

*PODRĘCZNIK DLA
ASYSTENTA
ZDROWIENIA,
UCZESTNIKA KURSU
NA POZIOMIE
ZAAWANSOWANYM*

Podręcznik powstał w ramach projektu „Asystent Zdrowienia (AZ) i jego miejsce we współczesnej opiece psychiatrycznej”, współfinansowanego przez Komisję Europejską w ramach inicjatywy „Building Bridges – Civic Capital in Local Communities”

Spis treści:

Rozdział I

Współpraca z podopiecznym- rozwiązywanie konfliktów i granice.....2

Rozdział II

Perspektywa Asystenta Zdrowienia.....13

Rozdział III

Współpraca z zespołem.....17

Rozdział IV

Poszerzenie wiedzy klinicznej (psychopatologia, psychologia, psychoterapia).....23

Rozdział V

Poszerzenie problematyki piętna, autostygmatyzacja, sposoby przeciwdziałania piętnu, sposoby radzenia sobie z autostygmatyzacją.....28

Rozdział VI

Dbanie o siebie (samoopieka), przeciwdziałanie wypaleniu, techniki i zdrowe strategie radzenia sobie.....47

Rozdział VII

Zagadnienia prawne.....57

Rozdział VIII

Podsumowanie.....82

Rozdział I

Współpraca z podopiecznym- rozwiązywanie konfliktów i granice

Anna Liberadzka

Krystiana Roloff

Najważniejsze zasady porozumiewania się z podopiecznym:

Absolutną podstawą w komunikacji z podopiecznym jest **szacunek**. Podopieczny powinien być traktowany w sposób partnerski i budzący zaufanie, z należytą godnością.

Ustalaj cele wspólnie z podopiecznym

Kluczowe jest, aby asystent zdrowienia i podopieczny wspólnie ustalili cele kontaktu. Podopieczny powinien być aktywnie zaangażowany w proces dochodzenia do zdrowia. Wspólne ustalanie celów zwiększa mobilizację do przestrzegania zaleceń i zaufanie podopiecznego do zespołu terapeutycznego.

Słuchaj uważnie

Warunkiem koniecznym dobrej relacji z pacjentem jest umiejętność uważnego słuchania. Postaraj się poświęcić pacjentowi 100% swojej uwagi i zaangażowania by móc w pełni skupić się na tym, co mówi. Pozwoli Ci to zrozumieć pacjenta punkt widzenia pacjenta i jego sytuację a także jego obawy, potrzeby i oczekiwania. Kluczową zasadą jest nieprzerywanie pacjentowi tak aby mógł wyrazić swoje myśli i emocje. **Uważne słuchanie** to pełne skupienie na rozmówcy i używanie zmysłów do zrozumienia nie tylko jego słów, ale i emocji. Jest to naturalny proces, w sytuacji, gdy osoba słuchająca ma otwarty umysł i daje wyraz temu, że słowa drugiej osoby są dla niej istotne.

Bądź cierpliwy

Komunikacja z podopiecznym może wymagać więcej czasu i cierpliwości. Zdarza się, że podopieczni mają opory przed uzewnętrznieniem tego, co naprawdę czują lub brakuje im słów by to wyrazić. Kluczowe jest, aby dać czas na zbudowanie relacji.

Wykazuj empatię

Podopieczni mogą odczuwać różne trudne emocje np. lęk, niepokój czy frustrację związane z sytuacją, w której aktualnie się znajdują. Asystent zdrowienia powinien okazać empatię i zrozumienie wobec tych emocji. Ważne jest, aby podopieczny, czuł akceptację, zrozumienie i wsparcie. Empatię można wyrazić zarówno poprzez słowa, gesty czy ton głosu.

Zadawaj pytania

Aby lepiej zrozumieć podopiecznego i jego problemy, asystent zdrowienia powinien zadawać pytania, w szczególności pytania otwarte. Może to pomóc w wyjaśnieniu niejasności,

uściśleniu informacji i zgłębieniu problemu. Należy pamiętać o tym, aby formułować pytania w sposób życzliwy i niezagrażający, aby podopieczny czuł się komfortowo, bezpiecznie, by zachęcić go do dzielenia się swoimi doświadczeniami w sposób otwarty.

Wykorzystaj jasny język

Terminologia medyczna może być niezrozumiała, więc personel medyczny, w tym asystent zdrowienia powinien starać się używać prostego i zrozumiałego języka. Staraj się unikać medycznych sformułowań oraz zbyt „spsychiatryzowanego” czy „psychologizowanego” języka, żeby podopieczny mógł Cię zrozumieć. Jeśli zaistnieje taka potrzeba odwołuj się do własnego doświadczenia.

Niewiedza

Nie obawiaj się własnej niewiedzy, jasno się do niej przyznawaj, i w razie potrzeby przekieruj podopiecznego do innego członka zespołu terapeutycznego, który ma większą wiedzę w poruszonym temacie. Pamiętaj, aby nie wchodzić w kompetencje innego członka zespołu terapeutycznego, ale korzystaj z ich wsparcia, jesteście bowiem zespołem.

Bariery w komunikacji z podopiecznym

Można wyróżnić trzy podstawowe rodzaje barier w komunikacji z podopiecznym:

- **Semantyczne** (niezrozumiały język, opisany wyżej),
- **Psychologiczne** (nieumiejętność słuchania, negatywne nastawienie, nieśmiałość, jak również zmęczenie zespołu terapeutycznego),
- **fizyczne oraz środowiskowe w placówce medycznej** (np. hałas, brak możliwości do porozmawiania z podopiecznym w spokojnym miejscu).

Błędy w komunikacji z podopiecznym

Często spotykaną trudnością są **błędy jatrogenne** wynikające często ze stosowania nieprecyzyjnych komunikatów lub nieudzielania niezbędnych informacji przez zespół terapeutyczny. W ich wyniku podopieczny może doświadczać nadmiernego stresu, który negatywnie wpływa na proces leczenia.

Inne błędy jatrogenne związane są z ocenianiem, udzielaniem krytyki, rozkazywaniem czy wydawaniem sądów (w szczególności obwinianiem). Może to prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia psychicznego podopiecznego i negatywnie wpływać na dalszą współpracę a także na wynik leczenia.

Wskazówki jak postępować z pacjentem roszczeniowym

Pacjent roszczeniowy to taka osoba, która ma nadmierne wymagania w stosunku do możliwości jakie oferuje system. Podopieczni tacy oczekują, że wdrażane oddziaływania

rehabilitacyjne będą wdrażane szybko, że nie będzie to od nich wymagać zaangażowania i pracy nad sobą. Zdarza się, że można w tej grupie spotkać osoby, które negują zalecenia zespołu terapeutycznego, w tym szczególnie konieczność stosowania farmakoterapii. Odwołują się natomiast do kontrowersyjnych metod alternatywnych lub niesprawdzonych metod znalezionych w Internecie.

O czym warto pamiętać podczas komunikacji z trudnym podopiecznym:

- **ważne by panować nad emocjami**- często silne emocje, które są wynikiem kontaktu z roszczeniowym podopiecznym, który wypowiada wiele pretensji mogą prowadzić do instynktownych reakcji takich jak np. odpowiadanie atakiem na atak, co utrudnia prawidłową ocenę sytuacji
- **należy pamiętać o tym, że to na pracowniku placówki spoczywa odpowiedzialność za skuteczną komunikację** i to on jest odpowiedzialny za zażegnanie trudnej sytuacji.
- bardzo pomocny jest **emocjonalny dystans** w pracy z drugim człowiekiem. Nie należy zachowań podopiecznego, np. jego nieprzyjemnych słów traktować jako personalnego ataku.
- ważne by pamiętać, że często to czego oczekuje podopieczny to przede wszystkim **rozwiązanie trudnej sytuacji** (usprawiedliwienie czy próby zrozumienia zajmują często dalsze miejsce).

Komunikacja z agresywnym podopiecznym

Czasami w pracy asystenta zdrowienia dojdzie do sytuacji, że spotka się on z osobą, która niezadowolone lub gniew ukierunkowuje na siebie (mowa wtedy o autoagresji) lub innych. W zależności od rodzaju sytuacji lub zachowania, metody i techniki postępowania z agresywnym pacjentem mogą się różnić.

Gdy podopieczny nie stanowi bezpośredniego zagrożenia, kluczowa **jest refleksja dotycząca przyczyn jego agresywnego zachowania.** Niejednokrotnie agresja jest jedynie maską, pod którą kryją się inne emocje, jak np. smutek, ból czy strach.

Absolutnie w przypadku, gdy dochodzi do zaburzenia podstawowych zasad komunikacji (tutaj z wykorzystaniem agresji), mimo refleksji nad jej przyczynami, nie należy jej usprawiedliwiać. Asystent zdrowienia powinien być opanowany w kontakcie z agresywnym podopiecznym, świadomie wysyłać określone sygnały werbalne i niewerbalne mogące agresję zahamować. Asystent zdrowienia powinien również zakomunikować brak akceptacji dla zachowań tego rodzaju. W przypadku gdy asystent zdrowienia poczuje się przeciążony sytuacją warto pamiętać, że zwykle pracuje on w zespole terapeutycznym i gdy tylko zajdzie taka potrzeba to może zwrócić się o pomoc do innych członków zespołu terapeutycznego.

Komunikacja z podopiecznym w podeszłym wieku

Aby komunikacja z podopiecznym przebiegała efektywnie, należy pamiętać o zmianach fizycznych i psychologicznych, które są charakterystyczne dla tego okresu życia.

Często **podopieczni w podeszłym wieku mają trudności z koncentracją uwagi. Trudność sprawia im odbieranie kilku bodźców w tym samym czasie oraz wracanie pamięcią do ostatnich wydarzeń.** Wśród zasad, które ułatwią kontakt z podopiecznym w podeszłym wieku wymienić można:

- **wyraźną mowę**, która uwzględni często pogarszający się słuch starszej osoby;
- **cierpliwość** oraz **ciepłe sygnały niewerbalne**, które przyczynią się do tego, że podopieczny w naszym towarzystwie poczuje się bezpiecznie.
- **używanie prostego języka**
- **tłumaczenie tylko jednej rzeczy na raz**, ograniczenie ilości informacji by nie prowadzić do nadmiaru informacji i przytłoczenia
- **pisemna instrukcja**, często podopieczni mają okazję w domu z najbliższymi przeanalizować informacje dotyczące swojego stanu zdrowia oraz zaleceń terapeutycznych. Bardzo pomocna przy tym jest pisemna instrukcja.

Komunikacja z rodziną podopiecznego

Członkowie personelu medycznego wiedzą, że komunikacja z pacjentem i jego rodziną należy do ich kluczowych zadań, warto pamiętać o tym, że choroba podopiecznego to też zwykle trudna sytuacja dla jego rodziny, która niejednokrotnie nie wie jak się zachować. Członkowie rodziny często mają obawy o zdrowie lub nawet życie bliskiej osoby, co może powodować, że ich zachowanie będzie mało racjonalne. Z perspektywy asystenta zdrowienia warto pamiętać by unikać błędów w komunikacji, które czasem prowadzą do skarg wpływających do Rzecznika Praw Pacjenta. Rodziny często są zagubione, gdy zespół terapeutyczny posługuje się fachowym językiem, przez co nie rozumieją co dzieje się z ich bliskim. Dodatkowo często członkowie rodzin mają poczucie, że ich głos nie został wysłuchany.

Należy jednak pamiętać by udzielając jakichkolwiek informacji o podopiecznym bądź jego stanie zdrowia upewnić się, że osoba, z którą rozmawiamy **została przez podopiecznego upoważniona** do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia.

Wśród narzędzi, które można wykorzystać do skutecznej komunikacji z podopiecznym wymienić można tzw. **umiejętność DEAR MAN.**

DEAR MAN to akronim używany w ramach umiejętności komunikacyjnych dialektyczno-behawioralnej terapii (DBT), opracowanej przez Marsha M. Linehan. To narzędzie, które pozwala wyrażać swoje pragnienia i potrzeby w sposób asertywny, z uwzględnieniem granic. Narzędzie to opisuje kroki, które warto podjąć by skutecznie komunikować się w trudnych sytuacjach. Każda litera w akronimie oznacza odpowiednio:

- **D** – Describe: należy zacząć od opisanie sytuacji konkretnie i obiektywnie. Kluczowe jest przedstawienie faktów w sposób zrozumiały.

- **E – Express:** kolejny krok to opisanie swoich uczuć i myśli w związku z daną sytuacją.
- **A – Assert:** w kolejnym kroku warto pamiętać o tym by być asertywnym, czyli jasno wyrazić swoje pragnienia, potrzeby lub stanowisko.
- **R – Reinforce:** kolejno należy zwrócić uwagę na korzyści lub pozytywne aspekty wynikające z tego, co proponujesz lub o co prosisz.
- **M – Mindful:** Bądź uważny i skupiony na obecnej chwili.
- **A – Appear confident:** Wydawaj się pewny siebie, zarówno w mowie, jak i w języku ciała.
- **N – Negotiate:** W miarę możliwości bądź otwarty na negocjacje i poszukiwanie kompromisów.

Narzędzie to jest szczególnie przydatne w sytuacjach, w których zależy nam na wyrażeniu swoich potrzeb lub pragnień. Pomaga ono w sformułowaniu twoich myśli w sposób zrozumiały, spokojny i asertywny, co z kolei może zwiększyć szanse na pozytywne rezultaty w interakcjach społecznych.

Naruszanie granic

1. **Naciskanie:** „Nie chcę się wtrącać, ale...”. „Oczywiście sami zdecydujecie, ale zielony kolor będzie tu wyglądał idiotycznie”. Kluczowe jest tu słowo „ale”...
2. **Narzucanie swojej woli, wydawanie rozkazów, udzielanie rad** w takich sytuacjach wyraźnie widać brak respektowania praw innych osób do stanowienia o sobie. Uwidacznia się też sposób odbierania siebie jako kogoś lepszego, ważniejszego niż inni ludzie.
3. **Decydowanie za inne osoby** – naukę podejmowania decyzji zaczynamy już od wczesnego dzieciństwa. Czasem wydaje ci się, że wiesz lepiej co dla kogoś innego jest dobre, skuteczne właściwe, ale wtedy nie dajesz drugiej osobie możliwości doświadczenia własnej sprawczości.
4. **Szantaż emocjonalny** typu „bo mi będzie przykro”. To przerzucanie na kogoś odpowiedzialności za swoje uczucia i samopoczucie.
5. **Stawianie przed faktem:** „Pomyśleliśmy, że nie będzie wam przeszkadzało, jak zakwaterujemy was razem z X i Y.” „Jak to nie pojedziesz ze mną do cioci, ja już jej obiecałam”. Zostajemy postawieni przed czymś, na co nie zgodzilibyśmy się, gdyby nam dano wybór.

6. **Przerywanie wypowiedzi innych:** koniecznie chcesz powiedzieć swoje zdanie, ale gdy koncentrujesz się na tym co sam chcesz powiedzieć właściwie nie słuchasz tego co ma do powiedzenia rozmówca i nie masz możliwości zrozumienia go
7. **Nieprzyjmowanie odmowy** — ignorowanie jej i zachowywanie się tak, jakbyśmy się zgodzili. To szczególnie irytująca odmiana manipulacji.
8. **Moralizowanie, krytykowanie, ocenianie i uogólnianie** to przykład barier komunikacyjnych, sposobów wyrażania barier w taki sposób, jaki budzi złość lub poczucie winy.
9. **Niedyskrecja:** to nie tylko zadawanie zbyt osobistych pytań, ale też ujawnianie informacji o nas innym osobom bez naszej zgody. Szczególnie takich, które mogłyby nas zawstydić.
10. **Ingerowanie w cudzą własność**, na przykład poprzez czytanie cudzej korespondencji (też opisane w pkt 20).
11. **Manipulowanie faktami** — zatajanie informacji albo podawanie tylko części z nich, aby coś osiągnąć. Np. tuż po wejściu do znajomych słyszysz: „Zapomniałam ci powiedzieć, że będzie u nas też mój brat, ale przecież macie tyle wspólnych tematów”. A tymczasem unikasz go jak ognia, odkąd wydzwaniasz do ciebie co drugi dzień, proponując randkę.
12. **Manipulacja** – rozumiemy ją tutaj jako wszelkiego rodzaju sposoby osiągania tego czego chcesz w sposób pokrętny, nie wprost, bez jasnego i konkretnego przedstawienia oczekiwań.
13. **Uderzanie w czuły punkt** — „A myślałam, że ty zawsze chętnie pomożesz”, „sądziłam, że jesteś bardziej wyrozumiała”. Z sugestią, że jeśli nie zmienimy decyzji, to druga strona przestanie nas uważać za uczynnych/wyrozumiałych/rozsądnych itp. Mistrzami w tej dyscyplinie są... dzieci, które zawsze wiedzą, co zmiękczy mamę albo tatę.
14. **Odwoływanie się do relacji albo ról społecznych połączone z oceną** — „prawdziwy przyjaciel tak nie postępuje”, „a myślałam, że jesteś taką dobrą matką”. W podtekście: jeśli nie zmienisz zdania, to przestanę cię uważać za przyjaciela albo za dobrą mamę.
15. **Zachowania agresywne** – wszelkie zachowania agresywne są naruszaniem granic, w tym agresja słowna i bierna agresja.
16. **Naruszanie granic bliskości fizycznej**, może to być np. dotykanie drugiej osoby, gdy ta sobie tego nie życzy lub się nie spodziewa, natarczywe patrzenie w oczy, poklepywanie po ramieniu.
17. **Słynne „A nie mówiłam...”** — to się wprawdzie wydarza już po fakcie, ale ma na celu przypomnienie nam, kto wie lepiej...
18. **Przypisywanie fałszywych intencji** — „w ogóle nie dbacie o rodziców...” (gdy odmawiamy cotygodniowych odwiedzin), „widocznie rodzina nie jest dla was ważna”.

Zwykle bardzo trudno jest wytłumaczyć komuś, kto używa tej strategii, że jest inaczej. On nie chce zrozumieć — chce osiągnąć swój cel.

19. **Niedotrzymywanie ustaleń, spóźnianie się** i podobne sytuacje wywołują w tobie niemiłe uczucie płynności granic. Czujesz złość, niechęć, jesteś zdezorientowany, wygląda na to, że osoba, która tak postępuje, sama prowokuje innych by się na nią złościли.
20. **Nadopiekuńczość i kontrola.** To przepytывanie, gdzie byliśmy, z kim, o której wróciliśmy do domu... A także wyręczanie (np. mama pod naszą nieobecność przychodzi umyć okna) i ostrzeganie przed potencjalnymi niebezpieczeństwami wbrew naszej woli. Często odbywa się to pod płaszczykiem troski o nasze zdrowie i bezpieczeństwo. Skrajną postacią kontroli jest **inwigilacja** — ingerowanie w nasze osobiste sprawy, potajemnie lub jawnie. Czytanie pamiętnika, sprawdzanie SMSów czy komunikatorów. Kiedyś na lotnisku usłyszałam, jak matka mówiła do kilkunastoletniego chłopca: „Mamusia nie grzebie ci w komórce, mamusia kontroluje sytuację

Pozycje interpersonalne

Skala pozycji życiowej to narzędzie, które pozwala sprawdzić w jakiej pozycji życiowej jesteśmy. Narzędzie stanowi ciekawy punkt wyjścia do autorefleksji lub pracy nad rozwijaniem pozycji „ja jestem OK – ty jesteś OK”.

Pozycja życiowa to psychologiczna postawa względem siebie i innych, którą kształtujemy już w dzieciństwie. Wywodzi się z podstawowych przekonań rozwijanych we wczesnych latach naszego życia i używana jest do uzasadnienia naszych decyzji i zachowań.

Można zaobserwować pozycję życiową analizując nasze generalne stwierdzenia odnośnie siebie (np. *Jestem sympatyczny/a, Jestem głupi/a, Jestem najlepszy/a*, itp.) oraz innych (np. *Ludzie są generalnie w porządku, Ludziom nie można ufać, Ten świat jest brutalny – każdy walczy o swoje*, itp.). Sprowadzają się one do decyzji: „ja jestem OK” lub „ja nie jestem OK” oraz „ty jesteś OK” lub „ty nie jesteś OK”. Decydujemy zatem jak postrzegamy siebie oraz innych: OK czy nie OK.

Pozwala to na uzyskanie czterech możliwych kombinacji:

1. **Ja jestem OK – Ty jesteś OK:** pozycja ta nazywana skrótowo „OK-OK” jest uważana za zdrową pozycję życiową, która pozwala uznawać zasoby swoje i innych oraz utrzymywać generalnie pozytywne spojrzenie na świat. Jest powiązana z pojęciem asertywności, dotyczy uznawania praw zarówno swoich, jak i innych ludzi do wyrażania siebie i działania zgodnie ze swoimi potrzebami, we wzajemnym szacunku, bez uległości i agresji względem innych. Charakteryzuje się gotowością do współdziałania z innymi.
2. **Ja nie jestem OK – Ty jesteś OK:** pozycja depresyjna, w której nie uznajemy swoich zasobów i zdolności do adekwatnego działania i zaspokojenia swoich potrzeb, podczas gdy innych postrzegamy jako posiadających zasoby i zdolność do działania. Osoba z tą pozycją czuje się gorsza od innych i na nieświadomym poziomie dokonuje wyborów, które prowadzą do

przykrych odczuć potwierdzających swoją domniemaną niską wartość. Może się to przejawiać brakiem wiary we własne możliwości i zdolności oraz przekonaniem, że to inni wiedzą lepiej, co należy zrobić w danej sytuacji.

3. **Ja jestem OK – Ty nie jesteś OK:** pozycja paranoidalna, w której nie uznajemy zasobów i zdolności do adekwatnego działania u innych, podczas gdy widzimy takie możliwości u siebie. Osoba z tą pozycją czuje się lepsza od innych i stara się, aby tak było w różnych sytuacjach. Przyjmuje pozycję obronną i może być postrzegana jako agresywna, niewrażliwa, apodyktyczna. Pozycja ta może też przyjąć subtelniejszą formę – ratownictwa. Osoba „niosąca pomoc” działa zakładając, że wie lepiej jak komuś pomóc, a zatem przypisuje sobie zdolność do adekwatnego myślenia i działania („ja jestem OK”), odbierając ją innym („ty nie jesteś OK”). Pozycja ta często służy przykryciu leżącej znacznie głębiej pozycji „Ja nie jestem OK – Ty jesteś OK”, stanowiąc niejako obronę przed przyznaniem się przed sobą do postrzegania siebie jako „nie OK”.
4. **Ja nie jestem OK – Ty nie jesteś OK:** impas, pozycja, w której nie dostrzegamy zasobów ani możliwości adekwatnego działania ani w sobie, ani w innych. Osoba z tą pozycją jest przekonana, że świat i ludzie są do niczego, podobnie zresztą jak ona sama. Charakteryzuje ją bezradność.

Nasz skrypt (nieuświadomiony scenariusz na życie) zbudowany jest w oparciu o naszą pozycję życiową, a zatem jedna z nich jest dla nas najbardziej charakterystyczna. Z tego względu Fredrick Boholst analizując kwestię pozycji życiowych stworzył w ramach swojej pracy doktorskiej skalę pozycji życiowej, którą opisał i opublikował na łamach Transactional Analysis Journal, czołowego biuletynu naukowego dotyczącego Analizy Transakcyjnej. Założeniem autora było stworzenie narzędzia, które pozwoli oszacować, która z powyższych czterech pozycji życiowych jest nam najbliższa. Autor wyraził zgodę na bezpłatne używanie skali zaznaczając jednak, że zachęca użytkowników do dalszych badań i ustanowienia norm adekwatnych dla danej kultury i otoczenia.

Skala może stanowić ciekawy materiał do dalszej autorefleksji, jednak nie jest narzędziem, w którego wynik powinniśmy bezgranicznie wierzyć. Po pierwsze, ponieważ normy wymagają dalszych badań. Po drugie, ponieważ nasza pozycja życiowa zmienia się, niejednokrotnie nawet z minuty na minutę w trakcie jednego dnia. Warto jednak zastanowić się w jakiej pozycji życiowej jesteśmy najczęściej i w tym właśnie może nam pomóc prezentowana skala.

SKALA POZYCJI ŻYCIOWEJ

Autor narzędzia: Fredrick A. Boholst

Źródło: Boholst, F. (2002). A Life Position Scale. Transactional Analysis Journal, Vol 32 (1), Jan 2002, 28-32.

Adnotacja: Autor wyraził zgodę na bezpłatne używanie skali zaznaczając jednak, że zachęca użytkowników do dalszych badań i ustanowienia norm adekwatnych dla danej kultury i otoczenia.

W każdej z tabel zaznacz przy każdym stwierdzeniu jak często możesz je do siebie odnieść. Następnie zlicz ilość powtórzeń w każdej kolumnie i pomnóż wynik przez wskazaną cyfrę. Zlicz sumę z tabeli.

| CZĘŚĆ I | ZAWSZE | CZĘSTO | PÓŁ NA PÓŁ | CZASAMI | NIGDY |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Lubię siebie. | | | | | |
| Jestem dumny/a z tego, kim jestem. | | | | | |
| Czuję się pewny/a siebie. | | | | | |
| Jestem świadomy/a swoich zalet. | | | | | |
| Wierzę, że generalnie jestem dobry/a. | | | | | |
| Zsumuj zaznaczone odpowiedzi i przelicz: | __ x 5 = ____ | __ x 4 = ____ | __ x 3 = ____ | __ x 2 = ____ | __ x 1 = ____ |
| SUMA | | | | | |

| CZĘŚĆ II | ZAWSZE | CZĘSTO | PÓŁ NA PÓŁ | CZASAMI | NIGDY |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Nie czuję się dobrze ze sobą. | | | | | |
| Czuję się bezradny/a. | | | | | |
| Wolałbym/wolałabym się nie urodzić. | | | | | |
| Czuję, że nie zrealizuję moich marzeń. | | | | | |
| Myślę, że inni mnie nie lubią. | | | | | |
| Zsumuj zaznaczone odpowiedzi i przelicz: | __ x 1 = ____ | __ x 2 = ____ | __ x 3 = ____ | __ x 4 = ____ | __ x 5 = ____ |
| SUMA | | | | | |

| CZĘŚĆ III | ZAWSZE | CZĘSTO | PÓŁ NA PÓŁ | CZASAMI | NIGDY |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Łatwo doceniam innych. | | | | | |
| Inni są generalnie dobrzy. | | | | | |
| Większości ludzi można zaufać. | | | | | |
| Ludzie potrafią wykonać dobrą robotę. | | | | | |
| Cieszę się, gdy mam spotkać innych ludzi. | | | | | |
| Zsumuj zaznaczone odpowiedzi i przelicz: | __ x 5 = ____ | __ x 4 = ____ | __ x 3 = ____ | __ x 2 = ____ | __ x 1 = ____ |
| SUMA | | | | | |

| CZĘŚĆ IV | ZAWSZE | CZĘSTO | PÓŁ NA PÓŁ | CZASAMI | NIGDY |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Chciałbym/Chciałabym żeby niektórzy ludzie byli martwi. | | | | | |
| Inni ludzie mnie irytują. | | | | | |
| Nie ufam ludziom. | | | | | |
| Jestem podejrzliwy/a co do ludzkich intencji. | | | | | |
| Jestem niecierpliwy/a względem pomyłek innych ludzi. | | | | | |
| Zsumuj zaznaczone odpowiedzi i przelicz: | __ x 1 = ____ | __ x 2 = ____ | __ x 3 = ____ | __ x 4 = ____ | __ x 5 = ____ |
| SUMA | | | | | |

Nanieś sumy z poszczególnych tabel na poniższe zestawienie:

| POZYCJA | WYNIK |
|---|-------|
| Skala JA: Zsumuj wyniki z części I i II | |
| Skala TY: Zsumuj wyniki z części III i IV | |

| | |
|--|--|
| Wynik dla skali JA: Poniżej 38 – pozycja „ja nie jestem OK” Powyżej 38 – pozycja „ja jestem OK” | Wynik dla skali TY: Poniżej 36 – pozycja „ty nie jesteś OK” Powyżej 36 – pozycja „ty jesteś OK” |
|--|--|

Literatura:

Boholst, F. (2002). *A Life Position Scale*. Transactional Analysis Journal, Vol 32 (1), Jan 2002, 28-32.

Stewart, I.; Joines, V. (2016). *Analiza Transakcyjna dzisiaj*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.

Rozdział II

Perspektywa Asystenta Zdrowienia

Agnieszka Gazda- Grzesiak

ZAKRES OBOWIĄZKÓW ASYSTENTA ZDROWIENIA

Asystent zdrowienia pełni ważną rolę w procesie wspierania osób w kryzysie psychicznym. Jego zadaniem jest nie tylko dostarczanie wsparcia emocjonalnego, ale także pomoc w odbudowie pewności siebie, rozwijaniu samodzielności i zwiększaniu świadomości na temat zdrowia psychicznego.

1. Wsparcie emocjonalne i motywowanie

- Dzieli się swoją historią zdrowienia, by inspirować innych i dawać im nadzieję.
- Udziela wsparcia poprzez rozmowy, uważne słuchanie i empatyczne podejście.
- Motywuje do podejmowania aktywnych działań na drodze do zdrowienia.

Podczas warsztatu warto wykorzystać różne ćwiczenia – a/ pogłębianie empatycznego słuchania i rozumienia podopiecznych, b/radzenie sobie z treściami/wypowiedziami pacjentów, które wprowadzają w dialogu niepokój, strach, nieadekwatną radość i inne trudne uczucia c/ ćwiczenie różnych strategii motywacyjnych.

2. Towarzystwo w drodze do samodzielności

- Pomaga podopiecznym określić cele i szukać sposobów ich realizacji.
- Wspiera odbudowę pewności siebie oraz rozwój umiejętności społecznych.
- Zachęca do uczestnictwa w grupach wsparcia i aktywności rozwojowych.

Ćwiczenia; mój autoportret – jak go budować wraz z podopiecznym, szukanie zasobów podopiecznego, różne działania wspierania aktywności podopiecznego a/ działanie razem, b/ zabawa, c/powrót do dobrej przeszłości i inne. Ćwiczenie – „Mój krąg społeczny” i jak go poszerzyć o kolejne osoby.

3. Edukowanie i dzielenie się wiedzą

- Przekazuje informacje o zdrowiu psychicznym oraz dostępnych formach pomocy.
- Uczy skutecznych sposobów radzenia sobie z trudnościami emocjonalnymi.
- Współpracuje z zespołem terapeutycznym, wnosząc perspektywę osoby po kryzysie.

Ćwiczenia – a/ jak edukować, strona werbalna edukacji, wizualna i emocjonalna, b/ strategię radzenia sobie z trudnościami emocjonalnymi; superwizja, grupa Balinta, grupa koleżeńska c/ wstyd - jako nie ujawniane uczucie i co z nim robić d/ współpraca z zespołem – blaski i cienie; pozycja w zespole terapeutycznym

4. Współpraca z zespołem terapeutycznym

- Bierze udział w spotkaniach zespołu, dostarczając informacji o postępach podopiecznych.
- Ułatwia komunikację między pacjentem a specjalistami.
- Wspiera budowanie partnerskich relacji między osobą wspieraną a terapeutami.

