

Jednym Głosem dla Psychiatrii

Kwartalnik Rzecznika Praw Pacjenta poświęcony
wszystkim, którym dobro psychiatrii leży na sercu

Grzegorz Pożyczka
„Normalność to kwestia statystyki”

Rola kotów w terapii osób
z problemami psychicznymi i emocjonalnymi

Dostępność do świadczeń
zdrowotnych dla pacjentów

BIURO RZECZNIKA PRAW PACJENTA

Zastępca Rzecznika Praw Pacjenta

Grzegorz Błażewicz

Rzecznik Praw Pacjenta

Bartłomiej Chmielowiec

Dyrektor Generalny

Jarosław Fiks

DEPARTAMENT DO SPRAW ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Dyrektor: Damian Marciniak

Zastępca Dyrektora: Anna Panufnik-Onaszkiewicz

Elżbieta Bartosiewicz

Wydział Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego I

Specjalista: Aleksandra Wenelczyk

Wydział Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego II

Specjalista: Sylwia Kozarzewska

RZECZNICZY PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

1. Województwo dolnośląskie

Danuta Rucińska

2. Województwo kujawsko-pomorskie

Sebastian Sobierajski

3. Województwo lubelskie

Justyna Dąbrowska

Magdalena Koguc

Małgorzata Kowalczyk

4. Województwo lubuskie

Krystyna Grochmalska

5. Województwo łódzkie

Małgorzata Staśkowiak

Joanna Zdanowicz

6. Województwo małopolskie

Agata Jakubowska

Małgorzata Kozieł

Maciej Zieliński

7. Województwo mazowieckie

Maria Gańczyk-Wojciechowska

Katarzyna Latuszek-Pasternak

8. Województwo opolskie

9. Województwo podkarpackie

10. Województwo podlaskie

11. Województwo pomorskie

Agnieszka Wiśniewska

Dorota Marcinkowska

12. Województwo śląskie

Adriana Hajdarowicz

13. Województwo warmińsko-mazurskie

Anna Bejnar

Ewa Górko

14. Województwo świętokrzyskie

Zdzisław Skuza

15. Województwo wielkopolskie

Dominika Opała

Magdalena Popiołek

Katarzyna Stępczak

Dane kontaktowe wraz z wykazem podmiotów, w których pełnią funkcję Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, znajdują Państwo na stronie Rzecznika Praw Pacjenta pod adresem:

<https://www.gov.pl/web/rpp/rzecznicy-praw-pacjenta-szpitala-psychiatrycznego>



Szanowni Państwo,

mam ogromną przyjemność i zaszczyt zaprosić Państwa do pierwszego w tym roku spotkania z „Jednym Głosem dla Psychiatrii”. Ta chwila w naszej redakcji to zawsze czas radości, niepewności i oczekiwania.

Emocje są jak prezent, który ktoś kładzie przed tobą i mówi: „Proszę, jest twój”, lecz to TY decydujesz czy go przyjąć. W sposób jasny i zrozumiały, jak to jest z wpływem naszych myśli na stan emocjonalny opowiada nam psycholog Grzegorz Pożyczka. A do czego potrzebujemy emocji? Zapraszam do poradnika „Z psychiatrią na Ty!”.

Pięknie nam się wpisuje w temat odpowiedzialności za swoje zachowanie „kocia terapia”☺ Kot, zdaniem Pani Agnieszki Mockało – terapeutki zajęciowego z długoletnim stażem pracy w oddziale psychiatrycznym i ogromnej miłośniczki kotów – wycisza lęki, pomaga się zrelaksować, daje cel, odrywa myśli człowieka od jego własnych problemów i zdecydowanie aktywizuje.

Z artykułu psychologa, pani Agaty Młynarczyk-Burek, dowiemy się bardzo istotnych informacji o zasadach funkcjonowania oddziałów dziennych, lub dokąd udać się po pomoc w sytuacji nagłej.

I jeszcze, mam ogromną nadzieję (eh te emocje☺), proponujemy wiele ciekawych tematów, którymi chcemy się z Państwem podzielić.

Ciekawej lektury!!

Elżbieta Bartosiewicz
Z-ca Dyrektora
Departament ds. Zdrowia Psychicznego



GRZEGORZ POŻYCZKA

„NORMALNOŚĆ TO KWESTIA STATYSTYKI” – George Orwell

No chyba jesteś nienormalny/nienormalna! On jest nienormalny! Takie znajomo brzmiące inkwetywy sypiesz jak z rękawa od rana, gdy stoisz w korkach, aż po wieczór, gdy kładąc się spać besztasz psa szczekającego na samochody przejeżdżające na zewnątrz. Zwykle są to słowa wypowiedziane impulsywnie, w gniewie. A jak by tak usunąć emocje i spróbować poznać ich znaczenie? Normalność to coś zgodnego z normami, które w gruncie rzeczy wciąż się zmieniają. Jest to pojęcie w dzisiejszych czasach bardzo relatywne. Stale rozwijamy się, posuwamy się do przodu, zmienia się moda, przyzwyczajenia, tendencje, reguły. Zmieniają się normy, zacierają się granice między tym, co typowe, znane a tym, co nowe i szokujące. Zastanówmy się, z przymrużeniem oka, jak to jest z tą normalnością i normą.

Jeśli skupimy się na człowieku i jego otoczeniu oraz zastanowimy się czymże jest norma w tym kontekście, wówczas możemy śmiało powiedzieć, iż normą jest, to co w danej populacji występuje najczęściej. Czy tak jest faktycznie? Czy osobę wyróżniającą się, powiedzmy ubiorem, nazwiemy nienormalną? Niektórzy powiedzą, że tak, ale chyba tylko dlatego, że nie zagłębiają się zbyt w ten problem. Wniosek osób oceniających powierzchownie jest prosty: Inny = nienormalny. No i niby racja, bo przecież nie spełnia powszechnie uznanej normy. Takie uproszczenie może być błędem, ale lubimy sobie upraszczać życie, odpowiadać na pytania, które sami zadaliśmy, nie rozwódzić się nad czymś, co jest dla mnie nieistotne w danej chwili albo nie daj Boże nie zaprzętać sobie głowy ważnymi kwestiami, które mogłyby niechybnie skłonić mnie do zmiany sposobu, w jaki postrzegam świat i ludzi. Boże, broń! Bo prościej odnaleźć w ludzkim zasobie słownictwa określenie „nienormalny”, niż chociażby mniej

pejoratywne słowo „dziwny” lub „ekscentryczny”, a może po prostu ciekawy, mający swoją historię, jakieś przesłanie. A gdybyśmy zapytali tego CZŁOWIEKA, którego wygląd tak bardzo nas razi, co sprawiło, że postanowił wyróżnić się z tłumu? No właśnie, gdybyśmy zapytali... Ale nie pytamy, nie musimy, nie chcemy, w sumie to mnie to nie obchodzi.... Prościej jest, kiedy możemy sobie sami odpowiedzieć: bo chce wyrazić siebie, bo ma swój styl, bo dobrze się w tym czuje, bo chce być wolny i niezależny, bo ma pewne przekonania religijne i polityczne, bo pochodzi ze środowiska gdzie tak się ubierano na co dzień, bo bo bo... Byłoby fajnie, gdyby takie myśli byłyby w głowach, często jednak w najlżejszych przypadkach pojawia się myśl: nienormalny, w bardziej hardcorowych głowach rodzą się mniej sympatyczne skojarzenia. Warto spróbować być ludzkim dla ludzi i zamiast nienormalności nauczyć się widzieć oryginalność, niepowtarzalność, wyjątkowość. Najbezpieczniej jednak będzie myśleć, że ten, kto rzuca się w oczy, jest po prostu inny.

No to w takim razie kiedy zaczyna się nienormalność? M. Seligman i D. Rosenhan wyodrębnili siedem różnych elementów, które mogą być wyznacznikiem nienormalności. Jeden z nich możemy dopasować do naszego przykładu, jest to „dyskomfort obserwatora”, jednak to jeszcze za mało by postawić komuś zarzut bycia nienormalnym. W gruncie rzeczy wszystkich ludzi moglibyśmy uznać za takich, bo przecież NORMĄ w znanym nam wszechświecie jest to, że na odkrytych planetach nie ma ludzi. My tymczasem wolimy nazywać siebie wyjątkowymi.

