PODRĘCZNIK DLA ASYSTENTA ZDROWIENIA, UCZESTNIKA KURSU NA POZIOMIE PODSTAWOWYM

Podręcznik powstał w ramach projektu: Rozwój instytucjonalny i rozwój działań misyjnych Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi" finansowanego ze środków Narodowego Instytutu Wolności- Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego w ramach RZĄDOWEGO PROGRAMU ROZWOJU ORGANIZACJI OBYWATELSKICH NA LATA 2018-2030 PROO.

Sfinansowano ze środków Narodowego Instytutu Wolności – Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego w ramach RZĄDOWEGO PROGRAMU ROZWOJU ORGANIZACJI OBYWATELSKICH NA LATA 2018–2030 PROO

Spis treści:

Rozdział I
Komunikacja.....2

Rozdział II
Wiedza o chorobie.....9

Rozdział III
Zniekształcenia poznawcze.....15

Rozdział IV
Etyka.....25

Rozdział V
Wgląd.....31

Rozdział VI
Współpraca.....38

Rozdział VII
Zdrowienie.....49

Rozdział VIII
Samorzecznictwo.....57

Słowem zakończenia.....67

KOMITET DO SPRAW POŻYTKU PUBLICZNEGO
NIW
PROO

Sfinansowano ze środków Narodowego Instytutu Wolności – Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego w ramach RZĄDOWEGO PROGRAMU ROZWOJU ORGANIZACJI OBYWATELSKICH NA LATA 2018–2030 PROO

Rozdział I
Komunikacja

Anna Liberadzka
Krystiana Roloff

Komunikowanie się- zasady ogólne

Komunikacja: polega na wymianie informacji. Informacją jest wszystko, co ma miejsce w danej sytuacji i co podlega danemu kontekstowi. Jeśli wszystko, to również i brak reakcji jest informacją- komunikatem.

Efektywność komunikowania jest wynikiem kierowania się odpowiednimi maksymami, do których należą:

- jakość- wyrażanie zdania popartego dowodami,
- odpowiedzialność- wyrażanie opinii na temat w określonej rozmowie,
- sposobu- unikanie dwuznaczności w wypowiedzi, niejasności, zachowanie logiczności.

Komunikacja zachodzi na wielu poziomach, wg Reuscha możemy wyróżnić następujące poziomy komunikacji:

- intrapersonalny
- interpersonalny
- społeczny

Do najważniejszych elementów procesu komunikacji należą:

- kontekst (warunki w jakich odbywa się proces komunikowania)
- uczestnicy (pełnią rolę nadawców i odbiorców)
- komunikat
- kanał przekazu
- szumy
- sprzężenie zwrotne

Model komunikacji między nadawcą a odbiorcą:

NADAWCA→	KOMUNIKAT→	KANAŁ→	ODBIORCA→	EFEKT
Kto mówi?	Co mówi?		Do kogo mówi?	Jaki skutek?

KOMITET DO SPRAW POŻYTKU PUBLICZNEGO
NIW
PROO

Rodzaje komunikowania:

- bezpośrednie
- pośrednie
- medialne

Rozróżniamy komunikację werbalną, niewerbalną oraz metakomunikację, do niewerbalnej zaliczamy: kinezjetykę, proksemikę, parajęzyk, samoprezentację.

Porównanie komunikacji werbalnej i niewerbalnej

Lp.	**Komunikowanie werbalne**	**Komunikowanie niewerbalne**
1	Precyzyjność komunikatu `mniejsza jego dwuznaczność.	Większa dwuznaczność z uwagi na świadome i nieświadome wysyłanie komunikatu.
2	Krótkie, ograniczone długością wypowiedzi.	Ciągłe, trwa przez cały czas interakcji.
3	Ograniczone do wzroku i słuchu.	Angażuje wszystkie zmysły, odbywa się wielokanałowo.
4	Jest procesem ustrukturalizowanym.	Słaba struktura bądź jej brak.
5	Jest system znaków.	Ma charakter pozalingwistyczny.
6	Niepowiązana treść i forma przekazu.	Powiązana treść i forma przekazu.
7	Możliwe ukrycie stanów emocjonalnych.	Szczery wgląd w przeżywane emocje.
8	Efekt procesu uczenia się mowy.	Spontaniczne.
9	Trudności w porozumiewaniu się w językach obcych.	Uniwersalny charakter, niezależnie od kultury, narodowości.

Warto zaznaczyć, że wyróżniamy 7 podstawowych emocji, podstawowe emocje to radość, złość, wstręt, smutek, zdziwienie, strach, pogarda. Paul Ekman odkrył, że nawet osoby niewidome od urodzenia posługują się tymi samymi ekspresjami mimicznymi. Jeśli lepiej pragniemy rozumieć ludzi i szybciej odczytywać ich emocje należy zgłębić wiedzę na temat tych 7 mikroekspresji.

Zasady konstruktywnego komunikowania się:[1]

1. Mów we własnym imieniu. Mów *Ja* zamiast *My*. Używaj zwrotów podkreślających autorstwo Twoich wypowiedzi i to, że bierzesz za nie odpowiedzialność.

[1] Na podstawie: *Asertywność. Główne założenia, zasady i procedury asertywnego radzenia sobie w życiu*, Ryszard Poprawa

2. Mów *do osoby* a nie *o osobie*. Kiedy mówimy o kimś w jego obecności osoba ta może poczuć się jak „przedmiot".
3. Szczególnie kiedy wyrażasz krytykę mów o zachowaniach danej osoby, opisuj je, a nie o samej osobie, tzn. kim ona jest.
4. Unikaj wyrażania interpretacji przyczyn czyjegoś zachowania, łatwo można się pomylić. Skup się na swoich wrażeniach, a nie wnioskach (interpretacjach) z tych spostrzeżeń.
5. Zamiast krytycznie oceniać czyjeś zachowanie, działania czy poglądy wyrażaj własne poglądy, przekonania, preferencje czy uczucia.
6. Jeśli możesz, tzn. zezwala Ci na to Twoja pozycja czy rola, unikaj ocen w ogóle, szczególnie ocen jednoznacznie negatywnych. Zamiast oceniać (wartościować) opisuj to co się dzieje, starając się robić to obiektywnie.
7. Polegaj na swoich odczuciach i nie ukrywaj ich, lecz wyrażaj je w sposób asertywny.
8. Nagradzaj (chwal) innych tak często jak to tylko jest możliwe. Inni wolą otrzymywać pochwały niż nagany, wręcz czekają na pochwały i akceptację, a nie krytykę i odrzucenie.
9. Jeśli to możliwe swoje oceny zachowań i działań drugiej osoby zaczynaj od pochwał, staraj się znaleźć w czyimś działaniu jakieś pozytywy.
10. Skoncentruj się na konkretach oraz sprawach dziejących się aktualnie w danym miejscu, tzn. „tu i teraz". Unikaj ogólników i „wycieczek" w przeszłość.
11. Dziel się pomysłami i informacjami, a nie dawaj rad. Pozwalasz w ten sposób tej drugiej osobie decydować, w świetle jej własnych celów w danej sytuacji i danym czasie, jak użyje Twoich pomysłów i informacji. Kiedy udzielasz rad odbierasz drugiemu człowiekowi poczucie wolności.
12. Przekazuj drugiej osobie taką liczbę informacji, którą ona może przyswoić i spożytkować.
13. Skoncentruj się na korzyści, jaką mogą przynieść Twoje informacje drugiej osobie, a nie na potrzebie wyrzucenia z siebie wszystkiego co Ci ślina na język przyniesie i co w Tobie siedzi.

Najczęściej występujące powody nieefektywnej komunikacji:
- różnice językowe,
- niedosłyszenie,
- różnice w postrzeganiu,
- emocje,
- niezgodność komunikacji werbalnej i niewerbalnej,
- brak zaufania,
- przypisywanie innym intencji podobnych do naszych,
- różnice wynikające z pełnionych ról.

KOMITET DO SPRAW POŻYTKU PUBLICZNEGO
NIW
PROO

Fakty a opinie:
Zdarza się, że ludzie często traktują swoje myśli jak fakty, wprawdzie niektóre myśli odpowiadają faktom, inne są jednak subiektywnymi opiniami. W codziennej komunikacji często dochodzi do sytuacji konfliktowych wynikających z nierozróżnienia między faktami a opiniami. Fakty to stwierdzenia oparte na rzeczywistości, które można zweryfikować i udowodnić. Opinie to subiektywne poglądy, wyrażające osobiste przekonania, odczucia lub oceny. Mogą się one różnić w zależności od osoby i niekoniecznie muszą być zgodne z faktami.

Komunikat JA:
"Komunikat ja" to forma komunikacji, w której mówisz o swoich uczuciach, potrzebach i reakcjach na konkretne zachowanie innej osoby, bez obwiniania jej. Zamiast krytykować czy osądzać, skupiasz się na sobie i swoich odczuciach, co sprzyja budowaniu lepszych relacji i unikania konfliktów.

Metoda FUKO:
to praktyczny model udzielania informacji zwrotnej, który pomaga mówić o trudnych sprawach w sposób jasny i wspierający. **Jej nazwa to akronim czterech kluczowych elementów:**
F*akty,*
U*czucia,*
K*onsekwencje,*
O*czekiwania.*
Dzięki tej strukturze feedback staje się zrozumiały, neutralny i nakierowany na przyszłość.
W życiu codziennym, relacjach rodzinnych czy zawodowych FUKO pomaga wprowadzić otwartość i konstruktywność w komunikacji, co jest szczególnie ważne w rozwiązywaniu codziennych sporów.

Asertywność:
Jest sztuką otwartego wyrażania swoich myśli, przekonań, uczuć bez lekceważenia doznań i poglądów innych ludzi (umożliwia obronę własnych praw i granic, realizowanie własnych celów i zamierzeń – ale bez łamania praw i granic innych ludzi).
Asertywność charakteryzuje:

- Adekwatne, otwarte i uczciwe wyrażanie siebie,
- Pewność siebie, stanowczość i kontrolowana swoboda autoekspresji,
- Poszanowanie dóbr drugiego człowieka.

Warto pamiętać o tym, że postawę asertywną można w sobie rozwijać.

Amerykański psycholog Herbert Fensterheim sformułował pięć podstawowych praw, które są fundamentem postawy asertywnej:

1. Masz prawo do wyrażania siebie, swoich opinii, potrzeb i uczuć, tak długo, dopóki nie ranisz innych.
2. Masz prawo do wyrażania siebie- nawet jeśli rani to kogoś innego- dopóki twoje intencje nie są agresywne.
3. Masz prawo do przedstawiania innym swoich próśb- dopóki uznajesz, że oni mają prawo odmówić.
4. Są sytuacje, w których kwestia praw poszczególnych osób nie jest jasna. Zawsze jednak masz prawo do przedyskutowania tej sytuacji z drugą osobą.
5. Masz prawo do korzystania ze swoich praw.

Szczególnie ważna w kontekście pracy asystentów zdrowienia wydaje się być asertywność w miejscu pracy, zarówno w relacjach z przełożonymi, podopiecznymi, jak i zespołem terapeutycznym. Warto w tym kontekście pamiętać o wyrażaniu własnych potrzeb w miejscu pracy, umiejętności wyrażania własnego zdania w środowisku zawodowym, czy umiejętności odmawiania w codziennej pracy.

Zasady asertywnego odmawiania:

- przede wszystkim pamiętaj, że masz prawo powiedzieć „nie”;
- nie tłumacz się;
- nie usprawiedliwiaj;
- kiedy powiedziałeś nie, daj do zrozumienia, że sprawa jest zamknięta;
- twoje nie było odpowiedzią na konkretną prośbę, nie odrzucaj osoby, która się z nią zwróciła;
- bierz odpowiedzialność za mówienie „nie”;
- odwołuj się do siebie, do swoich przekonań i postanowień.

Antyasertywne wzorce myślenia:

- negatywne zdanie na własny temat,
- katastrofizowanie,
- egocentryczny pesymizm (pesymistyczne wyjaśnianie zdarzeń życiowych),
-przywoływanie norm i powinności, które ograniczają prawo asertywnego zachowania,
- samooskarżenia,
- niedostrzeganie alternatyw (myślenie czarno-białe),
- rozpamiętywanie,
- samokaranie,

- obwinianie innych bez dostrzegania potrzeby lub możliwości zmieniania siebie i swego życia,
- deprecjonowanie innych,
- przypisywanie innym wrogich intencji.

Typy zachowań i postaw życiowych

Typ bierny, uległy

Osoba przejawiająca bierną postawę życiową nie broni podstawowych praw, pozwala innym ludziom je łamać. Często unika konfrontacji ze strachu, jest niepewna swoich racji.

Typ manipulacyjny

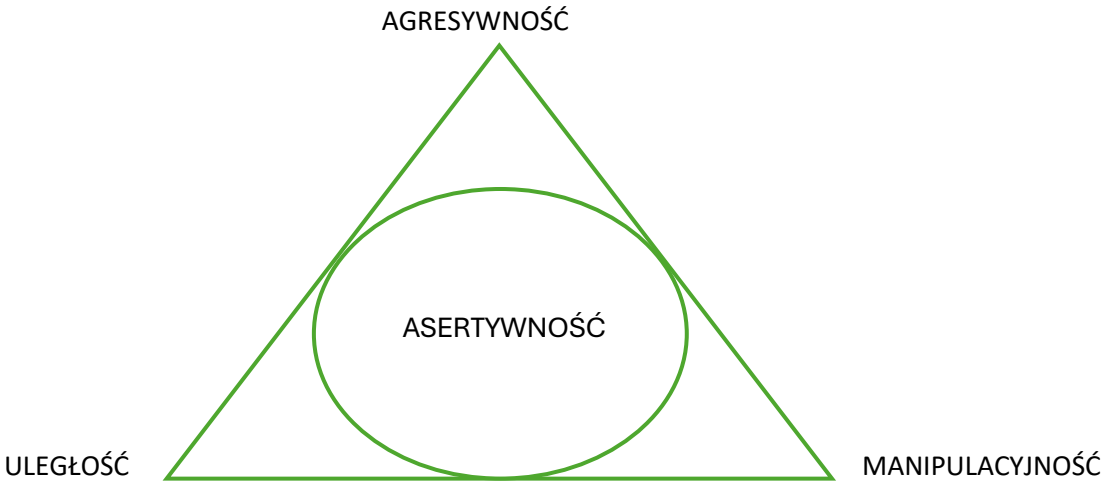
Osobę zachowującą się manipulacyjnie cechuje podejrzliwość i negatywne nastawienie do motywów działań otoczenia. Taka osoba często jest nieuczciwa i nieszczera.

Typ agresywny

Osoba, którą cechuje typ zachowań agresywnych ma poczucie wyższości, lekceważy otoczenie, chce kontrolować sytuację, narzuca innym swoje zdanie.

Typ asertywny

Osoba zachowująca się asertywnie szanuje siebie tak samo jak innych, co demonstruje szczerze i uczciwie. Asertywnie, to znaczy – partnersko, pewnie, bez lęku.



KOMITET DO SPRAW POŻYTKU PUBLICZNEGO
NIW
PROO

Aktywne słuchanie:

To umiejętność skupienia uwagi na rozmówcy, rozumienia jego wypowiedzi, emocji i intencji, jak również okazywania zainteresowania i zrozumienia. To proces wykraczający poza samo słyszenie słów, wymaga on zaangażowania umysłowego i emocjonalnego. Do technik aktywnego słuchania zaliczamy: klaryfikację, parafrazowanie, używanie zachęcających zwrotów, nieprzerywanie rozmówcy oraz formułowanie zwięzłych podsumowań.

Zasady aktywnego słuchania:

1. Postaraj się skupić na tym, co mówi druga osoba,
2. Swoją postawą daj do zrozumienia, że słuchasz tego, co mówi rozmówca,
3. Zadawaj pytania i wykaż zainteresowanie,
4. Utrzymuj kontakt wzrokowy z rozmówcą.

Sfinansowano ze środków Narodowego Instytutu Wolności – Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego w ramach RZĄDOWEGO PROGRAMU ROZWOJU ORGANIZACJI OBYWATELSKICH NA LATA 2018–2030 PROO

Rozdział II
Wiedza o chorobie

Monika Syc
Kinga Wojda

Dzielenie się z innymi swoją historią chorowania jest podstawowym elementem pracy asystenta zdrowienia. Potrzebny jest do tego wgląd w chorobę oraz pewien dystans, by przypominanie trudnych doświadczeń nie destabilizowało stanu psychicznego asystenta zdrowienia. Bardzo ważną kwestią w dzieleniu się swoimi doświadczeniami są granice. Należy pamiętać o tym, aby nie przekraczać swoich własnych granic i trzymać się zasady, by nie mówić czegoś, czego nie chcę powiedzieć. Również ważne jest nieprzekraczanie granic naszego rozmówcy – podopiecznego asystenta zdrowienia, dbanie o to, by nadmiernie go nie obciążać, gdyż celem pracy asystenta jest pomoc osobie w kryzysie. Wybieramy i dostosowujemy informacje do danej sytuacji, tematyki, problemu podopiecznego. Szukamy wtedy wspólnych przeżyć, co może przełożyć się na jego poczucie bycia zrozumianym.

