na drodze do równego udziału osób chorych psychicznie w normalnym życiu w przestrzeni społecznej (wspólnocie), zgodnie z literą Konwencji Narodów Zjednoczonych o Prawach Osób Niepełnosprawnych. Wychodzi się z założenia, że instytucje psychiatryczne muszą same być przeniknięte przekonującą kulturą wewnętrzną, żeby mogły skutecznie oddziaływać na otaczającą je przestrzeń społeczną. Swoją pracę nagłośnili w prasie, przeforsowali kartę informacyjną dla chorych na wypadek sytuacji kryzysowej („Krisenpass" = „paszport kryzysowy"), wygłaszali wykłady w centrum edukacji, pracowali w ośrodkach stowarzyszenia „Brücke Neumünster" i stworzyli obsadzoną zgodnie z zasadami trialogu radę ds. zażaleń. Jakość definiowała się poprzez stopień współudziału wszystkich w pracy wspólnoty. Pozostaje jeszcze wiele do zrobienia: utworzenie sieci wszystkich oferujących pomoc dla wymagających pomocy w gminie, ale także współdziałanie na wyższych poziomach sterowania i planowania systemu pomocy.

(1) Wittig - Koppe, Bremer, Hansen: Teilhabe in Zeiten verschärfter Ausgrenzung?, (Uczestnictwo w czasach zaostrzonego wykluczenia?), Neumünster 2010, S. 170–120

Trialog w Europie – płaszczyzna rządów

Idea trialogowego sposobu negocjacji na temat najlepszego postępowania z chorobami psychicznymi rozpowszechniła się w całej Europie niemal niezauważona przez opinię publiczną. Kraje europejskie uczyły się od siebie nawzajem i poprawiały swoje koncepcje dotyczące terapii i opieki wypró-

bowując szczególnie skuteczne modele stworzone przez innych. Europejskie organizacje beneficjentów psychiatrii oraz europejska organizacja samopomocowa rodzin EUFAMI zdobyły coraz większe znaczenie. Były one zaangażowane w tworzenie „Zielonej Księgi" UE dla polepszenia zdrowia psychicznego obywateli i organizowały kongresy trialogowe. Czwarty kongres EUFAMI odbył się w Polsce (Toruń). Przybyło na niego 600 delegatów z całej Europy, specjaliści, osoby chorujące psychicznie, członkowie rodzin. Wiem, że kontynuacja tego trialogowego spotkania odbywa się w Polsce rokrocznie na Forum Psychiatrii Środowiskowej w Krakowie, gdzie spotykają się przedstawiciele Rodzin Beneficjentów i Profesjonalistów. Bądź co bądź dyskutuje się na nim niemal jak równy z równym o rozbudowie ambulatoryjnego systemu opieki psychiatrycznej, likwidowaniu stygmatyzacji i wykluczenia i równym udziale w życiu społecznym.

Według mojej opinii okazało się, że w tym przypadku leczenie psychiatryczne najlepiej jest zorganizowane i akceptowane zarówno przez użytkowników, jak i społeczeństwo w tych krajach, w których planowanie reformy psychiatrii odbyło się na najwyższej płaszczyźnie narodowej i gdzie trzeba było wypracować konsensus wszystkich zainteresowanych, a więc także stowarzyszeń beneficjentów i ich rodzin. Tam trialog odbywał się też na wszystkich niższych płaszczyznach. Do tych krajów należą m.in. Irlandia, Anglia i z niejakimi zastrzeżeniami (opieka nad ciężko chorymi) Szwecja. Polska ma świetnie przygotowany akt legislacyjny, który czeka na wdrożenie.

Co jest ważne?