Kiedy wybierzemy się na niecodzienną i dla niektórych abstrakcyjną wycieczkę do szpitala psychiatrycznego, w którym 70% osób, które spotka-

my to chorzy na schizofrenię, będziemy musieli uznać, że w tej sytuacji to my odbiegamy od normy. Szach i Mat. Obserwując pacjentów, którzy zachowują się w sposób nie zwykły w stosunku do tego, co obserwowalne poza szpitalem, spełniają normę dla tego miejsca. Są normalni. Ba! Już nawet personel, z powodu stratach w swej liczebności odbiega od normy 9. W tej chwili popadamy w zabawny paradoks, bo pacjenci spełniający normę tego miejsca zachowując się nie-normalnie, są normalni.

Z normalnością jest tak, że im ciśniej zawężymy krąg powiązań społecznych, tym częściej będziemy dostrzegać odchyły od normy, a dostrzegane różnice będą coraz bardziej szczegółowe. A więc: Europejczycy wolą piłkę nożną, a w Ameryce króluje football, Niemcy lubią bawarskie piwo, a Francuzi raczą się CHÂTEAU HAUT BRION (wym. szato o bria), w Kielcach wychodzi się na dwór, a w Krakowie na pole, na jednym osiedlu kibicuje się drużynie A, a na drugim drużynie B, w jednej rodzinie On sprząta, a Ona gotuje, a w drugiej Ona gotuje, a On zjada, i tak dalej i tak dalej. Grunt, by nasze normy potrafiły współistnieć z normami innych ludzi i żeby swoich norm nie narzucać innym.

PO CO SĄ NAM NORMY?

Normy w postaci regulacji prawnych, przepisów, zakazów etc. pozwalają czuć się bezpiecznie i to nie tylko dlatego, że ustanowione prawo w pewien sposób chroni nas przed wrogim atakiem. Poczucie bezpieczeństwa tworzy się, kiedy wchodząc w nową grupę społeczną asymilujemy się z otaczającymi nas ludźmi, kiedy zostajemy zaakceptowani i włączeni do grupy. Nawet w serialach dokumentalnych National Geographic możemy zobaczyć, że całe stado ma większą szansę na przetrwanie, niż pojedynczy, wyalienowany osobnik. Wiąza się z tym także pewne ograniczenia, bo jako jeden z wielu, możesz mieć małą szansę na pokazanie swoich cech indywidualnych, umiejętności, ciężiej jest stać się kimś wyjątkowym. Normy są stworzone przez ludzi i są dla ludzi, a więc nie powinny odbierać tego, co w nas indywidualne, oryginalne, niepowtarzalne. Bądźmy twórczy, kreatywni i ciekawi, lub pozwólmy, by inni tacy byli, może to nas do czegoś zainspiruje. Otaczajmy się przy tym po-

dobnymi ludźmi, gdyż „Bezpieczeństwo” WYNIKA z poczucia przynależności (do grupy).

Osób, które nie wierząc w siebie, nie potrafią dostrzec swojej wyjątkowości nie zamierzam przekonywać, że trzeba ślepo podążać za tłumem. Wręcz przeciwnie namawiam, by poddawać krytyce decyzje grupy, być nieco sceptycznym, poszukać lepszego rozwiązania, lub sprawdź na własną rękę czy to, co grupa oferuje, jest dobre dla Ciebie i dobre do grupy. Nie chodzi o to, by kategorycznie nie zgadzać się z tym, co oferuje grupa, a raczej o to, by nie stracić własnej autonomii i mieć wkład w to, co tworzycie. Być może Twoje rozwiązanie okaże się przełomowe.

A CO JEŚLI KTOŚ NIE SPEŁNIA NORM SPOŁECZNYCH?

Normy w świecie ludzi powstają po to, by w jakiś sposób wprowadzać porządek, przewidywać zachowanie i wypełnić zachowania szkodliwe. Czytając te słowa może nasunąć się myśl: „to przecież odbiera mi wolność”. No nie da się ukryć, że tak właśnie jest, choć może nie odbiera a nieco ogranicza. Tylko że, wraz z paletą zalet życia w środowisku gwarantującym względne bezpieczeństwo bierzemy (lub nie) na siebie pewne ograniczenia. Kiedy ktoś nie spełnia powszechnie panujących norm może zostać wykluczony ze społeczeństwa. Nie ma w tym nic złego, dopóki nie narusza to norm etycznych, prawnych, moralnych, religijnych etc. etc. społeczeństwa, w którym owa grupa demonstruje swoje postulaty. Być może przykładowy „oryginał” odnajdzie grupę ludzi, którzy podzielają jego poglądy i fascynacje oraz zachowa profity płynące z przynależności do grupy. Grunt to utrzymać status quo – nie pozwolić sobie odebrać poczucia wolności, swobody działania i bezpieczeństwa.

Niejednokrotnie w swojej praktyce zawodowej spotykam się z ludźmi, którzy odrzucając normy społeczne popadają w depresję, nałogi (narkomania, alkoholizm, hazard), mają myśli samobójcze, stają się ofiarami przemocy, stają się bezdomni i osamotnieni. Często trwają w swoich „wyjątkowych” grupach, otoczeni ludźmi nieprzystosowanymi do tego, co powszechnie uznawane za prawidłowe i w żadnym wypadku nie chcą

ich opuścić. Co jest tego przyczyną? Prawdopodobnie to, że ta grupa dała jej coś, czego nie dała jej inna. Może to być wspomniane poczucie bezpieczeństwa, przynależności, pomoc finansową, okazję na „łatwe pieniądze”, dostęp do narkotyków, „szacunek”, możliwość zaznaczenia swojej autonomii i buntu. W procesie kształtowania się norm niebagatelne znaczenia, a wręcz kluczowe, ma środowisko wychowawcze. Nawet jeśli warunki ekonomiczne rodziny są niesprzyjające, to przekazanie norm nie kosztuje zupełnie ani złotych, a jest darem na wagę złota. Dlatego tak istotna jest prewencja w postaci psychoprofilak-

tyki i psychoedukacji wśród zarówno dzieci, młodzieży, jak i dorosłych.

Temat pozostaje otwarty, a konkluzją, trochę filozoficzną i wysnuwaną ostrożnie, może być zdanie: Ujmując „normy” metodą obiektywną i całościową (fenomenologiczną), uznaje się, że istnieją one jako pewna abstrakcja, gdyż są niestałe, ulotne, równie szybko pojawiają się, jak i znikają, są zmienne i prowadzą do paradoksów.

Grzegorz Pożyczka, psycholog
Członek Rady Młodych Ekspertów

MÓJ ZAWÓD? OPIEKUN MEDYCZNY. CZY TO, CO ROBIĘ SPRAWIA MI PRZYJEMNOŚĆ? PEWNIEM!

Kontakt z drugim człowiekiem jest niezwykle ważny w życiu każdego z nas. Nawet nie zdajemy sobie z tego sprawy, ale tak właśnie jest. Każda napotkana nam osoba minimalnie, (a czasami maksymalnie) wpływa na nasze życie. Kiedyś, świadcząc swoje usługi poznałem pewną starszą panią, która za miesiąc miała obchodzić swoje 100 urodziny. Opowiedziała mi swoją historię, mówiła jak była więziona w Forcie VII w Poznaniu. To dało mi do myślenia i chęci odwiedzin tego miejsca. I tak się stało. Wraz ze swoimi przyjaciółmi w weekend wsiedliśmy do samochodu i pojechaliśmy 240 km do Poznania, Fortu siód-

mego. Taki ot, spontan. Emocje były, duża dawka historii przyjęta.

Mamy wpływ na drugiego człowieka, wzajemnie sobie radzimy co zrobić, gdy mamy życiowe rozterki.

Dajmy sobie pomoc, i pomagajmy My.

Zawód, jaki wykonuję bardzo mnie satysfakcjonuje, sprawdzam się w tym, co robię i robię to najlepiej, jak potrafię. Uwielbiam kontakt z ludźmi, ich słuchać i z nimi rozmawiać. Nie możemy zamykać się w sobie i nie zwracać uwagi na nic więcej.

Kolejne fale pandemii wprawiają ludzi w zakłopotania, problemy, rozłąki z bliskimi. Opiekujemy się sobą wzajemnie, wykonujemy drobne, dobre uczynki dla innych.

Okrutne obecne czasy sprawiają, że każdy dba o siebie, walczy o pozycję, karierę. Zapominamy o tym, co najważniejsze – o byciu CZŁOWIEKIEM.

