

Jednym Głosem dla Psychiatrii

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

Adrian Kondraciuk

Szerokość jako nowy wymiar głębokości w psychoterapii

Zawód: Terapeuta zajęciowy

– w służbie psychiatrii

Moje miejsce na mapie

Program zajęć grupowych
promujących region



Rzecznik Praw Pacjenta

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

Specjalista: Aleksandra Wenelczyk

Specjalista: Sylwia Kozarzewska

RZECZNICZY PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

1. Województwo dolnośląskie

Danuta Rucińska

Tomasz Juraszek

2. Województwo kujawsko-pomorskie

Sebastian Sobierajski

3. Województwo lubelskie

Magdalena Niewieszczuk

Małgorzata Kowalczyk

4. Województwo lubuskie

Krystyna Grochmalska

5. Województwo łódzkie

Joanna Zdanowicz

6. Województwo małopolskie

Małgorzata Kozieł

Maciej Zieliński

7. Województwo mazowieckie

Maria Gańczyk-Wojciechowska

8. Województwo opolskie

Adriana Hajdarowicz

9. Województwo podkarpackie

Zdzisław Skuza

10. Województwo podlaskie

Agnieszka Wiśniewska

11. Województwo pomorskie

Dorota Marcinkowska

Robert Parol

12. Województwo śląskie

Adriana Hajdarowicz

Joanna Zdanowicz

13. Województwo warmińsko-mazurskie

Ewa Górko

14. Województwo świętokrzyskie

Zdzisław Skuza

15. Województwo wielkopolskie

Katarzyna Stępczak

Agnieszka Lisek



Szanowni Państwo,

Polecamy się serdecznie Państwa cierpliwej uwadze z nowym wydaniem kwartalnika Jednym Głosem dla Psychiatrii.

Chcemy zmieniać się dla Państwa, aby czas spędzony przy lekturze był ciekawy, ale też dostarczał wiele informacji z szeroko rozumianego obszaru zdrowia psychicznego.

Po intensywnej „burzy mózgów” w redakcji, przyjęliśmy, że skupimy się nad tym co jest najbliższe Was, podmiotach leczenia psychiatrycznego i personelu, który towarzyszy Wam w procesie zdrowienia. Zainicjowaliśmy cykl reportaży o placówkach psychiatrycznych, które zdaniem rzeczników szpitali psychiatrycznych, warto przedstawić szerszej społeczności.

Rozmawiamy z osobami pracującymi w oddziałach, których empatia i zaangażowanie w codziennej pracy przyczynia się do poczucia bezpieczeństwa i akceptacji pobytu w oddziale.

Dzięki uprzejmości i wiedzy psychoterapeuty, pana Adriana Kondraciuka, przybliżamy dla Państwa kolejny nurt w terapii psychologicznej – TSR, w której człowiek postrzegany jest w sposób całościowy i niepatalogizujący.

Pan Ratownik w swoim artykule przytacza myśl Arystotelesa: „Nasze szczęście zależy od nas samych.”

I odwagi, abyśmy nie wahali się po szczęście sięgać, życzymy Państwu jak i sobie.

Ciekawej lektury!!

Elżbieta Bartosiewicz
Z-ca Dyrektora
Departament ds. Zdrowia Psychicznego



ADRIAN KONDRACIUK

SZEROKOŚĆ JAKO NOWY WYMIAR GŁĘBOKOŚCI W PSYCHOTERAPII

Anna Panufnik-Onaszekiewicz: Czym jest Terapia Skoncentrowana na Rozwiązaniach i jakie są jej początki?

Adrian Kondraciuk: Terapia Skoncentrowana na Rozwiązaniach jest jednym ze współczesnych nurtów terapii. Podejście to powstało w latach 70 w Stanach Zjednoczonych. Zostało opracowane przez Steve'a de Shazera, jego żonę Insoo Kim Berg i ich współpracowników w Centrum Krótkoterminowej Terapii Rodzin w Milwaukee. Jest to jedno z niewielu podejść w psychoterapii, które powstawało na bazie praktyki, a nie w oparciu o wcześniej wymyślane teorie.