Eksperci przez doświadczenie w Polsce i na świecie dzielą się publicznie swoim doświadczeniem kryzysu i zdrowienia. Przykładem są książki Arnhild Lauveng, norweskiej psycholog z doświadczeniem schizofrenii, jak np. „Byłam po drugiej stronie lustra. Wygrana walka ze schizofrenią". Jak pisze prof. Andrzej Cechnicki, krajowy Koordynator Programu „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi": „Doświadczenia Arnhild Lauveng pozwalają zrozumieć i nadać sens przeżyciom towarzyszącym chorobie, co czyni lekturę książki pasjonującą i wiarygodną. Autorka z subiektywnej perspektywy ogląda zachowania otoczenia, z pozycji eksperta podpowiada, co dodawało jej sił, a co osłabiało w walce ze schizofrenią". Innymi jej publikacjami, po które warto sięgnąć, są np. „Niepotrzebna jak róża. Potrzeba normalności w chorobie psychicznej", czy „Coś zupełnie innego. Piekło dorastania". Kolejnymi pozycjami, po które warto sięgnąć są: wydana w 2015 r. „Umacnianie i zdrowienie. Dać nadzieję" pod redakcją Andrzeja Cechnickiego i Anny Liberadzkiej – w recenzji prof. dra hab. Józefa K. Gierowskiego czytamy, że „Andrzej Cechnicki i Anna Liberadzka zaproponowali oryginalną perspektywę spojrzenia na proces zdrowienia osób doświadczających kryzysu psychicznego. Otrzymujemy wnikliwy i wieloaspektowy obraz przeżyć osób, które zdrowiejąc, zmagają się z wieloma, zarówno subiektywnymi, jak i bardziej zewnętrznymi, społecznymi problemami i trudnościami. Książka stanowi ważne i wartościowe przedsięwzięcie wydawnicze, jest cenna zarówno pod względem poznawczym, jak i praktycznym, doskonale wpisuje się w najlepsze tradycje

KOMITET DO SPRAW POŻYTKU PUBLICZNEGO
NIW
PROO

krakowskiej, akademickiej psychiatrii. Posłaniem książki jest przekonanie mówiące o tym, iż dla psychiatrii nadszedł czas radykalnych zmian, dla pacjentów czas przejmowania większej odpowiedzialności w swoje ręce, a dla wszystkich czas współpracy. Umacnianie i zdrowienie. Dać nadzieję doskonale dokumentuje ten właśnie proces i przekonuje o jego głębokim sensie". Kolejna część ukazała się w roku 2023 pt.: „Umacnianie i zdrowienie. Contra spem spero. Profesor Antoni Kępiński in memoriam pod redakcją Andrzeja Cechnickiego, Anny Liberadzkiej i Michała Piętniewicza. Polecamy również pozycje: „Radość odzyskana" Aleksandry Kożuszek, „Wierzę, że potrafię latać. Rozmowy o życiu, schizofrenii i misji w Afganistanie" autorstwa Marka Budzicza, czy „Odzyskane życie" Lidii Gaweł.

Również w prasie pojawiają się takie relacje, jak np. opublikowana w Gazecie Krakowskiej w 2019 r. rozmowa z Moniką Syc, pacjentką psychiatryczną, osobą zdrowiejącą, sekretarzem Stowarzyszenia Otwórzcie Drzwi, działającego na rzecz osób chorych psychicznie: „Życie ze schizofrenią może być sensowne i szczęśliwe" pod linkiem: https://plus.gazetakrakowska.pl/zycie-ze-schizofrenia-moze-byc-sensowne-i-szczesliwe/ar/c15-14452995.

Wiele artykułów pisanych przez osoby z doświadczeniem kryzysu można przeczytać w ukazującym się od 20 lat Czasopiśmie Środowisk Działających na Rzecz Osób Chorujących „Dla Nas" pod linkiem: https://otworzciedrzwi.org/dla-nas/.

Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi" z Krakowa nakręciło w czasie Tygodnia Zdrowia Psychicznego film z akcji edukacyjnej na krakowskim Rynku Głównym, nakierowanej na rozmowy z przechodniami o zdrowiu psychicznym: https://www.youtube.com/watch?v=FemLGAywi2E&t=20s.

Również dr Daniel Fisher, amerykański psychiatra z doświadczeniem schizofrenii dzieli się swoimi doświadczeniami na licznych konferencjach, wychodząc z przesłaniem nadziei na zdrowienie, jak na tym krótkim filmie: https://www.youtube.com/watch?v=BP_EW9u_TTw&t=22s.

Polskie środowisko ekspertów przez doświadczenie, ich bliskich oraz profesjonalistów spotyka się na Kongresach Zdrowia Psychicznego w Warszawie https://kongreszp.org.pl/iv-kongres-zp/iv-kongres-zp-program/ oraz licznych konferencjach czy forach psychiatrii środowiskowej.

Wiele cennych informacji na te tematy można znaleźć w książce „Możesz pomóc. Poradnik dla rodzin pacjentów chorych na schizofrenię i zaburzenia schizotypowe" autorstwa Andrzeja Cechnickiego, Krystyny Ostoi-Zawadzkiej i Bogdana de Barbaro.

Asystenci zdrowienia włączają się w swojej pracy w zajęcia psychoedukacyjne dla podopiecznych placówek i ich rodzin dysponując w podstawowym zakresie wiedzą z zakresu psychiatrii i psychopatologii. Potrafią określić, czym jest zdrowie psychiczne oraz wymienić rodzaje zaburzeń psychicznych, jak np. psychoza, ich przyczyny i objawy oraz sposoby leczenia. Należą oni do specjalistów pracujących w paradygmacie orientacji na zdrowienie tj. szukania z podopiecznymi sposobów i zasobów pozwalających na pokonywanie kryzysów i możliwie jak najpełniejsze włączenie w życie społeczne.

Rolą asystenta zdrowienia jest towarzyszenie oraz wspieranie podopiecznego w procesie leczenia, a także dzielenie się własnym doświadczeniem kryzysu psychicznego i zdrowienia. Jednym z elementów pracy asystenta zdrowienia jest również poszerzanie swojej wiedzy w odniesieniu do zdrowia psychicznego. Asystent zdrowienia posiada wiedzę pochodzącą z własnego doświadczenia, jak również odpowiednie przygotowanie merytoryczne. Ważne jest, by znał podstawowe pojęcia dotyczące zaburzeń psychicznych, których rozumienie jest niezbędne podczas pracy z podopiecznym oraz współpracy z zespołem leczącym.

Psychoza

Psychoza to stan, w którym osoba traci poczucie realności, będąc w stanie psychozy ma poważnie ograniczoną umiejętność krytycznej, realistycznej oceny własnej osoby, otoczenia i relacji z innymi. To zniekształcone/ błędne rozumienie świata nie wynika z pomyłki i nie poddaje się korekcie. Psychoza jest zbiorem objawów chorobowych, które powodują poważną dezorganizację zachowania, myślenia i spostrzegania rzeczywistości. Najpoważniejszym zaburzeniem psychotycznym jest schizofrenia.

Objawy prodromalne, inaczej „zwiastuny" to objawy poprzedzające wystąpienie epizodu psychozy. Wśród nich występują: trudności w kontaktach społecznych, izolacja społeczna lub wycofanie, niepokój, zaburzenia snu, pogorszenie koncentracji, zmniejszenie dotychczasowej aktywności, mniejsza dbałość o higienę, niedostosowanie i spłycenie afektu, dziwaczne fantazje i przekonania, myślenie magiczne, brak inicjatywy, energii życiowej.

Wyróżniamy dwie podstawowe grupy objawów schizofrenii: **objawy pozytywne** (inaczej wytwórcze) oraz **objawy negatywne** (inaczej deficytowe). Wśród

objawów pozytywnych wyróżniamy przede wszystkim urojenia oraz halucynacje (omamy).
Omamy to fałszywe spostrzeżenia zmysłowe, które pojawiają się bez wystąpienia zewnętrznego bodźca. Wyróżniamy omamy:

- Wzrokowe- proste spostrzeżenia, jak błyski, światło oraz złożone- obraz przedmiotów bądź osób;
- Słuchowe- szum, stukanie, odgłos kroków, głosy nieistniejących osób - nakazujące (wydające polecenia), komentujące zachowania chorego;
- Cenestetyczne- fałszywe doznania fizyczne, odczuwane w obrębie skóry lub narządów wewnętrznych (przechodzenie przez ciało fal lub prądów, poczucie przemieszczania się narządów wewnętrznych, poczucie bycia dotykanym, „pająki chodzące po ciele”);
- Węchowe: zapachy, które są zwykle przykre – np. zapach spalenizny, gnicia, zapach „piekła”;
- Smakowe (zazwyczaj nieprzyjemne smaki).

Urojenia to z kolei fałszywe przekonania, które wynikają z błędnej interpretacji rzeczywistości, są niepodzielane przez osoby z otoczenia chorego i odporne na jakąkolwiek argumentację, ale podtrzymywane przez niego z dużą pewnością pomimo dowodów na ich nieprawdziwość. Podstawowymi cechami urojeń są: fałszywość sądu, silne przekonanie o jego prawdziwości oraz brak podatności na perswazję. Wśród najczęściej spotykanych urojeń wyróżniamy:

- urojenia prześladowcze – domniemane prześladowanie, wrogość otoczenia, atakowanie, śledzenie chorego, oszukiwanie go, spiskowanie przeciwko niemu;
- urojenia odnoszące – ksobne – urojeniowe przekonanie, że ludzie z otoczenia zwracają na pacjenta szczególną uwagę, mówią o nim, obgadują go;
- urojenia oddziaływania – wpływu – przekonania, że uczucia, myśli lub działania chorego są pod wpływem lub kontrolą zewnętrznych sił bądź osób;
- urojenia nasyłania lub zabierania myśli – przekonanie, że obce osoby lub siły zewnętrzne przesyłają myśli do umysłu chorego lub zabierają z umysłu jego własne myśli;

- urojenia odsłonięcia – przekonanie, że myśli chorego są bez jego udziału przekazywane otoczeniu;
- urojenia religijne, posłannicze;
- urojenia nihilistyczne – przekonanie o zaniku, nieistnieniu własnej osoby; mogą dotyczyć narządów wewnętrznych (np. zanik lub zarastanie organów);
- urojenia erotyczne – przekonanie, że inna osoba, często sławna, jest chorym erotycznie zainteresowana lub w nim zakochana;
- urojenia wielkościowe – przekonanie o posiadaniu przez chorego wyjątkowych umiejętności, talentów, mocy lub władzy bądź pozostawaniu w bliskiej relacji (np. romantycznej czy seksualnej) ze sławną osobą lub obiektem kultu religijnego.

Wśród objawów negatywnych (deficytowych) wyróżniamy z kolei:

- utratę zainteresowań,
- wycofanie społeczne,
- stopniowe wycofywanie się z dotychczasowych aktywności,
- apatię,
- zobojętnienie uczuciowe,
- bladość afektu,
- abulię (ograniczona zdolność do planowania i podejmowania działań o określonym, złożonym celu),
- anhedonię (zmniejszona zdolność lub brak zdolności do odczuwania przyjemności),
- stereotypowość zachowań,
- utratę spontaniczności zachowań i uczuć,
- zubożenie wypowiedzi,
- spowolnienie psychoruchowe,

- mniejszą dbałość o siebie.

Bibliografia

- De Barbaro, B., Ostoja-Zawadzka, K., Cechnicki, A. (2005). Możesz pomóc. Poradnik dla rodzin pacjentów chorych na schizofrenię i zaburzenia schizotypowe. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
- Jarema, M. (2016). Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.

Rozdział III

Zniekształcenia poznawcze

Jan Godyń

Przemysław Stankiewicz

Zniekształcenia poznawcze, wpływ sposobu myślenia na zdrowie psychiczne

Praca asystenta zdrowienia wiąże się ze znacznym obciążeniem

Praca asystenta zdrowienia wiąże się z różnymi obciążeniami i wyzwaniami. Asystenci często pracują z osobami doświadczającymi poważnych chorób psychicznych, co może prowadzić do stresu i szybkiego wypalenia zawodowego asystenta zdrowienia. Codzienny kontakt z osobami w kryzysie wymaga dużej odporności psychicznej. Ekspozycja na kryzysy innych osób może przypominać własne doświadczenia i czasami prowadzić do nawrotu objawów u asystenta zdrowienia. Wspieranie podopiecznych w procesie zdrowienia może być przytłaczające, zwłaszcza gdy postępy są powolne. Ważne, aby asystent zdrowienia był gotowy na różne scenariusze i umiał radzić sobie z wyzwaniami wynikającymi ze współpracy z podopiecznymi i zespołem. Monitorowanie stanu podopiecznych, planowanie działań i reagowanie na zmieniające się sytuacje wymaga skupienia i podejmowania decyzji. Może to prowadzić do obciążenia poznawczego, stresu i zmęczenia. Do tego może dojść obciążenie fizyczne jako kolejny aspekt pracy. Asystenci często spędzają długie godziny na nogach, przemieszczają się między różnymi miejscami i uczestniczą w spotkaniach.

W kontekście tych obciążeń, niezwykle ważne jest, aby asystenci zdrowienia posiadali umiejętności samodzielnego dbania o siebie. Regularne monitorowanie swojego stanu psychicznego pozwala na wczesne wykrycie objawów stresu, wypalenia lub kryzysu psychicznego. Samoświadomość jest pierwszym krokiem do skutecznego zarządzania swoim zdrowiem psychicznym. Rozpoznawanie, monitorowanie, regulowanie i akceptowanie swoich emocji jest kluczowe. Emocje mogą być wywoływane przez określony styl myślenia, w tym myśli automatyczne i zniekształcenia poznawcze. Zrozumienie tych mechanizmów pozwala na lepsze radzenie sobie z trudnymi emocjami.

Wpływ naszego sposobu myślenia (zniekształceń poznawczych) na emocje, zachowanie i reakcje organizmu:

Relacja myśl - nastrój/emocje

Każdemu uczuciu towarzyszy myśl. Myśl bardzo często poprzedza określone emocje. Nasza reakcja emocjonalna wynika z oceny (interpretacji) sytuacji. Na przykład, myśl "Jestem beznadziejny" może prowadzić do uczucia smutku i przygnębienia. Z kolei myśl "To może być interesujące wyzwanie" może wywołać uczucie ekscytacji i motywacji. Nasze myśli kształtują nasze emocjonalne reakcje na różne sytuacje, co z kolei wpływa na nasze ogólne samopoczucie.

Relacja myśl - zachowanie

Dobrze relację między myśleniem a zachowaniem opisuje przykład z historii sportu Rogera Bannistera, który jako pierwszy przebiegł milę w mniej niż 4 minuty. Bannister zmienił całkowicie swój styl biegania, co pozwoliło mu osiągnąć ten niezwykły wynik. Po jego sukcesie, inni biegacze również zaczęli pokonywać ten dystans w czasie poniżej 4 minut, mimo że nie zmienili swojego stylu biegania. To pokazuje, że zmiana myślenia może prowadzić do zmiany zachowania, a także że nasze przekonania mogą wpływać na nasze osiągnięcia.

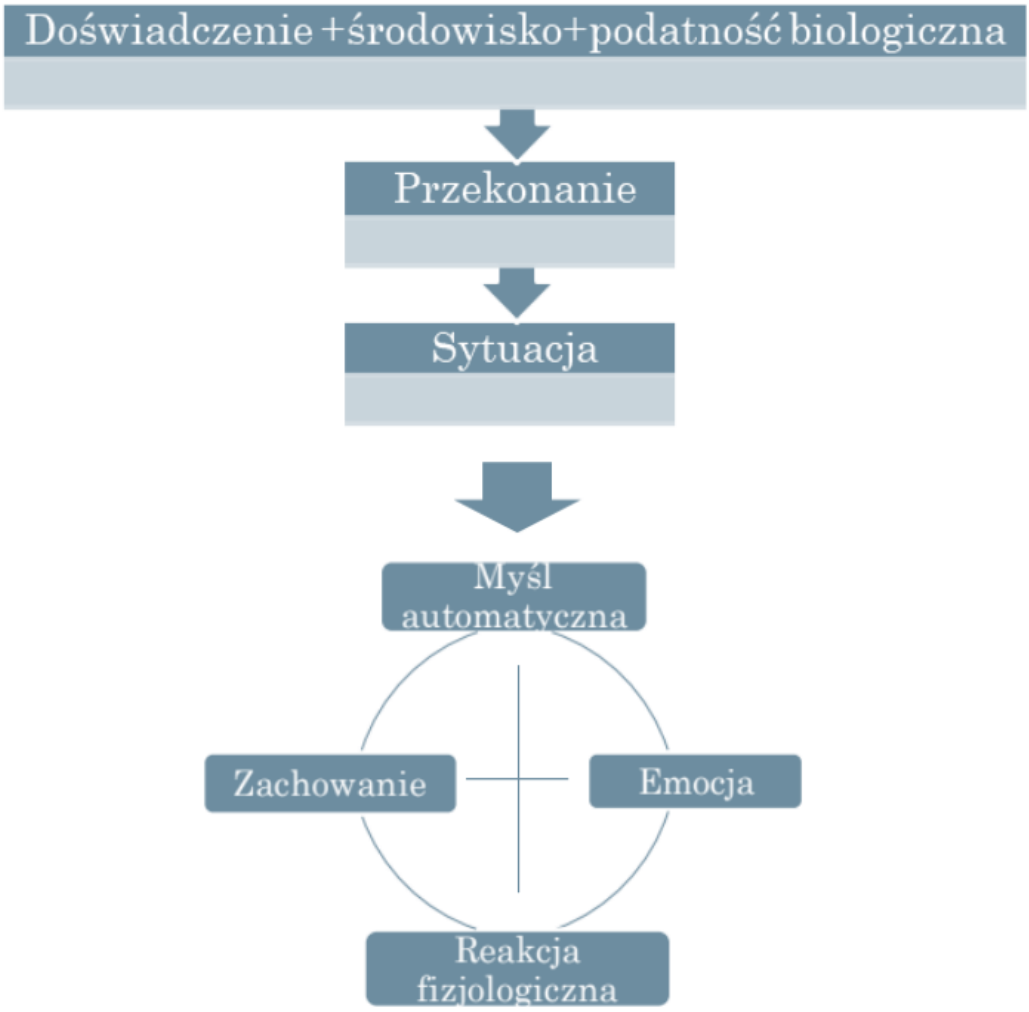
Myśli i zachowania są ze sobą ściśle związane. Nie tylko myśli uruchamiają określone zachowania, ale także określone zachowania mogą uruchamiać określone myśli. Na przykład, myśl "Nie dam rady" może prowadzić do unikania trudnych sytuacji, co z kolei może wzmocnić przekonanie o własnej niekompetencji.