Prawdopodobnie nigdy nie dojdzie do powstania idealnego społeczeństwa bez kogoś sprawującego władzę, a także podobnie idealnego dialogu (Habermas). Jednak nie powinno to powstrzymywać tych, którzy dysponują większą ilością władzy i wiedzy od każdorazowego wczuwania się w osobę słabszą, co powinni uznawać za swoje najbardziej wyrafinowane zadanie. Chodzi o to, aby ta słabsza osoba mogła korzystać ze swoich praw. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji, gdy z tą osobą musi lub chce się osiągnąć wspólny cel. A w szczególności odnosi się to do psychiatrii, gdzie przyczyny choroby ciągle są bardzo niejasne, a cierpienie ludzi rozgrywa się w niemierzalnym myśleniu i odczuwaniu chorych i ich rodzin. Tylko jeżeli chory ufa i wierzy osobie stojącej ponad nim, że ta szczerze chce mu pomóc, może ujawnić swoje myśli i uczucia i w ten sposób wejść na drogę poprawy zdrowia. A jeżeli sądzi, że nie będzie mógł żyć z zaproponowanymi rozwiązaniami, niech będzie mu wolno bezkarnie zaprotestować. Oprócz tego należy przyznać jemu i jego rodzinie prawo do współdecydowania na wszystkich płaszczyznach opieki psychiatrycznej.

Edith Mayer
Wystąpienie przedstawicielki rodzin w Niemczech na 15 Forum Psychiatrii i Psychoterapii w Paderborn; wrzesień 2010 r.

Chronić czy mobilizować?

Kilka refleksji z myślą o rodzinie osoby chorującej psychicznie (część I)

Osoby chorujące psychicznie i ich rodziny często latami, a nawet przez całe życie, zmagają się z chorobą i z obciążającymi je w życiu społecznym konsekwencjami chorowania. To, czy osoba chorująca i jej rodzina podejmie od pierwszej chwili aktywny wysiłek w pokonywaniu choroby, czy podzieli współodpowiedzialność za program leczenia i rehabilitacji będzie miało decydujący wpływ na jej dalszy korzystny przebieg. Czy tak się stanie, zadecydują bardzo różne czynniki zależne również od samego pacjenta, rodziny, profesjonalistów i szerszego społecznego kontekstu, np. stopnia finansowania opieki psychiatrycznej i rozwoju nowych środowiskowych form opieki. Pytania o właściwą drogę w opiece psychiatrycznej zajmują polskich psychiatrów od początku na tle naszej historii minionego wieku i doświadczeń, iż uniwersalne rozwiązania i recepty nigdy nie prowadzą do celu, ponieważ życie zarówno poszczególnych osób, jak i społeczeństwa zawsze kształtuje się jako żywy i uwarunkowany sytuacją kompromis między skrajnościami. Nasze życie, co szczególnie widoczne jest w psychiatrii, rozgrywa się wśród powodujących napięcie sprzeczności. Między: sterowaniem a pozostawianiem swobody, wspieraniem a stawianiem wymagań, nadopiekuńczością a nieudzielaniem pomocy, prowadzeniem za rączkę a brakiem troski, nadmiernymi wymaganiami a niedostatecznymi wymaganiami itd.

Tak więc sprzeczności stanowią o naszym życiu. Powodują, że unikamy uniwersalnych rozwiązań, gdyż rozwiązania uniwersalne są prawie zawsze rozwiązaniami totalnymi. Zrozumienie tego jest ważne, gdyż kiedy stawiamy sobie pytania: jak uniknąć błędów w terapii?, jak konstruować plan pomocy rodzinie względem przyszłych losów pacjentów, w tym ich rehabilitacji zawodowej i pracy? – nie może być żadnych rozwiązań uniwersalnych, żadnych "tylko tak i nie inaczej".

Pytania, na które próbujemy sobie odpowiedzieć wspólnie z pacjentami i rodzinami brzmią więc: kiedy, komu i w jakich okolicznościach udzielić wsparcia, troski, pokierować przez chwilę jego postępowaniem, a kiedy, komu i w jakich okolicznościach postawić wymagania, pogodzić się z powszechnym doświadczeniem, że człowiek musi uczyć się również na własnych błędach, że posiada głębokie pragnienie swobody i autoryzowania swoich wyborów życiowych.