W Polsce TSR pojawił się w latach 90. Od tego czasu rozwinął się w bardzo wyraźny sposób, zaznaczając tym samym swoją pozycję pośród innych podejść terapeutycznych. Elastyczność tego podejścia sprawiła, że zaczęło być ono wykorzystywane także w innych obszarach pracy z człowiekiem, takich jak praca socjalna, edukacja czy wychowanie.

TSR wywodzi się z terapii systemowej. Jego twórcy inspirowali się również innowacyjnymi sposobami pracy Milтона Ericksona. Podejście skoncentrowane na rozwiązaniach zrodziło się jako alternatywa wobec tradycyjnych form terapii, które według twórców tego nurtu, w przesadny sposób koncentrowały się na przeszłości, poszukiwaniu przyczyn ludzkich problemów i diagnozowaniu zaburzeń.

A.P-O.: Jak przebiega terapia w tym nurcie?

A.K.: To, czym TSR różni się chyba najbardziej od innych modeli terapeutycznych to odejście

od zainteresowania naturą problemu i poszukiwaniem jego przyczyn. Z perspektywy podejścia skoncentrowanego na rozwiązaniach wiedza ta, nie jest konieczna, aby człowiek mógł dokonywać zmian. Uzyskanie jej jest wręcz traktowane jako niemożliwe z racji tego, że zgodnie z założeniami filozoficznymi tego podejścia, rzeczywistość jest umowna i każdy z nas postrzega ją w sposób subiektywny. Klient traktowany jest zatem jako ekspert od swojego życia, który doskonale wie jakich zmian potrzebuje, tylko być może nie do końca zdaje sobie z tego sprawę. Ważne jest również to, że TSR niejako odchodzi od zainteresowania diagnozą w rozumieniu psychopatologicznym i podobnie jak inne podejścia ponowoczesne takie jak terapia systemowa, narracyjna czy terapia koherencji, postrzega człowieka w sposób całościowy i niepatologizujący. W żadnym wypadku nie oznacza to oczywiście, że diagnoza jest tu deprecjonowana czy pomijana. Terapeuta koncentruje się na podążaniu za klientem i jego pragnieniami. Skupia się na określaniu potrzeb oraz wydobywaniu zasobów, a proces terapii w dużej mierze opiera się na konstruowaniu obrazu preferowanej przyszłości. Stąd też dużo więcej jest w tym nurcie zainteresowania nie tym, co doprowadziło do problemu i interpretacjami wokół tego, ale tym, jak klient chce, żeby wyglądało jego życie. Gdy zastanawiam się nad metaforą, która mogłaby choć w minimalnym stopniu oddać sposób pracy w tym podejściu, to przychodzi mi do głowy scena, w której zamiast grzebania w ziemi, osoba wstaje, zaczyna się rozglądać, poszukuje nowych ścieżek, dostrzega ich piękno fascynując się jednocześnie tym, dokąd mogą ją doprowadzić.

A.P-O.: Czy to znaczy, że w tym nurcie nie wraca się do przeszłości?

A.K.: To, że terapeuci pracujący w tym podejściu są skupieni głównie na teraźniejszości i przyszłości, nie oznacza, że nie dotyczą tematów przeszłości. Dzieje się tak i to paradoksalnie bardzo często. Natomiast szukają w niej przede wszystkim umiejętności i zdolności klientów, historii o ich potencjale, czy wzbogacających doświadczeniach. Mówiąc krótko – wszystkiego, co pozwoliło człowiekowi przetrwać ciężkie chwile i go wzmocniło. Z perspektywy TSR w przeszłości można szukać nie tylko wyjaśnień doświadczanych problemów, kryjących się gdzieś w głębi podświadomości, ale też, a może nawet głównie informacji o zasobach i tzw. wyjątkach, czyli momentach, kiedy problem nie występował lub gdy klient lepiej sobie z nim radził. To właśnie dzięki nim mamy szansę nadać swojemu życiu nowe znaczenie i przyjrzeć się temu, co kiedyś było inaczej oraz jak dziś możemy oprzeć się na tej wiedzy, aby wykorzystać ją w zmianie aktualnej sytuacji.

A.P-O.: Z czego korzystają terapeuci, pracując w tym podejściu?