Ćwiczenie – a/ komunikacja- co chcę powiedzieć, jak powiedzieć, aby być skutecznie wysłuchanym b/ przeszkody w komunikacji – jak je zmieniać lub likwidować c/ jaki mam wpływ na dobrą komunikację

5. Wzmacnianie niezależności

- Pomaga w codziennych sprawach, ale nie wyręcza, wspierając samodzielność osób wspieranych
- Wspiera nawiązywanie relacji i odbudowywanie więzi z bliskimi.
- Zachęca do podejmowania własnych decyzji dotyczących zdrowia i życia.

Ćwiczenie – a/ co oznacza działać razem, b/ jak budować relacje oparte na wzajemnej akceptacji c/ jak się obchodzić ze złością w dialogu

6. Dbanie o własne zdrowie i rozwój zawodowy

- Uczestniczy w szkoleniach i superwizjach, by podnosić swoje kompetencje.
- Dbą o równowagę między pracą a życiem osobistym.
- Korzysta z dostępnych form wsparcia, gdy pojawiają się trudności.

Ćwiczenie – a/ jak zadbać o tę równowagę – czas dla siebie- co to konkretnie znaczy. b/ budowanie swoich przestrzeni – rysunek – czym je wypełnić, co zrobić z pustym czasem, czy jest potrzebny? c/ spis swoich aktywności d/ co mi pomaga

WYZWANIA I TRUDNOŚCI W PRACY ASYSTENTA ZDROWIENIA

Rola asystenta zdrowienia jest unikalna, ponieważ osoby pełniące tę funkcję mają za sobą własne doświadczenia kryzysu psychicznego. Dzięki temu są w stanie zaoferować podopiecznym nie tylko profesjonalne wsparcie, ale także autentyczne zrozumienie, które często jest nieosiągalne w relacji z innymi specjalistami. Mimo ogromnej wartości tej pracy,

nieśie ona ze sobą liczne trudności i wyzwania, które mogą stanowić zarówno przeszkodę, jak i szansę na rozwój.

Kluczowe wyzwania, z jakimi mogą się zmierzyć asystenci zdrowienia:

1. Emocjonalne i psychiczne wyzwania

Asystent zdrowienia codziennie spotyka się z osobami przechodzącymi przez kryzysy psychiczne, co wymaga dużej odporności emocjonalnej.

- **Silne przeżycia emocjonalne** – Współpraca z osobami, które przechodzą przez trudne momenty, może budzić w asystencie bolesne wspomnienia lub prowadzić do retraumatyzacji.
- **Ryzyko wypalenia zawodowego** – Praca ta wymaga nieustannego zaangażowania, a powolne postępy podopiecznych mogą prowadzić do frustracji i poczucia bezsilności.
- **Obciążenie psychiczne** – Zmagania osób będących w kryzysie psychicznym, ich nawroty choroby czy trudności życiowe mogą wpływać na emocjonalny stan asystenta.

2. Trudności w ustalaniu granic

- **Zacieranie ról** – Bliska i empatyczna relacja z osobami wspieranymi bywa wyzwaniem. Łatwo o sytuację, w której asystent angażuje się zbyt mocno, co może prowadzić do nadmiernego obciążenia.
- **Asertywność (w szczególności trudność w odmawianiu)** – Naturalną chęcią asystenta jest pomaganie, jednak nieumiejętność postawienia adekwatnych granic w kontakcie może skutkować przemęczeniem i skutkować negatywnym wpływem na stan zdrowia psychicznego asystenta.
- **Zależność emocjonalna** – Osoby wspierane mogą się nadmiernie przywiązać do asystenta, co może utrudniać im budowanie własnej niezależności.

3. Problemy organizacyjne i instytucjonalne

- **Brak wsparcia w zespole** – Asystenci zdrowienia nie zawsze spotykają się z pełnym zrozumieniem i akceptacją swojej roli w strukturach placówek zdrowotnych.
- **Niskie wynagrodzenie** – Praca ta wymaga dużego zaangażowania, a jednak często nie jest adekwatnie wynagradzana.
- **Ograniczone możliwości awansu** – Ścieżki rozwoju zawodowego bywają niejasne, co może powodować poczucie stagnacji.

- **Sposób pracy i organizacja różnych miejsc zajmujących się zdrowiem psychicznym** - zmiana paradygmatu, sposobu myślenia o leczeniu, stosunku do pacjenta postępuje powoli. Ukierunkowanie na bardziej podmiotowy stosunek do pacjenta jest procesem stopniowym i nierównomiernym, w zależności od konkretnej placówki możemy spotkać się z różnym podejściem, warto być na to przygotowanym.

4. Napięcia w zespole terapeutycznym

- **Uprzedzenia ze strony współpracowników** – Niektórzy specjaliści, tacy jak psycholodzy czy psychiatry, mogą mieć wątpliwości co do kompetencji asystenta zdrowienia.
- **Niedocenienie roli** – Asystenci bywają postrzegani jako osoby wspierające, a nie jako równorzędni członkowie zespołu terapeutycznego.
- **Rozbieżności w podejściu** – Różnice między modelem medycznym a modelem holistyczno –funkcjonalnym zdrowienia mogą prowadzić do konfliktów dotyczących metod pracy.

5. Dbanie o własne zdrowie psychiczne

- **Presja bycia wzorem** – Społeczne oczekiwanie, że asystent zdrowienia powinien być przykładem sukcesu, może generować stres.
- **Zaniedbywanie siebie** – Asystenci mogą często mocno koncentrować się na pomaganiu innym, że zapominają o własnych potrzebach.
- **Lęk przed szukaniem pomocy** – Może pojawić się obawa przed przyznaniem się do własnych trudności, szczególnie wobec współpracowników.

Praca asystenta zdrowienia to ogromna odpowiedzialność, ale też źródło satysfakcji. Wspieranie innych na drodze do zdrowienia wymaga nie tylko empatii i doświadczenia, ale także troski o własne zdrowie psychiczne oraz dbałości o wyznaczanie granic. Odpowiednie wsparcie instytucjonalne, rozwój zawodowy i dbanie o dobrostan psychiczny mogą pomóc asystentom zdrowienia skutecznie realizować ich misję i jednocześnie czerpać z niej radość.

Rozdział III

Współpraca z zespołem

Anna Liberadzka
Krystiana Roloff

W skład zespołu terapeutycznego wchodzi lekarz psychiatra, psycholog, pielęgniarka, pracownik socjalny, terapeuta zajęciowy, terapeuta środowiskowy, asystent zdrowienia.

Umiejętność pracy w zespole

Umiejętność pracy w zespole obejmuje zestaw kompetencji, które pozwalają efektywnie współpracować z innymi osobami. Najważniejsze kompetencje, które budują umiejętność pracy w zespole to szeroko rozumiane umiejętności komunikacyjne, w tym umiejętność słuchania, elastyczność a także umiejętność rozwiązywania problemów.

Czym się cechuje praca zespołowa

Najważniejsze cechy pracy zespołowej to:

- Wzajemne zaufanie
- Wzajemne wsparcie
- Różnorodność perspektyw
- Podział obowiązków
- Efektywna komunikacja

Korzyści pracy zespołowej

Praca w zespole daje poczucie bezpieczeństwa, rzutuje na dobrą atmosferę w pracy. Dzięki temu, że członkowie zespołu wspierają się nawzajem zwiększa się efektywność pracy. Z kolei różnorodność doświadczeń i punktów widzenia pozwala dostrzec problem z różnych perspektyw, dzięki czemu zespół może generować innowacyjne rozwiązania. Ważna jest także perspektywa nowego członka zespołu – asystenta zdrowienia, który wnosi do zespołu terapeutycznego perspektywę osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego. Dzięki temu wsparcie dla pacjenta może być bardziej adekwatne, bardziej dopasowane. Klarowny podział obowiązków pozwala skoncentrować się na wykonywaniu konkretnych zadań. Ważne by asystent zdrowienia nie wchodził w rolę innych osób: psychiatrów, psychoterapeutów. Asystent zdrowienia ma swoją własną unikalną rolę. Ważna jest otwarta i bezpośrednia komunikacja, która pozwala unikać nieporozumień i przyspiesza realizację celów, w tym także celów terapeutycznych u konkretnych podopiecznych. Stawiając na zasady współpracy i rozwijając umiejętności pracy w grupie, możemy osiągnąć znacznie więcej niż działając indywidualnie.

Zasady współpracy w zespole

Znajomość zasad współpracy oraz stosowanie się do nich pozwala odnaleźć się w zespole, być bardziej efektywnym w działaniach, osiągać założone cele: zarówno indywidualne, jak i wspólne.

1. Wspólne cele i wartości zespołu

Ustalenie wspólnych celów jest kluczowe dla dobrej współpracy w zespole. Cele te powinny być jasno określone i zrozumiałe dla wszystkich członków grupy. Wspólna wizja pozwala na zjednoczenie wysiłków i zmotywowanie do działania.

Kiedy zespół ma wspólne cele, łatwiej jest mu współpracować i podejmować decyzje. Oprócz celów, istotne jest także określenie wartości, które będą rządzić działaniami zespołu. Wartości te mogą dotyczyć zarówno etyki pracy, jak i relacji międzyludzkich. Wspólne wartości sprzyjają budowaniu pozytywnej kultury organizacyjnej, która z kolei wpływa na satysfakcję pracowników oraz ich zaangażowanie w pracę. Zespół, który działa na podstawie wspólnych wartości, jest bardziej zjednoczony i odporny na wewnętrzne konflikty.

2. Przydzielanie ról i odpowiedzialności

Każdy członek zespołu powinien mieć przypisaną jasną rolę i odpowiedzialność oraz konkretne zadania, które do niego należą. Jasny podział ról pomaga uniknąć konfliktów, chaosu, nieporozumień. Idealna sytuacja to taka, w której każdy wie jakie zadania do niego należą, za co odpowiada.

3. Wzajemny szacunek i zaufanie

Wzajemne zaufanie i szacunek pomiędzy członkami zespołu są kluczowe dla harmonijnej współpracy. Dają poczucie bezpieczeństwa w pracy. Zrozumienie różnorodności perspektyw i szanowanie swoich racji przyczynia się do budowania dobrych, trwałych relacji. Aby zespół mógł efektywnie funkcjonować, jego członkowie muszą mieć pewność, że mogą polegać na sobie nawzajem. Budowanie zaufania wymaga czasu, jednak istnieje wiele strategii, które mogą przyspieszyć ten proces. Regularne spędzanie czasu razem, zarówno w pracy, jak i poza nią, może pomóc w lepszym poznaniu się i zacieśnieniu relacji.

4. Komunikacja

Otwarta i klarowna komunikacja jest fundamentem udanej współpracy. Członkowie zespołu powinni mieć możliwość dzielenia się pomysłami, opiniami i informacjami. Ważna jest także przestrzeń, aby ta komunikacja mogła się dokonywać w postaci spotkań zarówno osobistych, jak i wirtualnych, które umożliwiają wymianę pomysłów, rozwiązywanie problemów i utrzymanie jednolitego kierunku działań. Nie lekceważmy zebrań zespołu, zebrań społeczności oraz superwizji i interwizji.

5. Rozwiązywanie konfliktów

Konflikty stanowią nieodłączną część pracy zespołowej. Niezwykle ważne jest by nauczyć się je rozwiązywać w sposób konstruktywny, z wzajemnym szacunkiem. Kluczowe jest również to by poszukując rozwiązań wziąć pod uwagę stanowiska wszystkich stron konfliktu.

6. Wzajemna pomoc

Zespół terapeutyczny powinien być gotowy do wspierania się nawzajem i udzielania pomocy w razie potrzeby. Przekonanie, że możemy liczyć na siebie nawzajem daje poczucie bezpieczeństwa, stanowi podstawę dobrej atmosfery (co często przekłada się na lepsze wyniki pracy).

Konflikty w zespole

Podczas konfliktu w zespole występują sprzeczne interesy czy też różnice w poglądach lub wartościach między poszczególnymi członkami zespołu.

Można wyróżnić konflikty otwarte, jak i ukryte. Konflikt może przynieść też pozytywne rozwiązania, może być okazją do wzrostu, zmiany, a nawet stworzenia lepszych relacji i wyników.

Warto pamiętać o tym, że nierozwiązany konflikt ma tendencję do eskalacji (nasilenia).

Rodzaje konfliktów:

Podział konfliktów ze względu na ich źródło

Jednym z psychologicznych podziałów konfliktów jest tak zwane koło Moore'a, czyli pięć głównych rodzajów konfliktu ze względu na ich źródło

- 1) **Konflikt relacji**- podstawą problemu jest tu nastawienie do innego człowieka.
- 2) **Konflikt danych**- problemem jest tu zasób informacji u osób zaangażowanych w konflikt.
- 3) **Konflikt interesów**- w tym przypadku jedna strona konfliktu chce zaspokoić swoje potrzeby kosztem drugiej.
- 4) **Konflikt strukturalny**- Wynika z sytuacji w jakiej znajdują się członkowie konfliktu – z podziału ról, hierarchii, itp.
- 5) **Konflikt wartości**- Powodują go różne systemy wartości i normy moralne wyznawane przez uczestników konfliktu. Często jest bardzo emocjonalny i nie sprzyja współpracy.

Podział konfliktów ze względu na ich prawdziwość

- 1) **Prawdziwe** (te, które rzeczywiście istnieją).
- 2) **Wymagowane** (są wynikiem nieporozumienia; w tego typu konflikcie nie ma woli do jego powstania)

- 3) **specjalnie stworzone** (nie są prawdziwe, ale w przeciwieństwie do wymagowanych, istnieje w nich intencja jednej ze stron, która na ogół chce osiągnąć coś dla siebie)

Podział konfliktów ze względu na uczestników zaangażowanych w sytuację:

- 1) **intrapersonalne**. Zachodzą wewnątrznie w umyśle jednostki.
- 2) **interpersonalnych**. Pojawiają się w procesach interakcji między ludźmi.
- 3) **wewnątrzgrupowe**. Występują między członkami jednej grupy lub zespołu.
- 4) **międzygrupowych**. Jest konfliktem między różnymi grupami.

Podział konfliktów ze względu na treść

- 1) **konflikt interesów**
- 2) **konflikt relacyjny**
- 3) **konflikt wartości**
- 4) **konflikt władzy**
- 5) **konflikt osobowości**

Fazy konfliktu

Sam konflikt nie pojawia się nagle. Zanim dojdzie do jego powstania, musi przejść poszczególne etapy, które nie zawsze występują w takiej samej kolejności.

- **Faza wstępna**: występuje, gdy pojawiają się napięcia, przecucia, zwiastuny konfliktu
- **Faza narastania**: mamy z nią do czynienia, gdy występuje wzajemna wrogość, negatywne uwagi, zarzuty
- **Faza kulminacji**: można o niej mówić, gdy dochodzi do rozładowania napięcia, wyrzucenia trudnych emocji, występuje ryzyko zerwania komunikacji
- **Faza wyciszenia**: dochodzi do niej, gdy strony próbują wystudzić emocje, oddzielić je od faktów
- **Faza porozumienia**: występuje, gdy strony poszukują rozwiązań, osiągają kompromis

Jak rozwiązywać konflikty?

Pięć stylów zachowania w konflikcie (za Mounton i Blake)

- 1) **Rywalizacja**- dochodzi do niej wtedy, gdy naszym priorytetem jest obrona własnych interesów, bez uwzględnienia interesów drugiej strony.
- 2) **Współpraca**- można o niej mówić, gdy uczestnikom konfliktu zależy na tym aby obie strony były zadowolone.
- 3) **Unikanie**- wycofanie się z konfliktu

- 4) **Dostosowanie się**- dostosowanie się do potrzeb partnera, kosztem własnych interesów
- 5) **Kompromis**- idealne rozwiązanie (bazuje na częściowych ustępstwach w wyniku których obie strony są „wystarczająco” zadowolone)

Praktyczne wskazówki przydatne przy rozwiązywaniu konfliktów:

Opanowanie emocji:

- Wykonaj trzy głębokie oddechy przeponowe
- Zrób sobie 5-minutową przerwę na uspokojenie
- Skorzystaj z techniki „stop-myśl-działaj”
- Zapisz swoje emocje na kartce
- Przeanalizuj sytuację z dystansu

Sztuka efektywnej komunikacji:

- Utrzymywaniu spokojnego tonu głosu
- Formułowaniu konkretnych prośb zamiast żądań
- Używaniu języka neutralnego emocjonalnie
- Parafrazowaniu wypowiedzi rozmówcy
- Zadawaniu pytań zamiast stawiania oskarżeń

Narzędzia dialogu konstruktywnego:

- Stosuj komunikaty „ja” zamiast „ty”
- Szukaj obszarów porozumienia
- Proponuj rozwiązania zamiast narzekać
- Doceniaj wysiłki drugiej strony
- Nazywaj konkretne zachowania, nie osoby

Sygnaty alarmowe wskazujące, że potrzebne jest wsparcie zewnętrzne:

- Eskalacja agresji słownej lub fizycznej
- Chroniczny brak porozumienia
- Pogłębiający się dystans emocjonalny

- Wpływ na zdrowie psychiczne
- Paraliż decyzyjny

Kluczowe umiejętności w rozwiązywaniu konfliktów

Aktywne słuchanie- kluczowe jest skupienie się na tym, co chce nam przekazać druga strona, pomaga w rozwiązaniu wszelkich niejasności

Inteligencja emocjonalna- umiejętność dostrzeżenia i zrozumienia emocji swoich, jak również innych osób

Cierpliwość- niestety często rozwiązanie konfliktu w krótkim czasie jest niemożliwe.

Pozytywne nastawienie- warto podejść do konfliktu jako do szansy na zmianę i oczyszczenie atmosfery

Asertywna komunikacja

Stworzenie otwartej linii komunikacji między dwiema stronami jest najlepszym podejściem do

Literatura:

Kłusek, B. (2002). Kwestionariusz Stylów Rozwiązywania Konfliktów. *Przegląd Psychologiczny*.

Kalińska, I. Konflikty w przedsiębiorstwie. Przyczyny i sposoby ich rozwiązywania.

[Bodanko, A., & Kowolik, P. \(2007\). Konflikty w świetle teorii psychologicznych. *Nauczyciel i Szkoła*, 3, 81-98.](#)

[Carrère, S., & Gottman, J. M. \(1999\). Predicting divorce among newlyweds from the first three minutes of a marital conflict discussion. *Family process*, 38\(3\), 293–301](#)

Inglot-Kulas, J. (2014). Asertywność–trudna sztuka dojrzałej postawy wobec złożonych sytuacji i przeżyć. *Studia i prace pedagogiczne*, (1).

Rozdział IV

Poszerzenie wiedzy klinicznej (psychopatologia, psychologia, psychoterapia)

Wiktoria Fyda

Kinga Wojda

PSYCHOTERAPIA

Dostępnych jest wiele **nurtów** i form psychoterapii, które różnią się podejściem teoretycznym i praktycznym. Poniżej opisano kolejno poszczególne nurty psychoterapii:

1. Psychodynamiczna

Psychoterapia psychodynamiczna jest podejściem terapeutycznym, które koncentruje się na odkrywaniu i rozwiązywaniu problemów psychicznych poprzez zrozumienie nieświadomych procesów i ich wpływu na zachowanie. Jest mniej intensywna niż psychoanaliza i często łączy elementy różnych nurtów terapeutycznych.

2. Psychoanalityczna

Psychoterapia psychoanalityczna to długoterminowe podejście, które głęboko analizuje nieświadome procesy psychiczne i ich wpływ na zachowanie. Jest intensywna i wymaga zaangażowania pacjenta w regularne sesje.

3. Poznawczo-behawioralna (CBT)

Ten nurt zakłada, że zaburzenia psychiczne wynikają z nieprawidłowych schematów myślowych i zachowań. CBT pomaga pacjentom identyfikować i zmieniać te schematy, aby poprawić swoje funkcjonowanie.

4. Humanistyczna

Nurt ten podkreśla autonomię i samoaktualizację jednostki. Psychoterapia humanistyczna pomaga ludziom w pełniejszym zaspokajaniu ich potrzeb, takich jak akceptacja i samorealizacja. Przydatna w rozwoju osobistym i radzeniu sobie z kryzysami egzystencjalnymi.

5. Systemowa

Ten nurt koncentruje się na relacjach między ludźmi i systemach społecznych. Psychoterapia systemowa pomaga w rozwiązywaniu problemów rodzinnych i grupowych.

6. Integracyjna

Charakterystyka: Nurt ten łączy elementy różnych podejść psychoterapeutycznych, dostosowując się do indywidualnych potrzeb pacjenta. Przydatna dla osób, które potrzebują kombinacji różnych technik terapeutycznych.

Psychoterapia może mieć różne formy:

- **Psychoterapia indywidualna** – sesje prowadzone są jeden na jeden, co pozwala na głębsze zrozumienie problemów pacjenta i dostosowanie terapii do jego potrzeb.
- **Psychoterapia grupowa** – sesje prowadzone są w grupie, co umożliwia wymianę doświadczeń i wsparcie między uczestnikami.
 - **Psychoterapia rodzinna** – sesje obejmują całą rodzinę lub jej część, pomagając w rozwiązywaniu problemów w relacjach rodzinnych.
 - **Psychoterapia par** – sesje prowadzone są z parą, koncentrując się na poprawie komunikacji i rozwiązywaniu konfliktów w relacji.

Inne nurty:

- **Terapia Gestalt** – koncentruje się na doświadczeniu teraźniejszym i świadomości pacjenta, terapia pomaga w integracji wyobcowanych części siebie, zwiększając świadomość i odpowiedzialność za własne życie.
- **Terapia schematów** – skupia się na identyfikowaniu i modyfikowaniu negatywnych wzorców myślowych, które często są nabyte już we wczesnym dzieciństwie.
- **Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT)** – polecana osobom z zaburzeniem osobowości borderline, pomaga w zarządzaniu emocjami i poprawie umiejętności społecznych.

Psychoterapia w Polsce jest dynamicznie rozwijającą się dziedziną, z bardzo wieloma różnymi szkołami i podejściami. Każdy nurt i forma psychoterapii mają swoje unikalne zalety i mogą być dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta.

Status prawny psychoterapeuty w Polsce jest obecnie nieuregulowany w sposób kompleksowy. Zawód ten nie jest objęty prawną ochroną tytułu zawodowego, co oznacza, że każdy może się nim posługiwać bez względu na posiadane doświadczenie czy wykształcenie. Brak regulacji powoduje, że osoby bez odpowiednich kwalifikacji mogą świadczyć usługi psychoterapeutyczne, co niesie ryzyko nieprawidłowości.

Jednakże, trwają prace nad ustawą regulującą zawód psychoterapeuty. Projekt ustawy przewiduje, że tylko osoby spełniające określone warunki, takie jak posiadanie tytułu magistra w określonych dziedzinach, uzyskanie certyfikatu psychoterapeuty oraz spełnienie innych wymagań, będą mogły wykonywać ten zawód. Ustawa ma również wprowadzić rejestr psychoterapeutów, który ułatwi pacjentom weryfikację kwalifikacji terapeutów.

Aktualnie, psychoterapia jest regulowana w pewnym zakresie przez ustawę o zawodzie psychologa oraz akty niższego rzędu, takie jak rozporządzenie koszykowe, które określa warunki prowadzenia terapii refundowanej przez NFZ.

Co warto sprawdzić przy wyborze psychoterapeuty?

- **Wykształcenie bazowe** – najlepiej studia wyższe z zakresu psychologii lub studia lekarskie (specjalizacja z psychiatrii)
- **Rodzaj skończonego kursu** – według wytycznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego zaleca się, aby kurs trwał minimum 1250h; istnieją wymogi dotyczące ilości godzin terapii własnej
- **Superwizja** – superwizor jest swego rodzaju „mentorem”, osobą, która oprócz certyfikatu psychoterapeuty, zdobyła również certyfikat superwizora i w czasie spotkań pomaga analizować proces terapeutyczny
- **Przynależność do PTPsychologicznego lub PTPsychiatrycznego**
- **Respektowanie Kodeksu Etycznego**
- **Uczestnictwo w konferencjach, szkoleniach, aktualizacja swojej wiedzy** – to wyjątkowo ważne, jeśli chodzi o psychoterapię, ponieważ jest to stale rozwijająca się dziedzina

ZDROWIE PSYCHICZNE I PSYCHOPATOLOGIA W UJĘCIU ICD 11

ICD11, czyli Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, jest jedenastą wersją Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych opracowaną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Została opublikowana 18 czerwca 2018 roku i oficjalnie zatwierdzona 25 maja 2019 roku. Od 1 stycznia 2022 roku zaczęła być stosowana jako oficjalny system raportowania chorób i problemów zdrowotnych przez państwa członkowskie WHO. W Polsce planowane jest pełne wdrożenie ICD11 do końca 2026 roku, co oznacza, że prace nad wdrożeniem są w toku.

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD11 wprowadza kilka istotnych nowości w zakresie zdrowia psychicznego w porównaniu z ICD10:

- **Podejście wymiarowe zamiast kategoryjne**

ICD11 odszedł od sztywnych kategorii diagnostycznych na rzecz oceny nasilenia i wymiarowości zaburzeń psychicznych. To podejście pozwala na bardziej elastyczną i realistyczną diagnozę, dostosowaną do indywidualnych potrzeb pacjenta.

- **Zmiany w klasyfikacji zaburzeń osobowości**

W ICD11 zrezygnowano z podziału na 10 typów zaburzeń osobowości. Zamiast tego wprowadzono model spektrum, który ocenia nasilenie zaburzeń na trzech poziomach: łagodnym, umiarkowanym i ciężkim.

- **Nowe kategorie zaburzeń**

Dodano nowe kategorie, takie jak: zaburzenie używania hazardu, zaburzenie związane z graniem, zaburzenia związane z cierpieniem cielesnym.

- **Zmiany w diagnostyce schizofrenii**

Rezygnacja z podtypów schizofrenii i objawów pierwszego rzędu. Większy nacisk położono na przebieg zaburzenia w czasie i ocenę remisji objawów.

- **Uproszczenie i rozszerzenie diagnostyki uzależnień**

Wprowadzono wspólną jednostkę dla uzależnień od substancji i behawioralnych. Uproszczono wytyczne diagnostyczne i rozszerzono zakres substancji.

- **Zmiany w czasie trwania objawów**

W niektórych przypadkach czas trwania objawów został skrócony, co może ułatwić wcześniejsze rozpoznanie i leczenie.

- **Zmiany w zakresie kodów**

6A00–6E8Z

- **Zmiany w zakresie ADHD**

W nowym systemie nazwy podkategorii odnoszą się do głównych trudności występujących u osób z ADHD, takich jak: deficyt uwagi, ruchliwość, impulsywność. Nowy opis zaburzeń jest bardziej funkcjonalny, mniej stygmatyzujący i ograniczający, a także pozwalający lepiej zrozumieć pacjenta i w efekcie zaoferować mu adekwatną pomoc.

- **Spektrum autyzmu**

W ICD11 nie wyróżniamy już Zespołu Aspergera ani autyzmu. Pojęcia te znikają na rzecz spektrum autyzmu, które pomaga trafniej ująć tak złożone zjawisko.

ZABURZENIA OSOBOWOŚCI

Ponieważ aktualnie w Polsce posługujemy się jeszcze ICD10, warto zapoznać się z tą klasyfikacją zaburzeń osobowości.

- F60.0: **Osobowość paranoiczna** – charakteryzuje się podejrzliwością i nieufnością wobec innych.
- F60.1: **Osobowość schizoidalna** – ograniczona ekspresja emocjonalna i unikanie kontaktów społecznych.
- F60.2: **Osobowość dyssocjalna** – lekceważenie norm społecznych i brak empatii.

- F60.3: **Osobowość chwiejna emocjonalnie** – niestabilność emocjonalna i impulsywność; podtypy: impulsywny i borderline.
- F60.4: **Osobowość histrioniczna** – nadmierna emocjonalność i zabieganie o uwagę.
- F60.5: **Osobowość anankastyczna** – nadmierna perfekcjonistyczność i kontrola.
- F60.6: **Osobowość lękliwa (unikająca)** – zahamowanie społeczne i strach przed odrzuceniem.
- F60.7: **Osobowość zależna** – nadmierna zależność od innych.
- F60.8: **Inne określone zaburzenia osobowości** – zaburzenia niezaliczane do powyższych kategorii.
- F60.9: **Zaburzenia osobowości nieokreślone bliżej** – brak wyraźnych cech innych zaburzeń.

Dodatkowo, ICD10 obejmuje mieszane zaburzenia osobowości (F61.0) oraz trwałe zmiany osobowości (F62), które nie są bezpośrednio związane z powyższymi specyficznymi zaburzeniami.

Zmiany w ICD11

- **Podejście dymensionalne** – zamiast sztywnych kategorii, ICD11 wprowadza ocenę nasilenia zaburzeń osobowości, co pozwala na bardziej elastyczną diagnozę.
- **Poziomy nasilenia** – wyróżnia się trzy poziomy nasilenia zaburzeń osobowości:
 - Łagodne: zaburzenia są obecne, ale nie zakłócają w istotny sposób życia codziennego i relacji społecznych.
 - Umiarkowane: Objawy wyraźnie utrudniają funkcjonowanie w różnych sferach życia.
 - Ciężkie: Zaburzenia mają poważny wpływ na zdolność pacjenta do funkcjonowania, prowadząc do poważnych trudności w życiu codziennym i relacjach.
- **Cechy osobowości** – ICD11 skupia się na dominujących cechach osobowości, takich jak: negatywna afektywność, oderwanie od rzeczywistości, dysocjalność, rozhamowanie, anankastia, wzorzec typu borderline.

(Z uwagi na ciągłe prace nad polską adaptacją ICD11, niektóre nazwy mogą ulec jeszcze niewielkiej zmianie, która będzie wierniejszym tłumaczeniem.)

Rozdział V

Poszerzenie problematyki piętna, autostygmatyzacja, sposoby przeciwdziałania piętnu, sposoby radzenia sobie z autostygmatyzacją

Anna Liberadzka

Krystiana Roloff

Piętno jako druga choroba

Piętno społeczne i konsekwencje, jakie ono ze sobą niesie, często nazywane jest drugą chorobą, negatywne skutki naznaczania osób chorujących psychicznie są dla nich nie mniej uciążliwe i bolesne niż samo, i tak przecież trudne, doświadczenie choroby psychicznej (Rüsch i in., 2005).