Oczywiście najbardziej oczekiwanym kryterium sukcesu naszych oddziaływań jest podjęcie przez pacjentów różnych ról społecz-

nych i udział w życiu społecznym, w tym zawodowym. Choroba ogranicza często możliwość pełnienia tych ról w życiu społecznym i to właśnie nazywamy niepełnosprawnością. Rehabilitacja w psychiatrii polega dzisiaj na udzielaniu osobom niepełnosprawnym pomocy, aby to włączenie się i udział w życiu społecznym były możliwe w jak największym zakresie pomimo ograniczeń wynikających z choroby. Jeśli niepełnosprawność w jakiejś roli jest trwała, tzn. głęboka i niełatwa do zmiany, to skompensowanie owych ograniczeń wymaga skupienia uwagi, nie tylko na innych, silnych stronach chorego, ale również na modyfikowaniu lub dostosowaniu warunków rodzinnych i środowiskowych. Specjalnie dostosowane środowisko jest we współczesnej rehabilitacji koniecznością, a powszechnie spotykane ograniczenia powinny być pokonywane nie tylko przez poprawę funkcjonowania chorego, ale też przez odpowiedź środowiska na jego gotowość do „podjęcia aktywności" w różnych rolach, w tym przede wszystkim roli zawodowej. Celem rehabilitacji psychiatrycznej jest więc edukacja i pomoc osobie niepełnosprawnej w opanowaniu takich umiejętności, które pozwolą jej dokonać wyboru gdzie chce mieszkać, pracować i w jakim otoczeniu społecznym pragnie żyć. Należy jednak podkreślić, że nadmierna koncentracja na tzw. ograniczeniach zewnętrznych, poszukiwanie przyczyn trudności tylko w otaczającym świecie grozi terapeutycznym nihilizmem, utratą zdolności dostrzegania tych możliwości zmiany, które tkwią bezpośrednio w osobie niepełnosprawnej.

Działający w duchu psychiatrii środowiskowej lekarz lub terapeuta rozumie chorobę i pomoc pacjentom lub beneficjentom poprzez ich historie życia i w szeroko rozumianym kontekście społecznym. Chce, aby pomoc docierała w miejscu zamieszkania i była rozłożona na barki wielu ludzi w lokalnych wspólnotach. Odwołuje się do idei więzi i solidarności. Łączy model medyczny i społeczny. W praktyce znaczy to, iż tworzy całościowe zintegrowane modele leczenia i rehabilitacji i wspiera osobę chorującą i jego rodzinę latami w jego historii życia z chorobą. Skupia swoją uwagę na osobach chorujących ciężko i chronicznie, nie tracąc z oczu tych, co chorują krótko i lżej. Wspiera rodzinę i szuka wsparcia w rodzinie. Myśli całościowo: o leczeniu, mieszkaniu, pracy i czasie wolnym. Organizuje pomoc wszechstronną, zorientowaną na różnorodne potrzeby pacjentów i rodziny. Stara się, aby w największym możliwym stopniu służyła ona jako „pomoc prowadząca do samopomocy". Wzmacnia zdrowe zasoby w osobie i rodzinie, tak, aby pacjenci i rodzina – na ile to możliwe – mogli pomóc sami sobie. Tak rozumiana nowocześnie praktyka rehabilitacyjna zmusza do dostrzegania czegoś więcej niż tylko objawów choroby psychicznej oraz wskazuje na konieczność podejmowania interwencji terapeutycznych poza instytucją rehabilitacyjną. Celem owych środowiskowych interwencji jest minimalizacja negatywnego wpływu na zdrowie takich czynników, jak: słabo rozbudowany system wsparcia społecznego, brak zintegrowanego systemu rehabilitacji społeczno-zawodowej oraz brak zajęcia i różnych form zatrudnienia i pracy.