A.K.: Odpowiedź na to pytanie mogę chyba sprowadzić do uważnego podążania za klientem i świadomego używania języka w procesie terapii jako niezwykle istotnego narzędzia. TSR jest terapią opartą na dialogu, u której podstaw filozoficznych leży społeczny konstrukcjonizm i konstruktywizm.

Paul Watzlawick powiedział kiedyś, że przekonanie o tym, że własna wizja rzeczywistości jest jedyną rzeczywistością, jest najniebezpieczniejszym ze wszystkich urojeń. Słowa te bardzo trafnie moim zdaniem oddają klimat pracy w nurcie TSR. Rzeczywistość jest tu traktowana w sposób umowny. Może być opisywana na różne sposoby, podobnie jak istnieje wiele różnych możliwości postrzegania tej samej sytuacji. Żaden z nich nie jest bardziej właściwy. Dlatego terapeuta w konsekwentny sposób utrzymuje się

w postawie niewiedzy, odsuwania, podważania swoich hipotez i ciągłego zaciekawienia światem znaczeń klienta oraz poszerzaniem jego perspektywy. Wymaga to od terapeuty bardzo dużo dyscypliny. O TSR mówi się, że jest to podejście proste, ale nie łatwe. Terapeuta świadomie używa języka. Jego słowa i pytania rzadko kiedy są tu przypadkowe. Cały proces toczy się wokół precyzyjnej rozmowy w myśl zasady, że język kształtuje rzeczywistość.

A.P-O.: Jednym z głównych zarzutów, jakie stawiane były niegdyś wobec TSRu była jego „powierzchnowość” i nieskuteczność wobec „poważniejszych” czy „głębszych zaburzeń”. Czy ten nurt terapii sprawdzi się wobec większości problemów?

A.K.: Najistotniejsze wydaje mi się zaznaczenie, że terapeuci TSR nie traktują problemów klienta w kategoriach ich głębokości. Słowo to pochodzi z języka psychoanalitycznego. Wydaje mi się, że to błędne przekonanie mogło wynikać z kontrowersji, jakie TSR wzbudzał w latach 70. Wówczas najzwyczajniej w świecie psychiatrom i terapeutom nie mieściło się w głowie, że można komuś skutecznie pomagać, nie analizując jego przeszłości. Dziś wiemy już, że nie jest to konieczne i na podobnych założeniach opiera się wiele współczesnych podejść terapeutycznych. Skuteczność terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach potwierdzają liczne badania, które trwają tak naprawdę od początku istnienia tego nurtu, czyli od lat 80. Badania, których ciągle przybywa, prowadzone są na wszystkich kontynentach, w 33 krajach. Wnioski z kilkunastu metaanaliz jednoznacznie potwierdzają, że podejście to jest równie skuteczne co inne zbadane podejścia terapeutyczne. Tak więc TSR jest terapią opartą na dowodach naukowych i nie ma jak z tym dyskutować.

A.P-O.: Skąd zatem wzięły się te kontrowersje wokół TSR?

A.K.: Pod koniec lat 70 Steve de Shazer zdecydował się opublikować swój artykuł zatytułowany:

„Śmierć oporu”. Opisał w nim perspektywę rozumienia zjawiska nazywanego oporem z perspektywy terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach. Mówiąc krótko, nagle oznajmił całemu światu, że opór nie istnieje. Według niego nie ma oporujących klientów. Są tylko mało elastyczni terapeuci, a współpraca jest nieuchronna, ponieważ każdy człowiek czegoś chce. Zadaniem terapeuty jest to uchwycić i podążyć za tym. To, co inni terapeuci zwykli nazywać oporem, może być w związku z tym traktowane jako wskazówka od klienta na temat tego, jak chce, aby z nim pracować. Artykuł ze względu na wzbudzenie wielu kontrowersji i podważania prawd oraz założeń, które na tamte czasy uznawane były za nienaruszalne, był odrzucany przez różne czasopisma naukowe aż 17 razy. Oczywiście w końcu po 4 latach starań został wydany w cenionym w dziedzinie terapii i pracy z rodziną czasopiśmie *Family Process* w roku 1983. Dziś koncepcja ta w wyraźny sposób jest obecna w różnych podejściach terapeutycznych.