Nie zapominajcie o tym, i o tym, że dobro powraca.

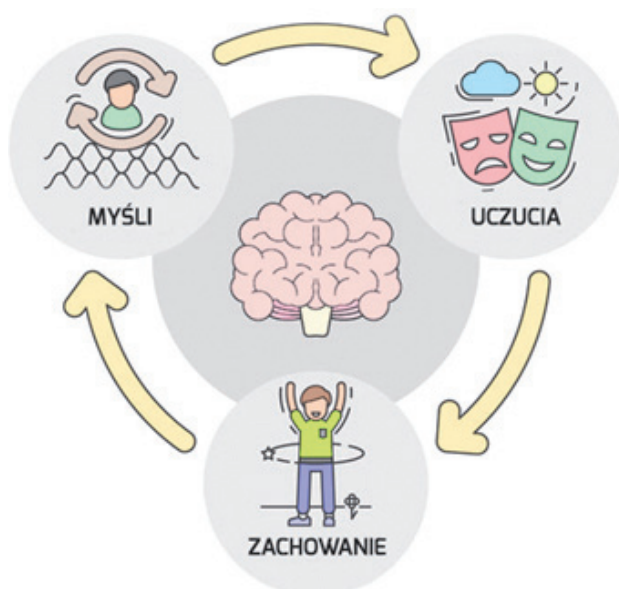
Adam Makowski
CZP „Medison” w Koszalinie.
Prowadzi na Facebooku bloga „Pan Opiekun”



NASZE WŁASNE MYŚLI

Terapia poznawczo-behawioralna jest nurtem w psychoterapii, który cieszy się ogromną popularnością z uwagi na przydatność w leczeniu zaburzeń osobowości, depresji, zaburzeń lękowych, trudności w relacjach, niskiej samooceny, zaburzeń zachowania. Korzystając z terapii można poprawić jakość swojego życia. Głównym filarem terapii poznawczo-behawioralnej jest przekonanie, że to nie człowiek, nie sytuacja ani jakieś inne okoliczności prowadzą do odczuwanych emocji, lecz czynią to nasze własne myśli. To, czego doświadczamy na co dzień jest jedynie pewną okolicznością, która uruchamia procesy poznawcze (spostrzeganie, ocenianie, nadawanie znaczenia), by następnie doprowadzić do odpowiedniego stanu emocjonalnego.

Poniższa grafika dobrze obrazuje, jaka jest zależność między tym, w jaki sposób myślimy, jak się zachowujemy i co czujemy.



By zrozumieć lepiej, w jaki sposób jest wykorzystywana oraz na czym polega psychoterapia

poznawczo-behawioralna warto posłużyć się przykładem:

Pacjentka X, lat 33, w małżeństwie od 10 lat, dwoje dzieci (2;4), wykształcenie wyższe, obecnie bierna zawodowo, jak twierdzi: „na utrzymaniu męża”. Zgłosiła się po pomoc, ponieważ od pół roku ma poczucie beznadziejności. Odczuwa drżenia, kiedy musi wyjść poza ogrodzenie własnej posesji, martwi się o zdrowie i życie własnych dzieci, choć nie chorują bardziej niż ich rówieśnicy. Ma problemy ze snem, dręczą ją myśli o minionym i nadchodzącym dniu, planowanie zadań na kolejny dzień kosztuje ją dużo energii. Kiedy patrzy w lustro widzi jedynie własne niedoskonałości. Zawsze spodziewa się najgorszego, a w krytycznych sytuacjach dostaje paraliżu. Zwykle snuje obawy, zanim coś się wydarzy. Niepotwierdzone obawy są przez nią pomijane a potwierdzone wzmacniają jej lęk i przekonanie o słuszności pozostawania w stałej gotowości do oczekiwania sytuacji trudnej.

Błędne, irracjonalne przekonania, jakimi kieruje się przykładowa pacjentka każą jej ciągle być w stanie gotowości. Ma ona poczucie, że cały świat jest przeciwko niej. Posiada przekonanie, że nie potrafi sprostać temu, co za chwilę się NA PEWNO wydarzy. Odczuwa chroniczny i tłumiony lęk. Dysonans wynikający z niespełnionych aspiracji – ukończone studia wyższe i poczucie uwięzienia w domu. Ma zaniżoną samoocenę, jest przekonana, że ludzie widzą jej dysproporcje w ciele i ją oceniają. Mąż poświęca jej tyle uwagi, ile jest w stanie lecz ona wciąż czuje niedosyt, boi się, że od niej odejdzie. Nie potrafi sama podejmować decyzji z przekonaniem o ich słuszności, ciągle ma wątpliwości choć takie same decyzje podejmowała już wielokrotnie

z powodzeniem. Powyższe problemy mają swoje odbicie w objawach psychosomatycznych, lęku i depresji. Ustalono, że matka Pani X nadmiernie chroniła ją przed wyzwaniem, wymagała by była bezwzględnie posłuszna, naciskała by była najlepsza w szkole. Sama jednak była uległa, zależna wobec despotycznego męża. Ojciec Pani X nie okazywał emocji, lubił wypić, czasem stosował przemoc psychiczną wobec matki Pani X.

Powyższy opis jest skrótem z wywiadu klinicznego pacjentki zakwalifikowanej do psychoterapii w nurcie poznawczo-behawioralnym. Ustalono, że źródłem problemów doświadczanych w codziennym życiu pacjentki są **błędne schematy poznawcze**. Pacjentka traktowała swoje myśli automatyczne jak absolutną prawdę np. posiadała przekonanie, że musi mieć zaplanowane wszelkie działania inaczej nic w ciągu dnia się nie uda. Traktowała przyznawanie się do niewiedzy, lub prośenie o pomoc jako dowód bycia gorszą, lub słabszą. Miała przekonanie, że jej wygląd stanowi o pewności siebie w relacji z innymi i o jej kwalifikacjach na rynku pracy. Ponadto traktowała własne potrzeby jako mniej ważne, często spodziewała się chorób u dzieci mimo braku jednoznacznych przesłanek – to spędzało jej sen z powiek. Zgodnie z nurtem poznawczo-behawioralnym, Pani X w trakcie terapii musi zdać sobie sprawę, że **procesy poznawcze** to nic innego jak SUBIEKTYWNE odbieranie informacji z otoczenia, SUBIEKTYWNE interpretowanie ich, SUBIEKTYWNE nadawanie im znaczenia i ocenianie ich. Pacjentka X musi uzyskać świadomość i przekonanie, że jest w stanie panować nad swoimi spostrzeżeniami, np. irracjonalne jest w tym przypadku myślenie, że: „okazywanie tego, że jestem smutna, zła sprawi, że mąż ode mnie odejdzie”. Irracjonalne, ponieważ lęk zasłania jej prawdę: są ze sobą od wielu lat, mąż dba o nią i dzieci, okazuje wsparcie, kocha”.

Sposoby interpretacji napływających bodźców są indywidualne dla każdego człowieka i wynikają z czynników, które w przypadku Pani X udało odnaleźć się w jej środowisku wycho-

wawczym. To co należy zrobić, to tzw. restrukturyzacja poznawcza – czyli przeorganizowanie własnego sposobu myślenia z takiego, który wywołuje w nas niechciane, negatywne stany emocjonalne, na taki, który jest adekwatny, opiera się na faktach i wywołuje pozytywne stany emocjonalne. Dobrze jest więc wyeliminować w swojej ocenie sytuacji, określenia intensyfikujące emocje i prowadzące do generalizacji. Zrozumienie, że sposób percepcji otaczającego świata jest niewłaściwy oraz, że to nasza dotychczasowa bierność i nieświadomość stały za niesatysfakcjonującym poziomem życia stanowi pierwszy krok do poradzenia sobie z problemem.

Codziennie dokonywane oceny sytuacji, obserwacje, wnioskowanie, wygłaszanie opinii sprawia, że nabieramy pewnego stosunku do tego w czym partycypujemy – jesteśmy wystraszeni, czujemy się zagrożeni, znudzeni, smutni, źli, wściekli, zagryzamy zęby etc. etc. To wskazuje, że **procesy poznawcze są sprzężone z emocjami**. Kiedy Pacjentka X uzmysłowi sobie, że jest zdolna decydować o tym, jak reaguje na określone sytuacje zrozumie, że jest także w stanie zapanować nad niechcianymi emocjami. Można tutaj posłużyć się metaforą mówiącą, że emocje są jak prezent, który ktoś kładzie przed tobą i mówi: „proszę, jest twój”, lecz to ty decydujesz czy go przyjąć.