Relacja myśl - reakcja organizmu

Myśli mają również wpływ na reakcje fizjologiczne organizmu. Zwykle staramy się wyobrazić sobie, co wydarzy się za chwilę, aby przygotować się na potencjalne zagrożenie. To wywołuje określone reakcje fizjologiczne, takie jak przyspieszona akcja serca, zawroty głowy, mdłości, bóle brzucha, pocenie się, dławienie się, czerwienienie się lub dreszcze. Te reakcje są częścią naturalnej odpowiedzi organizmu na stres i mogą być wywołane przez nasze myśli.

Kształtowanie przekonań

Nasze przekonania na temat siebie, otaczającego nas świata i przyszłych zdarzeń są kształtowane przez doświadczenia, środowisko oraz pewną podatność biologiczną. Te trzy czynniki wpływają na to, jak interpretujemy różne sytuacje i jakie myśli automatyczne pojawiają się w naszych głowach.



Przykład kształtowania się przekonań

Wyobraźmy sobie dziecko, które dorasta w rodzinie, gdzie rodzice są wspierający i zachęcający. To dziecko często słyszy pochwały za swoje osiągnięcia i jest zachęcane do podejmowania nowych wyzwań. Dzięki temu wykształca przekonanie, że jest

zdolne i kompetentne. W dorosłym życiu, w obliczu trudności, automatyczne myśli mogą brzmieć: "To wyzwanie jest trudne, ale jestem w stanie sobie z nim poradzić". Z drugiej strony, dziecko, które dorasta w środowisku pełnym krytyki i braku wsparcia, może wykształcić przekonanie o swojej niskiej wartości. W dorosłym życiu, w obliczu trudności, automatyczne myśli mogą brzmieć: "Nie dam rady, jestem do niczego".

Kształtowanie przekonań w dorosłości

Warto zaznaczyć, że przekonania kształtują się nie tylko w dzieciństwie, ale również w dorosłości. Nasze bieżące doświadczenia, interakcje społeczne i środowisko pracy mogą nadal wpływać na nasze przekonania i sposób myślenia. Rozumienie tych mechanizmów może pomóc w identyfikowaniu i modyfikowaniu negatywnych przekonań, co prowadzi do poprawy zdrowia psychicznego i jakości życia.

Zmiana przekonań jest możliwa poprzez identyfikację i korektę zniekształconych przez przeszłe doświadczenia wzorców myślenia tzn. interpretowania rzeczywistości w sposób często niezgodny z rzeczywistością (faktami).

Tabela myśli automatycznych

Tabela myśli automatycznych jest narzędziem używanym w podejściu poznawczo-behawioralnym do analizy i zmiany negatywnych automatycznych myśli. Składa się z kilku kroków:

1. Sytuacja: Opisanie, kto, co, kiedy i gdzie miało miejsce.
2. Nastroje i emocje: Zidentyfikowanie i ocenienie nasilenia emocji (0-100%).
3. Automatyczne myśli (obrazy): Zapisanie myśli, które pojawiły się przed emocjami, oraz zakreślenie "gorącej myśli".
4. Dowody potwierdzające: Zidentyfikowanie dowodów potwierdzających słuszność gorącej myśli.
5. Dowody podważające: Zidentyfikowanie dowodów podważających słuszność gorącej myśli.
6. Myśli alternatywne: Sformułowanie alternatywnych lub równoważnych myśli i ocenienie wiary w nie (0-100%).
7. Ponowna ocena emocji: Ponowne ocenienie nasilenia emocji po przeanalizowaniu myśli.

Przykładowa tabela myśli automatycznych

1. Sytuacja	Spotkanie z szefem w biurze, poniedziałek rano.
2. Nastroje i emocje	Lęk (80%), stres (70%)
3. Automatyczne myśli (myśli mogą być w formie obrazów)	**"Na pewno mnie skrytykuje" (90%)**, "Nie jestem wystarczająco dobry".
4. Dowody potwierdzające	Szef wcześniej krytykował moje projekty. Inni pracownicy również otrzymywali krytykę. Szef jest wymagający i szczegółowy.
5. Dowody podważające	Ostatnio pochwalił mój raport. Nie zawsze krytykuje, czasem daje konstruktywną informację zwrotną. Niektóre moje projekty były dobrze oceniane. Szef czasem chwali innych pracowników.
6. Myśli alternatywne	"Może chce omówić nowe zadanie". (Wiara: 80%) "Jestem dobrze przygotowany". (Wiara: 70%)
7. Ponowna ocena emocji	Lęk (50%), stres (40%)

Weryfikacja automatycznych myśli

Judith S. Beck proponuje kilka pytań do weryfikacji automatycznych myśli:

1. Jakie są dowody? Jakie argumenty przemawiają za i przeciw prawdziwości myśli?
2. Czy istnieje inne, alternatywne wytłumaczenie?
3. Co może się zdarzyć w najgorszym wypadku? Czy dam radę to przeżyć? Co mogłoby się zdarzyć w najlepszym wypadku? Jakie jest najbardziej realistyczne rozwiązanie?
4. Co wynika z mojej wiary w prawdziwość automatycznych myśli? Jaki mógłby być rezultat zmiany myślenia?
5. Co chciałbym/abym z tym zrobić?
6. Co powiedziałbym/ałabym przyjacielowi, gdyby to on lub ona znaleźli się w takiej sytuacji?

Zniekształcenia poznawcze

Zniekształcenia poznawcze to myśli prowadzące do negatywnego postrzegania rzeczywistości. Są automatycznymi myślami, które mogą zniekształcać nasze postrzeganie siebie, innych ludzi i świata wokół nas. Występują u wszystkich ludzi, ale różnią się częstotliwością i intensywnością między osobami zdrowymi a tymi z problemami psychicznymi. U osób zdrowych mają mniejszy wpływ na codzienne funkcjonowanie, natomiast w przypadku osób doświadczających zaburzeń psychicznych występują częściej i mają bardziej dotkliwy wpływ na samopoczucie, co prowadzi do poważniejszych trudności. Redukcja zniekształceń poznawczych ma znaczny wpływ dla dobrostanu. Poprzez identyfikowanie i korygowanie błędnych myśli można poprawić samopoczucie, zwiększyć pewność siebie, lepiej radzić sobie z wyzwaniami życiowymi. Świadomość własnych zniekształceń poznawczych może prowadzić do bardziej realistycznego postrzegania rzeczywistości, co wpływa na poprawę zdrowia psychicznego. Obserwowanie własnych zniekształceń poznawczych jest ważne dla asystenta zdrowienia. Zwiększa to samoświadomość, może poprawiać relacje z pacjentami oraz efektywność pracy. Zniekształcenia poznawcze mogą prowadzić do błędnych decyzji. Asystent zdrowienia, który potrafi je rozpoznać i skorygować, szczególnie u siebie, podejmuje trafniejsze decyzje i działania. Świadomość własnych zniekształceń poznawczych może pomagać w utrzymaniu zdrowia psychicznego i zapobiegać wypaleniu zawodowemu. Asystent, który dba o swoje zdrowie psychiczne, jest w stanie dłużej i skuteczniej wspierać swoich pacjentów.

Asystenci zdrowienia często pełnią rolę wzorców dla swoich podopiecznych. Swoim przykładem, mogą modelować zdrowe strategie radzenia sobie z trudnymi emocjami i myślami. Rozpoznawanie własnych wzorców myślenia i interpretowania rzeczywistości, także poparta własnym doświadczeniem choroby w przeszłości może pomagać asystentom zdrowienia lepiej zrozumieć, przez co przechodzą podopieczni, których wspierają. Dzięki temu mogą bardziej empatycznie i skutecznie wspierać ich w procesie zdrowienia, dostosowując swoje podejście do indywidualnych potrzeb.

Podsumowując, obserwowanie i reagowanie na własne zniekształcenia poznawcze jest kluczowe dla asystentów zdrowienia, ponieważ pomaga im lepiej zarządzać własnym zdrowiem psychicznym, poprawiać relacje z podopiecznymi, zwiększać efektywność pracy i zapobiegać wypaleniu zawodowemu. Dzięki temu mogą skuteczniej wspierać podopiecznych i modelować zdrowe strategie radzenia sobie z trudnymi emocjami i myślami.

Zniekształcenie poznawcze	Charakterystyka	Przykłady
Nadmierne uogólnianie	Polega na wyciąganiu ogólnych wniosków na podstawie pojedynczych zdarzeń. Osoba stosująca to zniekształcenie może uważać, że jedno negatywne doświadczenie oznacza, że wszystkie przyszłe sytuacje będą równie negatywne.	Po jednej nieudanej prezentacji w pracy myślisz: „Zawsze robię wszystko źle”. Po odrzuceniu przez jedną osobę na randce myślisz: „Nikt mnie nigdy nie polubi”.
Wyolbrzymianie i umniejszanie	Przesadne powiększanie wydarzeń negatywnych i pomniejszanie pozytywnych. Polega na nadmiernym wyolbrzymianiu minusów sytuacji przy jednoczesnym umniejszaniu, czyli minimalizowaniu jej pozytywnych stron.	„Moje niskie oceny na świadectwie wyraźnie wskazują moją niekompetencję, podczas gdy moje dobre oceny nie mają żadnego znaczenia”. „Jedna negatywna opinia o mojej pracy oznacza, że jestem złym pracownikiem, podczas gdy wszystkie pozytywne opinie nie mają znaczenia”.
Katastrofizacja	Oczekiwanie najgorszego możliwego scenariusza, nawet jeśli jest mało prawdopodobny. Często prowadzi do nadmiernego lęku i stresu.	„Jeśli spóźnię się na spotkanie, na pewno mnie zwolnią”. „Boli mnie głowa, to na pewno coś poważnego, może nawet guz”.
Myślenie czarno-białe	Postrzeganie sytuacji w skrajnych kategoriach, bez dostrzegania odcieni szarości. Uproszczenie rzeczywistości do dwóch skrajnych opcji prowadzi do sztywnego i nieelastycznego myślenia.	„Jeśli nie jestem najlepszy, to jestem kompletnym nieudacznikiem”. „Albo jesteś ze mną, albo przeciwko mnie”.
Negatywny filtr mentalny (selektywna uwaga)	Skupianie się wyłącznie na negatywnych aspektach sytuacji, ignorując pozytywne. Selektywne skupianie uwagi na negatywnych informacjach prowadzi do zniekształconego obrazu rzeczywistości.	Po otrzymaniu pozytywnych i negatywnych opinii na temat swojej pracy, skupiasz się tylko na krytyce. Po udanym wystąpieniu publicznym pamiętasz tylko moment, w którym się zająknąłeś.

Etykietowanie	Przypisywanie sobie lub innym negatywnych etykiet na podstawie pojedynczych zachowań. Generalizowanie jednego zachowania na całą osobowość prowadzi do utrwalania negatywnych przekonań o sobie lub innych.	„Jestem głupi, bo popełniłem błąd.” „Ona jest leniwa, bo raz nie zrobiła zadania na czas.”
Uzasadnianie emocjonalne	Przekonanie, że negatywne emocje odzwierciedlają rzeczywistość. Utożsamianie emocji z faktami prowadzi do błędnych wniosków na temat rzeczywistości.	„Czuję się beznadziejnie, więc na pewno jestem beznadziejny”. „Jestem zdenerwowany, więc na pewno coś złego się wydarzy”.
Czytanie w myślach	Przekonanie, że wiemy, co myślą inni, bez dowodów na to. Przypisywanie innym myśli i intencji prowadzi do nieporozumień i nieuzasadnionych obaw.	„Ona na pewno myśli, że jestem nudny”. „On nie odpowiedział na mój e-mail, więc na pewno mnie ignoruje”.
Przeskakiwanie do konkluzji	Szybkie wyciąganie wniosków bez pełnych informacji. Pochopne ocenianie sytuacji prowadzi do błędnych wniosków i niepotrzebnego stresu.	„On nie odpowiedział na mój e-mail, więc na pewno mnie ignoruje”. „Nie zaprosili mnie na spotkanie, więc na pewno mnie nie lubią”.
Musizm, trzebofilia (nadużywanie imperatywów)	Przekonanie, że coś musi się wydarzyć lub że coś powinno być zrobione w określony sposób. Narzucanie sobie lub innym sztywnych zasad prowadzi do frustracji i poczucia winy, gdy te zasady nie są spełniane.	„Muszę zawsze być perfekcyjny w pracy”. „Powinienem zawsze pomagać innym, niezależnie od moich własnych potrzeb”.
Personalizacja	Przypisywanie sobie odpowiedzialności za wydarzenia, które są poza naszą kontrolą. Nadmierne branie na siebie winy za negatywne zdarzenia prowadzi do poczucia winy i niskiej samooceny.	„To moja wina, że kolega z pracy jest w złym humorze”. „Gdybym był lepszym rodzicem, moje dziecko nie miałoby problemów w szkole”.
Obwinianie	Przypisywanie winy sobie lub innym za negatywne wydarzenia, często bez uzasadnionych podstaw. Szukanie winnych za negatywne sytuacje prowadzi do konfliktów i poczucia niesprawiedliwości.	„To moja wina, że zespół nie osiągnął celu, mimo że nie miałem kontroli nad wszystkimi aspektami projektu”. „Gdyby nie ona, moje życie byłoby o wiele lepsze”.

Przewidywanie przyszłości	Zakładanie, że wiemy, co się wydarzy w przyszłości, często w negatywnym kontekście, bez dowodów na to. Może również obejmować nadmiernie optymistyczne przewidywania, które nie mają solidnych podstaw.	„Na pewno nie dostanę tej pracy, więc nawet nie ma sensu próbować”. „Jeśli pójdę na tę imprezę, na pewno będę się czuł niezręcznie i nikt nie będzie chciał ze mną rozmawiać”. „Na pewno wygram ten konkurs, więc nie muszę się przygotowywać”. „Oni na pewno mnie polubią, więc nie muszę się martwić o to, co powiem”.
Ocenianie	Szybkie wyciąganie wniosków o sytuacjach lub wydarzeniach na podstawie niewielkiej ilości informacji. Prowadzi do niesprawiedliwych i często negatywnych ocen.	„Ten projekt jest beznadziejny, bo nie udało się go zrealizować zgodnie z planem”. „To spotkanie było stratą czasu, bo nie podjęto żadnych konkretnych decyzji”.

Jak radzić sobie z automatycznymi myślami

Radzenie sobie ze zniekształceniami poznawczymi wymaga świadomego podejścia i praktyki. Pierwszym krokiem jest rozpoznawanie zniekształceń poznawczych. Nauka identyfikowania różnych rodzajów zniekształceń jest kluczowa jeżeli chcemy dokonać zmiany swojego samopoczucia. Warto zwracać uwagę na swoje myśli, szczególnie w sytuacjach stresowych lub kiedy pojawiają się silne emocje.

Regularne monitorowanie myśli automatycznych poprzez prowadzenie dziennika myśli (np. w formie tabeli myśli automatycznych), w którym zapisujemy sytuacje wywołujące silne emocje oraz myśli im towarzyszące, może pomóc w identyfikacji wzorców myślenia i zniekształceń poznawczych. Następnie kwestionowanie negatywnych myśli (np. w tabela myśli automatycznych). Ważne jest również pamiętanie, że myśli to nie fakty. Często nasze myśli są jedynie interpretacjami rzeczywistości, a nie jej dokładnym odzwierciedleniem. Po zakwestionowaniu negatywnych myśli, warto spróbować zastąpić je bardziej realistycznymi i bliższymi stanowi faktycznemu, alternatywnymi myślami.

Praktykowanie uważności (mindfulness) może być również bardzo pomocne. Regularna praktyka uważności pomaga być bardziej świadomym swoich myśli i emocji bez oceniania ich. Techniki takie jak medytacja, głębokie oddychanie czy joga mogą

być w tym bardzo pomocne. Korzystanie z technik relaksacyjnych, medytacji, technik oddechowych, pomaga w redukcji stresu i służy poprawie ogólnego samopoczucia. Zmniejszenie poziomu stresu ułatwia radzenie sobie z negatywnymi myślami.

Pamiętaj, że realistyczna ocena rzeczywistości i świadomość, że nasze myśli to nie fakty, są kluczowe w utrzymaniu zdrowego podejścia do życia.

Podsumowanie

Automatyczne myśli i zniekształcenia poznawcze mają ogromny wpływ na nasze emocje, zachowanie i reakcje fizjologiczne. Praca z tymi myślami, ich analiza i zmiana mogą prowadzić do poprawy jakości życia.

Jak powiedział Albert Einstein: "Wszyscy wiedzą, że czegoś nie da się zrobić, aż znajdzie się taki jeden, który nie wie, że się nie da, i on to robi". To zdanie doskonale oddaje moc przekonań i myśli w kształtowaniu naszej rzeczywistości.

KOMITET DO SPRAW POŻYTKU PUBLICZNEGO
NIW
PROO

Rozdział IV
Etyka

Monika Syc
Kinga Wojda

ETYKA OGÓLNA

Z dylematami etycznymi mamy do czynienia w codziennych sytuacjach, kiedy musimy zdecydować i dokonać wyborów moralnych, jak np. czy skasować bilet w autobusie, kiedy wiele wskazuje na to, że uda się przejazd na gapę lub czy w prywatnej sprawie skorzystać z fotokopiarki w pracy?

Gdy poddamy te dylematy refleksji, można się zastanowić, jakie są ich podstawy i dlaczego wybieramy tak, a nie inaczej i czy zawsze odpowiedź jest jednoznaczna.

Etyka dąży do określenia zasad leżących u podstaw postępowania i dokonywania czynów słusznych czy niesłusznych. Do przykładów czynów słusznych można zaliczyć np. pomoc starszym czy oddanie zguby, a do niesłusznych np. kradzież czy manipulowanie innymi. Pytamy wtedy, co określa dobre czy ze postępowanie.

„Etyka" nawiązuje do greckiego słowa ethos, czyli „charakter". Postępowanie etyczne to postępowanie zgodne z prawym charakterem.