Rola rodziny w programie leczenia i rehabilitacji

Kiedy wybucha kryzys psychiczny rodzina jest najczęściej zagubiona i przeżywa nawałnice uczuć, wśród których dominuje poczucie winy, rozpacz, zagrożenie dezintegracją, chaos i lęk o przyszłość. Jak zatem pomóc rodzinie, aby po kryzysie psychicznym odzyskała poczucie wpływu na przebieg choroby, by zachowała spokojną życzliwość wobec pacjenta i nauczyła się, kiedy ma go wspierać i chronić, a kiedy wymagać bardziej aktywnego współudziału? Podstawowe zadania terapeutów wobec rodziny i pacjenta są wspólne. Trzeba im pomóc, by choroba nie stała się trwałą osią życia rodzinnego, trzeba edukować od początku, od pierwszego kryzysu: kiedy chronić, a kiedy wymagać oraz ile chronić i ile wymagać.

Psychiatrom nie wolno ignorować pespektywy rodzinnej, chociażby z uwagi na wpływ rodziny na przebieg leczenia i na brzemię, jakie rodzina dźwiga: brak współpracy z rodziną to utrata głównego sprzymierzeńca w leczeniu pacjenta.

Metoda pomocy (psychoedukacja, interwencja systemowa, terapia systemowa, trening społeczny i zawodowy, grupa samopomocy) nie powinna zależeć od preferencji terapeuty czy zwyczaju obowiązującego w danym ośrodku, lecz wszystkie te formy powinny być obowiązującym standardem dostosowanym do możliwości, potrzeb i gotowości współpracy zarówno pacjenta, jak i rodziny. Zadania te tylko wtedy można zrealizować, jeśli psychiatra i inne osoby uczestniczące w procesie terapeutycznym potrafią uważnie wsłuchać się w doświadczenie i perspektywę pacjenta i rodziny. W ostatnich latach w psychiatrii (i całej medycynie) rozwijana jest idea określana jako proces uzgadniania decyzji, w której procedury lecznicze są przedmiotem uzgodnień, negocjacji między teamem terapeutycznym a pacjentem i jego rodziną. Takie założenia w terapii i rehabilitacji budują motywację pacjenta i rodziny do zrozumienia i współpracy, a przez to do przymierza terapeutycznego. Istotą tego "trójprzymierza" (Trialogu) staje się zwalczanie choroby i szeroko rozumiany proces zdrowienia. Wychodzimy z założenia, że w gruncie rzeczy nie ma alternatywy w stosunku do partnerstwa wszystkich aktorów, że konwencja Organizacji Narodów Zjednoczonych o prawie pełnego „współuczestnictwa" i „udziału" w życiu społecznym osób chorujących psychicznie jest bazą naszego działania, że partnerskie uczestnictwo w pracy i życiu zawodowym, w mieszkaniu z zapewnioną pomocą i wsparciem i w życiu społecznym w lokalnej społeczności są niezbędnymi składnikami każdej dobrej psychiatrii. Musimy mozolnie i solidarnie ją w Polsce wypracowywać, gdyż we wszystkich grupach społecznych wymaga ona zmiany paradygmatu i wypracowania innej postawy wobec pacjenta i rodziny:

- **od opieki do uczestnictwa;**
- **od zalecania leczenia do negocjacji i uzgodnień celów i warunków leczenia;**
- **od biernego wspierania do wspieranego zatrudnienia i pracy;**
- **od umieszczania w domach opieki do wspierania w samodzielnym mieszkaniu;**
- **od orientacji na instytucję do orientacji na osobę i jej potrzeby;**
- **od rozproszonej odpowiedzialności za terapie do wyjaśnienia kompetencji i odpowiedzialności w każdym poszczególnym przypadku.**

dr Andrzej Cechnicki
Pracownia Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii CMUJ

Psychodrama Moreno jako jedna z metod terapeutycznych

Podstawy psychodramy wraz z jej kluczowymi koncepcjami stworzył na początku XX wieku psychiatra i myśliciel Jacob Levy Moreno. Był on człowiekiem niezwykle kreatywnym, a jego koncepcje okazały się bardzo nośne i wzbogaciły psychoterapię, szczególnie stając się fundamentem psychoterapii grupowej.