A.P-O.: TSR jest terapią krótkoterminową. Ile w takim razie może ona trwać?

A.K.: TSR jest terapią krótkoterminową, natomiast owa „krótkoterminowość” nie musi wiązać się z ilością spotkań. W dosłownym tłumaczeniu z języka angielskiego: „Solution Focused Brief Therapy”, słowo „brief” oznacza zwięzła. Oznacza to, że terapeuta skupia się na tym, aby proces trwał jak najkrócej. Oczywiście w stosunku do możliwości każdego klienta. Dlatego dla niektórych klientów będzie to kilka spotkań, a dla innych kilkanaście. Terapia zdecydowanie może też trwać dużo dłużej. To, co istotne, to również fakt, że dla terapeuty ważna jest nie tyle zmiana klienta, ale „ustawienie go” w taki sposób, aby sam mógł decydować się na zmiany i je wprowadzać. Trochę jak pchnięcie pierwszej kostki domina. Mała zmiana zawsze generuje dużą oraz zmiany w jednym obszarze życia, za-

wsze generują zmiany w innych. Jest to proces nieunikniony.

A.P-O.: Jakie korzyści przynosi terapia w tym nurcie?

A.K.: Terapia w nurcie TSR przynosi wiele korzyści nie tylko osobie, która z niej korzysta, ale też samemu terapeucie. Przede wszystkim pozwala odzyskać sprawczość, poczucie skuteczności i kompetencji. Daje również możliwość odzyskania wiary w siebie poprzez poszerzenie własnej perspektywy doświadczania rzeczywistości. Badania przeprowadzone w 2014 roku pokazują, że osoby pracujące w podejściu skoncentrowanym na rozwiązaniach są dużo mniej narażone na ryzyko wypalenia zawodowego. Dzieje się to dzięki temu, że proces terapii w tym ujęciu jest łagodniejszy i mniej obciążający zarówno dla klienta, jak i samego terapeuty z racji m.in. większego skupienia na powodzeniach, zasobach i wizji preferowanych zmian w życiu klientów, aniżeli źródeł i przyczyn problemów. Ważnym czynnikiem jest tu również bez wątpienia koncepcja braku oporu, a co za tym idzie nieuniknionej współpracy między terapeutą a klientem, który traktowany jest jako osoba współodpowiedzialna za proces terapii i dysponująca wystarczającą ilością zasobów, aby jej dokonać. Dzięki takiemu sposobowi pracy, klienci zaczynają postrzegać siebie jako wystarczająco kompetentnych i zdolnych do wprowadzania zmian, dzięki czemu możliwe jest życie i doświadczanie rzeczywistości w bardziej użyteczny sposób.

Adrian Kondraciuk – certyfikowany terapeuta i trener PSTTSR, specjalista psychoterapii uzależnień, członek Zarządu PSTTSR

Anna Panufnik-Onaszkiwicz – Zastępca Dyrektora Departamentu ds. Zdrowia Psychicznego w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta

ZAWÓD? TERAPEUTA ZAJĘCIOWY – W SŁUŻBIE PSYCHIATRII

Jak zaczęła się Pani przygoda z terapią zajęciową?

Przez dwadzieścia lat pracowałam jako opiekunka w domu pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie. W trakcie tej pracy chwyciłam bakcyła i podjęłam naukę w zawodzie terapeuty zajęciowego. Po zdobyciu uprawnień wykonywałam ten zawód w tym samym miejscu (dom pomocy społecznej) a obecnie pracuję na Oddziale Psychiatrycznym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy.

W jaki sposób dobiera Pani rodzaj zajęć?

Staram się dostosować do pacjentów, którzy *de facto* mają nierzadko sprecyzowane preferencje. W miarę możliwości organizacyjnych próbuję „przemycić” takie metody terapeutyczne, które są zgodne z oczekiwaniami pacjentów.

Czy ma Pani ulubioną metodę terapii zajęciowej?

Najbardziej lubię pracować metodami arteterapii.

Na czym ona polega?