Osoba z doświadczeniem choroby psychicznej narażona jest na utratę pozycji społecznej, całkowicie lub częściowo wycofuje się z wielu ról społecznych, lub podejmuje te poniżej swoich kwalifikacji czy możliwości. Społeczeństwo najchętniej widziałoby takie osoby na stanowiskach odznaczających się niskim prestiżem i niską odpowiedzialnością społeczną (Wciórka & Wciórka, 2005). Upředzenia utrudniają osobom chorującym psychicznie dostęp do takich zasobów jak praca czy edukacja, co w konsekwencji prowadzi także do obniżenia ich statusu materialnego i dalszego wykluczania, o czym piszą sami zainteresowani (Cechnicki i in., 2009), jak i potwierdzają badania profesjonalistów (Cechnicki i in., 2007). Upředzenia wpływają również na relacje społeczne tych osób. Rzadziej zakładają rodziny czy decydują się na posiadanie potomstwa, mają trudności ze znalezieniem partnera życiowego, utrzymaniem dotychczasowych relacji przyjacielskich czy koleżeńskich (Jackowska, 2009). Nie są także chętnie widziani jako sąsiedzi (Babicki i in., 2018). Pomimo wykształcenia i misji zawodowej piętnujące postawy przyjmują także psychiatrzy (Kochański & Cechnicki, 2017).

Zinternalizowane piętno wpływa jednak przede wszystkim na samego chorego, jest to wpływ destrukcyjny związany z uwewnętrznieniem odrzucenia, bezradności i nieprzydatności społecznej. Prowadzi to do chroniczacji zaburzeń oraz przyczynia się do gorszego rokowania, a także unikania leczenia w obawie przed wykluczeniem społecznym (Dziwota, 2014). Chorującym odbierana jest nadzieja na wyzdrowienie i satysfakcjonujące życie pomimo doświadczenia choroby.

Teoria redukcji piętna

Spośród różnych teorii redukcji piętna najbardziej kompleksową koncepcję przedstawił Haghghat (2001). Stawiając pytanie o początki piętna i poszukując ich poprzez genezę konstytucyjną, psychologiczną i ekonomiczną, Haghghat sięga aż do korzeni ewolucyjnych, co prowadzi go do konkluzji, że aby przeciwdziałać piętnu należy podejmować działania stałe i komplementarne na różnych poziomach.

Haghighat (2001) wyodrębnił sześć poziomów interwencji: poziom poznawczy – interwencję edukacyjną, poziom afektywny – interwencję psychologiczną, poziom dyskryminacji – interwencję legislacyjną, poziom zaprzeczenia – interwencję językową, poziom ekonomiczny – interwencję polityczną, poziom ewolucyjny – interwencję intelektualną i kulturową.

Analizując poziom poznawczy i skuteczność interwencji edukacyjnej wspomniany autor stwierdza, że możliwe efekty edukacji prawdopodobnie nie są trwałe. Wynika to z faktu, że ludzie mają tendencję do poszukiwania informacji, które potwierdzają znane im wcześniej stereotypy, a informacje spójne ze stygmatyzującymi postawami przyciągają więcej uwagi i są częściej powtarzane. Haghighat (2001) uważa, że przeciwdziałanie stygmatyzacji może zatem wymagać głębszego zaangażowania niż logika i sugeruje, że osoby stygmatyzowane potrzebują interwencji na poziomie emocjonalnym. Na poziomie komponentu emocjonalnego Haghighat odnosi się do takich emocji społeczeństwa jak strach i niepokój jako składników stygmatyzacji (2001). Widzi tu dwa teoretyczne rozwiązania: odczulenie poprzez kontakt z pacjentami lub łagodzenie poprzez izolację i wentylację. Badania związane z kontaktem wskazują, że potrzeba większej liczby przykładów do potwierdzenia pozytywnego atrybutu w stereotypie niż przykładów przeciwnych do jego obalenia. Implikuje to fakt, że aby przełamać negatywny stereotyp (np. „osoba chorująca psychicznie jest agresywna”) potrzebna jest ekspozycja na dużą liczbę pozytywnych kontaktów – w tym przypadku nieagresywnych osób chorujących psychicznie. Autor podkreśla rolę wentylacji jako niezbędnego warunku skutecznej destygmatyzacji. Ważne jest, aby zapewnić fora społeczeństwu do wyrażania niepokoju, zadawania pytań, kwestionowania, uzewnętrzniania i konfrontowania obaw.

Interwencja legislacyjna i związane z nią przepisy antidyskryminacyjne mogą, z jednej strony tłumić stygmatyzujące postawy, zamiast je zmieniać, ale równocześnie zapewniają pacjentom ochronę przed niesprawiedliwością i zmuszają społeczeństwo (poprzez internalizację nowych norm behawioralnych) do traktowania dyskryminowanych w bardziej egalitarny sposób. Co istotne, system legislacyjny powinien być wspierany i monitorowany poprzez orzecznictwo i lobbing antystygmatyzacyjnych stowarzyszeń psychiatrycznych. Nie do przecenienia jest tu rola samych zainteresowanych, występujących w roli samorzeczników. Zarówno jedni, jak i drudzy powinni identyfikować luki w ochronie prawnej i dążyć do wprowadzenia sankcji za zachowania dyskryminacyjne z jednej strony, a z drugiej strony mobilizować do promowania przepisów dotyczących „pozytywnej dyskryminacji” (np. rodzaju nagrody za zatrudnianie pracowników niepełnosprawnych). Interwencja polityczna opiera się na badaniach, które wskazują, że egalitarne, niekonkurencyjne środowiska, zachęcające do współpracy, sprzyjają zmniejszaniu wrogości i uprzedzeń. Haghighat (2001) uważa, że filozofia polityczna państwa kładąca nacisk na jedność i wskazująca na wzajemną zależność, może sprzyjać promowaniu tolerancji i szacunku, także wobec osób wykluczanych, których zaczyna się postrzegać jako sojuszników w dążeniu do wspólnego celu. Autor wskazuje, że jest to zadanie, jakie staje przed wszystkimi obywatelami trzeciego tysiąclecia.

Na konieczność interwencji językowej zwracają uwagę sami pacjenci i ich rzecznicy. Uwzględnienie ich próśb jest początkiem destygmatyzacji. Zmiana nazewnictwa z „pacjentów”

czy „schizofreników” na określenia mniej naznaczające to pierwszy krok w kierunku autonomii osób stygmatyzowanych, a równocześnie zaproszenie dla reszty świata, aby zweryfikowała swoje stereotypy. Interwencja lingwistyczna ma wymiar nie tylko poznawczy (jaki mają kampanie edukacyjne) ale poprzez kwestionowanie stygmatyzujących postaw wzbudza o wiele więcej emocji, takich jak konstruktywne poczucie winy, co może dać pozytywny efekt i sprzyjać zmianie postaw. Haghighat (2001) wskazuje także na konieczność interwencji intelektualnej i kulturowej. Odwołując się do ewolucyjnych korzeni stygmatyzacji i założenia, że podstawę stygmatyzacji stanowi dążenie do własnego interesu, autor stwierdza równocześnie, że nie oznacza to wcale, iż człowiek nie może używać osądu lub moralności, aby zdecydować, co jest dobre dla ludzi. Rozwijając tę myśl, zwraca uwagę, że ludzie są względnie uwolnieni od hegemonii genów, a nawet, że dzięki ewolucji otrzymują coraz więcej przestrzeni, opcji i alternatyw w wyborze własnego zachowania i przeznaczenia. To wybór ideologii decyduje o tym, co zrobimy z naszą wolnością. Tu właśnie jest miejsce na interwencję intelektualną i kulturową. Kultura może tworzyć środowiska promujące współdziałanie, współzależność, współistnienie oraz współpracę, przyczyniając się tym samym do destygmatyzacji.

Strategie przeciwdziałania piętnu

W odniesieniu do konkretnych strategii przeciwdziałaniu piętnu warto przywołać najbardziej rozpowszechnione ujęcie postulowane przez Corrigan i współpracowników (Corrigan i in., 2001).

Na podstawie przeglądu badań behawioralnych, które odnoszą się do możliwych zmian społecznych dotyczących piętna wyróżniono trzy podstawowe możliwości przeciwdziałania stygmatyzacji: **protest, edukację i kontakt**. Wszystkie one mają na celu przeciwstawienie się wrogiemu, nieprawdziwemu i krzywdzącemu przedstawianiu choroby psychicznej poprzez zaprzestanie rozpowszechniania stygmatyzujących treści oraz zmianę postaw i przekonań społeczeństwa.

- Protest

Najbardziej medialnymi i znanymi przykładami protestu z ostatnich lat są Marsze Po Godność, inaczej nazwane Marszem Żółtej Wstążki. Marsze te odbywają się w Polsce od roku 2017 jako wydarzenie powiązane z Kongresem Zdrowia Psychicznego – oddolnego ruchu, tworzonego wolontaryjnie przez osoby z doświadczeniem kryzysów psychicznych, ich bliskich wraz z profesjonalistami. Jest to okazja, aby zmanifestować swoją solidarność z osobami chorującymi psychicznie, wyrazić swoje zdanie, ale przede wszystkim, zaprotestować przeciwko obecnej sytuacji dramatycznego stanu psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce i tym samym postulować realizację niezbędnej i systemowej reformy poprzez wdrożenie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP).

Innym przykładem protestu może być przesłanie przez Porozumienie na Rzecz Realizacji NPOZP listu do mediów przeciwko stygmatyzacji osób chorujących psychicznie. List dotyczył przekazu utrwalonego w takich serialach jak „M jak miłość” (odcinek 1151) oraz „Ojciec

Mateusz” (odcinek 181), który budował fałszywy obraz osoby chorującej psychicznie, bazujący na społecznych lękach i stereotypach dotyczących zaburzeń psychicznych.

Działania protestacyjne są podejmowane także na mniejszą skalę przez grupę najbardziej zainteresowanych. Przykładem może być działanie, w którym czołowe organizacje skupiające pacjentów (ruch Akademia Liderów Cogito, Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”, eKropka) wyraziły protest przeciwko dyskredytowaniu przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne roli asystentów zdrowienia i piętnującemu założeniu, że na skutek doświadczeń związanych z kryzysem psychicznym są oni mniej wiarygodnymi czy mniej kompetentnymi pracownikami, wymagającymi szczególnego nadzoru.

Protest jest strategią najczęściej stosowaną w przestrzeni publicznej, kiedy stygmatyzujące treści pojawiają się w postawach publicznych, doniesieniach medialnych, filmach, programach informacyjnych czy reklamach. Protest może przyjmować takie formy jak: apele, publiczne wystąpienia, listy lub telefony do osób i instytucji, które powielają negatywne stereotypy, marsze protestacyjne lub bojkot produktów firm wykorzystujących do swojej reklamy negatywne przekazy na temat dyskryminowanej grupy (Świtaj i in., 2019).

Niezależnie od formy, jaką przyjmie protest, jego strategia ma za zadanie ukazać niesprawiedliwość konkretnych stygmatów i prowadzić do moralnego apelu, aby zaprzestano tego krzywdzącego myślenia. (Corrigan & Matthews, 2003). Badania z zakresu psychologii społecznej wykazały, że protest prowadzi do tłumienia stereotypowych myśli i dyskryminujących zachowań. Wiąże się to jednak z dwójakiego rodzaju konsekwencjami. Ponieważ tłumienie wymaga dużego wysiłku i uwagi, trudniej jest przyswoić nowe informacje zastępujące stereotyp. Ponadto, zaobserwowano efekt odbicia w tłumieniu stereotypów związanych z grupami mniejszościowymi, tzn. po pewnym czasie po stłumieniu wraca więcej stygmatyzujących myśli. Niemniej dzięki protestom, które ograniczają stygmatyzujące zachowania społeczne poprawia się jakość życia osób z chorobami psychicznymi (Rüsch i in., 2005).

- Edukacja

Jako narzędzia edukacyjne wykorzystuje się np. książki, filmy, ulotki a także seminaria, konferencje, wykłady czy też kursy skierowane do różnych grup społecznych (Rüsch i in., 2005).

Edukacja ma za zadanie przedstawić rzetelne informacje na temat chorób psychicznych tak, by społeczeństwo mogło podejmować bardziej świadome decyzje z nimi związane (Corrigan & Lundin, 2001).

Podejmowane dotychczas kampanie edukacyjne często koncentrowały się na tym, by zastąpić nacechowane negatywnie mity (np. związane z przedstawianiem osób chorujących psychicznie jako agresywnych i niebezpiecznych) faktami, które je podważały (np. ludzie z chorobami psychicznymi przeciętnie nie są bardziej niebezpieczni niż reszta populacji) (Corrigan & Matthews, 2003). W Polsce najbardziej rozpowszechnionym przykładem szeroko zakrojonej

kampanii edukacyjnej jest realizowana od września 2000 roku kampania „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi” mająca na celu przeciwdziałanie napiętnowaniu i dyskryminacji osób chorujących na schizofrenię. W ramach tego programu od początku dbano o to, aby relacje pomiędzy pacjentami a profesjonalistami bliskie były idei współpracy i współdziałania celem uniknięcia wrogich konfrontacji, oskarżeń i negowania instytucji psychiatrycznych, co mogłoby skutkować odrzuceniem pomocy i leczenia (Cechnicki, 2004).

Program „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi” rozpoczął się w 1996 roku na Światowym Zjeździe Psychiatrycznym w Madrycie, a pierwszy program pilotażowy zainicjowano w stanie Alberta w Kanadzie. Bezpośrednim celem programu jest przeciwstawianie się stygmatyzacji poprzez edukację wielu grup społecznych – uczniów, kleryków, pacjentów i ich rodzin, psychiatrów i lekarzy rodzinnych. Badania sugerują, że bycie odbiorcą działań edukacyjnych dotyczących problematyki zdrowia psychicznego zmniejszało stygmatyzujące postawy wśród różnych grup (np. funkcjonariuszy policji, pracowników przemysłowych i rządowych, uczniów szkół średnich). Równocześnie bardziej szczegółowe analizy i wnioski z badań prowadzą do konkluzji, że kampanie edukacyjne trafiają najczęściej do osób, które już wcześniej zgadzały się z ich przesłaniem (Rüsch i in., 2005). Jest to więc przekonywanie już przekonanych. Ważna jest także treść programów edukacyjnych. Przekazy podkreślające neurobiologiczne modele chorób psychicznych wskazujące np. na biologiczną genezę schizofrenii, które z założenia mają na celu odbarczenie chorujących, zmniejszenie wstydu i poczucia winy często ze względu na swoje uproszczenie prowadzą do ostrzejszego zachowania wobec osób chorujących psychicznie. W konsekwencji, są oni odbierani jako jeszcze bardziej inni — „niemal jak inny gatunek” (Corrigan & Lundin, 2001).

- Kontakt

Badania potwierdziły odwrotną zależność pomiędzy kontaktem z osobą chorującą psychicznie a stygmatyzującymi postawami. Wykazano, że możliwość spotkania osób z poważnymi chorobami psychicznymi może skutecznie zredukować dotykające ich piętno (Corrigan & Lundin, 2001).

Strategia przeciwdziałania piętnu, nazwana kontaktem obejmuje takie sytuacje, jak np. bycie sąsiadem czy współpracownikiem osoby cierpiącej na chorobę psychiczną.

Niekoniecznie musimy wchodzić w bliskie relacje z tymi osobami. Sam fakt, że wiemy o ich chorobie, a równocześnie występują w naszym otoczeniu w innej roli niż pacjent/osoba chora, czyli np. w roli sąsiada lub współpracownika jest działaniem przeciwdziałającym piętnu.

Skuteczność kontaktu wynika ze zmiany stygmatyzujących struktur wiedzy. Po kontakcie, naturalny stereotyp danej osoby dotyczący grupy mniejszościowej może zostać zastąpiony innym, bardziej pozytywnym obrazem tej grupy. Przykładem może być odrzucenie stereotypu osoby chorującej psychicznie jako niebezpiecznej lub niekompetentnej na skutek doświadczenia pracy z taką osobą, np. na równorzędnych stanowiskach (Rüsch i in., 2005).

Najbardziej obiecującą drogą wydaje się być kontakt połączony z edukacją. Przedstawiciele ogółu społeczeństwa, którzy mają kontakt z osobą chorującą psychicznie w ramach konkretnych programów przeciwdziałania stygmatyzacji, wykazują znaczące zmiany w swoich postawach. Co więcej, zmiana postawy wynikająca z kontaktu utrzymuje się w czasie i prowadzi do reorientacji (Corrigan & Matthews, 2003). Takie działania edukacyjne z wykorzystaniem kontaktu nazywane metodą „przekazywania wiedzy z pierwszej ręki” prowadzi od początku swojej działalności, czyli od ponad 20 lat krakowskie Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”, które powstało na kanwie kampanii „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi”. Członkowie tego Stowarzyszenia – eksperci przez doświadczenie dają świadectwo, że możliwe jest wyzdrowienie z choroby psychicznej i satysfakcjonujące życie pomimo jej doświadczenia. Kierują swój edukacyjny przekaz do innych osób chorujących psychicznie, niosąc przesłanie nadziei (Cechnicki, 2009) a także do otoczenia osób chorujących psychicznie (rodzin, lekarzy, psychologów, pielęgniarek, pracowników socjalnych, księży, studentów kierunków medycznych i społecznych, pracodawców, przedstawicieli władz rządowych i samorządowych, dziennikarzy). Misją Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi” są działania zmierzające do tego, by zredukować piętno wobec osób chorujących psychicznie, zwiększać świadomość ich praw i możliwości, a także, by wzmacniać osoby chorujące psychicznie jako samorzeczników.

Skuteczność działań edukacyjnych prowadzonych przez Stowarzyszenie była badana zarówno poprzez wewnętrzne jak i zewnętrzne opracowania. Wewnętrzne opracowania wskazywały, m.in., że odbiorcy szkoleń po spotkaniach lepiej rozumieją problem, a szkolenie pozwala im lepiej zrozumieć osoby chorujące psychicznie. Równocześnie podkreślali oni wartość szczerości, autentyczności i bezpośredniości wypowiedzi osób prowadzących zajęcia. Większość z nich doceniła wartość bezpośredniego kontaktu z osobami po kryzysach psychicznych i uznała to za najważniejsze doświadczenie wyniesione ze spotkania (Liberadzka, 2008).

Badania z udziałem członków Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi” dotyczące wpływu osobistego kontaktu na zmianę postaw względem osób chorujących psychicznie pokazały, że osobisty kontakt z osobami chorującymi psychicznie ma pozytywny wpływ na postawy względem tej grupy: zmniejsza poziom stygmatyzujących przekonań, powoduje wzrost empatii, a także zwiększa stopień przypisywanego człowieczeństwa osobom chorującym. Wyniki badania potwierdzają, że metoda kontaktu spersonalizowanego to skuteczne narzędzie przeciwdziałania stygmatyzacji osób chorujących psychicznie (Górniak, 2010). Podobne badania były prowadzone także w innych miejscach (Świtaj i in., 2019) a uzyskane wyniki przemawiają za skutecznością szkoleń antystygmatyzacyjnych prowadzonych przez osoby z doświadczeniem choroby psychicznej i potwierdzają skuteczność znanej z literatury interwencji łączącej elementy edukacji i kontaktu interpersonalnego.

Połączenie edukacji z kontaktem jest również nazywane edukacją społeczną i, jak zaznacza Kaszyński (2013), nawiązują one do tradycji krakowskiej psychiatrii i do postaci wybitnego psychiatry i humanisty Antoniego Kępińskiego, który zawsze podkreślał poznawczą wartość bezpośredniego kontaktu z chorym. Kaszyński pisze: „Pomimo niebezpieczeństwa uprzedmiotowienia chorego ta forma edukacji musi trwać nadal, ponieważ jest najlepszym

sposobem, aby nauczyć się słuchać. Bezpośredni kontakt z osobą niepełnosprawną ma szczególną wartość, jest wiarygodną opowieścią oraz źródłem, z którego czerpiemy zrozumienie cierpienia i potrzeb związanych z chorobą” (2013, s. 78).

Sposoby radzenia sobie z piętnem stosowane przez osoby chorujące psychicznie

Równie istotne jak przeciwstawianie się piętnu, jest poradzenie sobie przez osoby chorujące psychicznie z naznaczeniem, autostygmatyzacją oraz zrozumieniem, co one znaczą i jaki mają na nich wpływ.

Twórca teorii piętna Erving Goffman rozważa, co dla nosicieli piętna oznacza przystosowanie do grupy oraz przystosowanie poza grupą. Odwołuje się przy tym do tożsamości ego, czyli do subiektywnego znaczenia własnej sytuacji jednostki oraz jej ciągłości i charakteru. Największa sprzeczność, jakiej doświadcza nosiciel piętna, dotyczy tego, że jednostka z piętnem definiuje siebie jako osobę nieróżniącą się od żadnej innej istoty ludzkiej, podczas gdy jednocześnie ona sama i otaczający ją ludzie definiują ją jako kogoś odmiennego. Próbując tę sprzeczność rozwiązać, nosiciel piętna stara się przyjąć jakąś ideologię, która nada sens jego sytuacji. Rozwiązaniem może być któryś z kodeksów postępowania, narzucanych zarówno przez członków grupy jak i profesjonalistów i dotyczących tego, jak funkcjonować wewnątrz grupy, jak i poza grupą, tzn. określania jak powinno się zachowywać względem osób, które noszą to samo piętno, jak i względem tzw. normalsów. Każdy z tych kodeksów sugeruje, że jeśli przyjmie się właśnie tę linię postępowania, wówczas pozostanie się w zgodzie ze sobą i stanie się pełnowartościowym człowiekiem.

W rzeczywistości sprzeczność dotycząca identyfikacji z grupą nosicieli piętna i normalsów wydaje się nierozwiązywalna. Nie da się żyć tak bardzo jak to możliwe, „jak wszyscy” i równocześnie być akceptowanym „za to, kim naprawdę [się] jest” (Goffman, 2005). Niezależnie od tej smutnej konkluzji oraz w związku z obciążeniem, jakie niesie piętno warto podejmować próby jego przeciwdziałania.

Shih (2004) opisuje trzy procesy, które wykorzystują stygmatyzowane osoby, aby radzić sobie z uprzedzeniami i dyskryminacją: kompensację, strategiczną interpretację środowiska społecznego oraz skupienie się na wielu tożsamościach.

Aby zrekompensować piętno stygmatyzowane osoby rozwijają umiejętności, które pomagają im osiągnąć swoje cele i przezwyciężyć negatywne konsekwencje piętna. W tym celu używają różnych strategii kompensacyjnych, np. starają się być bardziej wytrwałe i asertywne albo doskonala swoje umiejętności społeczne, bacznie je też monitorują. Inną strategią kompensacyjną jest niepotwierdzanie stereotypów czy dewaluowanie wymiarów, w których same są w niekorzystnej sytuacji a docenianie tych wymiarów, w których inne grupy są w niekorzystnej sytuacji.

Strategiczna interpretacja środowiska społecznego, która ma na celu chronić poczucie własnej wartości osoby stygmatyzowanej odnosi się do selektywnych porównań społecznych oraz

atrybucji. Osoby stygmatyzowane nie porównują samych siebie do członków grupy uprzywilejowanej, ale do członków grupy własnej, na tle których niejednokrotnie wypadają korzystniej. Osoby stygmatyzowane manipulują także rodzajem atrybucji, którą podejmują, aby wyjaśnić wydarzenia społeczne, zwłaszcza poprzez uzasadnianie niepowodzeń społecznych przynależnością do stygmatyzowanej grupy. Przeniesienie odpowiedzialności za niepożądany wynik na innych chroni ich poczucie własnej wartości. W tym celu mogą stosować także odmienną strategię polegającą na zaprzeczaniu lub minimalizowaniu uprzedzeń i dyskryminacji. Jednostki konsekwentnie postrzegają, że ich grupa jest dyskryminowana w znacznie większym stopniu niż oni sami, co pomaga im w zaprzeczaniu postrzegania siebie jako ofiary. Aby chronić się przed stygmatyzacją, osoby stygmatyzowane mogą także czerpać ze swoich alternatywnych tożsamości, czyli odwoływać się do różnych ról społecznych, które pełnią. Możliwość zmiany tożsamości i niedefiniowania siebie poprzez stygmatyzowaną tożsamość chroni ich dobrostan psychiczny. W zależności od sytuacji jednostki spontanicznie zmieniają swoje orientacje tożsamościowe, na takie, które są najbardziej adaptacyjne (Shih, 2004).

Niektórzy autorzy podkreślają, że osoby chorujące mogą także wypracować i skutecznie stosować własne strategie radzenia sobie z piętnem. Jedną z nich jest, podobnie jak w przypadku walki z piętnem poprzez edukację skierowanej do szerszego społeczeństwa, konfrontowanie stereotypów z rzetelnymi faktami popartymi badaniami naukowymi. Jak już podkreślono wcześniej, szczególnie obiecujące wydaje się być edukowanie chorujących przez osoby z tej samej grupy, którym udało się problem autostygmatyzacji pokonać. Niezmiernie ważne są także samopomoc i koleżeńskie wsparcie (*peer-support*). Inna możliwa strategia opierająca się na założeniu, że samonapiętnowanie to zestaw nieracjonalnych przekonań na swój temat w związku z przynależnością do grupy stygmatyzowanej polega na opanowaniu prostych, wywodzących się z koncepcji poznawczych technik powstrzymywania i kontrolowania raniących przekonań na swój temat (Świtaj i in., 2019).

Ujawnianie

Ważną kwestią związaną z autostygmatyzacją jest kontrola nad ujawnianiem informacji o swojej chorobie. Już Goffman odnosił się do tej kwestii, stawiając te pytania, które stawia sobie każda osoba chorująca psychicznie: „Ujawnić czy nie ujawnić? Powiedzieć czy nie powiedzieć? Zdradzić się czy nie? Kłamać czy nie kłamać? I w każdej z takich sytuacji pojawiają się pytania: komu, jak, kiedy i gdzie” (Goffman, 2005, s. 78).

Jak piszą liczni autorzy (Rüsch i in., 2005) ujawnienie choroby psychicznej może zarówno przynieść korzyści, jak również może wiązać się z kosztami. To, czy dana osoba zdecyduje się na ujawnienie informacji, zależy między innymi od kontekstu i jej poczucia tożsamości.

Wśród potencjalnych korzyści wynikających z ujawnienia wymienia się między innymi: dobre samopoczucie psychiczne, zwiększoną samoocenę, zmniejszenie stresu, zmniejszenie ryzykownych zachowań, ułatwienie relacji interpersonalnych czy zwiększenie powiązań z

kluczowymi instytucjami, takimi jak praca.

Możliwe koszty, jakie może ponieść osoba ujawniająca się to doświadczenie przemocy, która wobec osób chorujących psychicznie przybiera obecnie bardziej subtelną i mniej oczywistą formę niż w przypadku innych grup dyskryminowanych, jak np. przepisywanie obligatoryjnych metod leczenia, takich jak przymusowe zobowiązania i leczenie farmakologiczne. Tu warto wspomnieć, że jeszcze w nie tak odległej przeszłości, w czasie II wojny światowej, dokonywano eksterminacji osób chorujących psychicznie poprzez podanie śmiertelnej dawki morfiny, a później w komorach gazowych. Program ten nazwano kryptonimem T4, od adresu placówki, która kierowała akcją. Zagłada osób chorujących psychicznie była początkiem masowego ludobójstwa (Liberadzka, 2011).

Inne możliwe koszty, które współcześnie ponoszą osoby chorujące psychicznie wynikające z ujawnienia się to społeczne unikanie czy społeczna dezaprobata (Corrigan & Matthews, 2003). Bilans kosztów i korzyści pokazuje, że każde ujawnienie osoby chorującej psychicznie przynosi korzyści dla całej społeczności osób stygmatyzowanych. Jednak ujawnienie się ma mniej przejrzysty wpływ na konkretną osobę. Nie da się przewidzieć, w jaki sposób koszty i korzyści wpłyną na życie i dalsze jej losy. W związku z tym, nikt nie ma prawa decydować czy dana osoba powinna się ujawnić czy nie. Decyzja ta powinna należeć do jednostki, która rozważając wady i zalety postanowi, czy się ujawni, kiedy i w jakim zakresie (Corrigan & Matthews, 2003).

Sposoby ujawniania się

Zostało zidentyfikowanych kilka konkretnych sposobów, w jakie jednostka może ujawnić swój fakt chorowania. Najbardziej ekstremalny poziom to pozostawanie w ukryciu poprzez unikanie kontaktów społecznych oraz wszelkich możliwych sytuacji, w których inni mogliby dowiedzieć się o jej chorobie psychicznej. Niektóre osoby podejmują inną decyzję: nie unikają kontaktów społecznych, ale pozostawiają fakt zachorowania w całkowitej tajemnicy. Inny sposób to ujawnianie selektywne, które sprowadza się do tego, że niektórym osobom bądź grupom przekazuje się informacje, a innym, bądź grupom nie. Ten sposób przynosi potencjalne korzyści, jak np. zwiększenie liczby osób, które rozumieją i wspierają, nadal jednak istnieje tajemnica, która może stanowić źródło wstydu. Inna opcja to bezkrytyczne ujawnianie, czyli porzucenie tajemnicy. Osoby, które wybierają to rozwiązanie podejmują decyzję o zignorowaniu wszelkich negatywnych konsekwencji tego, że inni dowiedzą się o ich chorobie psychicznej. Nie podejmują żadnych aktywnych wysiłków, aby ukryć swoją historię i doświadczenia związane ze zdrowiem psychicznym, jest im obojętne kto i kiedy o nich się dowie. Istnieje także możliwość wybrania drogi polegającej na rozgłaszaniu swoich doświadczeń, co jest równoznaczne z edukowaniem społeczeństwa na temat chorób psychicznych. Rozgłaszanie ma dodatkowe korzyści w porównaniu z bezkrytycznym ujawnianiem, a mianowicie wzmacnia poczucie władzy nad doświadczeniem choroby psychicznej i stygmatyzacji (Corrigan & Matthews, 2003).

W szczególnej sytuacji znajdują się tutaj asystenci zdrowienia. Asystent zdrowienia to osoba z doświadczeniem choroby psychicznej, która wchodzi do zespołu terapeutycznego na równych prawach, staje się jego członkiem i pracuje z innymi osobami chorującymi psychicznie. Pełni rolę pośrednika, pomostu pomiędzy osobami chorującymi psychicznie – uczestnikami poszczególnych placówek a terapeutami – personelem pracującym w tych placówkach. Bazuje on na swoim przepracowanym doświadczeniu choroby psychicznej, dzieli się nim z podopiecznymi, wspiera ich oraz towarzyszy im w ich drodze do zdrowienia. Ta sytuacja jest dużą szansą dla osób chorujących psychicznie, z jednej strony na aktywizację zawodową i pracę, w której doświadczenie choroby jest ich atutem, a nie przeszkodą, a z drugiej strony, sprzyja na wiele sposobów walce z piętnem: poprawia wizerunek osób chorujących psychicznie jako samodzielnych, kompetentnych pracowników, pomagających innym, pełniących ważną i cioną społecznie rolę. Kwalifikacja zawodowa asystenta zdrowienia wymaga ujawnienia się. Coraz więcej osób na to się decyduje i ujawnia fakt swojej choroby psychicznej nie tylko w sytuacjach, których wymaga praca zawodowa w charakterze asystenta zdrowienia, ale także w szerszej przestrzeni publicznej.