By jednak emocje poskromić, potrzebna jest kooperacja zarówno podejścia poznawczego, jak i behawioralnego. Behawioralna część terapii skoncentrowana jest na koncepcji i procesach uczenia się. Jeśli jesteśmy w stanie nauczyć się zachowań, które niosą ze sobą negatywny skutek oraz nieprzyjemny ładunek emocjonalny, to również jesteśmy w stanie nauczyć się nowych zachowań – adekwatnych, dojrzałych, kompatybilnych z równocześnie nabywanymi schematami poznawczymi. Właśnie dlatego podczas terapii poznawczo-behawioralnej psychoterapeuta wyznacza pewne zadania domowe, by wypracować nowe nawyki, bardziej adaptacyjne, skuteczne i poprawiające jakość życia.

Jeden z prekursorów psychoterapii poznawczo-behawioralnej, Albert Ellis propagował konkretne wymiary zdrowia psychicznego. Oto one:

1. **BYĆ ZDROWYM EGOISTĄ** – Dbanie o własne dobro i komfort, dzięki czemu zapewni się energię i motywację do działań np. altruistycznych
2. **NAWIAZYWAĆ I DBAĆ O RELACJE** – Relacje międzyludzkie świadczą o jakości życia, a towarzyskość, to sposób na satysfakcjonujące i zdrowe funkcjonowanie.
3. **BYĆ NIEZALEŻNYM** – autonomia to cecha ludzi dojrzałych psychicznie, polega na zachowaniu swojej przestrzeni w związku, to zdolność mówienia „nie” i świadome decydowanie o swoim życiu.
4. **BYĆ TOLERANCYJNYM** – czyli uświadomić sobie, że ludzie są różni, mają zróżnicowane poglądy i schematy wynikające z nieznanych nam motywów, dlatego nie warto oceniać.
5. **AKCEPTOWAĆ DWUZNACZNOŚCI I NIEPEWNOŚCI** – nie należy postrzegać rzeczywistości jak czarnej lub białej, w kategoriach skrajności – całkowicie dobra, lub całkowicie zła. Należy przyjmować, że większość sytuacji wynika z dodatkowych okoliczności, motywów, które w tym momencie są poza obszarem naszej percepcji.
6. **BYĆ OTWARTYM:** na kompromisy, zmiany, na drugiego człowieka, pomysły. Być elastycznym w swoim myśleniu i wnioskowaniu, przyjmować różne punkty widzenia.
7. **MIEĆ KRYTYCZNE MYŚLENIE** – inaczej naukowe, nazywać rzeczy i wydarzenia tak jak występują, czyli obiektywnie oraz racjonalnie.
8. **WYKAZYWAĆ ZAANGAŻOWANIE W RÓŻNYCH SFERACH ODDZIAŁYWAŃ SPOŁECZNYCH** – w związku, macierzyństwie, pracy, lokalnych społecznościach.
9. **PODEJMOWAĆ RYZYKO** i nie poddawać się przy pierwszych porażkach, próbować swoich sił także prób swoich sił w czynnościach dotychczas obcych (nowych).
10. **BYĆ NIE PERFEKCYJNYM** – dobrze jest zaakceptować fakt, że nie da się da się być najlepszym we wszystkim. Dobrze nie mieć utopijnych poglądów, akceptować słabości i to, że można bez szkód w samoocenie popełniać błędy.
11. **AKCEPTOWAĆ SIEBIE** – akceptacja wyglądu, dokonań, przeszłości, aspiracji, itd. jest warunkiem dobrej i zdrowej samooceny. To w jaki sposób postrzegamy siebie wpływa bezpośrednio na nasze relacje z innymi ludźmi.
12. **MIEĆ NIECO HEDONISTYCZNE NASTAWIENIE DO ŻYCIA** – można poszukiwać w życiu przyjemności i mieć przekonanie, że to nie jest nic złego – oczywiście w granicach zdrowego rozsądku.
13. **BYĆ ODPOWIEDZIALNYM** – zdolność ponoszenia odpowiedzialności to także cecha osób dojrzałych psychicznie, gotowość na możliwe konsekwencje świadczy o otwartości na zmiany i samoakceptacji. Nawet jeśli konsekwencje wydają się poważne, to zwykle płynie z nich doświadczenie i zyskuje się poczucie kontroli nad biegiem własnego życia.

Grzegorz Pożyczka, psycholog
Członek Rady Młodych Ekspertów

DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH DLA PACJENTÓW

Nie od dziś wiadomo, że zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a dobrostan psychiczny ma zasadnicze znaczenie dla jakości życia, umożliwiając ludziom doświadczać życia jako sensownego, pozwalając im być twórczymi i aktywnymi.

Ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa i obejmuje promocję zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym, zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

Zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest jednym z zadań władz publicznych. Ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane. Opieka zdrowotna finansowana ze środków publicznych gwarantuje świadczenia, których celem jest zachowanie zdrowia oraz leczenie, w tym z zakresu opieki psychiatrycznej. W zależności od różnych form opieki obejmują one m.in. świadczenia terapeutyczne, programy terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki, wyroby medyczne, żywienia.

Opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi jest wykonywana w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, zwłaszcza psychiatrycznej opieki zdrowotnej – w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej,

dziennej, szpitalnej i środowiskowej oraz w domach pomocy społecznej. Głównymi formami obecnego modelu opieki są placówki ambulatoryjne oraz stacjonarne.

Poradnie zdrowia psychicznego są najbardziej powszechną formą opieki ambulatoryjnej i dostępną w prawie wszystkich powiatach kraju. Korzystanie ze świadczeń tych placówek jest ustawowo ułatwione i nie wymaga skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Wizyta u lekarza specjalisty psychiatry nie wymaga skierowania, natomiast wizyta u psychologa, czy psychoterapeuty wymaga skierowania od lekarza psychiatry lub lekarza POZ.

Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych obejmują porady, wizyty domowe lub środowiskowe oraz sesje psychoterapii. W ich ramach leczone są wszystkie zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. W ramach ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej występuje również odrębna możliwość leczenia nerwic.

Proces diagnostyczno – terapeutyczny w tej placówce rozpoczyna lekarz specjalista psychiatra lub będący w trakcie specjalizacji. Wizyty u niego mogą mieć charakter porady diagnostycznej, terapeutycznej i kontrolnej, w trakcie których dokonuje on odpowiednich oddziaływań, takich jak wywiad, ocenę stanu psychicznego i somatycznego, dokonuje diagnozy i określa plan terapeutyczny. Podczas kolejnych wizyt ocenia postępy w leczeniu i w miarę potrzeb koryguje leczenie i wydaje niezbędne zalecenia. Może również skierować do psychologa czy osoby prowadzącej psychoterapię. Psycholog lub psycholog kliniczny może udzielić porady psychologicznej diagnostycznej, która ma na celu wykonanie pogłębionej diagnostyki osobowości, ocenę procesów poznawczych, ocenę innych dyspozycji

psychicznych, wykonanie niezbędnych konsultacji specjalistycznych, ustalenie diagnozy psychologicznej i planu terapeutycznego. Kolejnym oddziaływaniem udzielanym przez psychologa jest porada psychologiczna stanowiąca element wdrożonego planu leczenia, obejmująca pomoc psychologiczną, niezbędne dodatkowe i kontrolne badania psychologiczne. W przypadku skierowania do psychoterapii indywidualnej pacjent umawia się na sesję stanowiącą element ustalonego planu leczenia, nastawioną na przepracowanie podstawowych problemów i trudności osoby korzystającej z pomocy, prowadzonej według określonej metody. Może ona być realizowana w formie interwencji kryzysowej, psychoterapii krótkoterminowej, długoterminowej lub też podtrzymującej przez osobę prowadzącą psychoterapię lub osobę ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty.

Ponadto w lecznictwie ambulatoryjnym można skorzystać z psychoterapii grupowej oraz wsparcia psychospołecznego, jak również wizyty, porady domowej lub środowiskowo-diagnostycznej, terapeutycznej lub psychologicznej udzielanej w miejscu zamieszkania pacjenta. Może być wykonywana przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii lub w jej trakcie lub psychologa. Oddziaływania w ramach leczenia środowiskowego ujęte są w kompleksowy program terapeutyczny; realizowane przez zespół leczenia środowiskowego lub domowego w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem i jego rodziną. Zespoły leczenia środowiskowego są szczególnie ważną formą, przewidzianą przede wszystkim dla pacjentów o przewlekłym przebiegu zaburzeń psychicznych, pozostających w trakcie opieki w swoim środowisku.