Jest to metoda wykorzystująca umiejętności manualne pacjentów, np. ostatnio przedsięwzięliśmy projekt odnoszący się do tworzenia dekoracji wielkanocnych. Jajka wielkanocne dekorowaliśmy technikami *decoupage* oraz *mix media*, z kolei kartki świąteczne metodą zwaną *scrapbooking*. Obecnie jesteśmy na etapie dekoracji wiosennych.

Metoda decoupage jest dosyć znana, a na czym polega mix media?

Jest to technika polegająca na naklejaniu różnych dekoracji, które wymagają malowania

a następnie nałożenia warstwy srebrnej lub złotej.

Czy te zajęcia cieszą się dużą popularnością?

W tych zajęciach pacjenci uczestniczą bardzo chętnie.

Zbliża się pora letnia, coraz więcej słonecznych dni. Czy odbywają się zajęcia na świeżym powietrzu?

Tak. W ramach terapii zajęciowej na Oddziale Psychiatrycznym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy organizujemy dla pacjentów spacer. Aktywność fizyczną łączę z arteterapią. Polega to na tym, że pacjenci zbierają kwiaty polne w plenerze a następnie układają z nich bukiety.



Mówiła Pani przed naszym spotkaniem o kolejnych pomysłach związanych z technikami relaksacyjnymi. Czy może Pani uchylić rąbka tajemnicy?

Chciałabym wprowadzić zajęcia z elementami *Tai-Chi* (ruch-oddech). Są to ćwiczenia relaksacyjne wyciszające, wymagają ruchu, ale ruch ten nie jest na tyle obciążający, żeby stanowił przeciwskazanie do wykonywania przez osoby starsze czy z ograniczoną psychomotoryką. Zajęcia te polegają przede wszystkim na pracy z oddechem. Dodatkową zaletą tych ćwiczeń jest możliwość przeprowadzenia ich poza salami szpitala korzystając ze sprzyjającej aury.

Pacjenci trafiający na oddziały psychiatryczne są często zestresowani. Wynika to zarówno z przypadłości zdrowotnych, ale także samej sytuacji związanej z hospitalizacją. Czy ma Pani gotowe rozwiązania na poprawę komfortu pobytu na oddziale?

Tak. Korzystam z treningu autogennego Schultza oraz Jacobsona. Ten drugi polega na napinaniu i rozluźnianiu poszczególnych grup mięśni. Pacjent w trakcie treningu jest w stanie dostrzec różnice pomiędzy stanem napięcia a stanem rozluźnienia. Poprzez systematyczne wykonywanie tych ćwiczeń (trwają one zazwyczaj ok. 30 minut) można wyrobić nawyk odprężenia. Skuteczność wykonywania tego ćwiczenia podnosi jego połączenie z oddechem.

Co to znaczy?

Oznacza to, że wdech powoduje napinanie mięśni natomiast wydech je rozluźnia. Z kolei wspomniany wcześniej trening autogenny Schultza jest metodą polegającą na wyzwoleniu reakcji odprężenia i koncentracji. Cały trening ma służyć kształtowaniu pożądanых cech własnej osobowości, ćwiczeniu wytrwałości, rozwijaniu zdolności samoobserwacji. Te ćwiczenia odbywają się na sali.

Przed nami coraz więcej ciepłych dni. Czy wspomniany trening autogenny Schultza także można przeprowadzić w warunkach plenerowych?

Nie jest to zalecane, ponieważ w plenerze jest za dużo bodźców rozprasających a trening ten wymaga skupienia.

Jeżeli już jesteśmy przy porach roku – lato szybko przemija a następnie przychodzi wszystkim nam zmierzyć się z jesienną słotą. Jesiennie-zimowa aura raczej nie sprzyja zajęciom w warunkach plenerowych. Jakie wówczas stosuje Pani metody terapii zajęciowej?

Na najbliższą jesień zaplanowałam zajęcia z zakresu choreoterapii, są to tańce integracyjne. Mogą je wykonywać pacjenci w każdym wieku, a nawet osoby siedzące. Ciekawym rozwiązaniem jest taniec „Kazaczok”. Technika ta polega na wykonywaniu rytmicznych ruchów w pozycji siedzącej rękoma oraz nogami.