„Moralność" z kolei pochodzi od łacińskiego słowa moralis – tłum.: 1.obyczajny, moralny; 2. czynny, oddany życiu czynnemu.
Dzisiaj oba te terminy, etyka i moralność, często używane są zamiennie.

W powszechnym znaczeniu moralność jest dziedziną decyzji i czynów, etyka zaś –teoretycznym nad nią namysłem.

Prawda:

Na początku jednak musimy się zastanowić nad naturą prawdy. To bardzo ważny problem. Nie zawsze jest jasne, co ma na myśli ten, kto mówi o prawdzie. To wielkie słowo, ważniejsze może w etyce niż w innych dziedzinach, dlatego też podejść do niego trzeba z należytą ostrożnością.
Dwa zasadnicze podejścia do problemu prawdy:
- **Realizm**, który zakłada, że prawdziwe jest to, co zgodne z niezależnym od ludzi stanem rzeczy. Realiści twierdzą, że istnieją absolutne prawdy moralne.

KOMITET DO SPRAW POŻYTKU PUBLICZNEGO
NIW
PROO

- **Konstruktywizm**, który sprzeciwia się temu, by szukać nieosiągalnej, może ostatecznej instancji, leżącej poza sferą ludzkiego języka i ludzkiej praktyki bo prawda rodzi się w granicach ludzkiej społeczności i nie należy szukać rzeczywistości zewnętrznej wobec reguł, które ludzie tworzą i do których się stosują:

- konstruktywiści – relatywiści, twierdzą, że prawda jest względna, relatywna; możliwa jest wielość kontekstów, albo nawet w jednym kontekście prawdy moralne zmieniać się mogą w czasie;
- konstruktywiści – nie relatywiści, zakładają istnienie jednego tylko zespołu moralnych prawd, który poznany zostanie dopiero z chwilą osiągnięcia doskonałej spójności wszystkich sądów.

- **Istnieją jeszcze dwa inne podejścia:** naturalistyczne teorie prawdy, które traktują tezy moralne tak samo jak wszystkie inne stwierdzenia, zatem prawdziwość rozstrzygnąć można, wychodząc od przesłanek nie związanych z moralnością oraz akognitywizm, który mówi, że możemy znać prawdy moralne, ale ani nie potrafimy ich bliżej analizować, ani nie możemy poddać ich sprawdzianowi jakiegoś zewnętrznego testu. Dobro to dobro i ani nie potrzeba, ani nie można odnosić go do żadnych dalszych instancji.

Główni przedstawiciele stanowisk etycznych na przestrzeni dziejów:

- Platon (ur. w 427 r. p.n.e) - etyczny realista, uważał, że istnieją poza czasem formy, byty absolutne;
- Arystoteles (ur. w 384 p.n.e.) – podkreślał znaczenie cnót u podstaw etyki;
- Tomasz z Akwinu (1225-1274) – twierdził, że prawo naturalne jest kodeksem moralnym, wszyscy ludzie ożywiani są tą samą naturą stworzoną przez Boga;
- Immanuel Kant (1724 – 1804) – sformuował trzy imperatywy moralne:
    - Utylitaryzm – „jak najwięcej dobra dla jak największej liczby osób” – mówił, że czyny mogą być moralnie użyteczne (łac. utilis = użyteczny) – te które prowadzą do złych, nieużytecznych poczynań są niemoralne – te które nie prowadzą do żadnych czynności są amoralne;
    - Intuicjonizm - odwołuje się do podstawowego poczucia tego, co słuszne;
    - Emotywizm - podstawą tej koncepcji są emotywne odpowiedzi na innych ludzi, zdarzenia, sytuacje, poglądy i zasady – nasza

uczuciowa reakcja na cokolwiek; zostaje tylko uczucie aprobaty bądź dezaprobaty – teoria „Fuj-Hurra!".

- Alasdair MacIntyre (XX w.) – powraca do znaczenia cnót;
- Budda (ur. VI w. p.n.e.) – Etyka buddyzmu- według niej należy się wyrzec ziemskich przyjemności, gdyż wiążą one z rzeczami, a to powoduje cierpienie, na które jedynym lekarstwem jest obojętność i droga środka.

Tożsamość zawodowa asystenta zdrowienia- nowa rola osób po kryzysach psychicznych:

Asystent zdrowienia pracuje w paradygmacie orientacji na zdrowienie w psychiatrii zorientowanej na osobę, a nie tylko jej objawy chorobowe.

Potencjalne miejsca pracy dla asystentów zdrowienia:

- Centrum Zdrowia Psychicznego,
- Szpitale psychiatryczne,
- Środowiskowe Domy Samopomocy,
- Specjalistyczne usługi opiekuńcze,
- Domy Pomocy Społecznej,
- Placówki opiekuńcze,
- Zespoły Leczenia Środowiskowego.

Codzienne praktyki asystentów zdrowienia:

- Uczestnictwo w zebraniach społeczności,
- Rozmowy indywidualne,
- Spotkania w ramach wizyt domowych,
- Spotkania dla rodzin,
- Organizacja czasu wolnego,
- Dzielenie się spostrzeżeniami nt. zdrowienia pacjentów z pozostałym personelem,
- Motywowanie pacjentów do aktywności.

Rola asystenta zdrowienia polega głównie na:

- towarzyszeniu leczonemu podopiecznemu,
- wspieraniu go,
- dzieleniu się własnym doświadczeniem kryzysu psychicznego i zdrowienia.

Miejsca, w których można znaleźć przydatne informacje dotyczące asystentów zdrowienia:

- Wiedza dotycząca zatrudnienia: Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm. 2]) zarządza się, że od dnia 01.04.2020r. do osób zatrudnionych w Centrach Zdrowia Psychicznego w całej Polsce, w ramach działalności podstawowej zaliczać się będzie asystentów zdrowienia (par. 1 pkt 10 lit. b).

- Rozporządzenie dot. pilotażu, w którym jest mowa o obligatoryjnym etacie dla asystenta zdrowienia – Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego: https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20220002079/O/D20222079.pdf

- Badanie „Asystent zdrowienia – oczekiwania i przygotowanie" - Anna Liberadzka ze Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, 2019: https://www.kwartalnikpsychiatra.pl/asystent-zdrowienia-oczekiwania-i-przygotowanie-2/

- Zintegrowany System Kwalifikacji (ZSK) – zbiera różne kwalifikacje w jednym rejestrze, określa zasady ich certyfikacji. W maju 2022 włączono kwalifikację asystenta zdrowienia do rejestru: https://kwalifikacje.gov.pl/k?id_kw=13926

- Filmik o asystentach zdrowienia:

https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=VRdKTU8NJeQ&fbclid=IwAR1F-V5JJ5MT2wceKLXQ-NVBafE_0BZLrnUjYnBP0g_8A6CNUvpp2jKHDE0

- Numer Czasopisma Dla Nas poświęcony asystentowi zdrowienia:

https://otworzciedrzwi.org/wp-content/uploads/2022/03/dlanas_nr38_suma.pdf

- Krakowskie kursy asystenta zdrowienia – badanie Anny Liberadzkiej i Krystiany Roloff (lipiec 2023) w czasopiśmie „Dla Nas" nr 60 (marzec 2024) str. 13:
https://otworzciedrzwi.org/wp-content/uploads/2024/03/dlanas_60calosc.pdf

Czym jest **etyka zawodowa**?

„Spisane normy odpowiadające na pytanie, jak ze względów moralnych przedstawiciele danego zawodu powinni, a jak nie powinni postępować.
Etyka zawodowa występuje w postaci norm zinstytucjonalizowanych (kodeksy, przysięgi, ślubowania) oraz norm formułowanych jako indywidualne propozycje, luźne lub stanowiące uporządkowany zespół postulatów".

Zagadnienia prawne a etyka – gdzie szukać „wskazówek" dotyczących zasad etycznego postępowania oraz rozwijania swojej wrażliwości etycznej:

- Powszechna Deklaracja Praw Człowieka
https://www.unesco.pl/fileadmin/import24/user_upload/pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka.pdf

- Prawa Pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta
https://dziennikustaw.gov.pl/D2020000084901.pdf

- Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego
https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000212301.pdf

- Kodeks Etyczny Psychologa Polskiego Towarzystwa Psychologicznego
https://psych.org.pl/dla-psychologow/kodeks-etyczny

- Przykładowy Kodeks Etyczny Asystentów Zdrowienia – Fundacja Polski Instytut Otwartego Dialogu
https://otwartydialog.pl/kodeks-etyczny-asystentow-zdrowienia/

Asystent zdrowienia udziela wsparcia osobom w kryzysie psychicznym, dbając jednocześnie o profesjonalny i uczciwy kontakt z osobami, którym udziela wsparcia. Jest zobowiązany do równego traktowania pacjentów, bez względu na ich płeć, wiek, stan cywilny, narodowość, orientację seksualną, wyznanie itp. Szanuje prawo do wolności wyboru i prywatności. Jest zobowiązany do zachowania tajemnicy zawodowej w ramach zespołu leczącego. Podnosi swoje kompetencje i poszerza wiedzę, uczestnicząc w kursach i szkoleniach. Dba o profesjonalne granice w ramach relacji z podopiecznym. W sytuacji pogorszenia stanu psychicznego, co może wpływać na jakość pracy i udzielanego wsparcia, powinien skorzystać z pomocy specjalistów, jak również skonsultować się z superwizorem. W sytuacjach, gdy zgłaszana przez podopiecznego problematyka przekracza możliwości i kompetencje asystenta, powinien przekierować go do osoby o bardziej specjalistycznych kwalifikacjach (np. psychologa, psychiatry).

Bibliografia w odniesieniu do części etyka ogólna:

Peter Vardy, Paul Grosch: „Etyka”, Wydawnictwo ZYSK I S-KA, Poznań 2010

Bibliografia w odniesieniu do etyki zawodowej:

I. Lazari-Pawłowska, Etyki zawodowe jako role społeczne, [w:] A. Sarapa, Etyka zawodowa, (1972), Warszawa: Książka i Wiedza, s. 33.

Rozdział V
Wgląd

Anna Bielańska
Agnieszka Gazda- Grzesiak

Wgląd w psychologii to pojęcie odnoszące się do nagłego lub stopniowego uświadomienia sobie istotnych aspektów własnych przeżyć, problemów czy zachowań. Jest to proces rozpoznania związków między różnymi elementami sytuacji lub zrozumienia ukrytych mechanizmów stojących za problemami, co prowadzi do większej świadomości siebie i otaczającej rzeczywistości.

Kluczowe cechy wglądu:

- **Zrozumienie**: Wgląd wiąże się z głębszym zrozumieniem przyczyn problemów lub natury własnych emocji, myśli i działań.
- **Nagłość**: Często przychodzi jako "olśnienie" (tzw. *efekt aha*), ale może być też wynikiem długotrwałej refleksji.
- **Zmiana perspektywy**: Pozwala spojrzeć na sytuację lub siebie z nowej, bardziej klarownej perspektywy.
- **Emocjonalny wymiar**: Towarzyszy mu poczucie ulgi, jasności lub satysfakcji.

Wgląd terapeutyczny:

- W kontekście psychoterapii wgląd odnosi się do momentu, w którym klient rozumie głębsze przyczyny swoich trudności.
- Przykład: Osoba może uświadomić sobie, że jej obecne problemy w relacjach wynikają z nieprzepracowanych emocji związanych z dzieciństwem.
- W nurcie psychoanalitycznym lub psychodynamicznym wgląd jest kluczowym elementem procesu leczenia i zdrowienia.

Wgląd poznawczy:

- Dotyczy nagłego zrozumienia rozwiązania problemu (np. w nauce lub pracy).
- Często badany w psychologii poznawczej jako mechanizm rozwiązywania zadań.

KOMITET DO SPRAW POŻYTKU PUBLICZNEGO
NIW
PROO

Wgląd w kontekście zdrowia psychicznego:

- W psychiatrii wgląd oznacza zdolność osoby do rozpoznania, że cierpi na zaburzenie psychiczne.
- Brak wglądu bywa charakterystyczny dla niektórych chorób, takich jak schizofrenia czy zaburzenia afektywne dwubiegunowe.

Trzy rodzaje wglądu w odniesieniu do doświadczania choroby:

1. **Wgląd w objawy** - osoba chorująca potrafi rozdzielić co w jej przeżyciach objawem, a co realnością.

2. **Poczucie choroby, świadomość choroby** - to szczególny aspekt świadomości choroby, który odnosi się do rozpoznania i zaakceptowania przez osobę, że cierpi na zaburzenia psychiczne.

3. **Umiejętność dystansowania się do objawów** - to zdolność do zachowania krytycznego spojrzenia na swoje doświadczenia i symptomy, pomimo ich intensywności. Ta umiejętność jest kluczowa w procesie zdrowienia, ponieważ pozwala osobie na lepsze zrozumienie swojego stanu, podejmowanie świadomych decyzji dotyczących leczenia i radzenie sobie z trudnościami.

Wgląd a zmiana- wgląd jest ważny, ponieważ często stanowi początek zmiany w myśleniu, zachowaniu czy emocjach. W psychoterapii prowadzi do lepszego rozumienia siebie, co pozwala na wprowadzanie świadomych modyfikacji w życiu.

Różnica między introspekcją a wglądem

- **Introspekcja** to świadoma analiza własnych myśli i emocji, będąca procesem badawczym.
- **Wgląd** to wynik tego procesu lub moment nagłego zrozumienia, które może się pojawić nawet bez intensywnej refleksji.

Podsumowując, wgląd jest kluczowym narzędziem w psychologii i terapii, umożliwiającym głębsze zrozumienie siebie i świata, co często prowadzi do rozwoju osobistego i poprawy jakości życia.

W psychologii przeprowadzono wiele badań nad wglądem, które przyczyniły się do zrozumienia tego zjawiska. Oto kluczowe z nich:

1. Badania Wolfganga Köhlera (1917)

- **Cel**: Zrozumienie procesów rozwiązywania problemów u zwierząt.
- **Metoda**: Eksperymenty z szympansami, które musiały używać narzędzi do zdobycia pożywienia.
- **Wyniki**: Szympansy rozwiązywały problemy po nagłym wglądzie, co sugerowało reorganizację myślenia, a nie metodę prób i błędów.
- **Znaczenie**: Podstawa dla teorii wglądu w psychologii Gestalt.

2. Neurobiologia wglądu (Kounios i Beeman, 2006)

- **Cel**: Zbadanie procesów mózgowych związanych z wglądem.
- **Metoda**: Użycie EEG i fMRI do analizy aktywności mózgowej podczas rozwiązywania problemów.
- **Wyniki**: Wgląd wiąże się z aktywacją prawego płata skroniowego oraz specyficznymi wzorcami mózgowymi przed i w momencie "Aha!".
- **Znaczenie**: Pokazanie, że wgląd ma unikalne podstawy neurobiologiczne.

3. Eksperymenty nad problemami „Aha!" (Bowden et al., 2005)

- **Cel**: Zbadanie różnicy między rozwiązaniami osiąganymi wglądem a rozwiązaniami analitycznymi.
- **Metoda**: Zadania słowne, takie jak „Compound Remote Associates Task", gdzie badani łączyli słowa w kreatywny sposób.
- **Wyniki**: Wgląd charakteryzował się nagłą świadomością poprawności rozwiązania i emocjonalnym przeżyciem.
- **Znaczenie**: Lepsze zrozumienie procesów poznawczych prowadzących do wglądu.

4. Funkcjonalna fiksacja i przełamywanie impasu

- **Cel**: Badanie trudności w reorganizacji myślenia.
- **Metoda**: Klasyczne zadania, takie jak problem dziewięciu kropek lub użycie pudełka jako świecznika (Duncker, 1945).

KOMITET DO SPRAW POŻYTKU PUBLICZNEGO
NIW
PROO

- **Znaczenie**: Zrozumienie barier poznawczych, które uniemożliwiają wgląd, oraz mechanizmów ich przełamywania.

5. Kreatywność i wgląd (Cosmelli & Preiss, 2014)

- **Cel**: Zbadanie dynamiki wglądu w procesie twórczym.
- **Znaczenie**: Wgląd jako zjawisko łączące przeszłość z przyszłością w kontekście ciągłego myślenia twórczego.

6. Definicje i kryteria wglądu (Dietrich & Kanso, 2010)

- **Cel**: Przegląd definicji i kryteriów wglądu w badaniach poznawczych i neurologicznych.
- **Wyniki**: Wgląd wymaga reorganizacji mentalnej reprezentacji problemu i jest często nagły, choć nie zawsze związany z emocjonalnym przeżyciem.
- **Znaczenie**: Standaryzacja podejść badawczych do wglądu.

Te badania podkreślają różnorodne podejścia do zrozumienia wglądu – od jego biologicznych podstaw, przez zjawiska poznawcze, aż po dynamikę procesu twórczego. Mają one znaczenie zarówno dla psychologii poznawczej, jak i praktyk terapeutycznych oraz edukacji.

Stygmatyzacja i autostygmatyzacja to procesy społeczne i psychologiczne, które mają szczególne znaczenie w kontekście zaburzeń psychicznych, wpływając negatywnie na osoby dotknięte takimi problemami. Stygmatyzacja i autostygmatyzacja to wzajemnie wzmacniające się procesy, które znacząco pogarszają jakość życia osób z zaburzeniami psychicznymi. W walce z nimi kluczowa jest edukacja, zmiana postaw społecznych oraz wspieranie osób dotkniętych stygmatyzacją w budowaniu pozytywnego obrazu siebie i poszukiwaniu wsparcia.

Stygmatyzacja (społeczna) jest określana przez dwa składniki:

1.Pewna różnica dotycząca osoby lub grupy oparta na pewnym „znaku szczególnym", pewnej charakterystycznej właściwości oraz

2.Wynikającej z tego dewaluacji osoby noszącej ten szczególny znak (osoby napiętnowane są spostrzegane jako niedoskonałe, „gorsze”).