Należy podkreślić, że zakres świadczeń oferowanych w ramach Poradni Zdrowia Psychicznego jest niejednakowy. Część dysponuje rozbudowaną ofertą, na którą składają się oprócz porad lekarskich i psychologicznych także sesje psychoterapii indywidualnej oraz rzadziej inne świadczenia, na przykład oddział dzienny, czy zespół leczenia środowiskowego. Pozosta-

łe oferują usługi ograniczone do podstawowego poradnictwa lekarsko-psychologicznego, bądź wyłącznie lekarskiego. Ponadto poradnie funkcjonują w różnych wymiarach czasu, nie wszystkie są czynne 5 dni w tygodniu. Zatem przed zarejestrowaniem do danej poradni warto sprawdzić jaki konkretnie zakres usług oferuje i jakiego rodzaju pomocy możemy się w niej spodziewać oraz w jakich godzinach oferują dostępną pomoc.

Oddziały dzienne stanowią bardzo ważną środowiskową formę opieki, zapewniającą pacjentom świadczenia lecznicze i rehabilitacyjne przez 8–10 godzin dziennie przez 5 dni w tygodniu, na ogół w miejscowości zamieszkania, a więc z zachowaniem więzi rodzinnych i społecznych. Przyjęcie pacjenta na oddział psychiatryczny dzienny wymaga skierowania od lekarza psychiatrii lub lekarza rodzinnego, wskazań lekarskich, które potwierdzą, że stan psychiczny pacjenta wymaga leczenia w systemie dziennym, wskazań psychologicznych, które pomogą zrealizować program terapeutyczno-rehabilitacyjny. Pacjenci przebywają w oddziale w określonych godzinach w dni robocze, lecz otrzymują leki na 7 dni w tygodniu w dawkach zleconych przez lekarza prowadzącego. Ponadto w trakcie leczenia na oddziale dziennym, jeśli sytuacja tego wymaga, pacjent ma wykonywane niezbędne badania i konsultacje zlecone przez lekarza prowadzącego. Pobyt na oddziale dziennym może trwać nawet do 3 miesięcy.

Świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych obejmujące diagnostykę, leczenie i wczesną rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym psychotycznymi. Świadczeń udziela lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii, psycholog lub osoba prowadząca terapię lub ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, a także osoba prowadząca terapię zajęciową oraz pielęgniarki. Leczone są tam zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, z wyłączeniem uzależnienia oraz niepełnosprawności umysłowej.

Świadczenia dzienne proponowane są także w leczeniu zaburzeń nerwicowych obejmujących diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami nerwicowymi, zaburzeniami osobowości i zachowania dorosłych.

W przypadku nasilonego kryzysu w zakresie zdrowia psychicznego osoby mogą potrzebować skorzystania ze **stacjonarnej opieki psychiatrycznej** w postaci pobytu w szpitalu lub oddziale psychiatrycznym. Wyróżnia się hospitalizację w trybie planowym, jak i w trybie nagłym.

Przyjęcia planowe odbywają się na podstawie skierowania, które zwykle wystawia opiekujący się pacjentem psychiatra. Różne bywają przyczyny planowych hospitalizacji psychiatrycznych. Czasami pacjenci są kierowani do szpitala w celach diagnostycznych, z powodu konieczności dokonania modyfikacji leczenia np. za pomocą leków wymagających wykonywania kontrolnych badań laboratoryjnych. 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. Osoba taka może również wypisać się ze szpitala na jej żądanie. Taki wypis następuje wbrew zaleceniom lekarskim, ale pacjent sam podejmuje taką decyzję, licząc się z jej konsekwencjami.

Czasami stan pacjenta wymaga udzielenia natychmiastowej pomocy – w takich przypadkach może on być przyjęty do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym. Taka sytuacja może nastąpić w przypadku m.in. zaostrzenia schizofrenii lub wystąpienie nasilonych objawów psychotycznych po raz pierwszy w życiu pacjenta, zaostrzenie choroby afektywnej dwubiegunowej (np. wystąpienie epizodu maniakalnego z nasilonymi objawami), zaburzenia odżywiania, w których przebiegu pacjent całkowicie odmawia przyjmowania posiłków i płynów, zaburzenia depresyjne, w których przebiegu pacjent przejawia zamiary samobójcze. W nagłych przy-

padkach, 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.

Ponadto w trybie nagłym udzielane są całonocowe świadczenia w **izbie przyjęć**, w tym świadczenia diagnostyczno-terapeutyczne, niezakończone hospitalizacją w oddziale lub pobytem w ośrodku lub zakładzie. Obejmują w razie potrzeby zabezpieczenie medyczne pacjentów oraz zapewnienie transportu, w razie konieczności kontynuacji leczenia specjalistycznego. W izbie przyjęć znajduje się lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub jej trakcie oraz pielęgniarka.

Personel oddziałów psychiatrycznych stanowią lekarza specjaliści w dziedzinie psychiatrii, lekarze w trakcie tej specjalizacji, psychologowie lub osoby prowadzące psychoterapię, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, osoba prowadzącą terapię zajęciową, pielęgniarki.

Osobom z zaburzeniami psychicznymi przebywającym w szpitalu psychiatrycznym przysługują bez pobierania od nich opłat, produkty lecznicze, wyroby medyczne, środki pomocnicze oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego.

Hospitalizacja możliwa jest również w ramach leczenia zaburzeń nerwicowych dla dorosłych, obejmującego diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami nerwicowymi, osobowości i zachowania. Leczone są tam takie zaburzenia, jak zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną, zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi, czy zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych.

Wychodząc naprzeciw potrzebom pacjentów w kryzysie psychicznym, w duchy deinstytucjonalizacji oraz przeciwdziałaniu ich stygmatyzacji

cji oraz poprawy jakości leczenia w Polsce od 2018r. trwa program pilotażowy w ramach reformy psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce umożliwiającej rozwój psychiatrii środowiskowej, który ma na celu zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym w ramach podmiotów leczniczych w postaci **centrów zdrowia psychicznego**.

W skład CZP wchodzi co najmniej następujące komórki organizacyjne – oddział psychiatryczny, oddział dzienny psychiatryczny (ogólny), poradnia zdrowia psychicznego z Punktem Zgłoszeniowo-Koordinacyjnym, zespół leczenia środowiskowego (domowego). Poradnia zdrowia psychicznego z PZK jest czynna co najmniej od poniedziałku do piątku, poza dniami ustawowo wolnymi od pracy, w godzinach od 8:00 do 18:00. Komórki organizacyjne wchodzące w skład CZP są zlokalizowane na obszarze działania centrum, z wyjątkiem oddziału psychiatrycznego i miejsca udzielania pomocy doraźnej, które mogą mieścić się poza obszarem działania centrum, z uwzględnieniem konieczności zapewnienia odpowiedniej dostępności publicznym transportem. Gdy pacjent potrzebuje pilnej pomocy, powinna ona zostać mu udzielona w ciągu 72 godzin.

Podsumowując, osoba w kryzysie psychicznym może skorzystać bezpłatnie z różnych form opieki psychiatrycznej, ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ma

również prawo wyboru szpitala spośród szpitali, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Niezależnie od formy opieki, której potrzebuje pacjent i placówki, z jakiej korzysta należy pamiętać, że ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz, co szczególnie istotne odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, z pominięciem metod stosowanych w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej. Ponadto przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego bierze się pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi i dąży do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla tej osoby uciążliwy. Każda osoba w kryzysie psychicznym ma zagwarantowane poszanowanie jej godności oraz przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji.

Bibliografia:

- Blaski Psychiatrii – Rzecznik Praw Pacjenta
- Deklaracja o Ochronie Zdrowia Psychicznego dla Europy
- Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce – wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki – Raport RPO
- Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w Centrum Zdrowia Psychicznego – założenia projektu
- Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – Dz. U. 2021 o 1285
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego -Dz. U. 1994 Nr 111 poz. 535
- Załącznik nr 6 – Dziennik Ustaw – 37 – Poz. 1285 31

Agata Burek-Młynarczyk
psycholog w Szpitalu Psychiatrycznym
w Toszku



ROLA KOTÓW W TERAPII OSÓB Z PROBLEMAMI PSYCHICZNYMI I EMOCJONALNYMI

W obecnych czasach świadomość tego, jak wielką i niezastąpioną rolę odgrywają zwierzęta w terapii osób z zaburzeniami psychicznymi – jest czymś powszechnym i niekwestionowanym. Istnieje ogromna ilość badań na ten temat, a zwierzęta – terapeuci są coraz częściej oficjalnymi członkami zespołów terapeutycznych, oczywiście wraz ze swoimi przewodnikami.