Czy w ramach terapii zajęciowej można wykonywać inne – poza wspomnianymi – ćwiczenia oddechowe?

Ćwiczeń tych jest wiele a głównym ograniczeniem może być jedynie nasza wyobraźnia. Mogą to być np. ćwiczenia tzw. świadomego oddechu, które są poprzedzone rozmową o technikach oddechowych za pomocą których jesteśmy w stanie kontrolować zarówno oddech brzuszny jak i piersiowy. Pełny oddech powinien łączyć je oba, tzn. oddech brzuszny z piersiowym.

Z pewnością nie wszyscy pacjenci będą chętnie wykazywać aktywność ruchową. Czy także oni mogą liczyć na uatrakcyjnienie hospitalizacji?

Oczywiście. W swoim *emploi* mam gry i zabawy stanowiące świetną rozrywkę, z której

chętnie korzystają pacjenci. Są to gry i zabawy integracyjne takie jak kalambury. Pacjenci bardzo lubią grać także w grę „tabu”. Jest to gra, w której istotną rolę odgrywa słowo klucz, które należy opisać w taki sposób by uniknąć słów zakazanych określonych jako tabu. Ponadto pacjenci bardzo lubią wykreślanki sudocu stanowiące jedną z metod ćwiczenia procesów poznawczych. W tej kwestii staram się dopasowywać poziom trudności do umiejętności pacjenta, podobnie jak kolorowanki antystresowe.

A co z muzykoterapią?

To jest wątek wymagający odrębnej dyskusji. Podobno śpiewać każdy może (-śmiech, przyp. T.J), toteż i razem śpiewamy. Niedawno mieliśmy na oddziale stażystkę, która grała na gitarze i były to zajęcia łączone wraz z psychoedukacją. Zajęcia łączone odbywają się regularnie raz w tygodniu (prowadzone są przez terapeutę zajęciowego i psychologa). Obecnie szykujemy się do wspólnego grilla integracyjnego, który będzie połączony ze wspólnym śpiewem. Grill ten zorganizuję właśnie we współpracy z Panią psycholog na terenach zielonych otaczających szpital.

Duża różnorodność zajęć, zarówno ruchowych jak i artystycznych nie pozwala się pacjentom nudzić. W trakcie terapii zajęciowej utrzymują oni kompetencje społeczne i rozwijają swoje umiejętności. Niejednokrotnie nabierają wiatrów w żagle budując poczucie własnej wartości. Co zatem, abstrahując od powyższego, nie będzie należało do zadań przyjemnych dla pacjentów a pozostaje w zainteresowaniu terapeuty zajęciowego pracującego na oddziale psychiatrycznym?

Do takich zajęć zaliczyć można trening czystości, czyli codzienne sprawdzanie porządków

w salach pacjentów. Ponadto podczas zebrań społeczności wybieramy starostę grupy, który odpowiada za czystość części wspólnych oddziału, tzn. świetlicy. Tego rodzaju zajęcia, chociaż jak Pan zauważył nie należą do przyjemności to odgrywają istotną rolę (pozwalają wypracować pożądane nawyki dbania o czystość).

Czy jeszcze jakieś zajęcia mogą przysporzyć pacjentom dyskomfort? Zajęcia mają co do zasady polepszyć dobrostan pacjentów, nie zaś wpływać na odczuwanie przez nich dyskomfortu. Jednakże są pewne ćwiczenia ruchowe z którymi mają problem osoby o ograniczonej sprawności. Natomiast nie da się ukryć, że i sprawnym fizycznie pacjentom czasami brakuje chęci do takich zajęć. Są też grupy pacjentów, które mają lęki przed wychodzeniem do ludzi i wówczas staram się organizować im wyjścia na zewnątrz, chociażby do pobliskiego sklepu. Oczekiwany rezultat terapii można osiągnąć podejmując strategię małych kroków.

Czy jest jakaś recepta na dobór technik terapii zajęciowej?

Prawda jest taka, że nie. Wszystko zależy od grupy pacjentów a te bywają różne. Duży arsenał różnego rodzaju zajęć pozwala wybrać te, które będą się cieszyć zainteresowaniem. Poza oczekiwaniami pacjentów dobór terapii zajęciowej uzależniony jest od jeszcze dwóch czynników – przede wszystkim stanu psychofizycznego pacjenta, ale także od pory roku. *Dziękuję za rozmowę* – Dziękuję bardzo.