Psychodrama to **spotkanie** w grupie, gdzie omawia się własne trudności, problemy, wyzwania i marzenia. To „omawianie" dzieje się poprzez tworzenie scen: kiedy ktoś ma kłopot ze swoim przyjacielem, córką, mężem, to nie tylko opowiada o tym, ale odtwarza na scenie trudny moment w swojej z nim relacji. Wówczas ktoś z grupy gra na przykład rolę męża i toczy się rozmowa o trudnościach. Osoba, której problem jest przedstawiany na scenie nazywa się protagonistą, zaś osoba, która gra rolę np. męża – ego pomocniczym. Podstawową techniką w tej metodzie jest **„zamiana ról"**. Oznacza to, że protagonistka na scenie zamienia się rolą ze swoim mężem i z tej pozycji mówi do żony (czyli do siebie). Kto inny wówczas wchodzi w jej własną rolę. Może wydawać się to skomplikowane, ale w praktyce, w działaniu, jest to proste. Protagonista ma możliwość popatrzenia na siebie oczami innej osoby i najważniejsze jest to, aby wszystko było zgodne z jego wewnętrznym światem i przeżywaniem. Wtedy możemy poznać, co jest bolesne, ale też jak szukać rozwiązania. Psychodrama zakłada, iż człowiek jest istotą kreatywną i dąży do zmiany, dlatego ważnym aspektem działania na scenie jest zobaczenie **możliwości zmiany**. Ponieważ wszystko, co dzieje się na scenie, jest jak gdyby w innej rzeczywistości, w rzeczywistości sceny i gry, to eksperymentowanie, improwizacja jest łatwiejsza. Po zakończeniu takiej sceny protagonista może coś z tego, co się wydarzyło zobaczyć inaczej i skorzystać z tego w realnym życiu. Ważny jest tutaj udział grupy – po zakończeniu gry uczestnicy spotkania dzielą się przeżyciami, sytuacjami, które ich spotkały i są podobne do przedstawianego problemu. Protagonista czuje wtedy, że nie jest osamotniony ze swoimi trudnościami.

Jedną z głównych zasad idei Moreno jest **kreatywność i spontaniczność**. Uważał on, że my w swoim życiu często zastygamy w pewnych rolach i trudno tam to zmienić, nawet wtedy, kiedy już są dla nas niewygodne. Nazywał to „konserwą roli". Uważał, że poprzez grę, poprzez psychodramę można próbować czegoś nowego przy bezpiecznej obecności grupy. Improwizacja i zabawa jest także elementem metody psychodramy – pozwala rozwijać własną spontaniczność i pomaga wypróbowywać nowe role.

Zastosowanie psychodramy w grupach terapeutycznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi ma swoje ograniczenia. Osoby, które przeżyły kryzys psychotyczny są szczególnie wrażliwe, doświadczały tego, co dzieje się w wyobraźni jako wydarzeń realnych. Włączanie ich w przestrzeń sceny, gry psychodramatycznej jest wskazane tylko wtedy, kiedy już są osadzone w swojej codziennej rzeczywistości. Wtedy za pomocą grupy mogą przyglądać się swoim problemom na scenie, tak jak wszyscy inni.

Psychodramę można stosować nie tylko w psychoterapii grupowej; jej elementy są wykorzystywane w edukacji, w pracy z zespołami pracowników wielkich firm, także w więzieniach. Wszędzie tam, gdzie jakaś grupa jest razem ze sobą – leczy się, uczy się lub pracuje.