Upodmiotowienie (empowerment)

Tym, co może zrobić otoczenie osób chorujących psychicznie, w tym praktycy, by móc skutecznie walczyć z piętnem i rzeczywiście pomagać osobom chorującym psychicznie jest wprowadzanie w życie filozofii upodmiotowienia (empowerment).

Empowerment to koncepcja, której korzeni należy szukać w psychologii społeczności i modelu prewencyjnym. Podkreśla ona rangę uczestnictwa jednostek we wszystkich interwencjach, które mają na nią bezpośredni wpływ. Jest to zgodne z założeniami ruchu normalizacji, który zauważył potrzebę zmian w traktowaniu pacjentów. Ruch ten podkreślił prawo osoby chorującej psychicznie do obecności w społeczności, rozwoju osobistego, bycia traktowanym z godnością i szacunkiem, możliwości dokonywania wyborów, budowania znaczących relacji i wnoszenia znaczącego wkładu w społeczność.

W ostatnich latach daje się zauważyć pozytywną stopniową zmianę w traktowaniu pacjentów. Coraz rzadziej stosuje się podejścia segregacyjne i programowe, które zastępowane są przez podejścia zindywidualizowane i oparte na wyborze jednostki (Cechnicki, 2012). Coraz mniejszy nacisk jest kładziony na indywidualne ograniczenia, uwaga jest raczej zwracana na szerszą perspektywę ograniczeń środowiskowych. Obserwuje się trend odchodzenia od naprawy indywidualnych deficytów skupienie się na zdolnościach, mocnych stronach i adaptacjach środowiskowych, które umożliwiają uczestnictwo w regularnym życiu społeczności. Dużą wagę przywiązuje się także do roli naturalnych i nieformalnych sieci wsparcia. Równocześnie rozwijają się ruchy samopomocowe. Rozwój usługi zatrudnienia wspieranego pokazuje, jak duże znaczenie społeczne przypisuje się pracy a przede wszystkim jej kluczowej roli, jaką jest łączenie ludzi z sieciami społecznymi i społecznością jako całością.

Dobre praktyki

W Polsce działają organizacje, których misją i założeniem jest działalność przeciwko stygmatyzacji osób chorujących psychicznie. Taką organizacją jest na przykład Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”. To jedyna organizacja w Polsce, której członkami są jedynie osoby z doświadczeniem choroby psychicznej. Najważniejszymi celami określonymi w statucie Stowarzyszenia są: działalność na rzecz osób niepełnosprawnych chorujących psychicznie, działalność przeciw stygmatyzacji osób chorujących psychicznie, działalność edukacyjna w środowisku pacjentów, ich rodzin i w społecznościach lokalnych, podnoszenie świadomości społecznej w zakresie problemów zdrowia psychicznego, wymiana informacji pomiędzy osobami i instytucjami zajmującymi się ochroną zdrowia psychicznego. Stowarzyszenie działa głównie w obszarze edukacji społecznej. Członkami są osoby, które doświadczyły choroby psychicznej, którym udało się tę chorobę pokonać, przekuć doświadczenie choroby psychicznej w wartość. Swój doświadczeniem zdrowienia dzielą się z innymi.

Ta działalność edukacyjna towarzyszy Stowarzyszeniu od samego początku. Najpierw miała charakter mało formalny – członkowie byli zapraszani przez zaprzyjaźnionych lekarzy psychiatrów do szpitali i tam opowiadali o tym, jak sami chorowali, co im pomogło w zdrowieniu. Stopniowo okazało się, że zapotrzebowanie na tego rodzaju edukację jest bardzo duże. Najważniejszą grupą odbiorców były inne osoby chorujące psychicznie. W miarę rozwoju organizacji włączano w edukację inne grupy społeczne: studentów kierunków społecznych oraz medycznych – jako przyszłych profesjonalistów, którzy w przyszłości na swojej ścieżce zawodowej napotkają osoby chorujące psychicznie (dziś stanowią oni kluczową grupę odbiorców). Założeniem tego typu spotkań jest, aby przyszli profesjonaliści już podczas studiów spotkali nie tylko osoby w ciężkim stanie, w okresie emisji choroby podczas pobytu w szpitalu psychiatrycznym, ale także by poznali tę drugą stronę – to, że z choroby się zdrowieje, że można prowadzić satysfakcjonujące życie pomimo doświadczenia choroby, że można założyć rodzinę, skończyć studia, pracować. Inne grupy to: rodziny osób chorujących psychicznie, pracownicy MOPS i GOPS, lekarze, księża, klerycy, dziennikarze. Szacunki wskazują, że od roku 2003 liczba odbiorców to kilkanaście tysięcy osób. Edukacja społeczna prowadzona jest na zasadzie przekazywania wiedzy z pierwszej ręki – czyli dzielenia się osobistymi świadectwami zdrowienia i wychodzenia z choroby. Działalność edukacyjna prowadzona jest w sposób ciągły, jednakże intensyfikowana jest w przypadku uzyskania dofinansowania.

Inne ważne obszary działalności Stowarzyszenia to wydawanie czasopisma „Dla Nas”. Jest to czasopismo Środowisk Działających na Rzecz Osób Chorujących Psychicznie i wydawane jest nieprzerwanie od 2003 roku i liczące 61 numerów. Stanowi przestrzeń do podejmowania ważnych tematów związanych z niepełnosprawnością z powodu choroby psychicznej. Redakcja podejmuje działania, aby w czasopiśmie wybrzmiał trójgłos: osób chorujących psychicznie, profesjonalistów (tj. lekarzy psychiatrów, psychologów, pracowników socjalnych, pielęgniarek psychiatrycznych) oraz członków rodzin. Obecnie czasopismo jest dystrybuowane we wszystkich województwach. Ponadto członkowie Stowarzyszenia mają swoje publikacje w innych czasopismach, w tym naukowych tj. „Postęпах Psychiatrii i Neurologii”, „Psychoterapii”, „Medycynie po dyplomie”, „Dialogu” – Zeszytach Polsko-Niemieckiego

Towarzystwa Zdrowia Psychicznego a także w raporcie Rzecznika Praw Obywatelskich: „Ochrona Zdrowia Psychicznego w Polsce – wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki”.

Dodatkowym nurtem działań Stowarzyszenia jest działalność badawcza. Pierwszym krokiem w tym kierunku było badanie barier w zatrudnieniu osób chorujących psychicznie. Wyniki tych badań zostały opracowane i opublikowane w pracy: „O barierach w zatrudnieniu i pracy – perspektywa beneficjentów” (Cechnicki i in. 2009). Ważnym badaniem, w które zaangażowało się więcej osób ze Stowarzyszenia było badanie potrzeb osób chorujących psychicznie w Małopolsce. Badanie to było przeprowadzone w latach 2014–2015. Członkowie Stowarzyszenia jeździli wówczas po Małopolsce i przeprowadzali badania metodą wywiadu zogniskowanego, pytając o potrzeby osób chorujących psychicznie. Wszystkie badania były nagrywane na dyktafon, spisywane i powstał z nich raport pt. „Potrzeby osób chorujących psychicznie w Małopolsce – raport z badań” (Liberadzka & Kurbiel, 2015).

Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi” było inicjatorem ruchu pod nazwą Akademia Liderów Cogito. Przez wiele lat Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi” było jedynym w Polsce środowiskiem zrzeszającym osoby chorujące psychicznie, jednak od 2010 roku zaczęły stopniowo pojawiać się i działać inne podobne środowiska w Polsce, m.in. w Warszawie, Katowicach, Wrocławiu i Lublinie. Z inicjatywy Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi” powstała grupa liderów tych organizacji, która od 2016 roku regularnie się spotyka i wspólnie pracuje. Najaktywniejsze osoby ze Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi” są uczestnikami tego ruchu. Akademię Liderów Cogito powstałą z inicjatywy Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi” w ciągu ostatnich 5 lat tworzyli przedstawiciele następujących instytucji działających na rzecz osób chorujących psychicznie: Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi” z Krakowa, Lubelskiego Stowarzyszenia JESTEŚMY z Lublina, Fundacji eKropka z Warszawy, nieformalnej grupy „Wolni Razem” z Warszawy, Fundacji Wspierania Rozwoju Psychiatrii Środowiskowej z Warszawy, Fundacji Polski Instytut Otwartego Dialogu z Wrocławia a ponadto przedstawiciele różnych środowisk m.in. ze Śląska, z Pomorza – niezrzeszeni w konkretnych organizacjach, ale bardzo mocno zaangażowani w swoich lokalnych społecznościach. Akademia Liderów Cogito to ruch osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, które działają na rzecz poprawy losu osób chorujących psychicznie w Polsce. Jest to także rodzaj platformy wymiany wiedzy i doświadczeń, miejsce, gdzie spotkać się mogą najaktywniejsi, najbardziej zaangażowani liderzy osób chorujących psychicznie.

W roku 2020 Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi” stworzyło swój pierwszy krakowski pilotażowy kurs asystenta zdrowienia. Wcześniej (w 2019 roku) członkowie Stowarzyszenia przeprowadzili badania potrzeb i oczekiwań zarówno wśród osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, jak i członków zespołów terapeutycznych. Zręb programowy kursu wypracowali na wspólnym wyjeździe szkoleniowym w Szczawnicy, w którym wzięli udział przyszli trenerzy – byli to zarówno profesjonalści, jak i osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego. Wtedy też zapadło postanowienie, że całe szkolenie będzie odbywać się właśnie w takich parach: psycholog i ekspert przez doświadczenie. Ta zasada do dziś jest przestrzegana. Kurs składa się z 11 modułów (Integracja i komunikacja 1, Komunikacja 2, Zniekształcenia poznawcze, Etyka, Wiedza o chorobie, Współpraca 1 i 2, Zdrowienie, Wgląd i stereotypy, Samorzecznictwo, Podsumowanie.) Do tej pory członkowie Stowarzyszenia we współpracy z profesjonalistami

przeprowadzili 9 edycji kursu przygotowujących osoby chorujące psychicznie do pełnienia roli asystenta zdrowienia. Obecnie prowadzona jest 10 i 11 edycja kursu. Kursy te prowadzone były we współpracy ze Stowarzyszeniem na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej a także z Krakowskim Centrum Edukacyjnym Cogito. Ponadto niektórzy członkowie Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi” wielokrotnie brali udział w konferencjach krajowych i zagranicznych, między innymi w organizowanym rokrocznie Forum Psychiatrii Środowiskowej, w sympojach Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego, a także konferencjach ENMESH. W 2016 roku Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi” podpisało konsorcjum o współpracy pomiędzy: Stowarzyszeniem „Otwórzcie Drzwi”, Stowarzyszeniem na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, Stowarzyszeniem Rodzin „Zdrowie Psychiczne”, Szpitalem Uniwersyteckim w Krakowie i Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, w ramach którego podejmowane są wspólne działania i inicjatywy. Przedstawiciele Stowarzyszenia są członkami i pracują na rzecz poprawy sytuacji osób chorujących w: Radzie Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta, Zespole do spraw pilotażu programu psychiatrii środowiskowej w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego przy Ministerstwie Zdrowia i w Radzie do spraw Zdrowia Psychicznego przy Ministerstwie Zdrowia. Innym przykładem organizacji aktywnie działającej w Polsce na rzecz zwalczania piętna jest Fundacja eKropka. Efektem działań organizacji jest mural solidarności z osobami doświadczającymi kryzysów psychicznych, który powstał pod wiaduktem przy Dworcu Gdańskim w Warszawie. Mural a także dokumentacja procesu jego tworzenia są elementami edukacyjnej kampanii społecznej na rzecz dbania o zdrowie psychiczne, w którym oprócz artysty – Dariusza Paczkowskiego (aktywisty i twórcy murali) biorą udział osoby, które muralowi użyczają swych twarzy oraz wolontariuszki i wolontariusze, a przede wszystkim osoby, które same doświadczyły bądź doświadczają kryzysu związanego ze zdrowiem psychicznym. Bez wątpienia najważniejszym działaniem Fundacji eKropka jest organizowanie Kongresów Zdrowia Psychicznego. 8 maja 2017 roku eKropka, we współpracy z Porozumieniem na rzecz Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego oraz Sekcją Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, a także z Biurem Polityki Zdrowotnej Urzędu Miasta Stołecznego Warszawy i Instytutem Psychiatrii i Neurologii zorganizowała Pierwszy Kongres Zdrowia Psychicznego. Było to ogólnopolskie wydarzenie integrujące różne środowiska zainteresowane zaburzeniami psychicznymi: organizacje samopomocowe, profesjonalistów, pacjentów i ich rodzin i pracodawców, w porozumieniu z samorządowcami. Kongres został zorganizowany, aby zwrócić uwagi na zaniedbaną opiekę psychiatryczną. Celem było wywarcie presji na decydentów, zmobilizowanie do działania – wprowadzania postulowanych zmian. Kongres zgromadził ponad 900 osób i odniósł sukces – przyspieszył prace nad pilotażem reformy opieki psychiatrycznej, w efekcie od października 2018 roku ruszyło 27 Centrów Zdrowia Psychicznego w całej Polsce. 19 maja 2018 r. odbył się Marsz Żółtej Wstążki – w rok po pierwszym kongresie ulicami miasta Warszawy i innych miast w Polsce przeszły Marsze Żółtej Wstążki – aby przypomnieć o potrzebie reformy opieki psychiatrycznej i o obecności w przestrzeni publicznej osób po kryzysach zdrowia psychicznego, niesłusznie dyskryminowanych. Od tego czasu

Marsze Żółtej Wstążki – Marsze po Godność odbywają się w całej Polsce co rok. Inne działania antystygmatyzacyjne Fundacji eKropka to: warsztaty „Razem wbrew stereotypom”, prowadzenie pierwszej w Polsce poradni u asystentów zdrowienia czy włączenie się w akcję #PoGodny Szlak.

Przykładem dobrych praktyk kampanii antystygmatyzacyjnych mających zredukować piętno jest wiele. Niewątpliwie zaszczytne miejsce zajmuje tu pierwsza duża kampania „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi”, która wyniknęła z przekonania, że postępowi medycyny musi towarzyszyć zmiana postrzegania i odbioru społecznego schizofrenii. Jest to niezwykle istotne także z punktu widzenia powodzenia leczenia – jest ono skuteczniejsze, kiedy napotyka na przyjazny odbiór. Światowy Program „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi”, realizowany jest na świecie od 1996 r. przez Światowe Towarzystwo Psychiatryczne (WPA), a w Polsce od 1999 r. przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Jego zadaniem jest przeciwdziałanie dyskryminacji osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego. Cele, jakie sobie program stawia to wzrost otwartości i akceptacji wobec osób chorujących na schizofrenię w społeczeństwie. Przygotowania do realizacji programu „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi” zostały zainspirowane przez pionierski program pilotażowy w Kanadzie. Podobne programy były inicjowane w Austrii, Chinach, Egipcie, Niemczech, Grecji, Indiach, Włoszech i Hiszpanii. Obecnie program „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi” realizowany jest w dwudziestu krajach świata. Programy koordynowane są przez komitety składające się z psychiatrów, pacjentów, członków rodzin osób chorujących, dziennikarzy, polityków, nauczycieli i działaczy społecznych. W Polsce kampania przyjęła postać obchodów Ogólnopolskiego Dnia Solidarności z Osobami Chorymi na Schizofrenię (pierwszy przypadek 15 września 2002 r.) – został wypracowany model „happeningu ulicznego”, a prof. Norman Sartorius, Światowy Koordynator Programu „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi” stwierdził, że będzie zabiegać o to, aby krajowi koordynatorzy programu na całym świecie potraktowali wypracowany w Polsce model jako wzorcowy. W dalszych latach, zapoczątkowane w kampanii „Schizofrenia Otwórzcie Drzwi” Ogólnopolskie Dni Solidarności z Osobami Chorymi na schizofrenię przerodziły się w lokalne akcje np. Human Week w Krakowie lub Dni solidarności z osobami chorującymi psychicznie w różnych miastach i miejscowościach w Polsce.

Przykładem intensywnej walki medialnej o prawa i godność osób chorujących psychicznie w Polsce była walka o utrzymanie miejsc pracy i ośrodka Zielony Dół w Krakowie. W kampanię o zachowanie tego miejsca pracy zaangażowały się liczne media, co doprowadziło do nagłośnienia problemu piętna osób chorujących psychicznie. Media te można odnaleźć w kronice „Nadzieja w przyjaznych mediach” (Cechnicki & Liberadzka, 2015).

Innym przykładem kampanii antystygmatyzacyjnej jest kampania „Twarze depresji. Nie oceniam. Akceptuję”. Kampania ta obrala sobie za cel zwiększenie świadomości Polaków dotyczącej tematu depresji. Ma ponad 60 ambasaderek i ambasadorów. Wspierają ją gwiazdy, takie jak Krzysztof Cugowski, Ewa Błaszczyk czy Piotr Zelt. Do tej pory odbyło się 19 jej edycji. „Misją kampanii jest destygmatyzacja zaburzeń zdrowia psychicznego, promocja profilaktyki i leczenia zdrowia psychicznego oraz zwiększanie dostępności do profesjonalnej pomocy psychologicznej i psychiatrycznej”. Kampania skoncentrowana jest na udzielaniu pomocy

grupom defaworyzowanym np. kobietom w ciąży, seniorom, uchodźcom czy osobom chorującym onkologicznie (<https://twarzedepresji.pl/>, dostęp: 19.10.2024.).

Kolejny przykład to kampania społeczna „Powiedz co czujesz. Zdemaskuj emocje” prowadzona przez Ministerstwo Zdrowia, która koncentruje się na problemach psychicznych dzieci i młodzieży. W ramach kampanii została uruchomiona specjalna infolinia **dedykowana** dzieciom i młodzieży, a także ich rodzicom i opiekunom (*Kampania „Powiedz, co czujesz. Zdemaskuj emocje” - Ministerstwo Zdrowia - Portal Gov.pl*, –dostęp: 19.10.2024)

Inicjatorem kolejnej kampanii – „Nie tracę siebie w schizofrenii” jest Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, a jej inauguracja odbyła się w październiku 2016 roku. Kampania ma na celu walkę ze stereotypowym podejściem do schizofrenii poprzez pokazanie doświadczenia osób, które zmagają się z nią na co dzień. Kampania bazuje na filmie dokumentalnym w reżyserii Mirosława Mamczura, a konkretnie na dwóch krótkometrażowych obrazach „Siła” i „Rozproszenie”, na których pokazane jest życie Natalii i Marka, osób borykających się z problemem schizofrenii. Oboje – pomimo doświadczenia choroby – żyją pełnią życia, a w filmie opowiadają także o swoich doświadczeniach kryzysu psychicznego. Założeniem kampanii jest zmiana stereotypowego podejścia do schizofrenii i budowanie większego zrozumienia dla tej choroby i osób jej doświadczających w społeczeństwie, a także zainicjowanie dyskusji publicznej na temat schizofrenii i potrzeb borykających się z nią osób (<https://ippez.pl/co-robimy/kampanie/nie-trace-siebie-w-schizofrenii/> dostęp: 19.10.2024).

Implikacje dla praktyki klinicznej — profesjonaliści wobec piętna, nowe wyzwania

Budowanie kompetencji to wszelkie działania ukierunkowane na zwiększenie osobistych i praktycznych zasobów jednostki obejmujące proces edukacyjny oraz uświadamiający, co jednostki mogą zrobić, by poprawić swój status w szerszej społeczności. Jest to zatem także zwiększanie dostępu osób chorujących psychicznie do zasobów społecznych, politycznych, ekonomicznych i edukacyjnych lub pomoc w rozwijaniu umiejętności skutecznego korzystania z tych zasobów. Podejście oparte na współpracy opiera się na założeniu, że upodmiotowienie wymaga, by udział osób, na które interwencja ma wpływ, był demokratyczny. Zmienia to paradygmat udzielania pomocy na ten obejmujący współpracę, wspólne rozwiązywanie problemów – zarówno tych dotyczących jednostki, jak i grupy osób wykluczanych jako całości.

Rozwój empowermentu ułatwiają: zapewnienie działań budujących kompetencje, podejście oparte na współpracy, elastyczne, zindywidualizowane i skoncentrowane na mocnych stronach podejście oraz zapewnienie wsparcia i jego rozwój.

Filozofia empowermentu podważa zatem wiele założeń profesji pomocowej, wymaga od praktyków nowych umiejętności i uznania ograniczeń profesjonalnej wiedzy i rozwiązań, wymaga otwartości i zredefiniowania swojej roli. Akcent wpływu na osoby chorujące psychicznie i pomocy im coraz bardziej przesuwana się z bezpośredniego wzmocnienia, na

ułatwianie wzmacniania, co niewątpliwie jest trudniejsze i z pewnością stanowi duże wyzwanie. Ponieważ każda jednostka jest indywidualnością, ma różne potrzeby i podejmuje różne życiowe wybory, nie do końca da się wystandardyzować wszelkie działania podejmowane na rzecz poprawy ich sytuacji. Działania te muszą być elastyczne, a także uwzględniać indywidualne cele jednostki i jej zaangażowanie w proces zdrowienia i walki z piętnem. Możliwość wyboru daje osobie poczucie godności i akceptacji jej indywidualnych potrzeb i życzeń. Znaczenie koncentrowania się na mocnych stronach jednostki jest również uznawane za ważną część procesu upodmiotowienia. Ze względu na zmienny charakter doświadczanych objawów istotne jest zapewnienie osobom chorującym wsparcia w radzeniu sobie z długotrwałymi trudnościami ze zdrowiem psychicznym. Ważną rolę odgrywają grupy samopomocowe zarówno dla jednostek, jak i dla mobilizacji społeczności do działań politycznych w celu zaspokojenia zbiorowych interesów. Upodmiotowienie zaczyna się zazwyczaj na poziomie indywidualnym, ale kiedy dana osoba nabędzie wiedzę, umiejętności i kompetencje by rozwiązać indywidualne problemy, przychodzi kolejny etap upodmiotowienia, jakim jest zaangażowanie na rzecz wspólnego dobra całej grupy osób chorujących psychicznie. Następuje wówczas dzielenie się i wyrażanie zbiorowych obaw oraz zapewnianie wzajemnego wsparcia, co prowadzi do nowych ról, odpowiedzialności, zaangażowania społeczności i wspólnych działań. Polskim przykładem może być tutaj ruch Akademii Liderów Cogito – nieformalny ruch liderów osób chorujących psychicznie z całej Polski.

Akademia Liderów Cogito to miejsce spotkania najaktywniejszych, najbardziej zaangażowanych osób, wymiany doświadczeń, dzielenia się sukcesami i trudnościami w pracy, co ma sprzyjać wzajemnemu wzmacnianiu się, generowaniu nowych pomysłów i szukania sposobów ich realizacji. Oba wymiary upodmiotowienia implikują różne zadania i wyzwania dla profesjonalistów. Etap upodmiotowienia indywidualnego koncentruje się na rozwoju osobistym jednostki i obejmuje takie działania jak zachęcanie, rozwiązywanie problemów, zapewnienie wsparcia emocjonalnego, nabywanie nowych umiejętności oraz izolowanie jednostek od ich niepowodzeń w miarę rozwoju pewności siebie. Upodmiotowienie w wymiarze społecznym wymaga z kolei od profesjonalistów wspierania tworzenia nowych doświadczeń dla członków poprzez przywództwo, pomaganie w rolach i zaangażowanie społeczne w całej społeczności oraz pozwolenia na uczenie się w miarę postępów, czasem nieinterweniowania i uwierzenia w potencjał jednostek (Fitzsimons & Fuller, 2002).

Literatura:

Babicki M., Kotowicz K., Piotrowski P., Stramecki F., Kobyłko A., Rymaszewska J. (2018). *Obszary stygmatyzacji i dyskryminacji osób chorujących psychicznie wśród respondentów internetowych w Polsce*. *Psychiatria Polska*, 52(1): 93–102.

Cechnicki A. (2004). *Pozytywna kampania edukacyjna. Bilans czterech lat polskiego programu „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi”*. [w]: Cechnicki A., Bomba J. (red.), *Schizofrenia – różne konteksty, różne terapie*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej, s. 157–169.

Cechnicki A. (2009). *W stronę psychoterapeutycznie zorientowanej psychiatrii środowiskowej – 30 lat doświadczeń krakowskich*. *Psychoterapia*, 3(150): 43–55.

Cechnicki A. (2012). *Czego dziś uczymy się od Antoniego Kępińskiego?* *Psychoterapia*, 4(163): 55–59.

Cechnicki A., Bielańska A., Franczyk J. (2007). *Piętno choroby psychicznej: Antycypacja i doświadczanie*. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 16(2): 113–121.

Cechnicki A., Liberadzka A. (red.), (2015). *Umacnianie i zdrowienie. Dać nadzieję*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Corrigan P.W., Lundin R. (2001). *Don't call me nuts: Coping with the stigma of mental illness*. Recovery Press.

Corrigan P.W., Matthews A.K. (2003). *Stigma and disclosure: Implications for coming out of the closet*. *Journal of Mental Health*, 12(3): 235–248.

Corrigan P.W., River L.P., Lundin R.K., Penn D.L., Uphoff-Wasowski K., Campion J., Mathisen J., Gagnon C., Bergman M., Goldstein H., Kubiak M.A. (2001). *Three strategies for changing attributions about severe mental illness*. *American Psychological Association*, 27(2): 187–195.

Dziwota E. (2014). *Stygmatyzacja osób chorych psychicznie*. *Current Problems of Psychiatry*, 15(1): 18–23.

Fitzsimons S., Fuller R. (2002). *Empowerment and its implications for clinical practice in mental health: A review*. *Journal of Mental Health*, 11(5): 481–499.

Fundacja twarze depresji. (b. d.). *Twarze depresji*. <https://twarzedepresji.pl/>, dostęp: 19.10.2024

Goffman E. (2005). *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Górniak R. (2010). *Wpływ osobistego kontaktu na zmianę postaw względem osób chorujących psychicznie* [niepublikowana praca magisterska]. Uniwersytet Jagielloński.

Haghighat R. (2001). *A unitary theory of stigmatisation: Pursuit of self-interest and routes to destigmatisation*. *The British Journal of Psychiatry*, 178(3): 207–215.

Jackowska E. (2009). *Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne*. *Psychiatria Polska*, XLIII(6): 655–670.

Janik J., Wroński K. (b. d.). *O barierach w pracy i zatrudnianiu osób chorujących psychicznie-perspektywa beneficjentów*. <https://otworciedrzwi.org/wp-content/uploads/2022/03/O-barierach-w-pracy-i-zatrudnianiu.pdf>.

Kampania „Powiedz co czujesz. Zdemaskuj emocje” – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl. Ministerstwo Zdrowia. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/opieka-psychologiczna> , dostęp: 19.10.2024

Kaszyński H. (2013). *Edukacja społeczna na rzecz zdrowia psychicznego: Wskazania dla praktyki*. W: Frysztański K., (red.) *Krakowskie studia pracy socjalnej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 75–92.

Kochański A., Cechnicki A. (2017). *Postawy polskich psychiatrów wobec osób chorujących psychicznie*. *Psychiatria Polska*, 51(1): 29–44.

Liberadzka A. (2008). *Sprawozdanie z projektu zatytułowanego „Przez edukację do akceptacji”*, [w:] Kaszyński H. (red.), *Edukacja społeczna jako metoda przeciwdziałania stereotypizacji osób chorujących psychicznie na rynku pracy*. Raport, Krakowska Inicjatywa na rzecz Gospodarki Społecznej – COGITO, Kraków.

Liberadzka A. (2011). *Człowiek potrzebuje zaufania*. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 20(4): 247–250.

Liberadzka A., Kurbiel D. (2015). *Potrzeby osób chorujących psychicznie w Małopolsce – raport z badań*. Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”.

Nie tracę siebie w schizofrenii. (b. d.). Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. <https://ippep.pl/co-robimy/kampanie/nie-trace-siebie-w-schizofrenii/> , dostęp: 19.1.2024

Rüsch N., Angermeyer M.C., Corrigan P.W. (2005). *Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma*. *European Psychiatry*, (20): 529–539.

Shih M. (2004). *Positive stigma: Examining resilience and empowerment in overcoming stigma*. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, (591): 175–185.

Świtaj P., Grygiel P., Krzyżanowska-Zbucka J., Sonik J., Chrostek A., Jahołkowski P., Wciórka J., Anczewska M. (2019). *Ocena wpływu szkoleń antystygmatyzacyjnych prowadzonych przez „ekspertów przez doświadczenie” na postawy uczestników wobec osób chorujących psychicznie*. *Psychiatria Polska*, 53(6): 1219–1236.

Wciórka B., Wciórka J. (2005). *Polacy wobec chorób psychicznych i osób chorych psychicznie*.
Komunikat z badań BS 118/2005, CBOS, Warszawa.

Rozdział VI

Dbanie o siebie (samoopieka), przeciwdziałanie wypaleniu, techniki i zdrowe strategie radzenia sobie

Jan Godyń
Przemysław Stankiewicz

WSTĘP

Poniższy rozdział stanowi pogłębione omówienie koncepcji samoopieki w różnych wymiarach, wzbogacone o uwzględnienie perspektywy osób żyjących z przewlekłymi chorobami psychicznymi. Znajdziesz tu wyjaśnienie sześciu obszarów, w których możemy dbać o siebie, a także rozwinięcie tematu samoopieki doraźnej i długofalowej. Ponadto przedstawione zostaną kluczowe praktyki, takie jak techniki interwencyjne (TIP), koncepcja HALT, praktykowanie uważności (mindfulness) czy teorie Dorothei Orem i Marshy M. Linehan (DBT). Wszystko po to, by pomóc Ci świadomie, skutecznie i wieloaspektowo troszczyć się o własny dobrostan – niezależnie od tego, czy zmagasz się z epizodami obniżonego nastroju, przewlekłym zaburzeniem psychicznym, czy też po prostu chcesz wzmocnić swoją równowagę wewnętrzną.

1. Samoopieka – definicja i znaczenie

Samoopieka (self-care) to zestaw świadomych, intencjonalnych działań i praktyk, których celem jest utrzymanie lub poprawa własnego zdrowia – fizycznego, psychicznego, emocjonalnego i społecznego. Współczesny pęd życia często sprawia, że zapominamy o regularnym i kompleksowym dbaniu o siebie, traktując je jako luksus, a nie konieczność. Tymczasem samoopieka jest kluczowym elementem profilaktyki zdrowotnej, zapobiegania nawrotom choroby, ochrony przed wypaleniem zawodowym, a także poprawy relacji z samym sobą i z innymi.

Dlaczego samoopieka jest tak ważna, również w kontekście zdrowia psychicznego?