To proces nadawania negatywnych cech lub etykiet osobom z zaburzeniami psychicznymi. Piętno/stygma ma charakter relacyjny „osoby napiętnowane posiadają pewną cechę, atrybut, które określają tożsamość społeczną dewaluowaną w pewnym, określonym kontekście społecznym” *(Crocekr, Major, Steele 1998).* To jest związane z uprzedzeniami w stosunku do danych osób lub grup.

Funkcje piętnowania innych z punktu widzenia jednostki:

- podnoszenie poczucia wartości,
- zwiększenie kontroli,
- ochrona przed lękiem,
- tożsamość społeczna- przynależność do pewnej grupy.

Świtaj i Wciórka (2019) przeprowadzili badania nad doświadczeniem piętna i dyskryminacji w grupach osób z różnymi problemami zdrowotnymi. Skoncentrowali się na osobach z rozpoznaniem schizofrenii, innymi zaburzeniami psychicznymi oraz chorobami somatycznymi. Wyniki badań wskazują na istotne różnice w postrzeganiu i doświadczaniu piętna między tymi grupami.

Główne wnioski z badań:

1. **Piętno w schizofrenii**:
   - Osoby z rozpoznaniem schizofrenii częściej zgłaszały doświadczenia stygmatyzacji i dyskryminacji niż osoby z innymi zaburzeniami psychicznymi czy chorobami somatycznymi.
   - Istotnym elementem było wewnętrzne piętno (self-stigma), które wpływało na samoocenę i poczucie wartości.
2. **Piętno w innych zaburzeniach psychicznych**:
   - Choć poziom doświadczanej dyskryminacji był mniejszy niż w przypadku schizofrenii, wciąż odnotowywano wyraźne problemy związane z postrzeganiem społecznym.
   - Uczestnicy badania wskazywali na stereotypy dotyczące ich zdolności do pracy i funkcjonowania w społeczeństwie.

3. **Piętno w chorobach somatycznych**:
   - U osób z chorobami somatycznymi doświadczenie piętna było mniej nasilone, jednak wciąż występowało, zwłaszcza w przypadku chorób widocznych fizycznie (np. chorób skóry, niepełnosprawności).
   - W przypadku chorób somatycznych kluczowym problemem była mniejsza otwartość społeczna i czasami błędne przekonania na temat zaraźliwości.

Autostygmatyzacja to proces, w którym osoba dotknięta zaburzeniem psychicznym internalizuje (przyjmuje za własne) negatywne stereotypy i etykiety nadawane przez społeczeństwo.

W rezultacie:

- Osoba zaczyna postrzegać siebie w sposób negatywny, np. jako słabą, gorszą lub niegodną pomocy.
- Powoduje to **obniżenie poczucia własnej wartości**, wstyd oraz wycofanie społeczne.
- Może to prowadzić do **samowykluczenia**, czyli unikania sytuacji społecznych, edukacyjnych czy zawodowych, które mogłyby poprawić jej sytuację życiową.

Przykłady wpływu stygmatyzacji i autostygmatyzacji

1. **Bariera w szukaniu pomocy**:
   - Osoby mogą unikać wizyt u psychiatry lub terapeuty w obawie przed byciem ocenionymi lub napiętnowanymi.
   - Autostygmatyzacja wzmacnia przekonanie, że ich problemu nie da się rozwiązać.

2. **Izolacja społeczna**:
   - Stygmatyzacja prowadzi do wykluczenia z kręgów towarzyskich, co potęguje poczucie samotności.

3. **Wpływ na zdrowie psychiczne**:
   - Zewnętrzne etykietowanie i samokrytyka mogą nasilić objawy depresji, lęku czy innych zaburzeń.

KOMITET DO SPRAW POŻYTKU PUBLICZNEGO
NIW
PROO

Mechanizmy przeciwdziałania stygmatyzacji i autostygmatyzacji:

1. **Edukacja społeczna**:
   - Kampanie mające na celu zwiększenie świadomości na temat zdrowia psychicznego i przeciwdziałanie stereotypom.
2. **Wspieranie kontaktów społecznych**:
   - Interakcja z osobami dotkniętymi zaburzeniami psychicznymi zmniejsza stereotypowe postawy.
3. **Terapia indywidualna**:
   - Praca nad samoakceptacją i wzmacnianiem pozytywnego obrazu siebie.
4. **Aktywizm osób doświadczających zaburzeń psychicznych**:
   - Publiczne mówienie o swoim doświadczeniu pomaga w przełamywaniu społecznych uprzedzeń.

Rozdział VI
Współpraca

Anna Liberadzka
Krystiana Roloff

Granice osoby
to system zewnętrznych i wewnętrznych barier na tyle szczelnych, że chronią ich wewnętrzne dobro przed czynnikami zagrażającymi, a jednocześnie na tyle przepuszczalnych, że umożliwiają wymianę dobra z innymi osobami.

Świadomość własnej granicy mówi mi kim jestem, czym dysponuję i za co biorę odpowiedzialność.

Co się dzieje, gdy granice nie działają dobrze?

- Nieprawidłowo ukształtowane granice są przyczyną wielu trudności w życiu.
- Stawiają osobę w sytuacji izolacji i cierpienia z tym związanego.
- Są powodem agresji.
- Narażają na doświadczanie przemocy.
- Osoba pozbawiona granic jest niewrażliwa na granice innych i często nieświadoma ich istnienia. Naruszając cudze granice i wykorzystując innych, staje się agresorem.

Rodzaje granic:

- **Fizyczne**- określają na jaką odległość inni mogą się do nas zbliżyć.
- **Emocjonalne**- pojawiają się w momencie kontaktu z daną osobą lub podczas konkretnej sytuacji. Pozwalają określić jakie zachowania czy sytuacje akceptujemy a jakie są dla nas nieakceptowalne.
- **Intelektualne**- dotyczą myślenia i przekonań.
- **Duchowe**- dotyczą naszych wartości, przekonań i moralności.

Granice „chorobowe" – „poziomy" ujawniania się wg P. Corrigan i R. Lundin:

- unikanie wszelkich miejsc i sytuacji, w których można doświadczyć stygmatyzacji ze strony innych (*social avoidance*);
- zachowywanie swojej choroby w tajemnicy, nie zakładające jednak wycofania z aktywności w ważnych życiowych obszarach, jak np. praca (*secrecy*);

KOMITET DO SPRAW POŻYTKU PUBLICZNEGO
NIW
PROO

- wybiórcze ujawnianie się przed osobami, które uznaje się za życzliwe (*selective disclosure*);
- ujawnianie się w sposób nieselektywny, rezygnacja z ukrywania informacji o swojej chorobie psychicznej, nieprzywiązania wagi do tego, kto wie (*indiscriminant disclosure*) oraz
- celowe dzielenie się swoimi doświadczeniami z dużą grupą ludzi, wiążące się z edukowaniem innych, aktywnym przeciwdziałaniem stygmatyzacji (*broadcasting*).

Rodzaje granic i ich wpływ na funkcjonowanie:

Nienaruszony system granic

- to model, do którego warto dążyć. Granice są przemyślane, osoby wiedzą jakie sytuacje są dla nich do przyjęcia a które są nieakceptowalne. Taki system daje poczucie bezpieczeństwa i zapewnia szereg umiejętności przydatnych w kontaktach z innymi, jak np. umiejętność odmawiania, respektowanie granic innych.

Brak granic

- taki model charakteryzuje osoby, które mają dużą trudność z zadbaniem o siebie i swoje potrzeby. Osoby, które cechuje ten model niejednokrotnie mają trudności w kontaktach z innymi, mają dużą trudność w odmawianiu, stale towarzyszy im poczucie zagrożenia.

Uszkodzony system granic

- to sytuacja, kiedy osoba w pewnym stopniu ma określone własne granice, jednak są takie obszary, które wymagają jeszcze określenia. W sytuacji kontaktu z inną osobą, która przejdzie przez uszkodzony system mogą pojawiać się konflikty, zaburzone jest poczucie bezpieczeństwa. Dana osoba może mieć również trudność w respektowaniu granic innych.

Mury zamiast granic

- to sytuacja skrajna, kiedy mamy do czynienia z całkowitym odgrodzeniem się od innych osób. Osoba, która posiada mur zamiast granic często wpada w konflikty z osobami prezentującymi inne stanowisko. Prowadzi to do izolacji społecznej, samotności.

Jak zadbać o swoje granice?

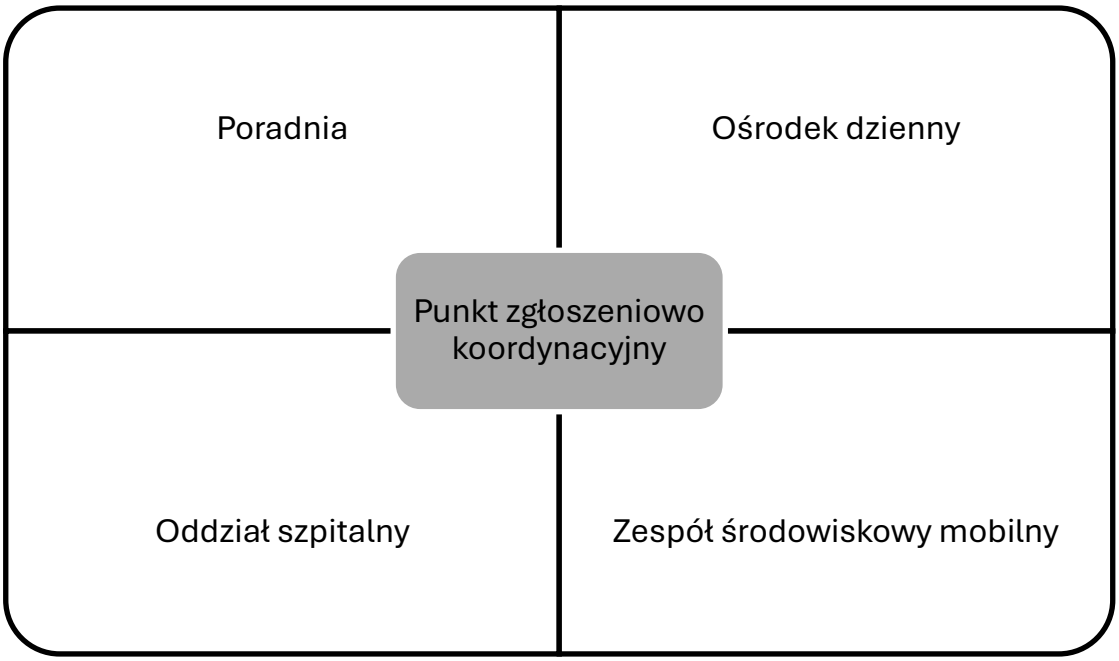
1. Ustal swoje granice.
2. Poczuj na co nie pozwalasz.
3. Bądź bezpośredni(a).
4. Niech utrzymanie granic będzie dla ciebie priorytetem.
5. Ćwicz samoświadomość.
6. Zastanów się nad równowagą w dawaniu i braniu.
7. Uznaj, że twoje uczucia są na pierwszym miejscu.
8. Szukaj wsparcia.
9. Utrzymuj relacje.
10. Doceniaj się za małe sukcesy.

Asystent zdrowienia i jego rola w kontekście współpracy z instytucjami pomocowymi:

- **Warsztat Terapii Zajęciowej** – skierowany do mieszkańców gminy, na terenie której znajduje się i funkcjonuje placówka. Przyjmuje osoby od 16 roku życia do osiągnięcia wieku emerytalnego (60 i 65 lat). Wymagane jest orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydawane przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności ze wskazaniem do terapii zajęciowej.
- **Środowiskowy Dom Samopomocy** – świadczy pomoc mieszkańcom gminy, na terenie której znajduje się i funkcjonuje. Skierowanie przez decyzję administracyjną wydawaną przez OPS (Ośrodek Pomocy Społecznej).
- **Oddział Dzienny** – wymagane jest skierowanie od lekarza prowadzącego na leczenie w OD, ważne przez 14 dni od daty wystawienia (miejsce zamieszkania nie ma znaczenia).
- **Ośrodki Wsparcia** – indywidulane kryteria naboru zależne od sposobu finansowania (granty, PFRON).
- **Dom Pomocy Społecznej** – by skorzystać ze świadczonej tam opieki potrzebna jest decyzja Ośrodka Pomocy Społecznej na wniosek rodziny, pracownika socjalnego, lekarza lub samej osoby zainteresowanej. Można też sądownie uzyskać skierowanie do DPS.
- **Mieszkanie Chronione** - odpowiedzialne za nie jest gmina, które najczęściej zleca NGO prowadzenie takiego mieszkania. Mogą w nim zamieszkać mieszkańcy gminy, na terenie której takie mieszkanie funkcjonuje lub osoba bezdomna przebywająca na terenie gminy. Mieszkanie w takim ośrodku ma charakter okresowy.

Centrum Zdrowia Psychicznego

- jego utworzenie jest celem strategicznym dla Ministerstwa Zdrowia w obszarze ochrony zdrowia psychicznego;
- mają być kluczowym rozwiązaniem organizacyjnym wprowadzanym do polskiego modelu opieki psychiatrycznej i zasadniczą częścią modelu opieki środowiskowej;
- działania i tworzenie CZP sankcjonuje Ustawa o Ochronie Zdrowia Psychicznego;
- mają na celu skoordynowanie ze sobą działań poszczególnych instytucji na poziomie lokalnym tak, aby zapewnić kompleksową (czy też komplementarną) opiekę zdrowotną osobom z zaburzeniami psychicznymi w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, szpitalnej i środowiskowej na określonym (lokalnym) obszarze jego działania;
- przyjmuje się, że jedno CZP będzie przypadało na 50-200 tys. Mieszkańców;
- minimalne potrzeby to około 380 lokalnych Centrów Zdrowia Psychicznego;
- dzięki nim opieka psychiatryczna ma być łatwiej dostępna, leczenie skuteczniejsze, a dodatkowo również mniej kosztowne, dzięki rozwiązaniom bardziej dopasowanym do pacjenta i zmniejszonej liczbie wielodniowych hospitalizacji;
- punktem centralnym CZP jest punkt zgłoszeniowo- koordynacyjny, który ma kompleksowo współpracować z jednej strony z pomocą medyczną, a z drugiej z różnymi formami pomocy społecznej, oświatowej i aktywizacji zawodowej;
- w poradniach prowadzone są porady i konsultacje lekarskie, badania oraz porady psychologiczne, indywidualna i grupowa pomoc psychoterapeutyczna oraz czynności pielęgniarskie;
- do zadań zespołu środowiskowego w ramach CZP należą wizyty domowe, czynna terapia (psychoterapia indywidualna i grupowa), terapia społeczna (praca z rodziną, treningi umiejętności, budowanie sieci oparcia społecznego, stymulowanie aktywności życiowej) oraz szeroko rozumiana opieka;
- w razie potrzeby pacjenci korzystają z pobytu na oddziale dziennym. W szpitalach oprócz hospitalizacji wykonywane są inne procedury wysokospecjalistyczne.



Zalety Centrów Zdrowia Psychicznego[2]:

- płacenie za hospitalizację poprzez CZP będzie sprzyjać ograniczeniu liczby i czasu hospitalizacji, kształtując odpowiednią dla potrzeb bazę szpitalną;
- faktyczny związek (odpowiedzialność) powiatu (dzielnicy) z mieszkańcami;
- powiązanie z systemami powiatowymi pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej;
- wszystkie zalety opieki lokalnej, podobne do systemu lekarzy rodzinnych.

Wady Centrów Zdrowia Psychicznego:

- względny brak konkurencji pomiędzy CZP;
- ryzyko nadmiernego ograniczenia psychiatrycznej bazy szpitalnej;
- ryzyko praktycznego zaniku świadczeń specjalistycznych w psychiatrii.

[2] Na podstawie: https://ippez.pl/wp-content/uploads/2019/03/raport-narodowy-program-ochrony-zdrowia-psychicznego-2016-2020.pdf

Rola Asystenta Zdrowienia- wnioski na podstawie przeprowadzonych badań wśród pacjentów i profesjonalistów:

Oczekiwania względem Asystentów Zdrowienia:

Oczekiwania profesjonalistów

1) Umiejętności i wiedza **związane z przepracowaniem choroby oraz zdrowieniem:** pełny wgląd w chorobę, znajomość jej objawów i sposobów leczenia (niealternatywnego!), wiedza nt. procesu chorowania, leków, znajomość jednostek chorobowych; znajomość podstaw - psychologii, psychoterapii, terapii zajęciowej oraz szeroko rozumianej pomocy społecznej;

2) Umiejętności i wiedza **związane z umiejętnościami miękkimi, głównie skoncentrowane wokół komunikacji, nawiązywania więzi, relacji,** takie jak na przykład: umiejętność współpracy z zespołem oraz osobami, które potrzebują pomocy i ich rodzinami, umiejętność bycia w dialogu, umiejętność nawiązywania pozytywnej relacji oraz podtrzymania jej, przyjmowania postawy rozumiejącej, umiejętność przekonywania i osiągania kompromisu, tolerowanie i akceptowanie odmienności, radzenia sobie ze stresem**,** niesienia, ale też sięgania po pomoc**,** stawiania granic;

3) Umiejętności i wiedza **związane z nastawieniem do obowiązków w pracy i współpracowników:** asertywność względem kadry, umiejętność pracy w zespole, szczerość w relacji z przełożonym, odpowiedzialność, rzetelność, wytrwałość, entuzjazm, stabilność, uczciwość, podejmowanie inicjatywy, umiejętność działania pod presją, obowiązkowość, kompetentność.