Anna Bielańska
Psycholog

Przekaż 1% swojego podatku
dla Stowarzyszenia Rodzin „Zdrowie Psychiczne" w Krakowie
(ul. Miodowa 9, 31-055 Kraków)

KRS 0000156949

Wspieramy osoby chorujące psychicznie i ich rodziny.

Nr konta 77 1240 1431 1111 0010 0127 5314

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

TERAPEUTYCZNA GRUPA STUDENCKA?

Schizofrenia jest chorobą, która najczęściej występuje u młodych ludzi. Dotyka osób pomiędzy 15 a 30 rokiem życia. Jest to okres szczególny dla człowieka. Okres, w którym kształtuje się nasz obraz świata, siebie i innych ludzi, nasze przekonania, zainteresowania, system wartości itp. Okres, który sam w sobie jest już trudny, pełen chaosu i zmian, które się w nim rozgrywają. Gdy do tego dojdzie jeszcze świat psychozy, sytuacja bardzo się komplikuje. Do pytań kim jestem, kim chciałbym być, dochodzą pytania, np. czy rzeczywistość, którą postrzegam jest prawdziwa, czy głosy, które słyszę, to rzeczywiście głosy innych ludzi. Dodatkowo towarzyszy temu silny lęk, poczucie zagrożenia oraz poczucie samotności i niezrozumienia, bo inni ludzie nie widzą tego, o czym przekonany jest młody człowiek, podkreślają, że jest to tylko świat wyobrażony.

Schizofrenia jest chorobą, która najczęściej występuje u młodych ludzi. Dotyka osób pomiędzy 15 a 30 rokiem życia. Jest to okres szczególny dla człowieka. Okres, w którym kształtuje się nasz obraz świata, siebie i innych ludzi, nasze przekonania, zainteresowania, system wartości itp.

Wyobraźmy sobie hipotetyczną sytuację. Młody człowiek kończy liceum. Dostaje się na wymarzone studia, przeprowadza się do nowego miasta, podejmuje naukę. Tu spotyka nowych ludzi, nowych wykładowców, mierzy się z nowymi wymaganiami – samodzielnego radzenia sobie z czynnościami codziennymi i nauką. Pojawia się psychoza, młody człowiek trafia do szpitala psychiatrycznego, najpierw oddział stacjonarny, później być może oddział dzienny. Po intensywnym leczeniu powinien wrócić na studia, na nowo podjąć dotychczasowe wymagania, ale teraz obciążone jeszcze doświadczeniem psychozy, często utrzymującymi się jeszcze objawami negatywnymi, trudnościami w nawiązywaniu i podtrzymywaniu relacji z ludźmi, koniecznością wglądu w przeżycia chorobowe i lęku przed nawrotem psychozy. Do tego dochodzi jeszcze doświadczenie choroby psychicznej, znaczenie, jakie jej nada młody człowiek i jakie nadaje jej otoczenie, ubierając w szereg stereotypów.

„Grupa studencka” powstała w odpowiedzi na te trudności młodych ludzi. Spotkania odbywały się raz w tygodniu w trakcie trwania roku akademickiego, tj. od października do czerwca. Początkowo była grupą wsparcia, gdzie spotykały się osoby wracające na studia zaraz po leczeniu, osoby przygotowujące się do powrotu, ale będące jeszcze na urlopie zdrowotnym, ale także osoby przygotowujące się do studiów doktoranckich czy uczące się w szkołach policealnych. Głównym celem grupy była możliwość spotkania się z osobami, które miały podobne doświadczenia, możliwość podzielenia się swoimi trudnościami i obawami, ale przede wszystkim nawiązanie i podtrzymanie relacji społecznych. Poszukiwanie wsparcia i sposobów radzenia sobie z nauką, z mobilizowaniem się do niej, do otwierania się na innych. Poruszanymi tematami były również tematy choroby, objawów, leczenia, porządkowania sobie tych doświadczeń i próby rozdzielenia świata psychozy od realności.