Wywiad z panią Agnieszką Karpik, terapeutą zajęciowym na Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy przeprowadził Tomasz Juraszek, Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w województwie dolnośląskim



CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO W RYBNIKU

1 marca 2022 roku przy Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku powstało Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP), które stanowi realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Głównym założeniem programu jest skoncentrowanie procesu terapeutycznego w środowisku lokalnym, przeniesienie go z zamkniętych szpitali psychiatrycznych do małego środowiska lokalnego powszechnie dostępnego dla pacjentów. Nowe Centrum Zdrowia Psychicznego ma pomagać w przełamywaniu stereotypowego spojrzenia na problemy zdrowia psychicznego.

Polacy potrzebują pomocy psychiatrycznej i psychologicznej. Mamy za sobą czas pandemii, jesteśmy w trakcie dramatycznych wydarzeń za wschodnią granicą. Kondycja psychiczna się pogarsza, a będzie jeszcze trudniej. Dlatego tak ważne jest teraz otwarcie psychiatrii na środowisko zewnętrzne. W CZP zapewniamy kompleksową bezpłatną opiekę psychiatryczną dla pełnoletnich mieszkańców Rybnika. Są to: konsultacje psychiatryczne i psychologiczne, psychoterapię indywidualną i grupową, leczenie w ramach oddziału dziennego, leczenie stacjonarne w ramach oddziału całodobowego i leczenie środowiskowe – mówi prof. nadzw. dr hab. inż. Joachim Foltys, Dyrektor Szpitala w Rybniku.

Jednym z celów CZP jest zmiana postrzegania psychiatrii w Polsce, która ma przeciwdziałać

stygmatyzacji osób chorujących psychicznie bądź przechodzących kryzys psychiczny.

Zadaniem Centrum jest pomoc osobie w kryzysie psychicznym lub po jego przejściu w powrocie do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie i najbliższym otoczeniu. W procesie terapeutycznym wykorzystuje się wszelkie możliwe formy terapii, które są indywidualnie dostosowane do potrzeb każdego pacjenta.

Pomoc udzielana w CZP:

- **CZYNNA** obejmuje leczenie i wsparcie osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, które wymagają opieki ciągłej oraz wyprzedzania potrzeb pacjenta celem zapobiegania rozwoju problemów,
- **DŁUGOTERMINOWA** leczenie stacjonarne w oddziale psychiatrii ogólnej (całodobowe, długość pobytu uzależniona jest od stanu zdrowia pacjenta),
- **KRÓTKOTERMINOWA** przeznaczona dla osób z zaburzeniami epizodycznymi bądź nawracającymi,
- **DORAŻNA** obejmuje przypadki nagłe i pilne (nieprzewidziane pogorszenie stanu zdrowia pacjenta, wymagające natychmiastowej pomocy leczniczej).

W ramach korzystania ze świadczeń udzielanych w Centrum Zdrowia Psychicznego pacjent może skorzystać z pomocy: psychiatry, psychologa, psychoterapeuty, koordynatora, asystenta zdrowienia.

Chcę przy każdej okazji walczyć ze stereotypami na temat psychiatrii. Dążyć do tego, żeby nikt nie musiał rezygnować z leczenia tylko dlatego, że wstydzi się wejść na teren szpitala psychiatrycznego, bo być może ktoś go zobaczy – dodaje Dyrektor placówki.

Proces diagnostyki i leczenia rozpoczyna się od rozmowy telefonicznej/wizyty w punkcie koordynacyjnym Centrum Zdrowia Psychicznego. Podczas rozmowy z koordynatorem pacjent otrzymuje informacje dot. możliwości udzielenia świadczenia, przeprowadzany jest wstępny wywiad zdrowotny, na podstawie którego ustala się zarys procesu leczniczo-terapeutycznego.