Najczęściej certyfikowanymi zwierzętami-terapeutami zostają psy, konie oraz koty. Każdy z tych gatunków ma swoją specyfikę (poza indywidualnymi cechami zwierząt w obrębie swojego gatunku) co pozwala na dobranie dla danej osoby zwierzęcia terapeutycznego, najlepszego pod kątem jej potrzeb i sytuacji, w której się obecnie znajduje. Zwierzęta, które zostają zakwalifikowane oficjalnie jako terapeutyczne, muszą charakteryzować się pewnymi wspólnymi cechami. Muszą być łagodne, cierpliwe, lubić kontakt z ludźmi i same odnajdywać w tym przyjemność, bardzo ważną cechą zwierzęcia-terapeuty jest dobra równowaga psychiczna, odporność na stres, brak silnej reaktywności na niespodziewane bodźce, nawet jeśli są nieprzyjemne. Niezwykle ważny jest dobry stan zdrowia, przebyte w odpowiednim czasie zabiegi profilaktyczne typu szczepienie, odrobaczanie, kontrole lekarskie.

W swoim artykule chciałabym się skupić na roli kotów (acz nie tylko – o czym na końcu artykułu)

w terapii osób z chorobami psychicznymi i problemami emocjonalnymi. Jest to zakres moich osobistych zainteresowań, ponieważ prawie 20 lat pracuję na oddziale psychiatrycznym jako terapeuta zajęciowy, a moimi osobistymi pasjami są koty oraz zaszczepianie wśród moich pacjentów (i nie tylko 😊) miłości do zwierząt, zdobywania wiedzy o nich, nauka odpowiedzialności za swoich podopiecznych oraz czerpanie korzyści z obcowania z nimi. Osobiście także bardzo doceniam ogromne zalety, jakie płyną z felinoterapii (choć sama nie prowadzę tego rodzaju terapii, mam koty „po przejściach”, które nie mogłyby się w niej sprawdzić lub dla których taki rodzaj aktywności byłby obciążający) i staram się szerzyć wiedzę o niej przy każdej okazji.

W moim artykule poruszam dwa aspekty związane z terapeutyczną rolą kotów. Pierwszy – to oficjalna felinoterapia. To fascynujący temat i warto o nim wiedzieć jak najwięcej, ale ponieważ napisano o tym już wiele, to przybliżę tylko najważniejsze fakty. Aspekt drugi – to kocia działalność terapeutyczna odbywająca się poza „oficjalnym nurtem”. To te wszystkie koty, które udzielają ogromnego, nie do przecenienia wsparcia swoim wszystkim opiekunom zmagającym się z najróżniejszych rodzaju problemami związanymi z psychiką, emocjami, traumami, samotnością.

Felinoterapia w Polsce oficjalnie stosowana jest od 2005 roku. Na świecie doceniono jej zalety już dużo wcześniej. Przeprowadzono badania nad wpływem terapii z udziałem kotów wśród osób starszych, osób z autyzmem, osób z depresjami i nerwicami oraz wśród osób z niepeł-

nosprawnościami fizycznymi – a zapewne było tych badań dużo więcej. Każde z tych, o których słyszałam, dało podobny rezultat – w ogólnym wymiarze obcowanie z kotami wpływa dobroczynnie na obserwowane osoby. Istniała jednakże potrzeba pewnych uregulowań – nie każdy kot nadaje się na terapeuta, nie każdy człowiek dobrze zareaguje na obecność kota. Nie każdy opiekun kota nadaje się na przewodnika kota-terapeuty. Dlatego obecnie, by zostać oficjalnie takim opiekunem i mieć kota terapeuta – trzeba przejść pewną drogę. Zaliczyć testy, zdobyć certyfikat – dopiero wtedy można prowadzić oficjalną felineoterapię z udziałem kota-terapeuty.

Polega ona na cyklicznych spotkaniach, których długość i czas trwania są indywidualnie ustalane w zależności od potrzeb i okoliczności. Podczas tych spotkań można kota głaskać, cieszyć się jego mruzeniem, wachać futerko, bawić się z nim zabawkami, ale także obserwować kota z daleka, rozmawiać o nim, opowiadać o swoich doświadczeniach. Dlatego bardzo ważne jest by przewodnik kota-terapeuty był osobą kontakto-wą, rozmowną, umiejącą także słuchać.

A teraz aspekt drugi, dla mnie osobiście bardzo ważny. Kot nie musi być uznanym, oficjalnym terapeutą odwiedzającym wraz z przewodnikiem osoby chore w szpitalach, ośrodkach pomocy, oddziałach paliatywnych – by odgrywał niesamowicie ważną rolę terapeutyczną. Oficjalnych kotów-terapeutów jest niewiele. Zwykle udzielają swojej pomocy osobom znajdującym się w różnego rodzaju ośrodkach i szpitalach.

Kotów udzielających wsparcia swoim opiekunom w domach, dzień po dniu jest bez porównania więcej. Ich rola jest często niedoceniana przez obserwatorów, osoby patrzące z zewnątrz na związek człowieka z kotem. Kot-terapeuta budzi coraz większy szacunek, kojarzy się z psem-terapeutą, jest elementem oficjalnej terapii. A co może zwykły Mruczek? Tosia? Balbinka? Czy Miś?

Otóż może niesamowicie dużo! By się o tym dowiedzieć, by to zrozumieć, wystarczy porozmawiać z opiekunami tych kotów lub ich bliskimi.

Bez względu na to, czy są to osoby zmagające się z depresją, nerwicami, zespołami potraumatycznymi, schizofrenią czy innymi problemami. Praktycznie każda taka osoba powie bardzo wiele o tym, jakie korzyści czerpie z towarzystwa kota. A jak wiele tych zalet pozostaje poza naszą świadomością – co nie znaczy, że nie odgrywają bardzo ważnej roli?

Ja często odbywam takie rozmowy, nierzadko udzielam wsparcia w opiece nad tymi kotami w razie potrzeby, tak więc okazji do rozmów mam wiele. Są one bardzo różne, tak jak moi rozmówcy – ale mają wspólny akcent. Gdyby nie kot – byłoby im znacznie trudniej.

Kot obecny stale w domu ma wszystkie te same zalety, co certyfikowany kot-terapeuta, ale ma też dodatkowe. Kot-terapeuta przychodzi na trochę, raz na jakiś czas, jest z opiekunem. Skorzystanie z ich pomocy dodatkowo jest, póki co trudno osiągalne, co bardzo ogranicza ilość osób poddawanych tego rodzaju terapii.

Kot domownik to silna więź, odpowiedzialność, obowiązki, które trzeba wykonać, nawet gdy się bardzo nie chce. To towarzysz w smutnych nastrojach, wysłucha, zrozumie, mruzeniem uspokoi. W dodatku ma się to mruczenie – o którego dobroczynnym działaniu powstała ogromna ilość prac naukowych i artykułów – niemal na zawołanie (kwestia dogadania się z kotem ☺), wiele razy w ciągu dnia i nocy. Kot wycisza lęki, pomaga się zrelaksować, daje cel, odrywa myśli człowieka od jego własnych problemów i skupia je na sobie. Aktywizuje. Znam osoby z poważną fobią społeczną, które wszystko dla siebie załatwiają przez internet a jedyne po co wychodzą – to wizyty u kociego lekarza i odwiedziny w pobliskim sklepie mięsny po świeżą wołowinę. Często jest to początek przełamywania lęku. A nawet jeśli nie – to jest to i tak bardzo wiele.

Obecność kota w domu to potrzeba wypracowania pewnych rytuałów (koty je bardzo lubią i same do tego dążą), a to osobom w trudnej kondycji psychicznej bardzo pomaga w aktywizacji i ułatwia zaplanowanie dnia, co wpływa uspokajająco i zmniejsza lęk.