Obawy profesjonalistów

- Najczęściej wymieniane to: ryzyko nawrotu choroby u asystentów zdrowienia, brak odporności, dystansu, nieumiejętność trzymania granic. Wiele obaw dotyczy przyszłej pracy w zespole terapeutycznym jako potencjalnie trudne wymieniane są: nieumiejętność współpracy, konieczność „kontrolowania się" w rozmowach przy asystentach zdrowienia, niewiedza, jak przekazywać sobie informacje dotyczące danych wrażliwych i rokowania, trudności wentylowania emocji przez personel w trakcie przerw.
- Obawy budzą się też w związku z **niejasnością roli asystenta zdrowienia** zarówno dla samego asystenta, jak i zespołu oraz pacjentów.
- Część psychoterapeutów mówi nawet o możliwym negatywnym wpływie na pacjentów. Wśród zagrożeń wskazują: możliwość nieprofesjonalnego

prowadzenia pacjenta, nieumiejętność zdystansowania od własnych przeżyć, bagatelizowanie problemów podopiecznego czy propagowanie alternatywnych metod leczenia.

Sugestie profesjonalistów

- Większość profesjonalistów uważa, że asystent zdrowienia powinien mieć zapewnione dodatkowe wsparcie. Najwięcej osób wskazuje na konieczność wsparcia superwizora oraz wsparcie całego zespołu terapeutycznego, jako wskazane wymienione są także grupy Balinta i inne grupy wsparcia. Ważne jest także, by asystent zdrowienia był w stałym kontakcie ze swoim lekarzem prowadzącym i/lub psychoterapeutą.

Oczekiwania pacjentów

1) Najczęściej powtarzającym się postulatem było, by posiadał on wiedzę o chorowaniu i sposobach zdrowienia, by miał przepracowaną własną historię chorowania i zdrowienia i potrafił się nią dzielić zarówno z podopiecznym, rodziną, jak i personelem placówki, w której będzie zatrudniony;
2) Oczekują, że asystent zdrowienia będzie: pomagał zrozumieć chorobę, motywował do leczenia, potrafił zrobić plan na kryzys (chronił przed nawrotem choroby), będzie wsparciem dla chorego i jego rodziny, będzie znał działanie leków, będzie aktywizował do różnych form działania (w tym do podjęcia pracy), będzie pośredniczył w różnych sprawach urzędowych;
3) Sporo osób wskazywało także takie zajęcia dla asystenta zdrowienia: prowadzenie prelekcji zdrowia psychicznego, udział w terapii zajęciowej, rozmowy (najczęściej wskazywane) i spacery, wspólne gry, wsparcie pacjentów w rozwoju zainteresowań, towarzyszenie na wycieczkach organizowanych przez zatrudniającą placówkę;
4) Wśród pożądanych cech, którymi powinien odznaczać się asystent zdrowienia są według pacjentów: cierpliwość, empatia, mądrość, komunikatywność, rzetelność, umiejętność słuchania, inteligencja, życzliwość, spokój, opanowanie, łatwość w nawiązywaniu kontaktów, zaradność, pomysłowość, dystans.

Obawy pacjentów

- Pierwsza grupa obaw skoncentrowana jest wokół tematu, czy asystent zdrowienia zasymiluje się z zespołem terapeutycznym, czy zespół go przyjmie i na jakich prawach. Było sporo wypowiedzi, gdzie zostały wyrażone wprost obawy o niechęć profesjonalistów do wprowadzenia do placówek asystentów zdrowienia, obawy o potencjalny konflikt pomiędzy asystentami zdrowienia a profesjonalistami.
- Druga duża grupa obaw związana jest z pytaniem, czy asystenci zdrowienia podołają nowej roli, czy uniosą ciężar, czy sami nie będą mieć nawrotu choroby, czy nie będą się zbyt szybko wypalać i czy nie zapłacą za to zbyt wysokiej ceny, jaką jest utrata zdrowia.

Refleksje

Pacjenci kładą większy nacisk na towarzyszenie, łatwiej jest im wyobrazić sobie asystenta zdrowienia zatrudnionego w placówce, w której aktualnie przebywają. Mają dla asystentów zdrowienia konkretne zadania i widzą, że może to dla nich być realna pomoc w codziennym funkcjonowaniu. Podkreślają aspekt nadziei – „skoro im się udało, to dla mnie też jest szansa". Zwracają uwagę, że asystenci zdrowienia mogą być odciążeniem dla zespołu terapeutycznego, czego zdają się nie zauważać terapeuci. Terapeuci bardziej przeżywają to w kontekście dodatkowego obciążenia zespołu - oprócz opieki nad pacjentami – opieka i superwizja dla asystentów zdrowienia.

Zintegrowany System Kwalifikacji

W Polsce kwalifikacje nadawane są w systemach oświaty i szkolnictwa wyższego, ale także przez stowarzyszenia i organizacje branżowe, funkcjonujące na podstawie różnych przepisów. Niektóre z kwalifikacji nadawanych poza systemami oświaty i szkolnictwa wyższego odpowiadają wysokim standardom jakości, ale nie wszystkie.

Prace nad nowym systemem prowadzone były pod kierunkiem Ministra Edukacji Narodowej, który nadzorował i koordynował cały obszar zmian w systemie kwalifikacji.

Zintegrowany system kwalifikacji dotyczy tych, którzy chcą się uczyć i rozwijać przez całe życie, a także pokoleń, które dopiero przygotowują się do wejścia na rynek pracy. W zintegrowanym systemie większego znaczenia nabierają konkretne efekty uczenia się, czyli to, co wiemy, jakie umiejętności i kompetencje posiadamy oraz jak potrafimy je wykorzystać w życiu zawodowym i społecznym.

Asystent Zdrowienia w Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji:

Wniosek do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji złożyła Fundacja Wspierania Rozwoju Społecznego Leonardo z Wieliczki.

Rola Asystenta Zdrowienia wg ZSK:

„Osoba posiadająca kwalifikacje Asystenta Zdrowienia jest przygotowana do wspierania osób po kryzysach psychicznych szczególnie w zakresie motywowania do powrotu do aktywności społecznej i zawodowej. Asystent Zdrowienia **wykorzystuje własne doświadczenia przeżytego kryzysu psychicznego**, żeby wspierać inne osoby chorujące psychicznie oraz **wnosić perspektywę osoby chorującej** do zespołów terapeutycznych”

Do podstawowych zadań zawodowych Asystenta Zdrowienia należy:

a) wspieranie osoby po kryzysach psychicznych w dążeniu do samodzielności życiowej,

b) motywowanie osoby po kryzysach psychicznych do aktywności społecznej i zawodowej,

c) posiadanie i wykorzystanie wiedzy w zakresie działań pomocowych i rehabilitacyjnych w zakresie zdrowia psychicznego,

d) utrzymywanie ścisłego kontaktu z personelem organizacji zajmujących się zdrowiem psychicznym, pomocą społeczną i edukacją w zakresie zdrowia psychicznego,

e) świadczenie usług doradczych w zakresie radzenia sobie z różnymi zjawiskami psychicznymi oraz udzielanie informacji na temat podstawowych aspektów zaburzeń psychicznych, prowadzenie działań psychoedukacyjnych,

f) pełnienie roli pełnomocnika/rzecznika osób dotkniętych chorobą, udzielanie informacji na temat działania grup pomocowych, funkcjonowania szpitali, praw pacjenta itp.,

g) znajomość problematyki funkcjonowania rodziny w kontekście osób z zaburzeniami psychicznymi i pokazywanie możliwości szukania wsparcia dla osób bliskich, ujawnianie własnych doświadczeń kontaktu z rodziną w kontekście kryzysu psychicznego,

h) dzielenie się indywidualnymi wnioskami płynącymi z osobistego doświadczenia kryzysu psychicznego z zespołami terapeutycznymi w celu udzielania lepszej jakości usług i planowania interwencji terapeutycznych.

Grupy osób, które mogą być zainteresowane uzyskaniem kwalifikacji:
kwalifikacja adresowania jest do osób, które mają za sobą doświadczenie kryzysu psychicznego (np. psychozy, schizofrenii, zaburzeń nastroju) i uczestniczyły w psychoterapii własnej, a w czasie zdobywania kwalifikacji są w remisji objawowej. Szczególnie zainteresowane uzyskaniem kwalifikacji mogą być osoby związane z organizacjami pozarządowymi zajmującymi się zdrowiem psychicznym, osoby prowadzące grupy samopomocowe lub grupy wsparcia, personel zatrudniony w placówkach związanych z pomocą społeczną lub zdrowiem.

Typowe możliwości wykorzystania kwalifikacji:
osoba posiadająca kwalifikacje Asystenta Zdrowienia może znaleźć zatrudnienie w placówkach związanych ze zdrowiem psychicznym tj: szpitale psychiatryczne, psychiatryczne oddziały dzienne, zespoły leczenia środowiskowego, środowiskowe centra zdrowia psychicznego, środowiskowe domy samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej, domy pomocy społecznej, specjalistyczne usługi opiekuńcze, ośrodki opiekuńcze fundacje i stowarzyszenia pracujące na rzecz osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, placówki zajmujące się edukacją w zakresie zdrowia psychicznego i inne. Osoba może również podjąć się pracy indywidualnej związanej ze wspieraniem osób doświadczających zaburzeń psychicznych w środowisku domowym.

Asystenci Zdrowienia na podstawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w Centrach Zdrowia Psychicznego

W Centrach Zdrowia Psychicznego zatrudnia się asystentów zdrowienia, którzy udzielają wsparcia psychicznego jego pacjentom, a także osobom zgłaszającym się do PZK. Asystentami zdrowienia są osoby, które przebyły poważny (głęboki) kryzys zdrowia psychicznego oraz ukończyły odpowiednie szkolenie i uzyskały poświadczenie kwalifikacji lub zdobyły wystarczające doświadczenie w trakcie staży i zatrudnienia w placówkach psychiatrycznych

Centrum zapewnia asystentom zdrowienia niezbędną pomoc terapeutyczną oraz wsparcie szkoleniowe – indywidualnie i zespołowo (w grupie asystentów).

Asystent zdrowienia jest zobowiązany do zachowania tajemnicy zawodowej w pełnym zakresie wymaganym w Ustawie o Ochronie Zdrowia Psychicznego.

Rekomendowany zakres zadań Asystentów zdrowienia w CZP:

- udzielanie wsparcia pacjentom poprzez: uczestniczenie w spotkaniach z lekarzem, wysłuchanie, rozmowę, dzielenie się osobistym doświadczeniem związanym z chorowaniem i zdrowieniem. Dzielenie się praktyczną wiedzą na temat przezwyciężania kryzysu, postawach i działaniach pomocnych w odzyskiwaniu zdrowia;
- uczestniczenie w zajęciach terapeutycznych poprzez: prowadzenie, współprowadzenie lub towarzyszenie uczestnikom w tych zajęciach, motywowanie pacjentów do udziału w nich;
- współpraca z profesjonalistami poprzez współprowadzenie zajęć warsztatowych i edukacyjnych; udzielanie wsparcia rodzinom pacjentów poprzez: pokazywanie perspektywy osoby chorującej, podstawową psychoedukację, dzielenie się doświadczeniem chorowania i zdrowienia;
- uczestniczenie w zajęciach Klubu Pacjenta poprzez: prowadzenie lub współprowadzenie, motywowanie do udziału oraz towarzyszenie uczestnikom w zajęciach;
- prowadzenie i/lub współprowadzenie grupy wsparcia dla pacjentów i rodzin; uczestniczenie w spotkaniach zespołu CZP, dzielenie się swoimi spostrzeżeniami z zespołem terapeutycznym;
- towarzyszenie pacjentowi na oddziale w wyjściach indywidualnych lub grupowych;
- informowanie pacjenta o zakresie możliwości pomocy ze strony profesjonalistów z różnych dziedzin, zatrudnionych w ramach CZP.

Asystent zdrowienia nie wykonuje obowiązków: asystenta osoby niepełnosprawnej, opieki społecznej, salowych;

- do zadań Asystenta zdrowienia należy wspieranie i motywowanie pacjenta, ale nie wyręczanie w codziennych obowiązkach;
- dokumentowanie wykonywanych czynności pomocowych w sposób uzgodniony z kierownikiem CZP.

Rozdział VII
Zdrowienie

Jan Godyń
Przemysław Stankiewicz

Każdy ma własną definicję zdrowienia. Pacjenci często określają je jako indywidualny proces lub doświadczenie, które najlepiej można opisać jako podróż. Zdrowienie koncentruje się na tym, co możesz zrobić, a nie na tym, czego dokonać nie jesteś w stanie.

Powszechnie używana definicja opisuje zdrowienie jako „głęboko osobisty, niepowtarzalny proces zmiany postaw, wartości, uczuć, celów, umiejętności i/lub ról. Jest to sposób na prowadzenie satysfakcjonującego, pełnego nadziei życia oraz wnoszenia do niego własnego wkładu, nawet przy ograniczeniach spowodowanych przez chorobę. Zdrowienie obejmuje nadanie nowego znaczenia i celu życiu człowieka, wyrastającego ponad katastrofalne skutki choroby psychicznej" (Anthony, 1993).

Istotą podejścia zorientowanego na zdrowienie jest skupienie na mocnych stronach, bazowanie na zasobach, wychodzenie od tego, co mocne, działa, co jest zdrowe, a nie od tego, co jest nie tak. Podkreśla się w nim raczej to, do czego jednostka aktywnie dąży, nie to, od czego stara się uciekać. Mocne strony mogą obejmować odporność (ang. *resilience*), umiejętność przetrwania, zdolności, wiedzę, zasoby i pragnienia, które można wykorzystać, aby pomóc pacjentowi w osiąganiu stawianych sobie celów. Od pierwszego kontaktu, przez wspólne określenie celu, ocenę stanu zdrowia i interwencję, aż po ewaluację, proces pomocy opiera się na założeniu, że ludzie mają zdolność do rozwoju, zmiany i powrotu do zdrowia.

Po gruntownym przeglądzie literatury na temat zdrowego funkcjonowania dorosłych i dobrostanu psychicznego Bernstein (2019) opracował czteroczynnikowy (tj. wymiarowy) model zdrowej osoby dorosłej, który obejmuje następujące szczególne mocne strony:

1. Samokierowanie (na które składa się 5 czynników: tożsamość, autorefleksja, pewność siebie, samostanowienie, wyobraźnia),
2. Samoregulację (obejmująca: równowagę emocjonalną, odporność psychiczną, samokontrolę, samoopiekę, testowanie rzeczywistości),
3. Połączenie (empatia, współczucie, humor, odpowiedzialność), oraz

KOMITET DO SPRAW POŻYTKU PUBLICZNEGO
NIW
PROO

4. Transcendencję (wdzięczność i mądrość). Koncepcja ta jest nazywana „Zdrowym Dorosłym" i obejmuje aspekty mogące być „drogowskazami" wartościowych dążeń, aspiracji, czy cech, jakie warto rozwijać.

Jednym z czołowych światowych badaczy w obszarze zdrowienia jest brytyjski profesor Mike Slade. Podstawowe założenia dotyczące zdrowienia wg jego koncepcji, to:

- Zdrowienie to coś, nad czym pracuje, do czego dąży i czego doświadcza osoba chorująca psychicznie.
- Nie jest to coś, co usługi zdrowia psychicznego mogą „zrobić" osobie zdrowiejącej.
- Wkład personelu to wspieranie osoby zdrowiejącej w jej podróży ku zdrowiu.
- Podróż jaką jest zdrowienie jest kwestią indywidualną.
- Najlepszy sposób wspierania zdrowienia będzie się różnił pomiędzy różnymi osobami.

W wielu ośrodkach, np. w Recovery College, pracuje się w ramach struktury zwanej **CHIME**. Praca w obrębie tej struktury umożliwia przeniesienie zasad zdrowienia w środowisko nauki, a skuteczność działań można poddać pomiarowi i ocenie. CHIME jest ramą dla konceptualizacji zdrowienia indywidualnego z choroby psychicznej, podkreśla się w niej pięć czynników, które są potrzebne wszystkim ludziom w ich życiu, bez względu na to kim są, ile mają lat i skąd pochodzą. Te czynniki to:

- Kontakt/Połączenie (ang. **C**onnectedness),
- Nadzieja i optymizm co do przyszłości (ang. **H**ope and optimism about the future),
- Tożsamość (ang. **I**dentity),
- Poczucie sensu w życiu (ang. **M**eaning in life), oraz
- Umacnianie (ang. **E**mpowerment),

= **CHIME**.

Jakie więc zadania postawić przed sobą na drodze zdrowienia jednostkowego? Mike Slade i współpracownicy odpowiadają na to następująco: pierwsze zadanie zdrowienia to **zbudowanie pozytywnej tożsamości** poza byciem osobą chorującą psychicznie. Drugie zadanie zdrowienia obejmuje stworzenie satysfakcjonującego jednostkę znaczenia, pozwalającego ująć w ramę doświadczenie, które profesjonaliści rozumieliby jako chorobę psychiczną. Obejmuje to dostrzeżenie sensu w tym doświadczeniu, tak by można było „włożyć je do pudełka": ująć w ramę jako część

osoby, lecz nie jako całą osobę. **Ujęcie w ramę doświadczenia choroby psychicznej** (drugie zadanie) dostarcza kontekstu, w którym staje się ona jednym z wyzwań życiowych, pozwalając na rozwój **umiejętności zarządzania sobą** (jako trzecie zadanie). Transformacja odbywa się od "bycia zarządzanym" w ramach opieki klinicznej do wzięcia jednostkowej odpowiedzialności poprzez zarządzanie samym sobą. Ostatnie, czwarte zadanie zdrowienia obejmuje **podjęcie poprzednich, zmodyfikowanych lub nowych cenionych ról społecznych**. To często uwzględnia role społeczne nie mające nic do czynienia z chorobą psychiczną. Cenione role społeczne dostarczają rusztowania dla wyłaniającej się tożsamości osoby zdrowiejącej.

- Ludzie potrzebują zdrowieć nie tylko z choroby psychicznej samej w sobie, ale także z jej emocjonalnych, intelektualnych, społecznych i duchowych konsekwencji. **Kontakt z innymi** oraz aktywne **angażowanie się w życie** są ważnymi źródłami dobrostanu. Wiele osób na drodze zdrowienia podkreśla, że posiadanie **jakiegoś rodzaju wiary** jest ważnym wsparciem, gdy czują się opuszczeni przez innych.