- **Zapobiega kumulowaniu się stresu i wypaleniu:** Regularne praktyki samoopieki obniżają poziom kortyzolu (hormonu stresu) i pomagają skuteczniej radzić sobie z napięciem.
- **Poprawia kondycję fizyczną i psychiczną:** Odpowiednia równowaga między aktywnością a wypoczynkiem wspiera układ odpornościowy, redukuje ryzyko chorób cywilizacyjnych oraz problemów natury psychicznej. U osób z przewlekłymi chorobami psychicznymi może też łagodzić intensywność objawów.
- **Wzmacnia poczucie własnej wartości i sprawczości:** Dbanie o siebie to wyraz szacunku dla własnych potrzeb i granic, co bywa szczególnie istotne, jeśli na co dzień zmagamy się z obniżonym nastrojem, atakami lęku czy uczuciem bezradności.

- **Pomaga w budowaniu lepszych relacji z innymi:** Osoby wypoczęte i świadome swoich emocji łatwiej nawiązują kontakt i wspierają innych. W przypadku choroby psychicznej może to przekładać się na lepszą współpracę z rodziną, lekarzem i terapeutą.

2. Sześć obszarów samoopieki – podejście wielowymiarowe

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) czy międzynarodowe stowarzyszenia psychologiczne zwracają uwagę, że człowiek funkcjonuje w różnych wymiarach, a dobrostan zależy od równowagi między nimi. W praktyce można te obszary podzielić na sześć kategorii. Pamiętaj jednak, że w przypadku przewlekłej choroby psychicznej lub zaburzenia emocjonalnego każdy z tych obszarów może wymagać dodatkowego wsparcia i indywidualnego dostosowania.

2.1. Samoopieka fizyczna

- **Aktywność fizyczna:** Nie chodzi wyłącznie o intensywne treningi – choć te również mogą być cenne – ale przede wszystkim o regularny ruch. Codzienny spacer, rozciąganie, joga czy jazda na rowerze. Ważna jest systematyczność i odnalezienie takiej formy aktywności, która sprawia przyjemność. U osób zmagających się np. z depresją drobne, codzienne ćwiczenia potrafią znacząco poprawić nastrój.
- **Zdrowa dieta:** Zdrowe odżywianie to nie tylko przeliczanie kalorii, ale także dbanie o różnorodność posiłków, odpowiednią podaż witamin i minerałów. W codziennej diecie warto uwzględniać warzywa, owoce, pełnoziarniste produkty, a także odpowiednie nawodnienie. Niekiedy potrzebna może być konsultacja z lekarzem czy dietetykiem (zwłaszcza gdy przyjmujesz leki mające wpływ na metabolizm).
- **Sen i regeneracja:** Dorosły człowiek potrzebuje średnio od 7 do 9 godzin snu. Brak snu wpływa na obniżenie koncentracji, osłabienie odporności i wahania nastroju. U osób z zaburzeniami psychicznymi, takimi jak choroba dwubiegunowa czy schizofrenia, zbyt mała ilość snu może mieć bardzo silny związek z nawrotem choroby lub nasileniem objawów.
- **Higiena osobista i profilaktyka:** Regularna higiena, badania okresowe (np. morfologia, badania tarczycy, cytologia, mammografia, u mężczyzn badanie prostaty) pozwalają na wcześniejsze wykrywanie nieprawidłowości. Osoby stosujące leki psychotropowe powinny regularnie kontrolować ich wpływ na organizm (badania krwi, wątroby).

2.2. Samoopieka emocjonalna

- **Zarządzanie stresem:** Nauka rozładowywania napięcia (np. poprzez ćwiczenia oddechowe, relaksacja mięśniowa) wpływa korzystnie na równowagę emocjonalną.
- **Wyrażanie i rozumienie emocji:** Ważne jest, by umieć rozpoznawać, nazywać i konstruktywnie przeżywać emocje. Prowadzenie dziennika emocji, rozmowa z bliskimi czy psychoterapeutą może pomóc w tym procesie.

- **Czas na odpoczynek psychiczny:** Wyłączenie telefonu, odcięcie się na chwilę od natłoku bodźców (social media, wiadomości), znalezienie chwili spokoju i skupienia na sobie. Dla osób zmagających się z kryzysami psychicznymi taki „detoks” informacyjny może stanowić ważny element radzenia sobie z przeciążeniem.

2.3. Samoopieka psychiczna

- **Praktykowanie uważności (mindfulness):** Dzięki regularnej praktyce (medytacji, ćwiczeń oddechowych) uczymy się zauważać pojawiające się myśli i emocje, nie wchodząc z nimi w konflikt. Dla osób z nawracającymi epizodami depresji lub lęku bywa to jeden z filarów lepszego radzenia sobie i zapobiegania nawrotom.
- **Terapia (np. poznawczo-behawioralna, dialektyczno-behawioralna):** Kiedy doświadczamy trudności, warto zwrócić się po profesjonalne wsparcie. Terapia uczy, jak konstruktywnie reagować na wyzwania życiowe i może zapobiegać ostrym nawrotom choroby.
- **Edukacja i rozwój:** Czytanie książek, słuchanie podcastów, udział w kursach online czy warsztatach – wszystko to stymuluje nasz umysł i poszerza perspektywę. Osoby chorujące przewlekłe mogą zyskać dodatkowe narzędzia radzenia sobie z wyzwaniami dnia codziennego, np. wiedzę o tym, jak tworzyć plan kryzysowy, czy jak reagować na pogorszenie samopoczucia.

2.4. Samoopieka społeczna

- **Wsparcie społeczne:** Bliskie relacje z rodziną, przyjaciółmi czy społecznościami (np. grupy hobbyistyczne) podnoszą poczucie bezpieczeństwa i sprzyjają radzeniu sobie z trudnościami. W przypadku przewlekłych zaburzeń psychicznych grupy wsparcia czy społeczności samopomocowe mogą odegrać kluczową rolę w utrzymaniu stabilności.
- **Asertywność:** Umiejętność wyznaczania i komunikowania własnych granic, mówienia „nie” w sposób stanowczy, ale życzliwy. Dla osób, u których choroba psychiczna wiąże się z niską samooceną czy tendencją do zadowalania innych, nauka asertywności jest szczególnie ważna.
- **Budowanie relacji opartych na szacunku:** Otrzymywanie wsparcia jest równie ważne, co umiejętność dawania go innym. W zdrowej relacji obie strony wzajemnie się wspierają. Jednocześnie osoby w kryzysie mogą doświadczać trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu kontaktów – ważne jest więc, by otoczenie miało świadomość specyfiki choroby psychicznej i nie pogłębiało stygmatyzacji.

2.5. Samoopieka duchowa

- **Refleksja i poszukiwanie sensu:** Dla niektórych osób oznacza to praktyki religijne lub kontemplacyjne, dla innych – spacer w naturze czy praca charytatywna. U osób zmagających się z poczuciem beznadziei (np. w depresji) odnalezienie sensu w codziennym działaniu może wspomagać proces zdrowienia.

- **Praktyki duchowe:** Może to być modlitwa, medytacja, praktykowanie wdzięczności, pisanie dziennika duchowego. Nawet kilka minut dziennie spędzonych na refleksji może pomóc w przeformułowaniu negatywnych myśli czy wzmocnieniu poczucia spokoju wewnętrznego.
- **Odnajdywanie wartości:** Zastanawianie się nad tym, co daje życiu głębszy sens, wpływa na wyższe poczucie spełnienia i satysfakcji. W chorobie psychicznej świadomość własnych wartości może być „kotwicą”, która pozwala przetrwać kryzysy.

2.6. Samoopieka zawodowa

- **Równowaga „work-life balance”:** Wypracowanie zdrowych relacji z pracą (unikanie nadmiernej ilości nadgodzin, dbanie o urlopy i wolne weekendy). U osób z chorobami psychicznymi przeciążenie zawodowe może prowadzić do nawrotu lub zaostrzenia objawów, dlatego szczególnie ważne jest, by monitorować poziom stresu.
- **Rozwój kompetencji:** Inwestycja w szkolenia, kursy, czytanie literatury branżowej – to wszystko podnosi poczucie kompetencji i bezpieczeństwa na rynku pracy, co wpływa także na stabilność psychiczną i obniża poziom lęku przed zmianami.
- **Higiena pracy:** Planowanie przerw, ergonomiczne stanowisko (np. odpowiednie krzesło, monitor na odpowiedniej wysokości), techniki organizacji czasu (np. metoda Pomodoro) – wszystkie te elementy wpływają na dobrostan. Dla osób w trakcie leczenia psychiatrycznego może być też istotna elastyczność pracy (np. możliwość pracy zdalnej w gorszych okresach).

3. Samoopieka doraźna vs. samoopieka długofalowa

3.1. Samoopieka doraźna

Charakterystyka: Działania podejmowane w odpowiedzi na pojawiające się w danej chwili trudności, objawy stresu lub kryzys emocjonalny. Dla osób z zaburzeniami psychicznymi (np. atakami paniki czy ostrym pogorszeniem nastroju) może to być kluczowy element radzenia sobie tu i teraz.

Przykłady:

- Techniki oddechowe w sytuacji przeżywania silnego lęku
- Zanurzenie dłoni w zimnej czy ciepłej wodzie, aby skupić się na doznaniach zmysłowych i ukoić napięcie
- Szybki spacer, gdy czujemy się przytłoczeni

3.2. Samoopieka długofalowa (styl życia)

Charakterystyka: Systematyczne działania, które mają na celu zapobieganie przeciążeniu i chronicznemu stresowi. U osób z przewlekłymi chorobami psychicznymi takie codzienne nawyki mogą być czynnikiem stabilizującym nastrój i zmniejszającym częstość kryzysów.

Przykłady:

- Regularne treningi (np. 3 razy w tygodniu)
- Zdrowa dieta oparta na stałych porach posiłków
- Codzienne praktyki medytacyjne (choćby 5–10 minut)
- Profilaktyczne badania lekarskie (raz lub dwa razy w roku)

Oba wymiary są równie ważne. Doraźna samoopieka to szybka odpowiedź na bieżące potrzeby, natomiast długofalowa tworzy solidny fundament chroniący przed dłuższymi kryzysami.

4. Praktyczne metody interwencyjne

W momentach, gdy poziom stresu gwałtownie rośnie, przydatne są proste techniki. U osób z zaburzeniami psychicznymi warto, by stały się one częścią planu kryzysowego (tzw. safety plan), wypracowanego np. z terapeutą lub lekarzem psychiatrą.

Technika szybkiej regulacji emocji (TIP)

Marsha Linehan, twórczyni terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT), zaproponowała szereg technik pomagających w radzeniu sobie z emocjami i stresem. Oto kilka krótkich technik oddziaływania na nasze ciało (TIP), które pomagają szybko regulować emocje:

T (ang. *Temperature* Temperatura) – Schłodzenie twarzy poprzez zanurzenie jej w zimnej wodzie na 15-30 sekund aktywuje układ przywspółczulny i uspokaja, w wyniku wywołania “efektu nurkowania”.

I (ang. *Intense Exercise* Intensywne ćwiczenia) – Krótka, intensywna aktywność fizyczna (np. pajacyki, sprint w miejscu) pomaga obniżyć poziom napięcia.

P (ang. *Paced Breathing* Kontrolowany oddech) – Wolne, kontrolowane oddychanie (np. 4-sekundowy wdech, 2-sekundowe wstrzymanie oddechu 6-sekundowy wydech) redukuje stres. Całe ćwiczenie najlepiej wykonywać od 3 do 5 minut, ale nawet chwila ustabilizowania oddechu i skupienia na nim uwagi może być pomocna.

P (ang. *Paired Muscle Relaxation* Zsynchronizowana relaksacja mięśniowa) – Technika napinania i rozluźniania mięśni, inspirowana relaksacją Jacobsona, pomaga szybko zmniejszyć napięcie i stres, zwiększając świadomość ciała i wprowadzając stan głębokiego odprężenia. Oddychaj spokojnie, biorąc głęboki wdech przy napinaniu mięśni i powolny wydech przy ich rozluźnianiu. Napinaj kolejne partie mięśni dłoni, ramion, twarzy, brzucha i nóg na kilka

sekund, a następnie powoli je rozluźniaj, koncentrując się na różnicy między napięciem a odprężeniem.

5. Ćwiczenia wyobrazeniowe

Jednym ze sposobów radzenia sobie z napięciem i stresem dnia codziennego może być ćwiczenie wyobrazeniowe

Cel: Chwilowe oderwanie się od codziennego stresu, uspokojenie umysłu.

1. Usiądź wygodnie, zamknij oczy.
2. Wyobraź sobie miejsce, w którym czujesz się absolutnie bezpiecznie i spokojnie (np. łąka, plaża, leśna polana, przytulny pokój).
3. Skup się na szczegółach: jakie dźwięki słyszysz, jakie widzisz kolory, czy wyczuwasz jakieś zapachy?
4. Oddychaj spokojnie, wyobrażając sobie, że z każdym wdechem wypełniasz się spokojem, a z każdym wydechem wypuszczasz troski.
5. Spędź w tej wyobraźni kilka minut, po czym powoli otwórz oczy.

W wersji alternatywnej możesz zastosować technologię VR (jeśli jest dostępna), która może dostarczyć gotowych obrazów bezpiecznego miejsca.

6. Zauważanie własnych potrzeb i rejestrowanie ich

Często ignorujemy sygnały, jakie wysyła nam organizm: ból głowy, napięcie w karku, drżenie rąk, rozdrażnienie. Są to jasne informacje, że coś jest nie tak – być może brakuje nam snu, pożywnej posiłku, chwili relaksu lub emocjonalnego wsparcia. W chorobach psychicznych objawy mogą przybierać dodatkowe formy, takie jak zintensyfikowane wahania nastroju, myśli rezygnacyjne czy trudności w koncentracji.

- **Dziennik samopoczucia:** Notuj krótkie obserwacje nt. swojego stanu fizycznego i emocjonalnego. Pomaga to zobaczyć, co wywołuje kryzys, a co służy poprawie nastroju. W przypadku przewlekłych chorób psychicznych taki dziennik bywa istotny dla lekarza psychiatry lub psychoterapeuty w procesie leczenia.
- **Pytania skierowane do siebie:**
 - „Co czuję teraz w ciele?”
 - „Jakie emocje odczuwam w związku z tym, co się dzieje wokół mnie?”
 - „Co najbardziej potrzebuję zrobić, aby sobie pomóc?”

7. Koncepcja HALT

To prosta, ale niezwykle użyteczna technika samopomocowa, która uwrażliwia nas na cztery podstawowe stany (H – Hungry, A – Angry, L – Lonely, T – Tired). W języku polskim oznaczają one bycie głodnym, złym (rozdrażnionym), samotnym i zmęczonym. Jej główne założenie polega na tym, że każdy z tych czynników może istotnie wpływać na nasz nastrój, poziom stresu i sposób reagowania w trudnych sytuacjach. Jeśli pominiemy którykolwiek z nich, łatwiej jest popaść w rozdrażnienie, przygnębienie lub zachować się w sposób impulsywny.

Hungry (Głodny): Głód obniża poziom energii, wpływa negatywnie na koncentrację i stabilność emocjonalną. Przedłużający się brak jedzenia może nasilać objawy lękowe lub depresyjne, zwłaszcza u osób zmagających się z przewlekłymi chorobami psychicznymi.

Wskazówka: Zadbaj o regularne, pożywne posiłki i odpowiednie nawodnienie.

Angry (Zły, Rozdrażniony): Uczucie złości bywa nie tylko związane z konkretną sytuacją, lecz także może być efektem kumulacji stresu czy niewyrażonych wcześniej emocji. Niewłaściwie wyładowana złość może prowadzić do konfliktów i pogorszenia relacji.

Wskazówka: Zanim zareagujesz impulsywnie, weź kilka głębokich oddechów albo zrób krótką przerwę na ochłonięcie.

Lonely (Samotny): Poczucie osamotnienia (rzeczywistego lub subiektywnego) może pogłębiać obniżony nastrój lub lęk. U osób żyjących z chorobami psychicznymi często pojawia się poczucie niezrozumienia, odrzucenia lub izolacji społecznej.

Wskazówka: Zastanów się, czy nie potrzebujesz wsparcia bliskich, przyjaciół lub specjalisty (terapeuty). Warto czasem zrobić krok, by nawiązać kontakt lub poprosić o pomoc.

Tired (Zmęczony): Brak wystarczającej ilości snu czy odpoczynku obniża naszą odporność psychiczną i może wywoływać rozdrażnienie, problemy z koncentracją oraz zwiększoną podatność na stres. Szczególnie u osób wrażliwych lub przewlekle chorujących psychicznie nieregularność snu i przemęczenie mogą nasilać objawy.

Wskazówka: Zadbaj o higienę snu – regularne godziny kładzenia się spać i wstawania, unikanie intensywnych bodźców tuż przed snem, a także planowanie przerw na regenerację w ciągu dnia.

Zasada HALT uczy nas, by zanim podejmiemy ważną decyzję czy zareagujemy na sytuację stresową, najpierw sprawdzić, czy nie jesteśmy przypadkiem głodni, źli, samotni bądź zmęczeni. Zaspokojenie którejkolwiek z tych potrzeb (np. zjedzenie posiłku, telefon do bliskiej osoby czy krótki odpoczynek) może znacznie poprawić nasz dobrostan psychiczny i zapobiec niepożądanym reakcjom. Dla osób zmagających się z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi bywa to jeden z podstawowych filarów codziennej samoopieki – szybkie reagowanie na

powyższe stany może bowiem zapobiec pogorszeniu się samopoczucia i zmniejszyć częstotliwość kryzysów.

8. Mindfulness (uwaga) – dwie perspektywy

8.1. Tradycyjne ćwiczenia mindfulness

Mindfulness (uwaga) to praktyka świadomego koncentrowania uwagi na bieżącej chwili, bez oceniania i rozpraszania się myślami. Oto kilka popularnych technik:

1. **Oddech:** Usiądź i obserwuj wdech oraz wydech. Gdy umysł wędruje, łagodnie skieruj uwagę z powrotem na oddech.
2. **Body scan:** Przenoś świadomość kolejno przez partie ciała, zauważając napięcia i odczucia, bez oceniania.
3. **Uważne jedzenie:** Jedz wolno, skupiając się na smaku, zapachu i teksturze potraw.
4. **Spacer w uwadze:** Podczas chodzenia koncentruj się na pracy mięśni, odgłosach i otoczeniu.
5. **Wdzięczność:** Każdego dnia przypomnij sobie kilka rzeczy, za które jesteś wdzięczny.

W wielu zaburzeniach psychicznych (np. w nerwicach, zaburzeniach lękowych) mindfulness stanowi sprawdzoną, naukowo potwierdzoną metodę obniżania poziomu lęku i stresu. Niekiedy jednak – np. w epizodach ostrej psychozy – medytacja może działać destabilizująco, dlatego każdorazowo warto skonsultować się z terapeutą lub psychiatrą.

8.2. Ćwiczenia wyobrazeniowe w VR

- **Wirtualne środowisko relaksacyjne:** Możesz „przenieść się” na piaszczystą plażę, na szczyt góry czy do ogrodu zen.
- **Zaangażowanie zmysłów:** Dźwięk i obraz w technologii VR mogą wzmocnić poczucie realizmu, co ułatwia oderwanie się od stresu codziennego życia.
- **Porównanie z tradycyjną medytacją:** Niektórzy ludzie doświadczają głębszego poziomu relaksu w VR, inni preferują brak technologii. Ważne jest testowanie różnych opcji i wybór najlepszego dla siebie rozwiązania.

Należy jednak pamiętać, że mindfulness to coś więcej niż chwilowy trend w pop-psychologii – to praktyka z wieloletnią tradycją w różnych kulturach, potwierdzona wieloma badaniami naukowymi. Wymaga regularnego ćwiczenia, aby przynieść trwałe korzyści, a w przypadku osób z diagnozowaną chorobą psychiczną może wymagać prowadzenia przez doświadczonego specjalistę.

9. Zążywanie leków, profilaktyka i bycie dla siebie opiekunem

Farmakoterapia:

Jeśli lekarz przepisuje leki (np. antydepresyjne, przeciwłękowe, stabilizujące nastrój czy neuroleptyki), ważne jest stosowanie się do zaleceń i terminów wizyt kontrolnych. Pominięcie dawki lub samodzielne odstawienie leków może prowadzić do nawrotu objawów lub zaostrzenia przebiegu choroby.

Profilaktyka:

Regularne badania (np. EKG, badania hormonalne) pozwalają wcześniej wykryć zaburzenia i zapobiec poważniejszym problemom. Przy lekach psychotropowych niektóre narządy (np. wątroba, tarczyca) wymagają szczególnej uwagi.

Bycie dla siebie opiekunem: Często zapominamy, by traktować siebie samych z życzliwością i wyrozumiałością. Spróbuj zapytać siebie: „Jak wsparł(a)bym przyjaciela w podobnej sytuacji?” i zastosuj to podejście do siebie. W chorobie psychicznej wiele osób doświadcza „samokrytyki wewnętrznej” – umiejętność przeciwstawienia się jej i potraktowania siebie z empatią bywa kluczowa w procesie zdrowienia.

10. Podejście Dorothei Orem – teoria pielęgniarstwa

Dorothea Orem w swojej teorii samoopieki podkreśla, że człowiek ma wrodzoną skłonność i zdolność do dbania o własne zdrowie. Podstawą jest tu:

- **Samodzielność:** Dążenie do tego, by osoba sama potrafiła zaspokoić swoje potrzeby (fizyczne, emocjonalne, społeczne).
- **Wsparcie, gdy brakuje kompetencji:** Jeśli pacjent lub dana osoba nie jest w stanie zatroszczyć się o siebie w pełni (np. ze względu na chorobę psychiczną czy niepełnosprawność), opiekunowie, pielęgniarki czy terapeuci powinni uzupełniać te braki. Ważne jest przy tym, by nie odbierać osobie chorej poczucia decyzyjności, a jedynie wspierać ją w obszarach, gdzie tego wymaga.
- **Holistyczne ujęcie:** Orem podkreśla znaczenie zarówno potrzeb fizycznych (np. odpowiednie odżywianie, sen), jak i psychicznych (bezpieczeństwo emocjonalne, relacje społeczne). Uzupełnieniem takiego podejścia bywa także współpraca z psychiatrą i psychoterapeutą, zwłaszcza jeśli trudności wynikają z przewlekłych zaburzeń psychicznych.

Jej teoria inspirowała do tego, aby każdy z nas rozwijał swoje umiejętności samoopieki.

12. Podsumowanie

Samoopieka to nie jednorazowe działanie czy modny dodatek, ale styl życia, w którym troszczymy się o swoje potrzeby na wielu płaszczyznach. Obejmuje zarówno szybkie, doraźne strategie (jak relaksacja oddechowa czy krótki spacer w chwili kryzysu), jak i długofalowe

nawyki (np. regularne ćwiczenia, zdrową dietę, praktykowanie medytacji czy systematyczne badania profilaktyczne).

Kluczowe jest **świadome obserwowanie siebie** – swoich reakcji fizycznych, emocjonalnych, psychicznych, społecznych i duchowych. W myśl koncepcji HALT pamiętajmy, by w codziennej rutynie nie zaniedbywać podstawowych potrzeb, takich jak jedzenie, sen czy regeneracja. Mindfulness może stać się skuteczną „furtką” do zauważenia, że jesteśmy głodni, zmęczeni czy samotni, a wówczas wdrożenie choćby minimalnej samoopieki (spotkanie z przyjacielem, krótki odpoczynek, zjedzenie wartościowego posiłku) potrafi zdziałać cuda.

Zgodnie z podejściem Dorothei Orem **każdy człowiek ma w sobie potencjał do sprawowania opieki nad samym sobą**, a terapia DBT (Marsha M. Linehan) wskazuje konkretne umiejętności, jak rozwijać tę troskę w praktyce. Dbanie o siebie nie jest przejawem egoizmu – to raczej **świadoma odpowiedzialność za własne zdrowie i dobrostan**, która pozwala żyć pełniej, efektywniej i w większej równowadze z otoczeniem. W przypadku osób z przewlekłymi chorobami psychicznymi stanowi to nieodłączny element codziennego funkcjonowania i może znacząco wspierać farmakoterapię oraz psychoterapię w procesie leczenia i rehabilitacji.

Pamiętaj: kluczem do skutecznej samoopieki jest systematyczność i świadomość własnych potrzeb. Zaczynaj od małych kroków, testuj różne rozwiązania i obserwuj, co realnie służy Twojemu dobrostanowi. Jeśli potrzebujesz wsparcia – skonsultuj się z terapeutą, trenerem czy zaufaną osobą. Twoje zdrowie i szczęście są tego warte – niezależnie od tego, czy zmagasz się z przejściowym obniżeniem nastroju, czy przewlekłym zaburzeniem psychicznym.

Literatura:

Marsha M. Linehan, Terapia Dialektyczno-Behawioralna (DBT). Trening Umiejętności.

Jon Kabat-Zinn, Życie, piękna katastrofa. Jak praktyka uważności może ocalić nas w świecie pełnym chaosu.

Dorothea Orem, prace dotyczące teorii samoopieki w pielęgniarstwie (np. *Nursing: Concepts of Practice*).

Daniel J. Siegel, *Mindfulness for Beginners* (dla początkujących w praktyce uważności).

Rozdział VII

Zagadnienia prawne

Katarzyna Ostalecka

I. **Pojęcie niepełnosprawności i system orzecznicy obowiązujący w Polsce**

Niepełnosprawność wg WHO (trzy pojęcia):

- niesprawność (*impairment*) – każda utrata sprawności lub nieprawidłowość w budowie czy funkcjonowaniu organizmu pod względem psychologicznym, psychofizycznym lub anatomicznym;
- niepełnosprawność (*disability*) – każde ograniczenie bądź niemożność (wynikające z niesprawności) prowadzenia aktywnego życia w sposobie lub zakresie, które są uznawane za typowe dla człowieka;
- ograniczenia w zakresie pełnienia funkcji społecznych (*handicap*) – ułomność określonej osoby wynikająca z niesprawności lub niepełnosprawności, ograniczająca lub uniemożliwiająca pełną realizację roli społecznej odpowiadającej wiekowi, płci oraz zgodnej ze społecznymi i kulturowymi uwarunkowaniami.

Osoba niepełnosprawna według prawa polskiego:

Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych definiuje niepełnosprawność w sposób formalny. Zgodnie z art. 1 osobą niepełnosprawną jest osoba, której niepełnosprawność została potwierdzona na podstawie:

- zakwalifikowania przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności (znaczny, umiarkowany, lekki),
- całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy wynikającej z odrębnych przepisów,
- orzeczenia o niepełnosprawności wydanego przed ukończeniem 16. roku życia.

Konstrukcja ustawowa omawianej definicji oparta jest na tzw. niepełnosprawności prawnej i wymaga dla swojej ważności zaistnienia trzech przesłanek:

- niepełnosprawności faktycznej,
- potwierdzenia przez specjalistów niepełnosprawności danej osoby,
- wydania orzeczenia określonego rodzaju przez uprawniony do tego organ.

Co potwierdza status osoby niepełnosprawnej?

W Polsce status osoby niepełnosprawnej ma osoba z naruszoną sprawnością organizmu, która została potwierdzona stosownym orzeczeniem.

Jakie mamy rodzaje orzeczeń?

- a) orzeczenia wydawane dla celów pozarentowych,
- b) orzeczenia dla celów rentowych

Orzeczenia wydane dla celów pozarentowych

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j.Dz.U. 2024, poz. 44 z późn. zm.)

Art. 3 Ustawy stanowi:

Ustala się trzy stopnie niepełnosprawności, które stosuje się do realizacji celów określonych ustawą:

- 1) znaczny;
- 2) umiarkowany;
- 3) lekki.

Stopień znaczny

Do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.

Stopień umiarkowany

Do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych.

Stopień lekki

Do lekkiego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mająca ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.

Niezdolność do samodzielnej egzystencji

Niezdolność do samodzielnej egzystencji oznacza naruszenie sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym zaspokajanie bez pomocy innych osób podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim samoobsługę, poruszanie się i komunikację.

Instytucje orzekające:

- 1) powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności – jako pierwsza instancja;
- 2) wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności – jako druga instancja.

Właściwość miejscową powiatowego i wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności ustala się według miejsca stałego pobytu w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności.

Orzeczenia równoważne – orzeczenia wydawane dla celów rentowych:

Zgodnie z art. 5 Ustawy Orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o:

- całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji traktowane jest na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- niezdolności do samodzielnej egzystencji jest traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- całkowitej niezdolności do pracy jest traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności;
- częściowej niezdolności do pracy oraz celowości przekwalifikowania jest traktowane na równi z orzeczeniem o lekkim stopniu niepełnosprawności.

Orzeczenia równoważne:

Osoby posiadające ważne orzeczenia o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów, niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (dotyczy TYLKO orzeczeń, które zostały wydane przed datą wejścia w życie Ustawy!!!) oraz orzeczenia o niezdolności do pracy, mogą składać do zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności wnioski o ustalenie stopnia niepełnosprawności i wskazań dla celów korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów.

Stopień niepełnosprawności ustala się na podstawie złożonych dokumentów a wskazania do ulg i uprawnień – stosownie do naruszonej sprawności organizmu i ograniczeń funkcjonalnych uzasadniających korzystanie z ulg i uprawnień.

Orzeczenia równoważne:

Osoby, które przed dniem wejścia w życie ustawy zostały zaliczone do jednej z grup inwalidów, są osobami niepełnosprawnymi w rozumieniu ustawy, jeżeli przed tą datą orzeczenie o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów nie utraciło mocy.

2. Orzeczenie o zaliczeniu do:

- 1) I grupy inwalidów traktowane jest na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- 2) II grupy inwalidów traktowane jest na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności;

- 3) III grupy inwalidów traktowane jest na równi z orzeczeniem o lekkim stopniu niepełnosprawności.

Orzeczenia równoważne:

Osoby o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym uznaje się za niepełnosprawne, z tym że:

- 1) osoby, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny, traktuje się jako zaliczone do znacznego stopnia niepełnosprawności;
- 2) pozostałe osoby traktuje się jako zaliczone do lekkiego stopnia niepełnosprawności.

Tryb odwoławczy:

Jeżeli orzeczenie wydane przez powiatowy zespół nie spełnia oczekiwań wnioskodawcy – powinien on **w ciągu 14 dni** od dnia doręczenia orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia o niezaliczeniu do niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, złożyć **odwołanie do wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności za pośrednictwem powiatowego zespołu, który wydał orzeczenie**. Powiatowy zespół przesyła takie odwołanie wraz z aktami sprawy w terminie 7 dni od dnia otrzymania odwołania. W ciągu tego terminu powiatowy zespół ma prawo do samokontroli wydanych i zaskarżonych orzeczeń. Realizacja tego uprawnienia polega na tym, że jeżeli powiatowy zespół uzna, iż odwołanie zasługuje w całości na uwzględnienie to wydaje orzeczenie, w którym uchyla lub zmienia zaskarżone orzeczenie.