Kocie mruczenie oraz głaskanie kociego futerka ma także zbawienny wpływ na zdrowie fizyczne – a o nim nie należy nigdy zapominać ani lekceważyć. Wiele osób z problemami psychicznymi i emocjonalnymi cierpi na dodatkowe schorzenia somatyczne spowodowane niestannym stresem, lękiem, niehigienicznym trybem życia, bardzo ograniczoną aktywnością. Kocie mruczenie obniża ciśnienie krwi, zmniejsza napięcie mięśni, co przekłada się na funkcjonowanie całego organizmu. Obniża poziom cholesterolu, a nade wszystko – zwiększa wydzielanie endorfin. Ciało kota jest cieplejsze niż ludzkie – co pomaga zmniejszyć bolesność stawów i jego przytulanie jest samo z siebie bardzo przyjemne. Badania mówią, że mruczenie szczęśliwego kota na kolanach ma zdolność synchronizacji z ludzkim biciem serca i gdy to bije zbyt szybko – po kilku minutach zaczyna spowalniać.

Można by te zalety wymieniać w nieskończoność. Na koniec jednak muszę napisać o bardzo ważnej sprawie – kot nie może być jedynie przedmiotem wykorzystywanym w terapii. Osoby z problemami psychicznymi i emocjonalnymi mają swoje szczególne potrzeby, a kot może im bardzo pomóc. Jednak kocim terapeutą – certyfikowanym czy nie – może być jedynie kot szczęśliwy, chciany, dobrze zaopiekowany, który ma zaspokojone swoje własne potrzeby. Wchodzący w kontakt z człowiekiem, który koty lubi i któremu obcowanie z pokrytym futerkiem terapeutą sprawia przyjemność. Wiele osób z problemami psychicznymi i emocjonalnymi czasami potrzebuje pomocy w opiece nad kotem – namawiając je by sobie kota „sprawiły” zawsze należy mieć tego świadomość, szczególnie gdy mieszkają same. Kot też musi być dobrze dobrany do danej osoby. Dla jednej o wiele bardziej wspierający będzie wielki misiek, który uwielbia się przytulać i z kolan by nie schodził – dla innych ciekawski i aktywny kot, który wymusza aktywność i sam ją nakręca. Przy pewnych schorzeniach psychicznych, posiadanie własnego kota, może być niewskazane (przy silnych urojeniach, częstych pobytach w szpitalu etc.) – za to znajomy z zaprzyjaźnionym kotem – jest skarbem nieocenionym ☺.

Kolejna ważna sprawa, o której muszę wspomnieć – terapeutyczne działanie kotów jest jedynie wsparciem innych terapii.

W swojej pracy ze względu na jej specyfikę nie wykorzystuję felinoterapii jako takiej. Przemycam jej elementy, kiedy tylko mogę ☺. Moi wyznaczeni podopieczni opiekują się dwoma kotkami żyjącymi na terenie – codziennie je karmią (kupowaną przeze mnie karmą), dają pić, informują mnie o ich stanie. Wykonują swoje obowiązki bardzo sumiennie, przełamując własne lęki (np. przed wyjściem na dwór) lub ograniczenia (spowodowane np. ciężką depresją) i mają z tego ogrom satysfakcji. Podczas zajęć bardzo dużo rozmawiamy o zwierzętach, z powodu moich zainteresowań – często o kotach. Postać kota jest częstym motywem prac moich podopiecznych. Czytamy opowiadania o zwierzętach, rozmawiamy na ich temat. Rozmowa o ukochanym kocie często przełamuje lody, gdy mój podopieczny widzi, że słucham o tym nie z grzeczności, ale z pełną uwagą.

W ramach zapewnienia moim podopiecznym kontaktu ze zwierzętami – opiekują się oni dwójką naszych żółwi stepowych. Bob i Cleo są ulubieńcami wszystkich, mieszkają na sali terapii w dużym, przystosowanym dla nich terrarium, ze specjalnymi żarówkami i pozostałym wyposażeniem. Dużo rozmawiamy o tym, jak ważny jest dobrostan zwierząt, którymi się opiekujemy (tym bardziej że oba nasze żółwie zostały uratowane). Żółwie są bardzo częstym tematem pogadanek oraz prac. W ciepłe miesiące żółwie są wyprowadzane na codzienne „spacery”, co daje nam okazję do wspólnych wyjść i rozmowy. Uczy też odpowiedzialności.

Dzięki Bobowi i Cleo na zajęcia przychodzą nawet osoby, które nie uczestniczą w żadnych innych aktywnościach – tylko po to, by się z nimi przywitać i zobaczyć jak się czują, czy mają dziś apetyt i w jakim są nastroju. To oczywiście daje mi wiele narzędzi do tego, by zagaić rozmowę, zaproponować przyłączenie się na chwilę do zajęć czy choćby nawiązać więź.

Agnieszka Mockało, blueluna@gazeta.pl



CO KAŻDY NASTOLATEK O ZDROWIU PSYCHICZNYM WIEDZIEĆ POWINIEN



DLACZEGO POTRZEBUJEMY CZUĆ, MIEĆ EMOCJE?

Bardzo ciekawe, ale też trudne pytanie. Zastanówmy się. Dlaczego np. czujemy dotyk i ból fizyczny? Pomagają nam one żyć! Jeśli czegoś dotykamy, to wiemy, z jaką siłą możemy to coś np. podnieść. Dotyk może być dla nas źródłem wielkiej przyjemności (gdy jesteśmy głaskani) lub nawet rozkoszy (też przy głaskaniu, ale trochę innym ☺). Ból też jest bardzo potrzebny! Ból pozwala nam np. szybko cofnąć rękę, gdy dotykamy czegoś bardzo gorącego. Ból broni nas wtedy przed spaleniem ręki! Ból sygnalizuje nam też, że powinniśmy np. oszczędzać bolącą nogę albo pójść z nią do lekarza.

Emocje to taki dotyk i ból dla naszej psychiki. Jak czujemy strach to znaczy, że może spotkać nas coś groźnego. Jak czujemy radość to znaczy, że jest nam dobrze. Jak czujemy smutek to znaczy, że coś ważnego straciliśmy lub boimy się takiej straty. Możemy szukać wtedy czegoś, co przywróci nam dobry nastrój, a nawet da szczęście. Złość, wściekłość, żal, rozgoryczenie, obrzydzenie, wstyd, rozpacz – to ważne sygnały o tym, że dzieje się z nami lub w naszym życiu coś nie tak jak powinno. Miłość, rozczulenie, tęsknota, ciekawość, pożądanie – bez nich nie mielibyśmy energii, by poznawać świat oraz zbliżać się do innych ludzi. Uczucia pomagają nam żyć i radzić sobie w wielu sytuacjach.

Tak, jak nie jest dobrze, gdy ciało boli cały czas, tak nie jest dobrze, gdy cały czas doświadczamy nieprzyjemnych uczuć. Trzeba wtedy skorzystać z pomocy psychologa, psychoterapeuty bądź psychiatry. Po pierwsze, musimy sprawdzić, czy w życiu danej osoby nie zdarzyło się coś tak trudnego, że nieprzyjemne uczucia są zrozumiałe – np. gdy osoba ta jest ofiarą przemocy. Musimy wtedy przerwać przemoc, by ta osoba poczuła się lepiej. Czasami nieprzyjemne uczucia wynikają ze sposobu, w jaki reagujemy na świat i relacje – musimy wtedy coś w naszym przeżywaniu zmienić. Zdarza się wreszcie, że tak jak w wypadku silnego lęku lub głębokiej depresji, ulgę przynieść może farmakoterapia.

To, co jest szczególną cechą człowieka to to, że poza czuciem również myślimy. Możemy zastanawiać się nad tym, skąd biorą się nasze uczucia i podejmować decyzje, czy im ulegamy, czy nie. Możemy nawet doprowadzić do tego, że niektóre uczucia znikają lub nigdy więcej się nie pojawiają. To jedna z najważniejszych rzeczy, jakich można nauczyć się na psychoterapii.

DLACZEGO UZALEŻNIAMY SIĘ OD INNYCH OSÓB?

To bardzo dobrze, że uzależniamy się od innych ludzi! Takim uzależnieniem od drugiej osoby jest np. miłość. Pragniemy jak najwięcej czasu spędzać z ukochaną osobą, lepiej ją poznać,

pragniemy, aby ona lepiej nas poznała. Chcemy dzielić z nią wszystkie ważne dla nas sprawy. Zależy nam na jej szczęściu. Mniej intensywnie, lecz podobnie przeżywamy przyjaźń.