- Praca w wymiarach zorientowanych na zdrowienie zaczyna się od **rozważenia wartości**. Spójny wątek w usługach zdrowia psychicznego, które zbudowały fachową wiedzę dotyczącą zdrowienia mówi, iż wartości są zarówno **jasno określone,** jak i **wykorzystywane do podejmowania decyzji w codziennym życiu**.

Wymaga to trzech procesów, którymi są:

1. Jasne określenie wartości,
2. Wplecenie ich w codzienną praktykę,
3. Dostosowywanie praktyki przy użyciu informacji zwrotnych.

Proponowane wartości dla służby zdrowia psychicznego zorientowanej na zdrowienie:

- **Główny cel** służby zdrowia psychicznego to **wspieranie zdrowienia jednostkowego.**
- Działania personelu powinny się skupiać przede wszystkim na **identyfikacji, opracowaniu i wspieraniu** pracy ukierunkowanej na cele osoby podopiecznej.
- Służby zdrowia psychicznego pracują tak, jakby ludzie byli lub (jeśli są w kryzysie) będą **odpowiedzialni za swoje życie.**

Nie jest zadaniem personelu by „naprawiać" ludzi lub „wieść ich za rękę" do zdrowienia. Podstawowe zadanie to **wspierać osoby podopieczne, by rozwinęły i używały umiejętności zarządzania sobą w życiu**.

Celami zdrowienia są **marzenia i aspiracje jednostki**. Wpływają na nie osobowość i wartości. Cele są unikalne, często bardzo indywidualne. Są nakierowane ku przyszłości, choć rzecz jasna mogą obejmować przeszłość. Opierają się raczej na tym, czego jednostka **aktywnie pragnie**, niż na tym, czego jednostka chce uniknąć.
Cele zdrowienia są oparte na mocnych stronach i zorientowane są na **wzmacnianie pozytywnej tożsamości** oraz na **rozwój cenionych ról społecznych**. Mogą być wyzwaniem dla personelu – albo dlatego, że wydają się nierealistyczne, nieodpowiednie, albo dlatego, że wspieranie ich pozostaje poza sferą wpływów personelu. Czasem wymagają wysiłku personelu albo nie mają nic wspólnego ze służbą zdrowia psychicznego. Zawsze wymagają od użytkownika, by wziął **osobistą odpowiedzialność** i włożył **wysiłek własny**. Cele zdrowienia ustalane są przez użytkownika i są „**marzeniami z określonym planem realizacji**" (ang. „dreams with deadlines").

- Koniecznym wymogiem samozarządzania jest poczucie sprawczości: własna wiara, że jednostka może mieć wpływ na swoje życie.
- Może to być trudny proces, właśnie dlatego, że choroba psychiczna odbiera jednostce własną wiarę. Proszenie kogoś, by wziął odpowiedzialność za nasze życie zanim posiądzie się tę umiejętność nie wpłynie korzystnie na jednostkę.
- Nie oznacza to, że trzeba mierzyć nisko i oczekiwać niewiele – ludzie często stają na wysokości zadania narzuconej przez oczekiwanie. Oznacza to, że należy wspierać tak, by wsparcie było odpowiednie do etapu zdrowienia jednostki.

Praca w nurcie zorientowanym na zdrowienie może stanowić wyzwanie dla systemu zdrowia psychicznego. Ewoluowanie w kierunku wizji zdrowienia może okazać się niemożliwe bez fundamentalnej transformacji.
W rzeczy samej, argumentowanie za skupieniem na zdrowieniu jednostkowym jest argumentowaniem za zmianą paradygmatu, w którym spoza dominującego paradygmatu naukowego wyłania się nowe wyzwanie: rozumienie zdrowienia pochodzi od ludzi, którzy doświadczyli choroby psychicznej, nie od pracowników służby zdrowia psychicznego, a to, co wcześniej miało marginalne znaczenie (tj. „perspektywa pacjenta") staje się kluczowe.

Norma

Oprócz rozważań na temat zdrowia – czy na temat choroby – warto również zastanowić się nad **normą** i tym, **jak ją rozumiemy.** W literaturze fachowej („Psychopatologia", Seligman M., Walker E., Rosenhan D., 2003) wyłoniono siedem

kryteriów na podstawie których możemy ocenić czy zachowanie mieści się w normie. Wnioski, do jakich autorzy doszli, to to, że:

- nie da się precyzyjnie zdefiniować słowa normalny/nienormalny,
- niemożność dokładnego zdefiniowania nienormalności nie oznacza jednak, że normalność/nienormalność nie istnieje; można ją w pewnym stopniu rozpoznać.

Na podstawie analizy wyróżniono 7 obszarów:

1) Cierpienie
2) Nieprzystosowanie
3) Irracjonalność
4) Nieprzewidywalność i brak kontroli
5) Rzadkość i niekonwencjonalność
6) Dyskomfort obserwatora
7) Naruszanie norm

Im więcej tych elementów jest obecnych i im wyraźniej są one widoczne, tym bardziej jesteśmy przekonani, że zachowanie lub osoba wykraczają poza granice normalności. Żaden z elementów nie musi występować w każdym przypadku i prawie nigdy nie występują wszystkie naraz.
Słowem podsumowania – warto pamiętać, że nie postawimy znaku równości pomiędzy zdrowiem a normą: wręcz niektóre zachowania, które będą normalne – nie będą zdrowe, lub takie, które będą zdrowe – nie będą normalne (w kontekście kulturowym danej społeczności). Przykładem może tu być używanie smartfonów – rzeczy powszechnej i „normalnej" w codziennym życiu ogromnej większości ludzi na świecie, lecz nie będzie to rzecz zdrowa (tak samo jest z jedzeniem fast-foodów).

Cele

Formułowanie celów jest w pracy (także terapeutycznej) bardzo potrzebne. Koncepcja SMART może być bardzo pomocna w formułowaniu celów w procesie zdrowienia i warto pamiętać, by wyznaczać cele zgodnie z jej założeniami. Zgodnie z akronimem tworzącym nazwę koncepcji, sformułowany cel powinien być:

- **Skonkretyzowany** (ang. **S**pecific) – jego zrozumienie nie powinno stanowić kłopotu, sformułowanie powinno być jednoznaczne i niepozostawiające miejsca na luźną interpretację,
- **Mierzalny** (ang. **M**easurable) – a więc tak sformułowany, by można było liczbowo wyrazić stopień realizacji celu, lub przynajmniej umożliwić jednoznaczną „sprawdzalność" jego realizacji,

- **Osiągalny** (ang. **A**chievable) – cel zbyt ambitny podkopuje wiarę w jego osiągnięcie i tym samym motywację do jego realizacji,
- **Istotny** (ang. **R**elevant) – cel powinien być ważnym krokiem naprzód, jednocześnie musi stanowić określoną wartość dla tego, kto będzie go realizował,
- **Określony w czasie** (ang. **T**ime-bound) – cel powinien mieć dokładnie określony horyzont czasowy w jakim zamierzamy go osiągnąć.

Samoopieka

Bardzo ważny w pracy asystenta zdrowienia jest wymiar samoopieki. To, jak dbamy o siebie bezpośrednio przekłada się na nasze funkcjonowanie – jak również na to, jak wspieramy osoby podopieczne. Warto mieć swoją „ściągawkę" aktywności sprzyjających zdrowieniu oraz własne, wypracowane sposoby na podniesienie nastroju – może to być relaksująca kąpiel, spacer wśród terenów zielonych, ćwiczenia fizyczne lub oddechowe, gotowanie ulubionej potrawy, dobra książka bądź wciągający film. Samoopieka przebiega w dwóch wymiarach – doraźnym (i tu pomocne mogą okazać się wyżej wymienione przykłady), oraz długofalowym (dotyczącym stylu życia), rozumianym jako regularna aktywność wpływająca na nasz dobrostan. Przykładami mogą być tu medytacja i techniki relaksacyjne, prowadzenie dziennika, aktywność fizyczna, zdrowe odżywanie, ustalanie granic, czas dla siebie, wsparcie społeczne, terapia. **Bycie dla siebie opiekunem** i umiejętności związane z samoopieką będą przekładać się na umiejętność bycia opiekunem dla innych.

Sposoby na wspieranie procesu zdrowienia

Mike Slade i współpracownicy określili sposoby, jakimi profesjonaliści mogą wspierać proces zdrowienia osób doświadczających kryzysu psychicznego (Slade, 2009). Na podstawie ich opracowań, sieć EUCOMS wyróżniła dziesięć punktów, mogących być znakami przewodnimi w takim procesie:

1. **Wspieraj odzyskiwanie zdrowia, funkcjonowania i tożsamości**. Można je uznać za trzy warunki powrotu do zdrowia. Są one powiązane, ale mogą być traktowane osobno. Nie ma hierarchii. Leczenie zorientowane na zdrowienie obejmuje te trzy domeny i polega na pracy z pacjentem w obszarach, w których chce on osiągnąć sukces.
2. **Podtrzymuj nadzieję na powrót do zdrowia**. Podtrzymywanie nadziei jest interwencją kluczową. Bez nadziei, pacjent nie rozpocznie podróży do zdrowienia.
3. **We wszystkim, co robimy, zadawajmy sobie pytanie: czy pomagamy, czy przeszkadzamy**. Każda nasza interwencja może przynieść efekt przeciwny do

zamierzonego, ponieważ może nie pasować do etapu zdrowienia, na którym znajduje się dana osoba.

4. **Skup się na tym, co mocne, a nie na tym, co jest nie tak**. Ważne jest, aby odkryć mocne strony, talenty, ambicje i zasoby pacjenta.

5. **Decyduj z pacjentem, a nie za niego**. Profesjonalista i pacjent podejmują decyzje wspólnie. Proces ten rozpoczyna się od diagnozy, którą można opisać jako wspólne zrozumienie tego, co się dzieje

6. **Uznaj, że fachowa wiedza pacjenta jest równie ważna jak twoja**. Dialog z pacjentem to spotkanie dwóch ekspertów. Ekspertyza profesjonalisty składa się z wiedzy, doświadczenia i umiejętności prowadzenia dialogu. Ekspertyza pacjenta to doświadczenie, cele i wiedza o tym, co pomogło w przeszłości i kto lub co stanowi zasób.

7. **Współpracuj z naszymi interesariuszami**. Większa część procesu zdrowienia odbywa się poza placówkami zdrowia psychicznego: w pracy, w szkole, z rodziną, w społeczności. W związku z tym służby ochrony zdrowia psychicznego współpracują z interesariuszami społecznymi.

8. **Uznaj prawo pacjenta do podejmowania ryzyka**. Odmawianie prawa do podejmowania ryzyka podważa możliwość powrotu do zdrowia. Ruch na rzecz pacjenta podkreśla „godność ryzyka".

9. **Współpracuj z rodziną i siecią kontaktów jako zasobem i partnerem**. W większości przypadków lepiej jest odbywać podróż ku zdrowieniu razem z innymi, rodziną, partnerem, przyjaciółmi itp. Jest to podstawa kilku podejść, takich jak Grupa zasobów w Szwecji oraz Otwarty dialog w Finlandii i Wielkiej Brytanii.

10. **Dziel się wiedzą i integruj ją**. Leczenie zorientowane na powrót do zdrowia wymaga integracji wiedzy obiektywnej, subiektywnej i normatywnej.

[Za: „Zdrowienie dla wszystkich w społeczności lokalnej. Konsensus w sprawie podstawowych zasad i kluczowych elementów środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego", EUCOMS, 20217].

Bibliografia:

W opracowaniu niniejszego rozdziału wykorzystano fragmenty następujących publikacji:

- „Zdrowienie dla wszystkich w społeczności lokalnej. Konsensus w sprawie podstawowych zasad i kluczowych elementów środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego", EUCOMS, wydane w języku polskim w roku 2021 nakładem Biura ds. pilotażu NPOZP, do pobrania pod linkiem:

https://eucoms.net/wp-content/uploads/2021/06/EUCOMS_Polishtranslation2021.pdf

Jest to opracowanie sieci EUCOMS, warte polecenia dla osób pragnących bardziej kompleksowo zgłębić tematy zdrowienia, pomocy i ekspertyzy rówieśniczej czy środowiskowej sieci opieki.

- „100 ways to support recovery" – opracowanie Mike Slade'a (dla osób czytających po angielsku) – do pobrania pod linkiem:

https://www.researchintorecovery.com/files/100%20Ways%20to%20support%20recovery%202nd%20edition.pdf

Innym ciekawym opracowaniem dotyczącym badań nad zdrowieniem jest systematyczny przegląd, zbierający i systematyzujący w narracyjnej syntezie badania naukowe w tym obszarze – przegląd miał na celu wyszukanie artykułów, które precyzyjnie opisywały koncepcję indywidualnego zdrowienia w chorobach psychicznych lub dotyczyły jej opracowania. Do pobrania pod linkiem:
https://podyplomie.pl/publish/system/articles/pdfarticles/000/010/161/original/15-24.pdf?1472634320

Rozdział VIII
Samorzecznictwo

Wiktoria Fyda
Agnieszka Gazda-Grzesiak

Self-advocacy - "sam" + "rzecznictwo"/"adwokatura"

Samorzecznictwo to działalność polegająca na tym, że osoba, która zmaga się z jakimś problemem dotykającym też innych ludzi (np. niepełnosprawnością), wypowiada się o nim publicznie, by przybliżyć je społeczeństwu.
Samorzecznictwo jest mówieniem o swoich potrzebach, problemach, marzeniach, specyfice, postulatach we własnym imieniu - nie ustami rodziców, terapeutów, specjalistów i rzeczników, których spojrzenie nie zawsze jest takie samo.

Rodzaje samorzecznictwa:
- **Indywidualne** - występowanie we własnych interesach, decydowanie o sobie - również w kontekście codziennych, zwykłych wyborów;
- **Grupowe** - gromadzenie się jednostek celem działania w określonej, wspólnej sprawie;
- **Publiczne** - edukowanie innych, działalność na rzecz zwiększenia świadomości na temat problemów własnych oraz swojej grupy społecznej.

- ***Autonomousself-advocacy*** - gdy osoby same tworzą grupę samorzeczniczą, wolną od zewnętrznych wpływów ośrodków pomocy czy organizacji pozarządowych;
- ***Divisionalself-advocacy*** - działalność self-adwokacka ma określone miejsce w ramach struktury instytucji (fundacji, organizacji pozarządowej);
- ***Service system self-advocacy*** - inicjatywa powstania grupy self-adwokackiej wyszła od osób wspierających rzeczników własnych spraw.

Funkcje samorzecznictwa:
- występowanie we własnych sprawach,
- kształtowanie się pozytywnej tożsamości,
- działanie na rzecz szerszej grupy, zaspokajanie potrzeby przynależności,
- dążenie do równości i normalizacji trudności,
- poznawanie osób doświadczających podobnych trudności,

- uzyskiwanie wpływu na własne życie,
- reprezentowanie własnych interesów,
- poszerzanie wiedzy w społeczeństwie,
- samopomoc i wsparcie,
- przeciwdziałanie dyskryminacji,
- doradztwo w organach władzy,
- obserwowanie potrzeb swojej grupy, domaganie się realizacji praw.

Formy samorzecznictwa:
- dzielenie się swoją historią i doświadczeniami,
- działalność edukacyjna,
- publikacje, broszury, książki,
- wystąpienia publiczne, social media,
- praca naukowa - konferencje, seminaria, artykuły,
- działalność w lokalnej społeczności,
- reprezentowanie swojej grupy.

Samorzecznictwo- kroki:
1.Zrozumienie swoich **potrzeb**.
2.Wiedza o tym jaki rodzaj **wsparcia** może się przydać.
3.**Komunikowanie** potrzeb innym.
4.Każdy może nauczyć się samorzecznictwa. Jak każda cenna umiejętność, wymaga ona **czasu** i **praktyki**.
Pierwszym krokiem jest zwiększenie świadomości swoich **mocnych stron** i **wyzwań**. Zadaj sobie pytanie: W czym jestem dobry? Gdzie walczę? Co lubię, a czego nie? Możesz skorzystać z materiałów dostępnych na stronach, zrobić test, spisać listę mocnych stron i trudności.

Geneza samorzecznictwa osób z niepełnosprawnościami - odejście od modelu medycznego.

Ciekawe strony:
https://ici.umn.edu/program-areas/community-living-and-employment/self-advocacy
http://www.selfadvocacyonline.org
https://thearc.org/get-involved/self-advocacy/

https://thearc.org/find-resources/?search_resource=&audience=person-with-a-disability&state=searchState&type=searchtype&topic=searchTopic
https://thearc.org/resource/storytelling-toolkit-for-advocates/

Podstawy prawne:

- Powszechna Deklaracja Praw Człowieka
- Konwencja ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych
- Ustawa o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami
- Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego
-Poradnik jak wdrażać ustawę o zapewnieniu dostępności: https://www.funduszeeuropejskie.gov.pl/media/86832/Poradnik_wdrazanie.pdf

JEŚLI JESTEŚ OSOBĄ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ, SENIOREM, RODZICEM PODRÓŻUJĄCYM Z MAŁYM DZIECKIEM ALBO INNĄ OSOBĄ O SZCZEGÓLNYCH POTRZEBACH

MASZ PRAWO DO DOSTĘPNOŚCI!