Tryb odwoławczy:

Od orzeczenia wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności służy odwołanie do **sądu pracy i ubezpieczeń społecznych w terminie 30 dni od dnia doręczenia orzeczenia**. Odwołanie wnosi się w trybie analogicznym za pośrednictwem wojewódzkiego zespołu, który orzeczenie wydał. Należy pamiętać, że w postępowaniu odwoławczym wojewódzki zespół, podobnie jak powiatowy zespół, ma prawo skorzystać z instytucji samokontroli.

Wyjątek! Od orzeczeń o wskazaniach do ulg i uprawnień nie przysługuje odwołanie do wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności, to postępowanie jest jednoinstancyjne.

Wniosek o przywrócenie terminu:

Przesłanki skorzystania z tej instytucji:

- brak winy strony w uchybieniu terminu,
- negatywne skutki dla strony z racji uchybienia terminu,
- wniesienie wniosku o przywrócenie terminu,

- dokonanie wraz z wniesieniem wniosku czynności procesowej / administracyjnej - jednocześnie ze składanym wnioskiem, strona musi dokonać czynności, której terminem uchybiła.

Wniosek o przywrócenie terminu powinien zostać złożony do organu / sądu, który wydał orzeczenie w przedmiocie sprawy, w ciągu 7 dni od momentu ustania przyczyny uchybienia.

II. *Zatrudnienie osób chorujących psychicznie*

Osoby niepełnosprawne podlegają takim samym zasadom w zakresie podejmowania pracy, jak każda inna osoba. Podstawowym aktem prawnym, który reguluje prawa i obowiązki pracodawcy i pracownika w tym zakresie, jest ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także, jak w przypadku innych pracowników Kodeksu Pracy. Przeczytaj, z czy się wiąże zatrudnienie niepełnosprawnego pracownika.

Zaliczenie do znacznego albo umiarkowanego stopnia niepełnosprawności osób nie wyklucza możliwości zatrudnienia tej osoby u pracodawcy niezapewniającego warunków pracy chronionej, w przypadkach:

- ✓ przystosowania przez pracodawcę stanowiska pracy do potrzeb osoby niepełnosprawnej,
- ✓ zatrudnienia w formie telepracy.

Osoba niepełnosprawna może pracować pod warunkiem, że będzie miała zgodę na wykonywanie pracy, wydaną przez lekarza medycyny pracy, a praca na danym stanowisku jest zgodna ze wskazaniami zawartymi w orzeczeniu lekarza orzecznika.

Zatrudnienie osoby z niepełnosprawnością wiąże się dla przedsiębiorcy z obowiązkiem spełniania pewnych warunków.

Uprawnienia niepełnosprawnych pracowników:

- 1) Czas pracy osoby niepełnosprawnej nie może przekraczać 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo.
- 2) Czas pracy osoby niepełnosprawnej zaliczonej do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności nie może przekraczać 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo.
- 3) Osoba niepełnosprawna nie może być zatrudniona w porze nocnej i w godzinach nadliczbowych.
- 4) Przepisów tych nie stosuje się:
 - a. do osób zatrudnionych przy pilnowaniu oraz
 - b. gdy, na wniosek osoby zatrudnionej, lekarz przeprowadzający badania profilaktyczne pracowników lub w razie jego braku lekarz sprawujący opiekę nad tą osobą wyrazi na to zgodę.

- 5) Osoba niepełnosprawna ma prawo do dodatkowej przerwy w pracy na gimnastykę usprawniającą lub wypoczynek. Dodatkowy czas przerwy wynosi 15 minut i jest wliczany do czasu pracy.
- 6) Osobie zaliczonej do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności przysługuje dodatkowy urlop wypoczynkowy w wymiarze 10 dni roboczych w roku kalendarzowym. Prawo do pierwszego urlopu dodatkowego osoba ta nabywa po przepracowaniu jednego roku po dniu zaliczenia jej do jednego z tych stopni niepełnosprawności.
- 7) Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności ma prawo do zwolnienia od pracy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia:
 - a. w wymiarze do 21 dni roboczych w celu uczestniczenia w turnusie rehabilitacyjnym, nie częściej niż raz w roku, z zastrzeżeniem przepisów art. 10f ust. 1 pkt 2 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
 - b. w celu wykonania badań specjalistycznych, zabiegów leczniczych lub usprawniających, a także w celu uzyskania zaopatrzenia ortopedycznego lub jego naprawy, jeżeli czynności te nie mogą być wykonane poza godzinami pracy.
- 8) Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności ma prawo do zwolnienia od pracy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia:
 - a. w wymiarze do 21 dni roboczych w celu uczestniczenia w turnusie rehabilitacyjnym, nie częściej niż raz w roku, z zastrzeżeniem przepisów art. 10f ust. 1 pkt 2 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
 - b. w celu wykonania badań specjalistycznych, zabiegów leczniczych lub usprawniających, a także w celu uzyskania zaopatrzenia ortopedycznego lub jego naprawy, jeżeli czynności te nie mogą być wykonane poza godzinami pracy.
- 9) Wynagrodzenie za czas zwolnień od pracy, o których mowa w ust. 8, oblicza się jak ekwiwalent pieniężny za urlop wypoczynkowy.
- 10) Łączny wymiar urlopu określonego w ust. 7 i zwolnienia od pracy, o którym mowa w ust. 8 pkt 1, nie może przekroczyć 21 dni roboczych w roku kalendarzowym.

III. *Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody / leczenie bez zgody – warunki oraz procedura*

Zgoda pacjenta na leczenie – zasada udzielania świadczeń zdrowotnych

Zgoda pacjenta to jednostronne, odwoławalne oświadczenie woli, dzięki któremu wyłączona zostaje bezprawność interwencji medycznej (w granicach prawnie dopuszczalnych) przy jednoczesnym przejściu przez pacjenta (lub osoby wyrażającej zgodę w jego imieniu) ryzyka zwykłych następstw związanych z udzielanym świadczeniem.

Zgoda musi być zgodą świadomą, poza tym musi być złożona w odpowiedniej formie, czasie oraz przez uprawnioną osobę. Zgoda legalizuje w sensie prawnym działania lekarza skierowane na osobę i zdrowie pacjenta.

Ciężar dowodu wykonania ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji, poprzedzającej wyrażenie zgody na zabieg operacyjny spoczywa na lekarzu.

Zgoda pacjenta na leczenie

Warunki udzielenia zgody są następujące:

- ✓ osoba udzielająca zgody musi być uprawniona do jej udzielenia,
- ✓ wyrażenie zgody, musi być wynikiem swobodnej i świadomej decyzji osoby składającej oświadczenie,
- ✓ zgoda powinna być wyrażona w przewidzianej prawem formie,
- ✓ zgoda powinna być udzielona w odpowiednim czasie (zgoda powinna poprzedzać świadczenie zdrowotne. Zgoda następcza tj. wyrażona już po udzieleniu świadczenia, nie ma mocy prawnej. Dla wykazania legalności swojego działania medycznego lekarz nie może się zatem powoływać na fakt, iż pacjent potem je zaakceptował).

Zgoda pacjenta ma charakter odwoławczy. Pacjent może ją skutecznie cofnąć zarówno przed przystąpieniem do udzielenia świadczenia zdrowotnego, jak i w trakcie jego udzielania.

Osoby uprawnione do wyrażania zgody:

- ✓ pacjent,
- ✓ przedstawiciel ustawowy,
- ✓ opiekun faktyczny.

Zgoda zastępcza wyrażana przez sąd (zgoda na leczenie psychiatryczne, zgoda na leczenie dziecka w sytuacji istnienia konfliktu pomiędzy rozwiedzionymi rodzicami co do leczenia dziecka, brak zgody rodziców na leczenie dziecka np. ze względów religijnych – z wnioskiem do sądu opiekuńczego występuje lekarz).

Zgoda pacjenta na leczenie – art. 22

1. Przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego następuje za jej pisemną zgodą na podstawie ważnego skierowania do szpitala, jeżeli lekarz wyznaczony do tej czynności, po osobistym zbadaniu tej osoby, stwierdzi wskazania do przyjęcia.
2. W nagłych przypadkach, w szczególności w przypadku braku możliwości uzyskania pomocy lekarskiej przed zgłoszeniem się do szpitala, osoba z zaburzeniami psychicznymi może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego, za jej pisemną zgodą, bez skierowania.

3. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie następuje za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego.
4. Jeżeli przyjęcie do szpitala dotyczy osoby małoletniej powyżej 16 roku życia lub osoby pełnoletniej całkowicie ubezwłasnowolnionej, zdolnej do wyrażenia zgody, jest wymagane również uzyskanie zgody tej osoby na przyjęcie. W przypadku sprzecznych oświadczeń w sprawie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego tej osoby i jej przedstawiciela ustawowego, zgodę na przyjęcie do szpitala wyraża sąd opiekuńczy właściwy ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.

Zgoda pisemna jest niezbędna w sytuacji przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego. Wyjątkiem od tej zasady jest przymusowe leczenie.

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jednolity: Dz.U.2024, poz. 917 z późn. zm.)

Przepisy u.o.z.p. zezwalają na przyjęcie pacjenta chorego psychicznie do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody w trzech przypadkach:

- 1) gdy jego dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób (art. 23 ust. 1 u.o.z.p.) przy czym przez osobę chorą psychicznie rozumie się osobę wykazującą zaburzenia psychotyczne.
- 2) przymusowa obserwacja pacjenta, który również zagraża własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, lecz nie ma pewności, czy jest chory psychicznie (art. 24 ust. 1 u.o.z.p.). Czas obserwacji ograniczony jest do 10 dni i nie można w jej ramach stosować u pacjenta leczenia farmakologicznego.
- 3) przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody osoby chorej psychicznie, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego, bądź która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia (art. 29 ust. 1 u.o.z.p.). O przyjęciu do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie w tym trybie decyduje sąd opiekuńczy na wniosek wskazanych w art. 29 ust. 2 u.o.z.p. osób bliskich, ewentualnie na wniosek organu pomocy społecznej (art. 29 ust. 3 u.o.z.p.).

Przyjęcie do szpitala w trybie nagłym (art. 23 i 24 u.o.z.p.)

W art. 23 u.o.z.p. ustawodawca przewidział możliwość przyjęcia do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie bez konieczności uzyskania jej uprzedniej zgody, gdy dotychczasowe zachowanie chorego wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. Aby móc zastosować przyjęcie do szpitala w tym trybie, muszą być spełnione łącznie 3 warunki:

- 1) choroba psychiczna musi być wiarygodnie wykazana,
- 2) zaburzenia psychiczne muszą być w rodzaju lub w stopniu dającym podstawy do przymusowej izolacji,
- 3) ważność trwającej hospitalizacji zależy od utrzymywania się zaburzeń.

W przypadku pacjenta przyjętego w trybie art. 23 u.o.z.p. **jest dopuszczalne prowadzenie przymusowego leczenia.**

Art. 24 u.o.z.p.

Możliwość przymusowej hospitalizacji osoby, u której **nie stwierdzono jeszcze choroby psychicznej, lecz jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że może ona cierpieć z powodu zaburzeń psychicznych, w wyniku których zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.**

W tej sytuacji przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta ma na celu obserwację pacjenta i wyjaśnienie tych wątpliwości. Okres hospitalizacji osoby przyjętej na podstawie art. 24 ust. 1 u.o.z.p. nie może trwać dłużej niż 10 dni.

W stosunku do osoby, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, **lecz zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, nie jest dopuszczalne prowadzenie przymusowego leczenia z uwagi na fakt, że jej pobyt w szpitalu ma służyć jedynie ustaleniu, czy rzeczywiście jest ona chora psychicznie.**

Procedura przyjęcia do szpitala w trybie art. 23 i 24 u.o.z.p.

Warunkiem zgodnego z prawem umieszczenia osoby chorej w szpitalu psychiatrycznym wbrew jej woli jest przede wszystkim wyrażenie opinii przez lekarza, który zobowiązany jest do uprzedniego osobistego zbadania pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem jego stanu psychicznego i zachowania, oraz w miarę możliwości zasięgnięcie przez tego lekarza opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa. Opinia wydana przez lekarza powinna w sposób wiarygodny wykazywać chorobę umysłową pacjenta poddawanego przymusowemu leczeniu. Z opinii lekarza powinno ponadto jednoznacznie wynikać, że pacjent cierpi z powodu zaburzeń psychicznych, których rodzaj lub stopień daje podstawy do przymusowej izolacji.

Osoba chora psychicznie, wykazująca objawy psychotyczne, ale niestwarzająca zagrożenia dla swojego życia lub zdrowia albo życia i zdrowia innych osób, ma prawo odmówić hospitalizacji i odmowa ta jest ważna w świetle ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w myśl definicji świadomej zgody!

1. Przesłanki medyczne:

- ✓ przeprowadzanie niezbędnych badań, których wyniki powinny jednoznacznie wskazywać na faktyczne występowanie określonych zaburzeń psychicznych,

- ✓ wykazanie, że zdiagnozowane zaburzenia są tego rodzaju lub stopnia, że mogą stanowić realne zagrożenie życia pacjenta albo życia lub zdrowia innych osób, a co za tym idzie uzasadniają przeprowadzenie wobec pacjenta terapii nawet wbrew jego woli.

2. Przesłanki administracyjno-sądowe:

- ✓ zatwierdzenie opinii lekarza przez ordynatora szpitala psychiatrycznego nie później niż w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia pacjenta,
- ✓ w ciągu kolejnych 24 godzin konieczne jest przesłanie przez szpital zawiadomienia do sądu opiekuńczego (od obowiązku zawiadomienia sądu o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego osoby bez jej zgody nie zwalnia nawet okoliczność, że osoba ta następnie wyraziła zgodę na pobyt w szpitalu psychiatrycznym).

Etap sądowy

Sądem właściwym miejscowo jest sąd, w okręgu którego znajduje się siedziba szpitala psychiatrycznego. Sąd jest zobowiązany zbadać zasadność przyjęcia pacjenta do szpitala wbrew jego woli. Sąd po przeprowadzeniu postępowania wydaje postanowienie określające, czy przyjęcie pacjenta bez zgody odbyło się zgodnie z przewidzianą procedurą i czy było zasadne. O treści postanowienia sąd opiekuńczy zawiadamia niezwłocznie szpital, w którym ta osoba przebywa. W razie wydania postanowienia o braku podstaw do przyjęcia szpital psychiatryczny jest obowiązany wypisać tę osobę niezwłocznie po doręczeniu mu postanowienia sądu.

Przyjęcie do szpitala w trybie wnioskowym (art. 29 u.o.z.p.)

Na mocy art. 29 u.o.z.p. do szpitala psychiatrycznego można przyjąć bez zgody również osobę chorą psychicznie, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje **znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego bądź która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia.**

O potrzebie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie sąd opiekuńczy orzeka na wniosek jej małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa, jej przedstawiciela ustawowego, osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę lub organu do spraw pomocy społecznej.

Aby przyjęcie do szpitala psychiatrycznego było legalne, muszą być spełnione następujące warunki:

- ✓ osoba, którą zamierza poddać się przymusowej terapii, została uprzednio zdiagnozowana jako chora psychicznie,
- ✓ dotychczasowe zachowanie pacjenta powinno wskazywać na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jego zdrowia psychicznego bądź że

leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie jego poprawę – powinno to być potwierdzone w drodze dołączonego do wniosku orzeczenia lekarza psychiatry, szczegółowo uzasadniającego potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym.

Etap sądowy

- ✓ W toku postępowania, na podstawie zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, właściwy sąd (właściwość miejscowa miejsca zamieszkania osoby chorej) powinien ustalić, że umieszczenie osoby chorej w szpitalu psychiatrycznym bez zgody jest celowe z punktu widzenia interesu osoby chorej.
- ✓ Sąd opiekuńczy może wydać postanowienie o przymusowym leczeniu wyłącznie wówczas, gdy dołączona do wniosku opinia nie zostanie podważona w toku postępowania. Przesłanką wydania takiego orzeczenia nie może więc być jedynie wyjaśnienie wątpliwości, czy osoba, wobec której toczy się postępowanie, jest w ogóle chora psychicznie.

IV. Ubezwłasnowolnienie częściowe i całkowite – najważniejsze informacje oraz procedura

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego (t.j. Dz.U. 2024, poz. 15685 z późn. zm.)

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. 2024, poz. 1061 z późn. zm.)

Zdolność prawna a zdolność do czynności prawnych

Zdolność prawna to możliwość bycia podmiotem praw i obowiązków cywilnoprawnych.

Zdolność prawna przysługuje:

- ✓ osobom fizycznym,
- ✓ osobom prawnym (np. fundacjom, spółkom z o.o.),
- ✓ jednostkom organizacyjnym, które nie są osobami prawnymi, ale którym przepisy przyznają zdolność prawną (np. spółkom jawnym).

W przypadku osób fizycznych momentem, w którym nabywa się zdolność prawną, jest chwila urodzenia, przy czym zdolność prawną nabywa dziecko, które urodziło się żywe.

Zdolność do czynności prawnych

Zgodnie z art. 11 KC pełną zdolność do czynności prawnych nabywa się z chwilą uzyskania pełnoletności. Zdolności do czynności prawnych nie mają osoby, które nie ukończyły 13 lat, oraz osoby ubezwłasnowolnione całkowicie.

Wyróżniamy trzy typy zdolności do czynności prawnych:

- 1) pełna zdolność do czynności prawnych;

- 2) ograniczona zdolność do czynności prawnych;
- 3) brak zdolności do czynności prawnych.

Pełna zdolność do czynności prawnych

Pełną zdolność do czynności prawnej uzyskuje się z chwilą ukończenia 18 roku życia, czyli w momencie osiągnięcia pełnoletności. Z tą chwilą możliwe staje się samodzielne dokonywanie wszystkich czynności dopuszczalnych w świetle prawa. Można więc przykładowo samodzielnie załatwić wszystkie sprawy urzędowe, rozporządzać majątkiem, zaciągać kredyty, pożyczki.

Pełną zdolność do czynności prawnych zachowujemy do śmierci – o ile wcześniej nie nastąpi ubezwłasnowolnienie. Wyjątek od zasady uzyskania pełnej zdolności do czynności prawnej z chwilą uzyskania pełnoletności stanowi sytuacja, kiedy kobieta, która skończyła 16 lat zawiera za zgodą sądu rodzinnego i opiekuńczego małżeństwo.

Ograniczona zdolność do czynności prawnych

Ograniczoną zdolność do czynności prawnych mają osoby, które ukończyły 13 rok życia, a nie ukończyły jeszcze 18 roku życia oraz osoby ubezwłasnowolnione częściowo. Zasadą jest, że do ważności czynności prawnej, przez którą osoba ograniczona w zdolności do czynności prawnych zaciąga zobowiązanie lub rozporządza swoim prawem, potrzebna jest zgoda jej przedstawiciela ustawowego.

Jakie czynności może dokonywać osoba o ograniczonej zdolności do czynności prawnych:

- ✓ zawierać umowy w drobnych bieżących sprawach życia codziennego;
- ✓ rozporządzać swoim zarobkiem, chyba że sąd opiekuńczy z ważnych powodów postanowi inaczej;
- ✓ dokonywać wszelkich czynności prawnych dotyczących przedmiotów majątkowych, które przedstawiciel ustawy oddał tej osobie do swobodnego użytku.

Brak zdolności do czynności prawnych

Osoby, które nie ukończyły 13 lat oraz osoby ubezwłasnowolnione całkowicie nie mają zdolności do czynności prawnych. Oznacza to, że czynności prawne dokonywane przez takie osoby są bezwzględnie nieważne.

Jednakże w celu umożliwienia funkcjonowania w społeczeństwie osób, które nie mają zdolności do czynności prawnych przyjęto, iż czynności dokonane w drobnych bieżących sprawach życia codziennego stają się ważne z chwilą ich wykonania – o ile nie pociągają za sobą rażącego pokrzywdzenia osoby niezdolnej do czynności prawnych (np. zrobienie zakupów).

Czym jest ubezwłasnowolnienie

Ubezwłasnowolnienie to częściowe lub całkowite pozbawienie osoby fizycznej zdolności do czynności prawnych.

O ubezwłasnowolnieniu, uchyleniu ubezwłasnowolnienia, a także jego zmianie (z częściowego na całkowite lub z całkowitego na częściowe) decyduje sąd w szczególnym postępowaniu określonym w Kodeksie postępowania cywilnego.

Ubezwłasnowolnienie całkowite

Art. 13. § 1 KC: Osoba, która ukończyła lat trzynaście, może być ubezwłasnowolniona całkowicie, jeżeli wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, nie jest w stanie kierować swym postępowaniem.

§ 2. Dla ubezwłasnowolnionej całkowicie ustanawia się opiekę, chyba że pozostaje on jeszcze pod władzą rodzicielską.

Choroba psychiczna

Przepisy nie określają szczegółowo jakiego rodzaju choroby czy też zaburzenia psychiczne stanowią podstawę do ubezwłasnowolnienia. Dlatego, podczas procesu, biegli każdorazowo badają chorą osobę oraz wydają opinię. Przykładem choroby, która uzasadnia złożenie wniosku o ubezwłasnowolnienie jest diagnoza choroby Alzheimera ale np. nie depresja występująca po śmierci bliskiej osoby.

Niedorozwój umysłowy

Niedorozwój umysłowy określa się jako ogólne funkcjonowanie intelektualne poniżej przeciętnej dla danego okresu rozwoju. Standardowo wyróżnia się cztery stopnie niedorozwoju: upośledzenie głębokie, znaczne, umiarkowane i lekkie. Dla ubezwłasnowolnienia decydujący jest nie tyle stopień tego upośledzenia, ile jego wpływ na możliwość pokierowania swoim postępowaniem przez osobę.

Innego rodzaju zaburzenia psychiczne, w szczególności pijaństwo lub narkomania

W ustawie posłużono się dwoma najpopularniejszymi formami uzależnień, jednak nie ma przeciwskażeń, żeby rozszerzyć je o inne rodzaje uzależnień. Przestanką ubezwłasnowolnienia całkowitego nie jest jednak uzależnienie samo w sobie, lecz jego skutki, polegające na wywołaniu zaburzeń psychicznych. Oceniając uzależnienie z punktu widzenia przestanki ubezwłasnowolnienia, biegły ocenia dwie sfery: świadomość badanego w zakresie dokonywanych czynności prawnych oraz swobodę podejmowania przez niego decyzji.

Ubezwłasnowolnienie częściowe

Art. 16. § 1 KC: Osoba pełnoletnia może być ubezwłasnowolniona częściowo z powodu choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, jeżeli stan tej osoby nie uzasadnia ubezwłasnowolnienia całkowitego, lecz potrzebna jest pomoc do prowadzenia jej spraw.

§ 2. Dla osoby ubezwłasnowolnionej częściowo ustanawia się kuratelę.

Postępowanie w sprawach o ubezwłasnowolnienie (KPC)

Właściwość sądu miejscowa i rzeczowa

Art. 544. § 1. Sprawy o ubezwłasnowolnienie należą do właściwości sądów okręgowych, które rozpoznają je w składzie trzech sędziów.

§ 2. W sprawach tych właściwy jest sąd miejsca zamieszkania osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, a w braku miejsca zamieszkania – sąd miejsca jej pobytu.

Kto może złożyć wniosek o ubezwłasnowolnienie

Art. 545. § 1. Wniosek o ubezwłasnowolnienie może zgłosić:

- 1) małżonek osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie;
- 2) jej krewni w linii prostej oraz rodzeństwo;
- 3) jej przedstawiciel ustawowy.

§ 2. Krewni osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, nie mogą zgłaszać tego wniosku, jeżeli osoba ta ma przedstawiciela ustawowego.

§ 3. Wniosek o ubezwłasnowolnienie częściowe można zgłosić już na rok przed dojściem do pełnoletności osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie.

§ 4. Kto zgłosił wniosek o ubezwłasnowolnienie w złej wierze lub lekkomyślnie, podlega karze grzywny.

Złożenie wniosku przez osobę spoza kręgu wymienionego powyżej uzasadnia oddalenie wniosku przez sąd. We wniosku należy wskazać kim wnioskodawca jest dla osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie i przedstawić stosowny dowód np. akt małżeństwa w przypadku małżonka lub akt urodzenia w przypadku zstępnych i wstępnych (krewni w linii prostej to wstępni np. rodzice, dziadkowie i zstępni np. dzieci i wnuki).

Uczestnicy postępowania

Art. 546. § 1. Uczestnikami postępowania o ubezwłasnowolnienie są z mocy samego prawa prócz wnioskodawcy:

- 1) osoba, której dotyczy wniosek;
- 2) jej przedstawiciel ustawowy;
- 3) małżonek osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie.

§ 2. Postępowanie toczy się z udziałem prokuratora.

§ 3. Organizacje pozarządowe, do których zadań statutowych należy ochrona praw osób niepełnosprawnych, udzielanie pomocy takim osobom lub ochrona praw człowieka, mogą wstąpić do postępowania w każdym jego stadium.

Obligatoryjne wysłuchanie osoby, której wniosek o ubezwłasnowolnienie dotyczy

Art. 547. § 1. Osobę, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, należy wysłuchać niezwłocznie po wszczęciu postępowania; wysłuchanie powinno odbyć się w obecności biegłego psychologa oraz – w zależności od stanu zdrowia osoby, która ma być wysłuchana – biegłego lekarza psychiatry lub neurologa.

§ 2. W celu wysłuchania osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, sąd może zarządzić przymusowe sprowadzenie tej osoby na rozprawę albo wysłuchać ją przez sędziego wyznaczonego. Na postanowienie sądu o przymusowym sprowadzeniu osoby na rozprawę przysługuje zażalenie.

§ 3. Niemożność porozumienia się z osobą, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, stwierdza się w protokole po wysłuchaniu biegłego lekarza i psychologa uczestniczących w posiedzeniu.

Celem wysłuchania jest zorientowanie się sądu oraz biegłego co do stanu zdrowia takiej osoby oraz jej możliwości w zakresie samodzielnego działania przed sądem. Nie można od wysłuchania odstąpić. Wybór biegłego – zgodnie ze schorzeniem np. psychiatra w sytuacji choroby psychicznej, neurolog w przypadku urazów mózgu.

Doradca tymczasowy

Celem ustanowienia doradcy jest ochrona osoby, której postępowanie dotyczy lub jej mienia. Ustanowienie doradcy tymczasowego może nastąpić na wniosek lub z urzędu.

Doradcą może być:

- ✓ małżonek,
- ✓ krewny,
- ✓ inna osoba bliska (przyjaciel, partner życiowy itd.),
- ✓ osoba zarekomendowana przez NGO.

Doradcę ustanawia sąd w drodze postanowienia. W ramach postanowienia sąd powinien wskazać zakres kompetencji takiego doradcy - mianowicie czy chodzi tylko o reprezentację takiej osoby czy o zarząd jej majątkiem czy też o obydwa te zakresy jednocześnie.

Ustanowienie doradcy skutkuje ograniczeniem zdolności do czynności prawnych osoby, której dotyczy postępowanie! Zachowuje ona jednak zdolność procesową w niniejszej sprawie. Sąd, który ustanowił doradcę ma obowiązek z urzędu zawiadomić o tym fakcie sąd opiekuńczy. Doradca tymczasowy pełni swoją funkcję do czasu odwołania go przez sąd lub do momentu, w którym postanowienie o jego ustanowieniu straci moc.

Wniosek o ubezwłasnowolnienie

Wniosek powinien zawierać:

- ✓ imię i nazwisko oraz adres uczestnika postępowania (tj. osoby, która ma zostać ubezwłasnowolniona);

- ✓ imię i nazwisko oraz adres wnioskodawcy (tj. osoby domagającej się ubezwłasnowolnienia);
- ✓ określenie kim dla uczestnika postępowania jest wnioskodawca (należy podać dane, które pozwolą na ustalenie, czy wnioskodawca jest uprawniony do wystąpienia z wnioskiem - np. małżonek, rodzic, dziecko);
- ✓ wskazanie proponowanego zakresu ubezwłasnowolnienia (częściowe lub całkowite);
- ✓ wyjaśnienie przyczyn, z powodu których uczestnik postępowania powinien zostać ubezwłasnowolniony (krótki opis okoliczności przemawiających za ubezwłasnowolnieniem);
- ✓ wskazanie informacji dotyczących stanu cywilnego osoby, która ma zostać ubezwłasnowolniona (jeśli uczestnik postępowania pozostaje w związku małżeńskim należy podać imię, nazwisko i adres małżonka);
- ✓ wskazanie, czy stan zdrowia uczestnika umożliwia mu osobiste stawienie się w sądzie celem wysłuchania.

Dokumenty dołączone do wniosku

Sąd ma obowiązek zażądać od wnioskodawcy przedstawienia odpowiedniego świadectwa lekarskiego. Obowiązek ten aktualizuje się na początkowym etapie, jeszcze przed doręczeniem wniosku osobie, której ten wniosek dotyczy, czyli przed wszczęciem postępowania w sprawie. Omawiane świadectwo lekarskie uzależnione jest od podstawy ubezwłasnowolnienia:

- ✓ choroba psychiczna lub niedorozwój umysłowy- świadectwo lekarskie wystawione przez lekarza psychiatrę,
- ✓ niepełnosprawność umysłowa- świadectwo lekarskie wystawione przez lekarza psychologa,
- ✓ pijaństwo - zaświadczenie poradni przeciwalkoholowej,
- ✓ narkomania – zaświadczenie z poradni leczenia uzależnień.

Wszystkie wymienione powyżej świadectwa / zaświadczenia powinny zostać sporządzone po uprzednim osobistym zbadaniu osoby, której dotyczyć ma dokument. Muszą być to także świadectwa / zaświadczenia aktualne.

Biegli

Art. 553. § 1. Osoba, której dotyczy wnioski o ubezwłasnowolnienie, musi być zbadana przez biegłego lekarza psychiatrę lub neurologa, a także psychologa.

§ 2. Opinia biegłego oprócz oceny stanu zdrowia psychicznego lub zaburzeń psychicznych albo rozwoju umysłowego osoby, której dotyczy wnioski o ubezwłasnowolnienie, powinna

zawierać umotywowaną ocenę zakresu jej zdolności do samodzielnego kierowania swoim postępowaniem i prowadzenia swoich spraw, uwzględniającą postępowanie i zachowanie się tej osoby.

Art. 554. § 1. Sąd może, jeżeli na podstawie opinii dwóch biegłych lekarzy uzna to za niezbędne, zarządzić oddanie osoby, której dotyczy wnioski o ubezwłasnowolnienie, pod obserwację w zakładzie leczniczym na czas nie dłuższy niż sześć tygodni. W wyjątkowych wypadkach sąd może termin ten przedłużyć do trzech miesięcy.