Jest jednak jedna bardzo ważna różnica między prawdziwą miłością i przyjaźnią a niezdrowym uzależnieniem się od drugiej osoby.

W niezdrowym uzależnieniu się druga osoba służy nam do tego, aby budować lub utrzymywać poczucie własnej wartości. Łękiem reagujemy na wszelkie sytuacje, kiedy osoba ta nie jest na nas w pełni skoncentrowana. Jesteśmy zazdrośni o jej uwagę i mamy pretensje, gdy nie robi dokładnie tego, co my chcemy. Takie związki nazywa się czasami toksycznymi. Warto ich unikać. Jeśli mamy tendencję do wchodzenia w takie relacje, pomocna może być psychoterapia. Dopiero jak zaczniemy siebie lubić i szanować, będziemy mogli budować relację z drugą osobą, która nie będzie dla nas źródłem lęku i przykrości.

CZY LEKI, KTÓRE PRZYJMUJĘ, SĄ DLA MNIE BEZPIECZNE? PODPISYWAŁEM Z RODZICAMI JAKĄŚ SPECJALNĄ ZGODĘ NA ZASTOSOWANIE ICH U MNIE.

Leki, które stosujemy, są bezpieczne – przechodzą bardzo dużo badań zanim lekarze mogą je zapisywać pacjentom. Później również prowadzone są badania nad ich bezpieczeństwem. Bezpieczne nie oznacza niestety, że nie mają różnych niekorzystnych, niepożądanych dla nas działań – niechcianych dla nas skutków. Gdy jednak lek jest zarejestrowany do stosowania w Twoim rozpoznaniu i grupie wiekowej lub też jego stosowanie zgodne jest ze stanem wiedzy medycznej, nie ma potrzeby podpisywania specjalnej zgody na jego stosowanie.

Zgodę na stosowanie leku podpisujemy w dwóch sytuacjach. Pierwszą z nich jest eksperyment leczniczy, drugą eksperyment naukowy.

W eksperymencie leczniczym lekarz stosuje lek, który ma nadzieję, że Ci pomoże – jego stosowa-

nie w Twoim schorzeniu i grupie wiekowej nie jest jednak powszechne i oparte o wystarczającą ilość badań naukowych. Lekarz może tak zrobić, gdy dotychczasowe sposoby leczenia są niewystarczające lub nieskuteczne.

W eksperymencie badawczym lekarz sprawdza, czy dany lek w ogóle może pomóc w takim problemie jak Twój. W tym wypadku jednak zanim tak się stanie spełnione musi być wiele innych warunków, a Ty MUSISZ wiedzieć, że bierzesz udział w eksperymencie naukowym.

Upewnij się, jakie są powody, dla których jesteś proszony/poproszona o podpisanie zgody. Powinno być to w jasny i przystępny sposób wytłumaczone przez lekarza.

JAK ZACHOWAĆ CIĄGŁOŚĆ LECZENIA, GDY PACJENT KOŃCZY 18 LAT, A KOLEJKA DO PORADNI ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DOROSŁYCH JEST BARDZO DŁUGA?

Ukończenie 18 lat nie oznacza, że nie można korzystać z pomocy psychiatrii dzieci i młodzieży. Do końca nauki w szkole ponadpodstawowej (do ukończenia 21 lat) można korzystać z pomocy ośrodków dedykowanych dzieciom i młodzieży. Jeśli zmiana miejsca leczenia jest konieczna, to warto pomyśleć o tym z wyprzedzeniem. Wiadomo przecież, kiedy kończysz 18 lat! Upewnij się, że lekarz psychiatrii dorosłych wie, jak przebiegało Twoje leczenie w poradni dla dzieci i młodzieży. Zdarza się, że lekarze zajmujący się dorosłymi mają mniejszą wiedzę dotyczącą problemów wieku rozwojowego. Dopytaj o powody ewentualnej zmiany farmakoterapii i innych zaleceń. Właściwe może być kontynuowanie leczenia, np. leki na ADHD możesz stosować również w dorosłości.

Więcej odpowiedzi na pytania zadane przez dzieci i młodzież, znajdziesz na stronie internetowej Rzecznika Praw Pacjenta:

<https://www.gov.pl/rpp>

Kamerą i piórem...

Nie wiem jak inni miłośnicy książek, ale ja mam jedno ukochane wydawnictwo, po którego książki sięgam za każdym razem – Wydawnictwo Czarne. Rok 2022 chciałabym rozpocząć od polecenia reportażu Jacka Hołuba – „Niegrzeczne. Historie dzieci z ADHD, autyzmem i zespołem Aspergera”.

„Nie ma precyzyjnych danych, ile jest w Polsce dzieci ze spektrum autyzmu. Specjaliści szacują, że występuje ono u jednej na sto osób i wskazują, że liczba zdiagnozowanych gwałtownie rośnie. Informacje dotyczące skali ADHD są jeszcze bardziej mgliste. Ocenia się, że zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi występuje u 3–8 procent dzieci. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2018 r. w Polsce było około 9,6 miliona dzieci do siedemnastego roku życia. Problem dotyczy więc co najmniej 384 tysięcy z nich.” (fragment książki).

Muszę przyznać, że nie jest to książka łatwa. Nie ze względu na sposób jej pisania, ponieważ ten jest znakomity. Przytłaczająca jest treść. Tym bardziej, jeśli sam autor kilkakrotnie dotacza swoje refleksje, z którymi w życiu spotyka się większość z nas.

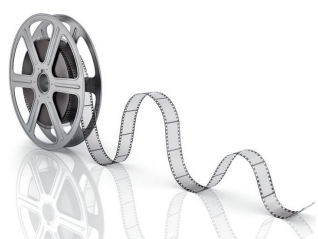
W tej pozycji nie znajdzie się medycznej wiedzy na temat problemów, z którymi borykają się dzieci. Nie ma też gotowych rozwiązań wychowawczych ani metod terapeutycznych. Na tych nieco ponad dwustu stronach znajdzie się kilka opowieści o rodzinach, które zostały zmuszone do ciężkiej pracy, by radzić sobie z każdym dniem. Ta książka pokazuje nie tylko jak społeczeństwo widzi inność dzieci ze spektrum autyzmu czy ADHD, ale także przybliża życie rodziców, którzy mierzą się z tymi problemami u swoich dzieci.

Oprócz opowieści rodziców w pozycji tej pojawia się również komentarz pracownika socjalnego Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, psychologa z poradni psychologiczno-pedagogicznej, nauczyciela wspomagającego dziecko z ADHD, trenera sportowego, dyrektorki gimnazjum jednego z bohaterów, a także jednego z chłopców, którego ta książka dotyczy.

Ostatni rozdział to wywiad z Bartoszem Neską, który jest psychologiem i diagnostą pracującym z osobami ze spektrum autyzmu i ich bliskimi.

Nie jest to pierwsza książka Jacka Hołuba. Pod jego nazwiskiem pojawiły się również dwie pozycje: „Żeby umarło przede mną” oraz „Beze mnie jesteś nikim”. Polecam każdą z nich, ponieważ to gorzka prawda o tym, czego na pierwszy rzut oka staramy się nie dostrzegać.

Sylwia Kozarzewska





Rzecznik Praw Pacjenta

W przypadku pytań, wątpliwości lub sytuacji naruszenia praw pacjenta
skontaktuj się z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta
ul. Młynarska 46
01-171 Warszawa

Telefoniczna Informacja Pacjenta
800 190 590
czynna pn. – pt. w godz. 8:00-18:00

www.gov.pl/rpp
e-mail: kancelaria@rpp.gov.pl

WYDAWCA: Rzecznik Praw Pacjenta
REDAKTOR NACZELNY: Elżbieta Bartosiewicz
Redakcja merytoryczna: Sylwia Kozarzewska, Aleksandra Wenelczyk
Redakcja techniczna: Małgorzata Duda
Druk: Centrum Obsługi Administracji Rządowych (COAR), Warszawa
Adres: ul. Młynarska 46, 01-171 Warszawa
Kontakt: e-mail: jednymglosem@rpp.gov.pl, tel.: (22) 532 82 22
Nakład: 2500 szt.

RZECZNIK PRAW PACJENTA

Artykuły autorów nie będących pracownikami Biura Rzecznika Praw Pacjenta
są wyrazem ich osobistych poglądów, nie zaś stanowiskiem Rzecznika Praw Pacjenta