CZY WIESZ, że Ustawa o zapewnianiu dostępności gwarantuje ci:

- dostępną przestrzeń, komunikację i strony internetowe w podmiotach publicznych
- koordynatora dostępności w wielu podmiotach publicznych, którego możesz poprosić o pomoc
- informację na stronie internetowej o działalności podmiotu publicznego w dostępnej formie oraz o tym jakie zapewnia udogodnienia
- prawo do złożenia wniosku o zapewnienie dostępności albo skargi na jej brak
- Fundusz Dostępności, z którego finansowana jest likwidacja barier w różnych budynkach

KOMITET DO SPRAW POŻYTKU PUBLICZNEGO
NIW
PROO

Z MYŚLĄ O TWOICH POTRZEBACH

KAŻDY PODMIOT PUBLICZNY MA OBOWIĄZEK ZAPEWNIĆ:

- Brak barier w poruszaniu się
- Dostęp do różnych pomieszczeń w budynku
- Informację o rozkładzie pomieszczeń w budynku
- Możliwość wejścia z psem asystującym
- Odpowiednie procedury ewakuacyjne
- Obsługę w Polskim Języku Migowym
- Informację o działalności podmiotu w języku łatwym do czytania (ETR)
- Komunikację w sposób jaki Tobie odpowiada (na Twój wniosek)
- Dostępną stronę i treści internetowe

Dowiedz się więcej wchodząc na: www.dostepnoscplus.gov.pl

Dostępność Plus

Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”:
Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi” zrzesza **osoby po kryzysach psychicznych** oraz pracowników i sympatyków psychiatrii środowiskowej w Krakowie. Działalność Stowarzyszenia polega głównie na **edukacji** szerokich grup społeczeństwa w zakresie chorób psychicznych i zdrowienia, **przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu** osób chorujących.
https://otworzciedrzwi.org

Czasopismo „Dla Nas” - czasopismo tworzone przez osoby po kryzysach oraz przez specjalistów
https://otworzciedrzwi.org/dla-nas/
czasdlanas@wp.pl

Ciekawe filmy:
Edukacja na rynku https://youtu.be/DJ3F1lsEZEQ?feature=shared
Czasopismo https://youtu.be/0cesxpZQ7A8?feature=shared
Teatr https://youtu.be/Byyuv5v5BFw?feature=shared
Malowanie https://youtu.be/U0jqZubsY_4?feature=shared
Rodzina https://youtu.be/-FIqjPBHeA0?feature=shared

Umacnianie i Zdrowienie:
Dać nadzieję https://wuj.pl/ksiazka/umacnianie-i-zdrowienie#otwarty-dostep
Contra spem spero https://wuj.pl/ksiazka/umacnianie-i-zdrowienie-contra-spem-spero#otwarty-dostep

Przykłady samorzecznictwa:
Sylwia Błach
https://www.instagram.com/sylwia.blach.vamppiv?igsh=MWllc3FnOTF6Y2ptYQ==
Wojtek Sawicki
https://www.instagram.com/lifeonwhlz?igsh=am1nazE1cWI3OHF6
Deaf U https://www.filmweb.pl/tvshow/Migający+uniwersytet-2020-861570
Rising Phoenix https://www.filmweb.pl/film/Jak+feniks-2020-857517
Love on the Spectrum https://www.filmweb.pl/serial/Miłość+w+spektrum-2019-855364

Wyszukiwanie rzetelnych informacji naukowych jest kluczowe, aby oprzeć badania, artykuły czy prace na solidnych i sprawdzonych źródłach. Oto kilka wskazówek, które pomogą znaleźć wiarygodne materiały naukowe:

Korzystaj z renomowanych baz danych naukowych. Zacznij od wyszukiwania w uznanych źródłach gromadzących recenzowane prace naukowe. Oto kilka popularnych baz danych:
Google Scholar (scholar.google.com): Oferuje dostęp do wielu artykułów naukowych z różnych dziedzin. Warto sprawdzić, czy dany artykuł pochodzi z recenzowanego czasopisma.
PubMed (pubmed.ncbi.nlm.nih.gov): Doskonałe źródło dla nauk biomedycznych i zdrowotnych.
IEEE Xplore (ieeexplore.ieee.org): Idealne dla inżynierii, technologii i informatyki.
JSTOR (jstor.org): Oferuje szeroki zakres dziedzin, w tym nauk humanistycznych i społecznych.
Scopus (scopus.com): Baza danych zawierająca miliony prac naukowych.

Używaj wyszukiwarek z zaawansowanymi filtrami. W takich bazach jak Google Scholar, Scopus czy Web of Science można korzystać z filtrów, takich jak:
Zakres czasowy: Ogranicz wyszukiwanie do najnowszych publikacji.
Rodzaj publikacji: Wybieraj tylko recenzowane artykuły, książki, rozdziały lub przeglądy literatury.
Słowa kluczowe: Używaj konkretnych słów kluczowych, aby zawęzić temat.
Wybieraj artykuły recenzowane. Publikacje recenzowane przechodzą proces oceny przez innych ekspertów, co zwiększa ich wiarygodność. Większość baz danych (np. Google Scholar, PubMed, Scopus) umożliwia filtrowanie wyników według recenzowanych artykułów.
Oceniaj wiarygodność czasopism. Nie wszystkie czasopisma są rzetelne. Niektóre czasopisma "drapieżne" publikują prace bez odpowiedniego procesu recenzji. Aby sprawdzić rzetelność czasopisma:
Sprawdź listy "predatory journals" (np. Jeffrey Beall’s List).
Indeksowanie w bazach danych: Czasopisma indeksowane w bazach takich jak Scopus, Web of Science czy PubMed mają zwykle wyższe standardy.
Współczynnik wpływu (impact factor): To miara wpływu czasopisma na daną dziedzinę. Sprawdź w bazach takich jak Journal Citation Reports.
Sprawdzaj autorów i ich instytucje. Upewnij się, że autorzy mają odpowiednie kwalifikacje i są afiliowani do renomowanych instytucji akademickich. Znani badacze i uznane uniwersytety to dodatkowy znak rzetelności publikacji.

Sprawdzaj cytowania. Częste cytowanie danego artykułu przez innych badaczy może być oznaką jego znaczenia. Narzędzia takie jak Google Scholar pokazują, ile razy praca była cytowana, co może pomóc ocenić jej wpływ na daną dziedzinę.

Unikaj źródeł popularnonaukowych jako głównych źródeł. Strony popularnonaukowe, blogi czy Wikipedia mogą być dobrym punktem wyjścia, ale nie powinny być traktowane jako źródła naukowe. Zawsze wracaj do pierwotnych artykułów i badań.

Dzięki tym wskazówkom będziesz w stanie efektywnie wyszukiwać rzetelne informacje naukowe i budować na nich swoje prace.

Zarządzanie stresem przed wystąpieniem publicznym to wyzwanie, które wiele osób zna aż za dobrze. Na szczęście istnieje kilka sprawdzonych technik, które mogą pomóc opanować nerwy i zwiększyć pewność siebie. Oto kilka z nich:

- Dobrze się przygotuj

- Poznaj materiał na wylot: Im lepiej znasz temat swojego wystąpienia, tym bardziej będziesz się czuł pewnie. Przygotowanie to podstawa, ponieważ pozwala uniknąć obaw przed zapomnieniem treści.

- Ćwicz na głos: Przeprowadź próbę wystąpienia przed lustrem, rodziną lub przyjaciółmi. Możesz też nagrać siebie, aby usłyszeć, jak brzmi Twój głos i poprawić ewentualne słabe punkty.

- Wypróbuj techniki oddechowe. **Oddychaj przeponą**: Głęboki, spokojny oddech pomaga obniżyć poziom stresu. Spróbuj ćwiczenia: weź głęboki wdech przez nos, zatrzymaj powietrze na chwilę, a następnie powoli wypuść powietrze przez usta. Powtarzaj to kilka razy przed wyjściem na scenę.

- Skup się na oddychaniu: W momentach największego stresu skoncentruj się na oddechu, co pomoże Ci opanować nerwy i odwrócić uwagę od negatywnych myśli.

- Wizualizuj sukces. Wyobraź sobie, jak przeprowadzasz udane wystąpienie, a publiczność reaguje z zainteresowaniem. Wizualizacja pozytywnych efektów pomaga zmniejszyć obawy i przygotowuje mentalnie na sukces.

Pomyśl o wystąpieniu jako o okazji do podzielenia się wiedzą, a nie jako o ocenie. Skoncentruj się na wartości, jaką przekazujesz.

- Skup się na początku prezentacji. Zapamiętaj, mocny wstęp – to da Ci pewność siebie od samego początku, a kiedy poczujesz się swobodnie, cały występ stanie się mniej stresujący.

Jeśli masz taką możliwość, przygotuj kilka anegdot lub zdań, które znasz na pamięć, aby rozpocząć z impetem.

- Znajdź kilka przyjaznych twarzy w publiczności. Wybierz kilka osób, które wyglądają przyjaźnie lub zainteresowane Twoim wystąpieniem, i kontaktuj się wzrokiem z nimi. To pomoże zbudować poczucie bezpieczeństwa i stworzyć przyjemniejszą atmosferę.

- Stosuj techniki relaksacyjne przed wystąpieniem:

- **Progresywna relaksacja mięśni**: Napinaj i rozluźniaj różne grupy mięśni, zaczynając od stóp, a kończąc na twarzy. Pomaga to zmniejszyć fizyczne objawy stresu.
- **Medytacja lub technika mindfulness**: Spędzenie kilku minut na skupieniu się na chwili obecnej i obserwowaniu swoich myśli bez oceniania może znacząco obniżyć poziom stresu.

- Przełóż stres na ekscytację. Stres i ekscytacja wywołują podobne reakcje w organizmie, takie jak szybkie bicie serca. Jeśli potrafisz przekształcić swoje uczucia stresu w ekscytację, łatwiej będzie Ci występować.

Polecana literatura na ten temat:

„Jak pokonać tremę. Praktyczny poradnik" – Anna Sobańska. Książka ta dostarcza praktycznych porad, jak radzić sobie z tremą, uwzględniając techniki relaksacyjne, oddechowe i mentalne. Autorka omawia psychologiczne mechanizmy tremy oraz proponuje strategie radzenia sobie w sytuacjach stresowych.

„Jak się nie bać wystąpień publicznych. Poradnik psychologiczny" – Jerzy Gut, Wojciech Haman. Książka skierowana do osób, które mają trudności z wystąpieniami publicznymi. Opisuje, jak radzić sobie z tremą i budować pewność siebie.

„Wystąpienia publiczne. 10 prostych kroków do sukcesu" – Joanna Cieślak. Ta książka oferuje konkretne techniki poprawy prezentacji i pokonywania tremy. Autorka przedstawia psychologiczne i techniczne wskazówki dotyczące komunikacji z audytorium.

„Stres, lęk, trema – jak sobie z nimi radzić" – Magdalena Chomczyńska-Rubacha. Książka opisuje mechanizmy powstawania stresu i tremy oraz podaje metody radzenia sobie z nimi. Zawiera także omówienie technik relaksacyjnych.

„Psychologia stresu" – Tomasz G. Górski. Górski omawia psychologiczne i fizjologiczne aspekty stresu oraz strategie radzenia sobie z nim. Książka może być pomocna nie tylko w kontekście tremy.

„Porozmawiajmy o stresie" – Rafał Ohme. Książka przedstawia różne techniki, które mogą pomóc w zapanowaniu nad emocjami w sytuacjach publicznych.

„Lęk przed wystąpieniami publicznymi: jak się go pozbyć i zwiększyć pewność siebie" – Paulina Mechło. Autorka proponuje strategie psychologiczne, które pomagają zmniejszyć tremę i poprawić jakość wystąpień.

Każda z tych książek dostarcza narzędzi, które można zastosować w praktyce, aby lepiej radzić sobie z tremą. Warto zacząć od wybranej pozycji i dopasować techniki do własnych potrzeb.

Storytelling, czyli sztuka opowiadania historii, to nie tylko sposób na przyciągnięcie uwagi, ale także na tworzenie silniejszych więzi z odbiorcami, wywoływanie emocji i pozostawienie trwałego wrażenia. Oto kilka książek w języku polskim, które pomogą w nauce sztuki storytellingu:

„Opowiadanie historii. Jak stworzyć wciągającą opowieść" – Anna Dąbrowska. Książka ta skupia się na podstawowych elementach skutecznego opowiadania historii i przedstawia techniki budowania wciągających narracji.

„Sztuka opowiadania. Przewodnik po storytellingu" – Czesław Białek. Ta pozycja oferuje praktyczne porady dotyczące technik opowiadania w kontekście literackim i komunikacji interpersonalnej.

„Jak pisać, żeby ludzie chcieli czytać" – Kaja Kossakowska. Książka zawiera porady dotyczące pisania, które można wykorzystać do tworzenia opowieści.

„Narracje. O opowiadaniu" – Aleksandra Górska. Książka omawia różne style i techniki opowiadania oraz ich zastosowanie w różnych kontekstach.

„Jak napisać powieść" – Krzysztof Beśka. Beśka dzieli się doświadczeniami i wskazówkami dotyczącymi pisania powieści, w tym tworzenia fabuły i postaci.

„Opowiedz mi swoją historię" – Jacek Kuczyński. Książka koncentruje się na osobistym storytellingu i zachęca do dzielenia się własnymi doświadczeniami.

„Sztuka opowiadania. Jak napisać powieść lub opowiadanie" – Krzysztof Piersa. Książka to praktyczny przewodnik po technikach opowiadania i budowania napięcia.

„Zaczarowane opowieści" – Kaja Malinowska. Książka pokazuje, jak wykorzystywać storytelling w różnych kontekstach, w tym w edukacji i komunikacji.

„Kreatywność w pisaniu. Jak stworzyć ciekawą opowieść" – Maria Paniak. Skupia się na rozwijaniu kreatywności w pisaniu i tworzeniu opowieści.

Te książki dostarczą Ci nie tylko teorii, ale także praktycznych narzędzi do pracy nad własnymi opowieściami. Dzięki nim będziesz mógł rozwijać swoje umiejętności w zakresie storytellingu.

Słowem zakończenia

Anna Liberadzka
Krystiana Roloff

Przyszłość asystentów zdrowienia w Polsce

O ile początkowe etapy wprowadzania kwalifikacji asystenta zdrowienia w Polsce trafiły na podatny grunt, to już rozwój tej kwalifikacji i jej przyszłość są niepewne. Przede wszystkim obowiązek zatrudniania w Centrach Zdrowia Psychicznego, który dawał podstawy do zatrudniania, a tym samym szkolenia asystentów zdrowienia, jest jedynie ustanowiony na mocy rozporządzenia, a nie ustawy, co implikuje obawy o dalsze losy tej kwalifikacji.

Dodatkowo zmiany polityczne w Polsce nie dają pewności co do kierunku, w którym zmierza realizacja reformy opieki psychiatrycznej w Polsce. Niepokojące są także doniesienia z badań dotyczących stosunku personelu placówek psychiatrycznych do asystentów zdrowienia. Opublikowane do tej pory badania wskazują, że oczekiwania, jakie wiązano z wprowadzaniem asystentów zdrowienia do zespołów terapeutycznych wiążą się głównie z obawami zarówno personelu jak i pacjentów.

Zaskakujące są wnioski dotyczące dalszego kształcenia mającego miejsce po ukończeniu kursu oraz rozwoju zawodowego absolwentów kursu. Zarówno z badań, które miałyśmy okazję przeprowadzić wśród absolwentów naszych kursów, jak i obserwacji w trakcie kursu oraz informacji po poszczególnych edycjach wynika, że zdecydowana absolwentów widzi potrzebę dalszego rozwoju. Dla wielu z tych osób, kurs to nie tylko dawka wiedzy i doświadczeń, ale także inspiracja, aby dalej się rozwijać. Jest to szczególnie cenne, biorąc pod uwagę fakt, że wszyscy absolwenci są osobami po głębokich kryzysach psychicznych a wielu z nich przed kursem nie rozważało w ogóle żadnego dalszego kształcenia. Na kursie odnaleźli wiarę w siebie i swoje możliwości, a także motywację i zapał do dalszej pracy. Nie bez znaczenia jest też fakt, że wielu absolwentów kursów zazwyczaj na ostatnim module podczas podsumowania przyznaje, że kurs miał dla nich także wymiar terapeutyczny, dzięki odnalezieniu się w bezpiecznej przestrzeni i przyjaznej grupie. Widać także zapotrzebowanie na prowadzenie grup Balinta lub innych grup wsparcia dla pracujących asystentów zdrowienia.

KOMITET DO SPRAW POŻYTKU PUBLICZNEGO
NIW
PROO

Wyniki badań przeprowadzonych wśród absolwentów naszych[3] kursów wskazują na całkowitą zasadność ich przeprowadzania, jak również na potrzebę dalszego kształcenia asystentów zdrowienia, zarówno na poziomie podstawowym, jak i rozszerzonym.

W odpowiedzi na liczne wątpliwości różnych grup zawodowych co do nowej roli należy zapewnić asystentom zdrowienia jak najlepsze warunki szkoleniowe oraz wsparcie w zakresie odbywanych przez nich staży. Przeprowadzone badania, jak również publikacje asystentów zdrowienia dotyczące wypełnianych przez nich obowiązków pozwalają na stwierdzenie, że wprowadzenie asystentów w szeregi zespołów terapeutycznych ma pozytywne znaczenie zarówno dla nich samych, jak i osób z którymi współpracują realizując swoje zadania. Okazuje się, że wcześniejsze obawy wynikające często z niewiedzy nie mają odzwierciedlenia w codzienności zawodowej pracujących asystentów.

Z uwagi na fakt, że asystent zdrowienia nie jest zawodem a jedynie kwalifikacją, biorąc również pod uwagę różnice w kształceniu asystentów zdrowienia zasadne jest pogłębienie prac mających na celu sprezycowanie wypełnianych przez nich obowiązków. Zapewne zmiana z kwalifikacji na zawód w przyszłości przyczyni się do większej pewności co do wykonywanych przez nich obowiązków, jak również da nadzieję, że profesja ta będzie nadal obecna w systemie polskiej psychiatrii.

Wydaje się, że konieczne jest pogłębienie badań dotyczących oceny pracy i działań asystentów zdrowienia po kilku latach od ich wejścia do zespołów terapeutycznych przez osoby, które z asystentami zdrowienia współpracują: kadrę medyczną, pacjentów czy rodziny pacjentów, aby spojrzeć na problem także z innych perspektyw.

[3] Realizowanych przez Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi" we współpracy ze Stowarzyszeniem na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, jak również Krakowskie Centrum Edukacyjne „Cogito"