§ 2. Przed wydaniem postanowienia sąd wysłucha uczestników postępowania.

§ 3. Na postanowienie zarządzające oddanie do zakładu przysługuje zażalenie.

Postanowienie o ubezwłasnowolnieniu

W postanowieniu o ubezwłasnowolnieniu sąd orzeka, czy ubezwłasnowolnienie jest całkowite, czy też częściowe i z jakiego powodu zostaje orzeczone.

Sąd, który orzekł ubezwłasnowolnienie, zarządza z urzędu przesłanie sądowi opiekuneczemu odpisu prawomocnego postanowienia, którym orzekł ubezwłasnowolnienie. Nie potrzebne jest tutaj dodatkowe działanie stron. Sprawa przenosi się do sądu opiekuńczego, którego zadaniem jest ustanowienie opieki dla ubezwłasnowolnionego całkowicie lub kurateli dla ubezwłasnowolnionego częściowo.

Sądem właściwym do ustanowienia opieki oraz kurateli jest sąd opiekuńczy, którego właściwość jest określana według miejsca zamieszkania ubezwłasnowolnionego, a w braku tego miejsca – według jego miejsca pobytu, natomiast jeżeli nie ma także tej podstawy, to właściwy jest sąd rejonowy dla m.st. Warszawy.

Opiekun ubezwłasnowolnionego całkowicie

Opiekunem ubezwłasnowolnionego całkowicie powinien być ustanowiony przede wszystkim jego małżonek, a w braku tegoż - jego ojciec lub matka. Jeżeli ubezwłasnowolniony nie ma małżonka i rodziców, albo jeżeli nie mogą lub nie chcą sprawować funkcji opiekuna sąd wyznaczy do tego inną osobę.

Opiekunem osoby ubezwłasnowolnionej nie może zostać:

- ✓ osoba, która nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych albo została pozbawiona praw publicznych;
- ✓ osoba, w stosunku do której zachodzi prawdopodobieństwo, że nie wywiąże się należycie ze swoich obowiązków.

Opiekun sprawuje pieczę nad osobą i majątkiem pozostającego pod opieką. Opieka ta sprowadza się do prowadzenia spraw ubezwłasnowolnionego. Opiekun więc nie ma obowiązku osobistego zajmowania się, pielęgnacji osoby ubezwłasnowolnionej w chorobie. Opiekun obowiązany jest wykonywać swe czynności z należytą starannością, jak tego wymaga dobro pozostającego pod opieką i interes społeczny. Może on dokonywać wszystkich bieżących czynności nieprzekraczających zwykłego zarządu. Sąd opiekuńczy wykonywa nadzór nad

sprawowaniem opieki, zaznajamiając się bieżąco z działalnością opiekuna oraz udzielając mu wskazówek i poleceń

Kurator dla osoby ubezwłasnowolnionej częściowo

Zadania kuratora:

- ✓ opieka nad mieniem i sprawami życiowymi osoby częściowo ubezwłasnowolnionej, zabezpieczenie – w miarę możliwości – jej bieżących potrzeb oraz opieki lekarskiej,
- ✓ doradztwo i pomoc w prowadzeniu spraw życiowych podopiecznego,
- ✓ reprezentowanie podopiecznego i zarządzanie jego majątkiem – tylko w przypadku i w zakresie określonym postanowieniem sądu opiekuńczego.

Osoba częściowo ubezwłasnowolniona ma ograniczoną zdolność do czynności prawnych. Potrzebuje nadzoru kuratorskiego przy prowadzeniu swoich spraw, ale jej stan nie uzasadnia ubezwłasnowolnienia całkowitego. Może bez zgody przedstawiciela ustawowego zawierać umowy należące do umów powszechnie zawieranych w drobnych bieżących sprawach życia codziennego, takich jak bieżące zakupy, korzystanie z drobnych usług. Do ważności czynności prawnej, przez którą osoba częściowo ubezwłasnowolniona zaciąga zobowiązania lub rozporządza swoim prawem potrzebna jest zgoda jej przedstawiciela ustawowego (kuratora). Kurator osoby częściowo ubezwłasnowolnionej nie jest zobowiązany do ponoszenia jakichkolwiek nakładów i wydatków na rzecz podopiecznego.

| |
|--|
| V. <i>Poczytalność / poczytalność ograniczona / niepoczytalność jako instytucja prawa karnego</i> |
|--|

W prawie karnym nie ma jasnej, jednoznacznej definicji poczytalności. Kodeks karny nie określa również precyzyjnych kryteriów, którymi należy się kierować przy ocenie stanu świadomości. Poczytalność najczęściej definiuje się za Słownikiem Języka Polskiego jako zdolność rozumienia motywów swojego postępowania i oceny jego efektów. Przyjmuje się domniemanie, że każdy sprawca jest poczytalny. Poczytalność oznacza brak zaburzeń psychicznych, rozumienie tego, co jest nakazane i zakazane przez obowiązujące prawo oraz możliwość dostosowania swojego zachowania do tych wymogów stawianych przez prawo.

Kodeks karny przyjmuje zasadę, że zdrowy, dorosły człowiek ma możliwość zachowywania się zgodnie z wymogami norm prawnych.

W polskich przepisach karnych obowiązują **zasada domniemania poczytalności**, a jej badanie odbywa się wyłącznie wtedy, gdy pojawią się obiektywne wątpliwości co do zdolności kierowania swoim zachowaniem przez sprawcę.

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz.U. 2024, poz. 17 z późn. zm.)

Art. 31. § 1. Nie popełnia przestępstwa, kto, z powodu **choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych**, nie mógł w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem.

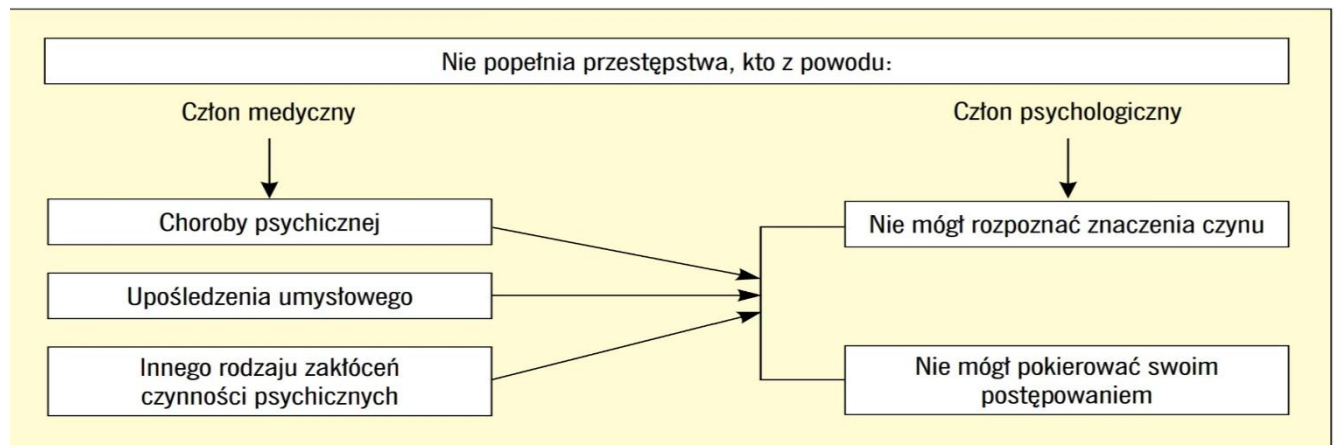
§ 2. Jeżeli w czasie popełnienia przestępstwa zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania postępowaniem była w znacznym stopniu ograniczona, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary.

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

Poczytalność sprawcy jest jedną z przesłanek umożliwiających pociągnięcie oskarżonego do odpowiedzialności karnej. Jej całkowity brak w ogóle wyłącza możliwość przypisania winy.

Niepoczytalność

Określenie pojęcia niepoczytalności wykorzystuje metodę mieszaną (medyczno-psychologiczną). Kodeks karny wskazuje zarówno źródła niepoczytalności (człon medyczny) oraz następstwa tych stanów dla psychiki sprawcy (człon psychologiczny).



Niepoczytalność

Przyczynami biologicznymi niepoczytalności są:

- a) choroba psychiczna (w sensie psychozy),
- b) upośledzenie umysłowe,
- c) innego rodzaju zakłócenia czynności psychicznych.

Choroba psychiczna

Choroba psychiczna to schorzenie psychiczne o różnorodnych przyczynach, które charakteryzuje się zmianami funkcji psychicznych o charakterze patologicznym, które z kolei cechują się różnymi objawami, m.in. urojeniami, zaburzeniami świadomości, pamięci, nastroju, myślenia, popędów czy możliwości podejmowania decyzji. Do najczęściej

występujących i jednocześnie typowych chorób psychicznych zalicza się m.in. schizofrenię, psychozę maniakalno – depresyjną czy paranoję.

Choroba psychiczna

Na potrzeby prawa karnego do chorób psychicznych, które mogą powodować niepoczytalność / poczytalność ograniczoną wchodzić mogą również psychozy wieku podeszłego, psychozy spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych lub alkoholu, jak również powstałe jako powikłania po chorobach zakaźnych, urazach czaszkowych lub padacze.

Każda choroba, w tym także psychiczna, jest zjawiskiem dynamicznym o różnym natężeniu. Możliwe są okresy, w których nie zakłóca ona ani strony intelektualnej, ani wolicjonalnej chorego. Te tzw. jasne przerwy (lucida intervalla). Wobec tego nie można ustalić w sposób abstrakcyjny, oderwany od analizy konkretnego przypadku, czy określona choroba prowadzi do niepoczytalności, czy jedynie ją ogranicza.

Upośledzenie umysłowe

Upośledzenie umysłowe również może być przesłanką ustalenia niepoczytalności.

Upośledzenie umysłowe jest traktowane jako niejednorodna grupa zaburzeń, które mogą być spowodowane różnymi czynnikami przyczynowymi, o różnym mechanizmie patogenetycznym. Obejmuje ono zarówno wrodzony „niedorozwój umysłowy”, jak i nabyte upośledzenie wywołane np. urazami mózgu lub też innymi schorzeniami. Cechą charakterystyczną upośledzenia umysłowego jest niepełny rozwój umysłowy, wyrażony przede wszystkim upośledzeniem umiejętności, które stanowią o ogólnym poziomie inteligencji, tj. o zdolnościach poznawczych, motorycznych i umiejętnościach społecznych.

Upośledzenie umysłowe

Oceniając poczytalność lub jej brak bierze się pod uwagę występowanie następujących objawów:

- ✓ upośledzenie pamięci,
- ✓ nieprawidłowe rozumienie i błędy w ocenie,
- ✓ zaburzoną orientację,
- ✓ nieumiejętność uczenia się,
- ✓ brak krytycyzmu,
- ✓ obniżenie lub utratę samokontroli prowadzące do zachowań popędowych i impulsywnych.

W przypadku głębokiego i znacznego upośledzenia umysłowego zazwyczaj przyjmuje się niepoczytalność, gdyż osoby nim dotknięte nie są w stanie rozpoznać znaczenia popełnionego czynu. W przypadku lekkiego stopnia upośledzenia, ocena poczytalności może być w każdym indywidualnym przypadku odmienna, tj. od całkowitej niepoczytalności, przez poczytalność

ograniczoną, aż do pełnej poczytalności. Przy tej ocenie trzeba brać pod uwagę łącznie takie czynniki jak: rodzaj czynu i okoliczności jego popełnienia oraz stopień upośledzenia.

Inne zakłócenia czynności psychicznych

Poprzez ten termin rozumie się wszelkie zaburzenia, które odnoszą się do sfery psychicznej, jednakże ich źródłem nie jest ani choroba psychiczna ani upośledzenie umysłowe. A więc, odnoszą się one również do takich dysfunkcji i procesów, których charakter nie zawsze musi być psychopatologiczny. Mogą być one spowodowane m.in. wpływem egzogennym lub być wynikiem fizjologicznie zmienionego ustroju, m.in. zatruciem, okresem dojrzewania płciowego, menstruacją, wzruszeniem stenicznym i astenicznym (gniew, przeciążenie, ostra reakcja na stres).

Ważne – muszą mieć charakter patologiczny!

Zawiniona niepoczytalność

Stan nietrzeźwości, jak i odurzenia, stanowią zakłócenia czynności psychicznych, które powoduje znaczne ograniczenie możliwości rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania postępowaniem, a czasem nawet całkowicie je wyłączają. Sprawca, będący w momencie popełnienia przestępstwa (tempore criminis) w stanie psychicznym, charakteryzującym się takimi ograniczeniami, co do zasady nie powinien być uznany za w pełni poczytalnego. Jeśli jednak sprawca sam się wprowadził w stan nietrzeźwości lub odurzenia i wówczas popełnił przestępstwo, podlega odpowiedzialności karnej na zasadzie winy – jest to tzw. zawiniona niepoczytalność.

Ważne - wyłącza się spod karalności stany odurzenia niezawinionego czy też przypadkowego oraz anormalną reakcję na alkohol w postaci stanów upojenia patologicznego oraz powikłanego.

Poczytalność ograniczona

Jest to stan pośredni pomiędzy poczytalnością a niepoczytalnością. Charakteryzuje się tym, że odchylenia od normy mają różne nasilenie – od nieznacznych, a skończywszy na stanach, w których zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem są w znacznym stopniu ograniczone, jednakże nie wyłączone całkowicie.

Tempore criminis

Aby móc przyjąć niepoczytalność, niemożność rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania postępowaniem, uwarunkowane określonymi zaburzeniami psychicznymi, musi zachodzić „w czasie czynu”, czyli w czasie, w którym był realizowany czyn zabroniony. Trudnością przy opiniowaniu o poczytalności jest to, że biegły bada sprawcę w stosunku do czynu popełnionego w przeszłości. Badanie nie jest dokonywane w czasie czynu, ale w okresie znacznie późniejszym. Konieczne jest zatem odtworzenie stanu minionego i rekonstrukcja procesów

psychicznych sprawcy, które w większości przypadków w czasie czynu były dalece bardziej odmienne od stanu w czasie badania psychiatrycznego.

Konsekwencje prawne

Jeżeli oskarżony w chwili dokonania czynu był niepoczytalny, sąd umorzy postępowanie i orzeknie umieszczenie sprawcy w zakładzie psychiatrycznym. Natomiast w stosunku do sprawcy popełniającego przestępstwo w stanie ograniczonej poczytalności istnieje możliwość (ale nie obowiązek) orzeczenia przez sąd nadzwyczajnego złagodzenia kary. Dlatego ustalenie stopnia jego poczytalności w czasie popełniania przestępstwa ma kluczowe znaczenie dla rozmiaru jego odpowiedzialności i wymiaru kary.

W sytuacji, gdy zachodzi uzasadniona wątpliwość, że zdolność sprawcy do rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania swoim postępowaniem była w czasie popełnienia tego czynu wyłączona lub w znacznym stopniu ograniczona, obligatoryjne jest posiadanie przez niego obrońcy.

W stosunku do niepoczytalnych sprawców przestępstw stosuje się środki zabezpieczające.

VI. Zgoda sądu opiekuńczego na zawarcie małżeństwa przez osobę chorującą psychicznie

Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (t.j. Dz.U.2023, poz. 2809)

Art. 12. § 1. Nie może zawrzeć małżeństwa osoba dotknięta chorobą psychiczną albo niedorozwojem umysłowym. Jeżeli jednak stan zdrowia lub umysłu takiej osoby nie zagraża małżeństwu ani zdrowiu przyszłego potomstwa i jeżeli osoba ta nie została ubezwłasnowolniona całkowicie, sąd może jej zezwolić na zawarcie małżeństwa.

§ 2. Unieważnienia małżeństwa z powodu choroby psychicznej albo niedorozwoju umysłowego jednego z małżonków może żądać każdy z małżonków.

§ 3. Nie można unieważnić małżeństwa z powodu choroby psychicznej jednego z małżonków po ustaniu tej choroby.

Nie każda choroba psychiczna i nie każdy niedorozwój umysłowy uzasadniają brak możliwości zawarcia związku małżeńskiego i założenia rodziny.

Przeszkody te nie mają w polskim prawie charakteru bezwzględnego. Podobnie jednak jak w przypadku przeszkody wieku, prawo przewiduje tutaj możliwość uzyskania zezwolenia na zawarcie małżeństwa pomimo istniejącej przeszkody.

Choroba psychiczna lub niedorozwój umysłowy zagrażają małżeństwu, jeżeli uniemożliwiają pełnienie przez małżonków społecznie przyjętych ról i funkcji. Uwzględnić należy możliwość nawiązania trwałych więzi i to, czy jeden z nupturientów jest chory, czy oboje. Jest możliwe uzyskanie zgody sądu na zawarcie małżeństwa, jeżeli stan zdrowia lub umysłu takiej osoby nie zagraża małżeństwu ani zdrowiu przyszłego potomstwa. Duża część chorób psychicznych przy

odpowiednim leczeniu nie stanowi zagrożenia ani dla funkcjonowania małżeństwa ani dla zdrowia przyszłych dzieci.

Zaburzenia psychiczne nie mają charakteru chorób dziedzicznych, a więc nie wolno zakładać, że zawarcie małżeństwa przez osoby chore psychicznie zagraża zdrowiu psychicznemu jej potomstwa lub małżonka.

Wniosek składa się do sądu rodzinnego – sądu rejonowego właściwego miejscowo według miejsca zamieszkania wnioskodawcy. Taki wniosek należy złożyć przed zawarciem małżeństwa. Wnioskodawcą może być wyłącznie osoba dotknięta chorobą psychiczną lub niedorozwojem umysłowym, która domaga się zezwolenia na zawarcie małżeństwa. Wniosek złożony przez jakąkolwiek inną osobę zostaje przez sąd oddalony z uwagi na jego złożenie przez osobę nieuprawnioną. Sąd wysłuchuje wnioskodawcę oraz osobę, z którą chce ona zawrzeć małżeństwo. Sąd zaciąga opinii biegłego lekarza (w miarę możliwości powinien być to lekarz psychiatra). W toku postępowania może być również przeprowadzony wywiad środowiskowy. W postanowieniu sądu wymieniony zostaje wnioskodawca oraz osoba, z którą małżeństwo ma być zawarte.

Nie ma możliwości wydania zezwolenia blankietowego, czyli na zawarcie małżeństwa z dowolną osobą.

VII. Asystent Zdrowienia – podstawy prawne zawodu. Zadania i rola asystenta zdrowienia oraz miejsca, w których mogą świadczyć pracę. Zakres tajemnicy zawodowej.

Zgodnie ze Zintegrowanym Systemem Kwalifikacji:

Osoba posiadająca kwalifikację "Wspieranie osób doświadczających kryzysów psychicznych w procesie zdrowienia przez osoby z doświadczeniem psychozy (asystent zdrowienia)" jest przygotowana do wspierania osób po kryzysach psychicznych szczególnie w zakresie motywowania do powrotu do aktywności społecznej i zawodowej.

Osoba ta wykorzystuje własne doświadczenia przeżytego kryzysu psychicznego, żeby wspierać inne osoby chorujące psychicznie oraz wносить perspektywę osoby chorującej do zespołów terapeutycznych. Do podstawowych zadań zawodowych osoby posiadającej kwalifikację należy:

- a) wspieranie osoby po kryzysach psychicznych w dążeniu do samodzielności życiowej,
- b) motywowanie osoby po kryzysach psychicznych do aktywności społecznej i zawodowej,
- c) świadczenie usług doradczych w zakresie radzenia sobie z różnymi problemami zdrowia psychicznego na podstawie własnych doświadczeń radzenia sobie z kryzysami oraz prowadzenie działań promujących zdrowy styl życia,
- d) udzielanie informacji na temat działania grup pomocowych, funkcjonowania placówek opieki zdrowotnej i pomocy społecznej zajmujących się zdrowiem psychicznym, praw pacjenta itp.,
- e) wskazywanie możliwości szukania wsparcia dla osób bliskich, ujawnianie własnych doświadczeń kontaktu z rodziną w kontekście kryzysu psychicznego,

- f) dzielenie się indywidualnymi wnioskami płynącymi z osobistego doświadczenia kryzysu psychicznego z zespołami terapeutycznymi w celu działania na rzecz osoby w kryzysie,
- g) dzielenie się indywidualnymi wnioskami płynącymi z osobistego doświadczenia kryzysu psychicznego ze wspieranymi osobami w celu ich umacniania.

Ponadto osoba posiadająca kwalifikację może utrzymywać kontakt z personelem organizacji zajmujących się zdrowiem psychicznym, pomocą społeczną i edukacją w zakresie zdrowia psychicznego w celu wsparcia osoby doświadczającej kryzysu, z którą współpracuje.

Podstawa prawna:

- 1) Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 26 maja 2022 r. w sprawie włączenia kwalifikacji rynkowej „Wspieranie osób doświadczających kryzysów psychicznych w procesie zdrowienia przez osoby z doświadczeniem psychozy (asystent zdrowienia)” do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji (M.P.2022, poz. 581),
- 2) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (t.j.Dz.U.2024, poz. 875)

§ 16 ust. 4a w/w Rozporządzenia stanowi: ***W centrum zatrudnia się osoby udzielające świadczeniobiorcom wsparcia psychicznego, zwane dalej „asystentami zdrowienia”.***

Przepisy przewidują 1 etat dla Asystentów Zdrowienia w każdym CZP.

Nie ma prawnych przeszkód, aby asystenci zdrowienia pracowali na oddziałach psychiatrycznych oraz w innych placówkach, które zajmują się pomocą i rehabilitacją zawodową i społeczną osób po kryzysach psychicznych takich jak np. WTZ, ŚDS typ A, domy pomocy społecznej, zespoły leczenia środowiskowego, domy opieki.

Asystentowi nie są przekazywane informacje objęte tajemnicą lekarską (diagnoza, terapia).

VIII. Prawa osób chorujących psychicznie w świetle obowiązujących regulacji prawnych krajowych i międzynarodowych (Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, Europejska Konwencja Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, Europejska Karta Socjalna, Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych, Międzynarodowy Pakt Praw Ekonomicznych, Socjalnych i Kulturalnych, Karta Praw Podstawowych UE, Konstytucja RP, Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Kodeks cywilny)

Liczne akty o charakterze międzynarodowym, odnoszące się wprost do praw człowieka, pośrednio nawiązują do praw pacjenta. Wśród najważniejszych można tu wymienić:

- ✓ Powszechną Deklarację Praw Człowieka (1948)
- ✓ Europejską Konwencję Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (1950)
- ✓ Europejską Kartę Socjalną (1961)

- ✓ Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych (1966)
- ✓ Międzynarodowy Pakt Praw Ekonomicznych, Socjalnych i Kulturalnych (1966),
- ✓ Kartę Praw Podstawowych Unii Europejskiej.

Podstawowym dokumentem, a zarazem pierwszym nawiązującym bezpośrednio do praw pacjentów, jest Europejska Konwencja Bioetyczna o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny z 1997 r. Wymienione i objęte ochroną zostały w niej trzy podstawowe prawa należne pacjentowi, a mianowicie:

- ✓ prawo do zgody na podjęcie wszelkiego rodzaju interwencji medycznych,
- ✓ prawo do informacji,
- ✓ prawo do odmowy pacjenta przyjęcia informacji o swoim stanie zdrowia.

W polskim systemie prawnym prawa pacjenta wynikają z:

- ✓ Konstytucji RP,
- ✓ ratyfikowanych umów międzynarodowych,
- ✓ innych ustaw.

Aktem najwyższej rangi w odniesieniu do praw pacjenta jest Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.

Gwarantuje się w niej następujące prawa:

- ✓ prawo do ochrony życia (art. 38),
- ✓ prawo do ochrony przed medycznymi eksperymentami, bez dobrowolnie wyrażonej zgody (art. 39),
- ✓ nietykalność oraz wolność osobistą (art. 41),
- ✓ prawną ochronę życia prywatnego oraz rodzinnego, czci dobrego imienia oraz prawo do decydowania o własnym życiu (art. 47),
- ✓ prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, w granicach ustalonych przez ustawę (art. 68).

Prawa pacjentów chronione są przez przepisy wielu ustaw, m.in. dotyczących: zawodu lekarza, świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zakładów opieki zdrowotnej, ochrony zdrowia psychicznego, pielęgniarstwa i położnictwa, pobierania, przeszczepiania komórek, tkanek i narządów oraz inne. Niezwykle ważnym aspektem w omawianej kwestii było uchwalenie Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Jest to pierwszy akt będący próbą klarownego opracowania tematu o charakterze wiążącym.

Rozdział VIII

Podsumowanie

Anna Liberadzka
Krystiana Roloff

Asystent Zdrowienia – wnioski płynące z badań absolwentów kursów

Streszczenie

Cel: Celem pracy była ocena opinii absolwentów kursów asystentów zdrowienia na temat ukończonych przez nich kursów asystentów zdrowienia, zebranie informacji na temat ewentualnego dalszego kształcenia oraz uzyskanie informacji dotyczących pracy w zawodzie asystent zdrowienia

Metody: Zastosowano metodę sondażową, wykorzystując ankietę do samodzielnego wypełnienia. Analizie poddano 48 ankiet.

Wyniki: Treści z ocenianego kursu jako przydatne uznało od 79,2% do 97,9% (w zależności od modułu). 100 % respondentów poleca innym oceniany kurs. 97,9 % ankietowanych widzi potrzebę dalszego kształcenia. 63,8 % respondentów podjęło po kursie pracę jako asystent zdrowienia, w tym 40% pracuje w pełnym wymiarze czasu pracy. 83,9% respondentów ocenia pracę z pacjentem jako satysfakcjonującą. 87,1% badanych widzi wysoki sens pracy z pacjentami. 73,3% badanych stwierdziło, że praca w charakterze asystenta zdrowienia spowodowała poprawę ich stanu zdrowia psychicznego. Wśród najważniejszych zmian, jakie dostrzegają asystenci zdrowienia dzięki ich pracy u podopiecznych wymieniają: 79,3% - większa motywacja do leczenia, 72,4% - robienie planów na przyszłość i podejmowanie różnych aktywności.

Wnioski: Wyniki wskazują na zasadność przeprowadzanych kursów i kształcenia asystentów zdrowienia, zarówno na poziomie podstawowym, jak i rozszerzonym. Wprowadzenie asystentów w szeregi zespołów terapeutycznych ma pozytywne znaczenie zarówno dla nich samych, jak i osób z którymi współpracują realizując swoje zadania. Konieczne jest pogłębienie badań dotyczących oceny pracy i działań asystentów zdrowienia.

Słowa kluczowe: asystent zdrowienia, samorzecznictwo, nowa rola pacjenta

WPROWADZENIE:

Zarówno wcześniejsze badania [1] jak i kolejne [2,3,4] wskazują na stale utrzymującą się w społeczeństwie polskim tendencję do dyskryminowania osób chorujących psychicznie. Piętno osób chorujących psychicznie jest tak duże, że inne ich role życiowe i zawodowe są marginalizowane.

Z analizy tekstów źródłowych [5,6] wynika, że same osoby chorujące psychicznie zwracają uwagę na fakt, że przyjmowanie przez nich nowych ról społecznych i zawodowych (jak np. student, pracownik, rodzic, opiekun) prowadzi do ich umacniania (empowerment) i niwelowania autostygmatyzacji.

To samo zjawisko, które dostrzegamy w wymiarze indywidualnym jest też obserwowane w stosunku do całej grupy osób chorujących psychicznie. Przyjmowanie stopniowo nowych ról przez pacjentów prowadzi do przełamywania piętna wobec tej grupy osób. Na przestrzeni ostatnich lat były to kolejno takie role jak: członek organizacji zrzeszającej osoby chorujące psychicznie, edukator („przekazywanie wiedzy z pierwszej ręki”), autor artykułów i publikacji. Stopniowo także z podmiotu badań coraz częściej staje się twórcą lub współtwórcą badań dotyczących zdrowia psychicznego [7]. W ostatnich latach także coraz częściej przyjmuje rolę selfadwokata – samorzecznika praw osób chorujących. Warto zaznaczyć, że kolejne role stają się coraz bardziej publiczne, dzięki przełamywaniu autostygmatyzacji i występowaniu w coraz szerszych gremiach, temat choroby psychicznej staje się coraz częściej przedmiotem publicznej dyskusji.

Najnowszą rolą, którą przyjmują osoby chorujące psychicznie jest rola stricte zawodowa -rola asystenta zdrowienia. Na dzień dzisiejszy jest to kwalifikacja wpisana do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji [8].

W momencie, gdy ta rola zaczynała powstawać okoliczności były sprzyjające. Nastąpił rozwój psychiatrii środowiskowej w Polsce, której główną ideą jest decentralizacja systemu psychiatrycznego oraz wprowadzanie opieki środowiskowej oferowanej blisko miejsca zamieszkania, w lokalnej społeczności. Rola asystenta zdrowienia wpisana się w idee wprowadzanych zmian.

W Polsce od kilku lat szkoli się asystentów zdrowienia. Jak zostało wcześniej wspomniane, asystent zdrowienia to nowa kwalifikacja, w jakiej mogą kształcić się i odnaleźć osoby doświadczające kryzysów zdrowia psychicznego. Kursy przygotowujące do kwalifikacji asystenta zdrowienia odbywały się bądź odbywają w kilku różnych miejscach i środowiskach: w Wieliczce, we Wrocławiu, w Warszawie i w Krakowie. Niniejszy tekst odnosi się doświadczeń środowiska krakowskiego, gdzie początkowo Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej we współpracy ze Stowarzyszeniem „Otwórzcie Drzwi”, a później Krakowskie Centrum Edukacyjne Cogito w okresie od stycznia 2020 do lipca 2023 przeprowadziło 7 edycji kursu Asystenta Zdrowienia. Łącznie w poszczególnych edycjach wzięło udział 110 osób.

Zdecydowana większość kursów była prowadzona stacjonarnie w Krakowie, jednak część z nich w związku z pandemią realizowana była w całości bądź częściowo w formule online za pośrednictwem komunikatora Zoom. Niektóre z edycji kursów były całkowicie bezpłatne dla uczestników w związku z uzyskanymi dofinansowaniami na ten cel pochodzącymi z różnych źródeł (Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Program Aktywni Obywatele – Fundusz Krajowy), niektóre były płatne, co wynikało z ogromnego zainteresowania kursami. W początkowych edycjach było to ponad 100 osób na 15 możliwych miejsc, wiele osób dopytywało o kursy płatne i kiedy nie udało się uzyskać kolejnego dofinansowania na kurs zdecydowano, by się uruchomić także edycje płatne. Niewątpliwie czynnikiem wpływającym na tak duże zainteresowanie kursami był fakt wprowadzenia obligatoryjnego zatrudniania asystentów zdrowienia w Centrach Zdrowia Psychicznego. Podstawą prawną było Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2019 r. zmieniające rozporządzenie w

sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego. Paragraf 16 tego rozporządzenia dodaje ustęp 6 w brzmieniu: „6. Do osób zatrudnionych w centrum w ramach działalności podstawowej zalicza się: (...) asystentów zdrowienia.” [9].