W tym roku „grupa studencka” zmieni nieco swoją formułę. Spotkania w dalszym ciągu odbywać się będą co tydzień, jednak obejmować będą cały rok z miesięczną przerwą wakacyjną. Grupa będzie trwała 2 lata i spotkania odbywać się będą w tym samym składzie uczestników. Celem grupy będzie nie tylko poszerzenie sieci społecznej jej uczestników, budowanie otwartości i zaufania do innych czy próba radzenia sobie z bieżącymi trudnościami. Jej celem będzie też uzyskanie wglądu w chorobę, dostrzeżenie sytuacji życiowych stanowiących szczególne obciążenie i próba znalezienia sposobów radzenia sobie z tymi sytuacjami. Ponadto utworzenie bezpiecznej więzi, przeżycie bliskości i konfrontowanie się ze światem realnym poprzez komunikację i kontakt w grupie. Budowanie poczucia własnej wartości, zaufania do siebie oraz dostrzeganie i werbalizacja własnych potrzeb, emocji i problemów.

fot. Krzysztof Banach

Planowany czas rozpoczęcia spotkań „grupy studenckiej” to 03.11.2010 r. Osoby zainteresowane udziałem zapraszamy, kontakt: Anna Stasik tel. 12 421 51 17

Anna Stasik-Kozicka
Psycholog

Reportaż

Powodzianie z gminy Gorzyce koło Sandomierza

Rodzina Państwa Nowaków z gminy Gorzyce dotknięta została powodzią w maju 2010 roku. Ich skromne gospodarstwo i parterowy dom zostały zalanie dwukrotnie aż po sam dach.

Dwa dni czekali na strychu na pomoc strażaków i lokum w okolicznej szkole. Należą do Sandomierskiego Stowarzyszenia Rodzin i Przyjaciół Zdrowia Psychicznego „Nadzieja".

Ich córka Małgorzata (31 lat) od 18 lat choruje psychicznie, utrzymuje się z renty, korzysta z zajęć rehabilitacyjnych. Jest osobą skromną, która próbowała usamodzielnić się we własnym domu odziedziczonym po kuzynach. Jej dom także został zalany i obecnie wróciła do rodziców, bo nie potrafi poradzić sobie z ogromem zniszczeń i prac, jakie trzeba wykonać. Od czasu powodzi w maju do sierpnia jeszcze stała tam woda, a przy wrześniowych ulewach ponownie teren zaczął podmakać i w domu pojawiła się woda.

Dwukrotnie w lipcu odwiedziliśmy rodzinę Państwa Nowaków, próbując rozeznać ich potrzeby. Wówczas przekazaliśmy trochę pomocy materialnej: środki czystości, płytki glazury do remontu kuchni, osuszacz powietrza, sprzęt kuchenny. Stowarzyszenie Na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej w Krakowie założyło specjalny rachunek bankowy na pomoc powodzianom oraz zorganizowało kwestę na ten cel podczas pikniku integracyjnego, który odbył się w Ośrodku Zielony Dół w Krakowie z udziałem Wojewody Małopolskiego Stanisława Kracika. Ale potrzeby są ogromne.

Zdjęcia z: kuchni, sypialni i posesji

Agnieszka Lewonowska-Banach

Pod koniec września Państwu Nowakom udało się, przy wsparciu ludzi dobrej woli, wykonać wylewki, tynki wewnątrz ich skromnego domu (dwa pokoje, kuchnia i łazienka). We wrześniu naprawiono piec. Od anonimowego darczyńcy – przedsiębiorcy z Radomska otrzymali m.in. nowe meble do kuchni, wersalkę.

Prosimy naszych czytelników o pomoc dla tej konkretnej rodziny. Teraz pomoc chcemy skierować do córki Państwa Nowaków – Magdaleny.

Prosimy o pomoc w odbudowie i wyposażeniu jej domu.

Wsparcie można kierować na rachunek bankowy Stowarzyszenia Na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej
nr 58 1240 1431 1111 0010 2929 4203
lub
na rachunek Stowarzyszenia Rodzin „Zdrowie Psychiczne"
nr 15 12401431 1111 0010 0127 4102
z dopiskiem „pomoc powodzianom".