W związku z tym, że założeniem zawodu asystenta zdrowienia jest praca na własnym ujawnieniu doświadczenia kryzysu psychicznego (także zgodnie z tym, jak zostało to zapisane w Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji) decydującym kryterium przyjęcia na kurs było doświadczenie kryzysu psychicznego. Z perspektywy organizatorów było ważne także, aby ten kryzys był „przepracowany”, stąd drugim równoległym najważniejszym warunkiem było doświadczenie psychoterapii własnej. Poza tymi dwoma wytycznymi dodatkowe uzupełniające kryteria zmieniały się wraz z koniecznymi obostrzeniami wynikającymi z realizowanego w danym czasie projektu.

Wszystkie kryteria przyjęcia na kurs były sprawdzane dwuetapowo: pierwszym etapem było wypełnienie i przesłanie do organizatorów formularza zgłoszeniowego, na podstawie którego wybierane były osoby do indywidualnych rozmów kwalifikacyjnych. Rozmowy te przeprowadzane były w parach (podobnie jak cały kurs): psycholog i osoba z doświadczeniem kryzysu psychicznego.

Kurs początkowo składał się z 10 modułów (Integracja i komunikacja 1, Komunikacja 2, Zniekształcenia poznawcze, Etyka, Wiedza o chorobie, Współpraca 1 i 2, Zdrowienie, Wgląd i stereotypy, Podsumowanie), jednakże w związku z zauważonymi potrzebami zdecydowano, aby rozszerzyć kurs o moduł Samorzecznictwo. Program kursu powstał w oparciu o badania potrzeb i oczekiwań przeprowadzonych w roku 2019 zarówno wśród osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego jak i członków zespołów terapeutycznych [10]. Ponadto brane były pod uwagę opinie przyszłych trenerów w kursie, ich przemyślenia i doświadczenie zawodowe. Zrąb kursu powstał na wspólnym wyjeździe szkoleniowym dla przyszłych trenerów, a konkretne ćwiczenia i szczegółowe treści przekazywane podczas zajęć opracowywali trenerzy prowadzący poszczególne moduły w parach: psycholog i osoba z doświadczeniem kryzysu psychicznego, biorąc pod uwagę te dwie perspektywy.

Inspiracją do niniejszych badań były z jednej strony rozmowy z kursantami, udzielane przez nich informacje zwrotne, a także liczne pytania o dalsze możliwości rozwoju, często także po zakończonych poszczególnych edycjach kursu, z drugiej strony natomiast determinowane były naturalną chęcią ewaluacji pracy i zaangażowania prowadzących kurs.

Do tej pory w Polsce były prowadzone nieliczne badania dotyczące asystentów zdrowienia, natomiast jeśli chodzi o badania pracujących asystentów zdrowienia są to badania pionierskie.

Celem niniejszej pracy była ocena opinii absolwentów kursów asystentów zdrowienia na temat ukończonych przez nich kursów asystentów zdrowienia, zebranie informacji na temat ewentualnego dalszego kształcenia oraz uzyskanie informacji dotyczących pracy w zawodzie asystent zdrowienia.

METODY:

Badanie zostało przeprowadzone w okresie od lipca do sierpnia 2023. O wypełnienie ankiety zostali poproszeni wszyscy absolwenci kursów krakowskich. Ankieta została rozesłana drogą mailową do 110 osób - absolwentów kursów. W odpowiedzi na zapytanie 48 osób wypełniło ankietę. Odpowiedzi były uzupełniane przez respondentów poprzez formularz Google.

Najwięcej osób odpowiedziało z niedawno zakończonych edycji: edycji szóstej - 20,8% wszystkich badanych - realizowanej w okresie od września do lutego 2023 oraz edycji siódmej - 20,8% wszystkich badanych - realizowanej w okresie od lutego 2023 do lipca 2023. Tłumaczy się to faktem, że absolwenci mieli jeszcze w pamięci poszczególne moduły, a także wyższą motywację od osób, które ukończyły kursy we wcześniejszych latach. Dodatkowo przy ostatnich edycjach już planowano to badanie, informowano o nim uczestników w trakcie kursu i zachęcano do wypełnienia ankiety. Ponadto ankietę wypełnili uczestnicy edycji trzeciej realizowanej w okresie od lutego 2021 do lipca 2021 - stanowili oni 16,1% wszystkich uczestników badania oraz uczestnicy edycji czwartej realizowanej w okresie od sierpnia 2021 do grudnia 2021. Sporą grupę stanowili też absolwenci piątej edycji kursu realizowanej w okresie od lutego 2022 do lipca 2022 - 12,5%. Najmniej licznie w badaniu uczestniczyli absolwenci pierwszej i drugiej edycji kursu, realizowanych w 2020 roku, którzy stanowili kolejno 4,2 % i 10,4% ogółu badanych.

Ankietę podzielono na trzy główne części. Pierwsza część dotyczyła oceny kursu i poszczególnych jego modułów. Proszono o ocenę: przydatności w pracy i dalszym życiu, zaangażowania prowadzących, atrakcyjności przekazywanych treści oraz przystępności przekazywanych treści w skali od 1 do 6 (1- ocena bardzo niska, 6- ocena bardzo wysoka). Absolwenci mieli również możliwość udzielenia odpowiedzi na otwarte pytania: „co byś zmienił, udoskonalił w tym module” w odniesieniu do każdego modułu oraz mieli możliwość wpisania innych uwag do poszczególnych modułów. Zwrócono się również z prośbą o całościową ocenę szkolenia pytając czy absolwent poleciłby ten kurs innym osobom, dano także możliwość udzielenia rozbudowanej odpowiedzi oceniającej kurs.

Drugą część ankiety stanowiły pytania w odniesieniu do ewentualnego dalszego kształcenia asystentów zdrowienia. Pytano, czy absolwenci widzą potrzebę poszerzenia swojej wiedzy, czy byliby skłonni uczestniczyć w kursach bardziej zaawansowanych, jak również jakie ewentualne zagadnienia w takim kursie powinny się znaleźć. Celem było uzyskanie informacji o tym, jakiego wsparcia najbardziej potrzebują absolwenci kursu „asystent zdrowienia”, pytano o ewentualną potrzebę uczestnictwa w grupie wsparcia, deklarację chęci udziału w takich grupach. Dano możliwość udzielenia odpowiedzi otwartej na pytanie, jakiego rodzaju wsparcie jest oczekiwane przez absolwentów kursu. Przedmiotem zainteresowania były również dalsze losy edukacyjne osób ankietowanych.

Ostatnią część ankiety poświęcono na uzyskanie informacji dotyczących pracy w zawodzie asystent zdrowienia. Zapytano absolwentów, czy pracują w tym charakterze, a jeśli nie, to dlaczego. Absolwentów pracujących w zawodzie pytano o to, gdzie pracują, jak długo i w jakim wymiarze, co należy do ich obowiązków. Proszono o ocenę stopnia satysfakcji oraz

poziomu trudności w pracy z pacjentami i ich rodzinami a także z zespołem terapeutycznym. W odniesieniu do pracy z pacjentami i ich rodzinami dopytano o poczucie sensu z wykonywania tej pracy. Dopytywano także, jaki wpływ na zdrowie asystentów zdrowienia miało podjęcie pracy w tym charakterze, czy konieczne było skorzystania ze zwolnienia lekarskiego w związku z pogarszającym się pod wpływem obowiązków służbowych stanem zdrowia. W kręgu zainteresowań badaczy było również to, czy absolwenci spotkali się z niewiedzą dotyczącą wykonywanego przez nich zawodu, a jeśli tak to u kogo. Proszono o odpowiedzi na otwarte pytanie dotyczące tego, czy pracujący asystenci zdrowienia widzą sens i celowość swojej pracy, jak również o to, w jakich aspektach pracujący asystenci zdrowienia widzą efekty swojej pracy.

W trakcie trwania kolejnych edycji kursu stopniowo precyzowano zasady przyznawania zaświadczeń o ukończeniu kursu oraz certyfikatów ukończenia kursu wraz z coraz większym doświadczeniem prowadzących kurs, ich wiedzą oraz zmieniającymi się wymaganiami na rynku pracy oraz sytuacją prawną związaną z umocowaniem tej kwalifikacji. Wśród uczestników badania 68,1% z nich zakończyło kurs otrzymując zarówno zaświadczenie, jak i certyfikat. Pytano ich także o ukończenie stażu w trakcie lub po kursie w wymaganym wymiarze 100 h – 64,6% badanych taki wymóg spełniło, a 14,6% było w trakcie stażu w momencie przeprowadzania badania.

WYNIKI:

Poniżej przedstawiono wyniki dotyczące pierwszej części formularza. Jeśli chodzi o aspekt przydatności przekazywanych treści w przyszłej pracy to oceny wahały się w przedziale od 79,2% (dla modułu „etyka”) do 97,9% (dla modułu „wiedza o chorobie”). Procenty obejmują odpowiedzi absolwentów, którzy uznali przekazywane treści jako przydatne i bardzo przydatne. Absolwenci oceniali prowadzących zajęcia pod względem ich zaangażowania, gdzie odpowiedzi wahały się między 71,4% (dla modułu „samorzecznictwo”) do 97,9% (dla modułu „wiedza o chorobie”). Są to odpowiedzi absolwentów, którzy wybrali odpowiedzi „duże” i „bardzo duże zaangażowanie prowadzących”. Prosimy o ocenę atrakcyjności przekazywanych na kursie treści. Oceny wahały się od 66,7% (dla modułu „samorzecznictwo”) do 95,8% (dla modułu „wiedza o chorobie”). Wyniki obejmują odpowiedzi „atrakcyjne” i „bardzo atrakcyjne treści”. Ostatnią kwestią, o którą pytaliśmy w tej części formularza była dostępność przekazywanych na kursie treści. Tutaj oceny wahały się od 75% (dla modułu „samorzecznictwo”) do 100% (dla modułu „wgląd i stereotypy”). Analizie procentowej poddane zostały odpowiedzi „przystępne” i „bardzo przystępne treści”.

Druga część ankiety dotyczyła ewentualnego zapotrzebowania na dalsze kształcenie i inne formy wsparcia dla absolwentów kursów. Aż 97,9 % ankietowanych odpowiedziało, że widzi taką potrzebę, a 95,8% chciałoby uczestniczyć w dodatkowym kursie poszerzającym wiedzę zdobytą na kursie dedykowanym stricte dla asystentów zdrowienia. Ponadto 97,9 % zauważa potrzebę grupy wsparcia lub grupy Balinta dla pracujących asystentów zdrowienia a 93,8% deklaruje gotowość uczestnictwa w takich formach wsparcia.

Niezmiernie istotny jest trend, który zauważono w trakcie realizacji poszczególnych edycji kursów, a także po ich zakończeniu, w związku z tym, że prowadzący kurs utrzymują

kontakt z niektórymi absolwentami. Trend ten potwierdziły także niniejsze badania, a mianowicie wielu kursantów w trakcie kursu lub po jego zakończeniu, odkrywa w sobie nowe kompetencje i korzysta z różnych możliwości dalszego kształcenia i rozwoju zawodowego. Z przeprowadzonego badania wynika, że podejmują oni kształcenie w takich kierunkach jak: terapia zajęciowa, terapia środowiskowa, psychologia, praca socjalna i inne. Prowadzący kurs zauważyli, że w trakcie kursu poszerzają się horyzonty uczestników, odkrywają oni swoje możliwości i kompetencje, w związku z czym chcą dalej się rozwijać, w szczególności w zawodach wiążących się z pomocą drugiej osobie. Wydaje się to być szczególnie cenne, że zasilają oni zespoły terapeutyczne i wnoszą do tych zespołów nowe perspektywy.

Trzecia część ankiety dotyczyła pracy w charakterze asystenta zdrowienia, którą podjęli absolwenci kursów w tym zawodzie. Z badanych osób na dzień wypełniania ankiety 63,8 % podjęło pracę jako asystent zdrowienia. Natomiast osoby, które nie podjęły zatrudnienia zapytano, jaka była tego przyczyna. Wśród powodów niepodjęcia pracy wymieniano: zbyt niskie wynagrodzenie, brak Centrum Zdrowia Psychicznego w pobliżu miejsca zamieszkania, obawy przed zbyt dużym obciążeniem psychicznym. Spora część osób była jeszcze w trakcie stażu i planowała podjąć zatrudnienie po jego ukończeniu. Jeśli chodzi o osoby, które podjęły zatrudnienie, to zdecydowana większość osób pracuje w Centrach Zdrowia Psychicznego.

Pytano także badanych, którzy pracują, w jakim wymiarze czasu pracy są zatrudnieni. Co było zaskakujące większość, bo 40% pracuje w pełnym wymiarze czasu pracy, 6,7% w wymiarze $\frac{3}{4}$ czasu pracy, 20 % w wymiarze $\frac{1}{2}$ czasu pracy, a pozostali w innym niepełnym wymiarze czasu pracy. W ankiecie było też zawarte pytanie o zakres obowiązków pracujących asystentów zdrowienia. Odpowiedzi wskazują na bardzo szeroki i różnorodny zakres obowiązków, wymieniane były przede wszystkim zadania związane bezpośrednio z pracą z pacjentami takie jak: prowadzenie zajęć w klubie pacjenta, prowadzenie rozmów indywidualnych z pacjentami przebywającymi w instytucjach, wyjścia indywidualne i grupowe z pacjentami, prowadzenie własnych zajęć terapeutycznych m.in. terapia zajęciowa, praca w Punkcie Zgłoszeniowo - Koordynacyjnym, udział w wycieczkach z pacjentami. Ponadto wymieniano też obowiązki realizowane we współpracy z personelem takie jak: pomoc terapeutom i psychologom w zajęciach, uczestnictwo w wizytach domowych w ramach Zespołów Leczenia Środowiskowego, rozmowy z kadrą medyczną na temat aktualnego stanu zdrowia poszczególnych pacjentów, udział w omawianiu stanu zdrowia pacjentów i interwizjach zespołu. Dodatkowo istotną część zajęć asystentów zdrowienia stanowiły zadania związane ze współpracą z rodzinami pacjentów takie jak: uczestnictwo w sesjach rodzinnych czy edukacja dla rodzin pacjentów.

Pracującym asystentom zdrowienia zadano pytanie o ocenę ich pracy z pacjentem, z personelem oraz z rodziną pacjenta w następujących aspektach: stopień satysfakcji, poziom trudności oraz w przypadku pracy z rodziną i pacjentem o poczucie sensu pracy. Wyniki przedstawiają się następująco: jeśli chodzi o pracę z pacjentem to stopień satysfakcji jako „bardzo wysoki” lub „wysoki” uznało 83,9% respondentów. Poziom trudności pracy z pacjentem oceniono następująco: za „bardzo niski” lub „niski” stopień trudności uznało 19,3% badanych, jako „średni” stopień trudności 51,6%, jako „wysoki” lub „bardzo wysoki” stopień

trudności 29 % ankietowanych. Na pytanie o poczucie sensu pracy z pacjentami „wysoki” lub „bardzo wysoki” sens pracy z pacjentami widzi 87,1% badanych.

Jeśli chodzi o współpracę z personelem to za „satisfakcjonującą” lub „bardzo satisfakcjonującą” uważa ją 64,5% badanych a 6,4 % badanych swoją współpracę z personelem ocenia jako „bardzo mało” lub „mało” satisfakcjonującą. Poziom trudności pracy z personelem jako „bardzo niski” lub „niski” ocenia 32,3% ankietowanych, a jako „średnio trudny” ocenia ten aspekt pracy 54,9% badanych natomiast jako „bardzo trudny” lub „trudny” - 12,9%.

Pytano także o ocenę różnych aspektów pracy z rodzinami pacjentów: stopień satysfakcji wynikający z pracy z rodzinami pacjentów jako „wysoki” lub „bardzo wysoki” oceniło 50% badanych, jako „średni” pozostałe 50%, nikt nie ocenił go jako „niski” lub „bardzo niski”. Poziom trudności w pracy z rodzinami jako „bardzo niski” lub „niski” wskazało 42,1%, jako „średni” 42,1 % a 15, 8% ocenia poziom trudności jako „wysoki”. Jeśli chodzi o poczucie sensu pracy z rodzinami to na „wysokie” lub „bardzo wysokie” wskazało 77,3%, na „średnie” 18,2% i na „bardzo niskie” - 4,5%.

W ankiecie ponadto zapytano badanych, jak praca w charakterze asystenta zdrowienia wpłynęła na ich stan zdrowia psychicznego. Oczekiwano, że w związku dużym obciążeniem, jakie niesie ze sobą praca w tym charakterze, może nastąpić pogorszenie stanu zdrowia psychicznego. Co ciekawe 73,3% badanych stwierdziło, że praca w charakterze asystenta zdrowienia spowodowała poprawę ich stanu zdrowia psychicznego a 80% przyznało, że nie było potrzeby, aby w związku z wykonywanym zawodem asystenta zdrowienia skorzystać ze zwolnienia lekarskiego.

Pytano także ankietowanych absolwentów kursów, czy pracując w charakterze asystenta zdrowienia spotkali się z niewiedzą dotyczącą wykonywanego przez nich zawodu i jeśli tak, to u kogo. Zdecydowana większość pracujących absolwentów przyznała, że spotyka się z dużą niewiedzą dotyczącą roli asystenta zdrowienia w systemie opieki zdrowotnej. Co ciekawe, niewiedza ta dotyczy różnych grup zawodowych. Zarówno lekarze medycyny pracy, do których absolwenci zwracają się na początku swojej drogi zawodowej często nie wiedzą, co należy do zadań asystenta zdrowienia, jak również już podczas wykonywania obowiązków zawodowych współpracownicy często nie mają informacji na temat roli asystenta zdrowienia. Dotyczy to zarówno psychologów, psychiatrów, jak i pielęgniarek czy pracowników socjalnych. Niewiedza dotycząca kwalifikacji asystent zdrowienia dotyczy również często najbardziej zainteresowanych grup - pacjentów i ich rodzin.

Ostatni fragment tej części ankiety dotyczył sensu i celowości pracy w roli asystenta zdrowienia. Wszyscy odpowiadający na to pytanie widzą sens i celowość swojej kwalifikacji i pełnionych przez nich roli. Sedno uzyskanych odpowiedzi zawiera się w takich twierdzeniach absolwentów: „służę przykładem, że chorowanie nie musi być końcem świata, że z tego można wyjść i całkiem dobrze sobie radzić. To nie teoria przekonuje pacjentów do zmian a „żywy” przykład” oraz „widzę ogromny sens i celowość mojej pracy. Daje mi ogromne poczucie spełnienia. Kocham to co robię. Czerpię z tego siłę i wielką radość. Czuję zmęczenie, które mnie nie niszczy, ale daje siłę, aby dobrze wypocząć. Moi podopieczni promienieją, uśmiechają się, śpiewają. Powstawali z łóżek. Bez przemocy, z godnością i z szacunkiem”.

Poproszono również o wymienienie widocznych zmian, jakie są efektem działania asystentów zdrowienia. Tutaj absolwenci w 79,3% przyznali, że to dzięki ich obecności pacjenci mają większą motywację do leczenia. 72,4% pracujących asystentów zdrowienia deklaruje, że dzięki ich obecności w procesie leczenia, pacjenci zaczynają robić plany na przyszłość, jak również zaczynają wychodzić z domu i podejmować różne aktywności. 58,6% asystentów zauważa, że ich podopieczni zaczęli aktywnie uczestniczyć w zajęciach oferowanych w placówce lub poza nią. Ponad połowa, bo 51,7% zatrudnionych asystentów twierdzi, że ma wpływ na poprawę atmosfery w miejscu pracy. Asystenci zdrowienia zauważają, że dzięki ich działaniom podopieczni zaczęli regularnie uczęszczać do lekarza i/lub psychoterapeuty -zmianę taką zauważa 44,8% pracujących asystentów zdrowienia, a dla 41,4% z nich zmiana w zachowaniu podopiecznych odnosi się do regularnego zażywania leków. Asystenci zdrowienia wskazali, że przyczynili się również do tworzenia planów kryzysowych przez pacjentów- 31%, natomiast 13,8% pytanym asystentów zdrowienia zachęciło swoich podopiecznych do zaangażowania się w działalność rzeczniczą.

DYSKUSJA:

Z uwagi na mało liczne publikacje odnoszące się do asystentów zdrowienia oraz praktycznie brak badań na tej grupie w Polsce wynikający m.in. z tego, że jest to bardzo świeża rola dyskusję należy traktować z ostrożnością.

Kształcenie asystentów zdrowienia

Brak sprecyzowanych zadań, jakie asystent zdrowienia miałby wykonywać, przyczynił się do pojawienia się trudności na etapie planowania kursów mających przygotowywać do pełnienia kwalifikacji. Do dnia dzisiejszego istnieją różnice pomiędzy różnymi placówkami oferującymi kursy, nie ma również ujednoczonych kryteriów kwalifikacji dla osób, które ubiegają się o możliwość kształcenia się w konkretnej placówce. Aktualnie w Polsce kształceniem asystentów zdrowienia zajmują się trzy główne instytucje.

Fundacja Polski Instytut Otwartego Dialogu proponuje 12 modułowy kurs, który obejmuje takie zagadnienia jak: zdrowie i dobre samopoczucie, umacnianie, doświadczanie i uczestnictwo, zdrowienie, trialog, samopoznanie, pełnomocnik osób dotkniętych chorobą, ocena procesu zdrowienia, towarzyszenie i wspieranie, radzenie sobie w kryzysie, interwencja w kryzysie, zakończenie i podsumowanie warsztatów [11]. Warto zaznaczyć, że kurs ten jest całkowicie realizowany w formie online.

Kolejnym miejscem, gdzie przyszli asystenci zdrowienia mogą rozwijać swoje umiejętności jest Stowarzyszenie EX-IN Polska. Jest ono związane z działającym na terenie Europy ruchem „Experienced- Involvement” odnoszącym się do idei promowania i rozwijania współpracy „ekspertów przez doświadczenie” oraz rodzin i profesjonalistów. Działania z nim związane mają na celu poprawę jakości opieki psychiatrycznej. Stowarzyszenie oferuje kurs składający się z 12 modułów: zdrowie i dobre samopoczucie, umacnianie, doświadczanie i uczestnictwo, zdrowienie, trialog, samopoznanie, pełnomocnik osób dotkniętych chorobą, ocena procesu zdrowienia, towarzyszenie i wspieranie, interwencja w kryzysie, uczenie się i

nauczanie oraz podsumowanie warsztatów [12]. Kursy odbywają się stacjonarnie we Wrocławiu.

Kolejnym miejscem, gdzie przyszli asystenci zdrowienia mogą rozwijać swoje kompetencje jest Cogito- Krakowskie Centrum Edukacyjne. Jak wcześniej zostało opisane oferowany kurs składa się z 11 modułów realizowanych wyłącznie w formie stacjonarnej. Moduły te to: integracja/komunikacja, komunikacja 2, wiedza o chorobie, współpraca, współpraca 2, wgląd w chorobę i stereotypy, etyka, zdrowienie, zniekształcenia poznawcze, samorzecznictwo, podsumowanie. Mimo, że placówka po zmianach statutowych pod obecną nazwą funkcjonuje od niedawna, zatrudnieni w niej specjaliści od stycznia 2020 roku prowadzą szkolenia i obecnie realizowana jest 9 edycja kursu dla asystentów zdrowienia.

Warto wspomnieć, że placówki kształcące coraz częściej wymagają odbycia stażu w placówce świadczącej usługi dla osób chorujących psychicznie i dopiero na tej podstawie po ukończeniu kursu wręczają swoim absolwentom dokument potwierdzający kwalifikację.

Wnioski płynące z badań krakowskiego kursu są bardzo optymistyczne. Dla osób go tworzących oraz trenerów prowadzących kolejne edycje satysfakcjonująca zdaje się być ocena poszczególnych modułów zarówno pod względem przydatności w pracy i dalszym życiu, zaangażowania prowadzących, atrakcyjności przekazywanych treści oraz przystępności przekazywanych treści. Wartościowe będzie także uwzględnienie uwag absolwentów kursu, aby poprawić jeszcze jego jakość.

Brak podobnych badań innych kursów w Polsce uniemożliwia ich porównanie z kursami krakowskimi.

Implikacje związane z zatrudnianiem asystentów zdrowienia

Przeprowadzono badania na grupie 35 dorosłych będących w trakcie jednego z pierwszych kursów przygotowujących do roli asystenta zdrowienia [13]. Autorzy swoje badania skoncentrowali wokół kwestii związanych z wymiarami dobrostanu psychicznego u przyszłych asystentów zdrowienia. Uzyskane wyniki wskazują, że u osób będących w trakcie kształcenia do roli asystentów zdrowienia poziom dystresu w okresie zdrowienia jest niższy niż w okresie kryzysu psychicznego (tutaj wyznacznikiem był okres hospitalizacji psychiatrycznej). Niewątpliwie dla wielu osób doświadczenie kryzysu psychicznego jest sytuacją traumatyczną i dopiero przepracowanie tego doświadczenia pozwala na satysfakcjonujący powrót do wymagań życia codziennego, jak również na podjęcie zatrudnienia.

Wyniki sugerują również, że u osób u których wystąpiła większa różnica w subiektywnej ocenie poziomu dystresu dla okresu kryzysu i okresu zdrowienia występuje wyższy poziom dobrostanu psychicznego. Można wnioskować, że osoby te doceniają stan powrotu do zdrowia, widzą w nim nadzieję a perspektywa możliwości podjęcia zatrudnienia w miejscu, w którym nie będzie trzeba ukrywać faktu choroby psychicznej pozytywnie wpływa na dobrostan psychiczny.

Dodatkowo wyniki wskazały na związek dobrostanu psychicznego z poczuciem własnej skuteczności [13]. Możliwość zdobycia zatrudnienia, powrotu na otwarty rynek pracy

niewątpliwie przyczynia się do przywrócenia wiary we własne możliwości, która leży u podstaw poczucia własnej skuteczności.

Przedstawione wyniki ukazują, że uzyskanie kwalifikacji asystenta zdrowienia ma pozytywny wpływ nie tylko na samych podopiecznych, którym wsparcie będą nieść asystenci zdrowienia ale również sam udział w procesie szkolenia przyczynia się do zwiększenia dobrostanu psychicznego osób będących w trakcie kursu.

Satysfakcjonujący jest także fakt, że wśród respondentów niniejszego badania ponad 60% znalazło zatrudnienie w charakterze asystenta zdrowienia. Wielu z nich wysoko lub bardzo wysoko oceniają stopień satysfakcji pracy zarówno z pacjentami, ich rodzinami oraz personelem, z czego najbardziej satysfakcjonuje ich praca z pacjentami, w dalszej kolejności z personelem, a na ostatnim miejscu z rodzinami pacjentów. Ponadto badani w przypadku pracy z rodziną i pacjentem także mają bardzo wysokie poczucie sensu pracy.

Co zaskakujące, pomimo obciążenia związanego z charakterem tej pracy zdecydowana większość pracujących absolwentów zgłasza poprawę stanu zdrowia psychicznego na skutek podjętej pracy.

To co martwi, to wciąż duża niewiedza dotycząca kwalifikacji asystent zdrowienia. Z taką niewiedzą spotykają się absolwenci zarówno wśród psychologów, psychiatrów, jak i pielęgniarek czy pracowników socjalnych. Ponadto niewiedza dotycząca kwalifikacji asystent zdrowienia jest również bardzo duża wśród pacjentów i ich rodzin.

Bardzo krzepiące są wyniki związane z poczuciem sensowności i celowości wykonywanej pracy asystentów zdrowienia oraz podawane przez absolwentów przykłady zmian, jakie zachodzą wśród ich pacjentów, z którymi pracują.

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 [10,14]. Zrealizowane badanie wskazuje, że obawy te były w dużej mierze bezzasadne, a respondenci w przeważającej mierze byli dobrze przyjmowani przez zespoły terapeutyczne.

Zaskakujące są wnioski dotyczące dalszego kształcenia mającego miejsce po ukończeniu kursu oraz rozwoju zawodowego absolwentów kursu. Zarówno z badań, jak i obserwacji w trakcie kursu oraz informacji po poszczególnych edycjach wynika, że zdecydowana większość (ponad 90 % badanych) 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.

WNIOSKI:

Wszystkie te wyniki wskazują na zasadność przeprowadzanych kursów i 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 spreycowanie 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: kadre medyczną, pacjentów czy rodziny pacjentów, aby spojrzeć na problem także z innych perspektyw.

Literatura:

1. Wciórka B, Wciórka J. *Stereotyp i dystans – choroby psychiczne i chorzy psychicznie w opinii społeczeństwa polskiego* (1996 i 1999). Post. Psychiatr. Neurol. 2000; 9 (3): 353–382.
2. Wciórka B, Wciórka J. *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań*. Warszawa: CBOS; 2008
3. Jackowska E. *Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne*. Psychiatr. Pol. 2009; 43(6): 655–670

4. Babicki M, Kotowicz K. , Piotrowski P. , Stramecki F. , Kobyłko A. , Rymaszewska J. *Obszary stygmatyzacji i dyskryminacji osób chorujących psychicznie wśród respondentów internetowych w Polsce*. Psychiatr. Pol. 2018; 52(1): 93–102
5. Cechnicki A. , Liberadzka A. *Umacnianie i zdrowienie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2015
6. Liberadzka A, Cechnicki A., Piętniewicz M. *Umacnianie i zdrowienie. Contra spem spero*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2023
7. Cechnicki A., Liberadzka A., *Nowe role osób chorujących psychicznie w leczeniu i zdrowieniu*, „Psychiatria Polska” 2012, nr 6, s. 995-1005.
8. Zintegrowany System Kwalifikacji *Wspieranie osób doświadczających kryzysów psychicznych w procesie zdrowienia przez osoby z doświadczeniem psychozy (asystent zdrowienia)*. Data włączenia do ZSK: 2022-06-08
9. Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej ,Warszawa, dnia 14 października 2019 r. Poz. 1953 *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego*
10. Liberadzka A. *Asystent zdrowienia – oczekiwania i przygotowanie* W: Psychiatria 29 (2/2020 Lato)
11. <https://otwartydialog.pl/dzialalnosc-fundacji/kursy/asystent-zdrowienia/>, data dostępu 20.11.2023
12. <https://ex-in.pl/program-kursu/>, data dostępu 20.11.2023
13. Zalewska-Łunkiewicz K., Chudzicka-Czupała A., *Wybrane korelaty dobrostanu psychicznego kandydatów na asystentów zdrowienia* Czasopismo Psychologiczne – Psychological Journal, 24, 3, 2018, 573-583
14. Bartosiewicz-Niziołek M., Kaczmarczyk-Partyka S., Olszewski B., Ostrowska M., 2021 *Rola i funkcjonowanie asystentów zdrowienia (Ex-In) w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej* Studia Psychologica: Theoria et Praxis, 21(2), 5-18