Recenzja książki

Viktora E. Frankla

„CZŁOWIEK W POSZUKIWANIU SENSU”

Głos nadziei z otchłani Holokaustu

Książka Viktora Frankla jest świadectwem wiary w osobę ludzką, jest opisem trudnej sztuki odkrywania sensu nawet w najbardziej traumatycznych okolicznościach składających się na indywidualny los. Autor „Człowieka w poszukiwaniu sensu”, przeżył obóz koncentracyjny. Z dni i miesięcy spędzonych w otchłani Holokaustu wydobywa się jego głos – głos nadziei. Wszystko to czego – nieżyjący już psychiatra, neurolog, jak również, a może przede wszystkim, filozof osoby – doświadczył, tak dobrego, jak i złego, będącego źródłem szczęścia i cierpienia, zamienia on w filozofię sensu, w głęboką wiarę w istnienie porządku i logiki ludzkiego życia z innymi.

Swoją pracę pisarską poświęcił tym, którzy tracą nadzieję, gubiąc się w codziennym poszukiwaniu wartości, tym, którzy walcząc o zdrowie psychiczne, pokonują stan napięcia – rozdźwięk pomiędzy już osiągniętym, a koniecznym do osiągnięcia. W pracy terapeutycznej przyjmował założenie, iż tylko dzięki wypełnieniu egzystencjalnej pustki pacjent zdoła uniknąć nawrotów choroby. I – podkreślmy za autorem – to właśnie on jest odpowiedzialny za swoje życie. Nie pytaj o sens życia, uświadom sobie, iż to Ty jesteś adresatem tego pytania. Twoją powinnością jest, aby odpowiedzieć na nie. Viktor Frankl sugeruje, iż poszukiwanie sensu, dodajmy również poszukiwanie możliwości zdrowienia (!), to podążanie trzema drogami. Pierwsza z nich to praca, nauka lub inaczej – każdy rodzaj użytecznego działania skierowanego na rozwój dobra wspólnego. Kolejna to możliwość doświadczania czegoś lub kontakt z drugim człowiekiem. Ostatnia droga jest powiązana ze sposobem znoszenia cierpienia, którego nie jesteśmy w stanie uniknąć. Podpowiedzmy za Janem Pawłem II, iż cierpienie, które pod tyloma postaciami jest obecne w naszym życiu, jest w nim obecne także i po to, ażeby wyzwalać w człowieku miłość. A to właśnie miłość – wracając do myśli autora „Człowieka...” – jest niezbędna, aby uświadamiać sobie złożoność istoty bliźniego. Dzięki niej również jesteśmy zdolni dostrzec zasadnicze cechy ukochanej osoby, uświadamiamy sobie cały jej potencjał, który jeszcze nie jest, lecz powinien zostać urzeczywistniony. I tylko dzięki miłości możemy dać ukochanej osobie moc jego urzeczywistnienia.

Viktor Frankl definiując swoje psychiatryczne credo podkreśla konieczność szanowania potencjału rozwojowego w każdej osobie. Pisze, iż ktoś cierpiący na poważne zaburzenia psychotyczne może trwale utracić zdolność społecznego funkcjonowania, ale nigdy nie traci godności istoty ludzkiej. W przeciwnym razie nie uważałby on swojej pracy za wartą zachodu, ponieważ – jak sformułował to Zygmunt Bauman w „**Szansach etyki w zglobalizowanym świecie**” – godność jest ludzkim wynalazkiem, godność jest człowieczeństwem człowieka. O cóż innego warto nam walczyć...?

dr Hubert Kaszyński
Socjolog

PIKNIK INTEGRACYJNY – 16.07.2010 r.
„ZIELONY DÓŁ”
W Krakowie powstaje nowa firma społeczna dla osób chorujących psychicznie.