W sytuacjach kryzysowych, gdy stan pacjenta wymaga szybkiej interwencji, pomoc i wsparcie udzielane jest na miejscu (rozmowa wstępna jako forma procesu terapeutycznego), w miarę możliwości lub ustalany jest najbliższy możliwy termin przyjęcia pacjenta, jednak nie później niż do 72 godzin od zgłoszenia.

Po przeprowadzeniu niezbędnego wywiadu, dobierana jest dostosowana do potrzeb pacjenta forma leczenia i psychoterapii, ustalenie leczenia farmakologicznego (jeżeli stan pacjenta tego wymaga) i formy terapeutycznej w postaci terapii indywidualnej bądź grupowej.

W Centrum Zdrowia Psychicznego ważne jest funkcjonowanie lecznictwa środowiskowego, w ramach którego udzielane jest świadczenie zdrowotne w domu pacjenta. W warunkach domowych może odbyć się wizyta psychiatry, psychologa czy psychoterapeuty. Taka oferta zapewnia szerszy dostęp do leczenia psychiatrycznego. Z wizyty domowej mogą skorzystać osoby mające problem w poruszaniu się lub których stan psychiczny utrudnia, uniemożliwia wizytę w gabinecie lekarskim.

I to właśnie odróżnia Centrum Zdrowia Psychicznego od innych placówek psychiatrycznych. Możliwość wyjścia z budynku i szeroko rozumiana pomoc bezpośrednio w otoczeniu pacjenta – wy-

mienia jedną z zalet działalności CZP rzecznik prasowa szpitala, Michalina Zawarty.

W ramach lecznictwa środowiskowego w CZP pracują asystenci zdrowienia.

Asystent zdrowienia to osoba, która sama doświadczyła choroby psychicznej lub kryzysu psychicznego. Takie osoby po wyleczeniu/ustabilizowaniu stanu zdrowia i po ukończeniu specjalnego kursu może zostać zatrudniona jako osoba wspierająca proces leczniczo-terapeutyczny. Rolą asystenta zdrowienia jest udzielenie wsparcia osobom leczonym w ramach CZP, towarzyszenie pacjentom w procesie zdrowienia i pomaganie im w powrocie do normalnego funkcjonowania w środowisku.

Na każdym możliwym kroku powinniśmy uświadamiać ludziom, że choroby psychiczne nie są powodem do wstydu. Musimy uzmysłowić naszemu społeczeństwu, by wszyscy wiedzieli o tym, że dobrze prowadzony pacjent potrafi doskonale funkcjonować w społeczeństwie, pracować i korzystać z życia. Teraz niestety nie wszyscy o tym wiedzą – mówi Michalina Zawarty, rzecznik prasowa Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku.

Placówki ambulatoryjne w Rybniku:

I Poradnia Zdrowia Psychicznego z Zespołem Lecznictwa Środowiskowego, ul. Rudzka 13, Rybnik (budynek B, piętro IV, Zespół Szkół Wyższych), godziny otwarcia: 08:00–18:00, tel. 725 618 118; 724 630 625, e-mail: pzrudzka@psychiatria.com

II Poradnia Zdrowia Psychicznego, ul. Gliwicka 33, Rybnik (pawilon XX) Tel. 32 43 28 112, e-mail: pzgliwicka@psychiatria.com
Oddział dzienny psychiatryczny, ul. Gliwicka 33, Rybnik, tel. 32 432 81 93

Adriana Hajdarowicz
Rzecznik Praw Pacjenta
Szpitala Psychiatrycznego

PSYCHIATRIA WCZORAJ I DZIŚ

Rozmowa o przeszłości, teraźniejszości i przyszłości psychiatrii z dr n. med. Andrzejem Fitasem, ordynatorem oddziału psychiatrycznego w Świętokrzyskim Centrum Psychiatrii w Morawicy.

Jako psychiatra podjął Pan pracę w szpitalu w Morawicy 30 lat temu. Jak od tamtego czasu zmieniła się psychiatria?

Po pierwszym dniu pracy w 1992 roku byłem tak przerażony warunkami w szpitalu, w Morawicy, że zapomniałem, że przyjechałem do pracy samochodem i wracałem piechotą do Kielc. Przyjechałem ze Szczecina i zobaczyłem przepaść między zachodem a wschodem Polski. Dominowali pacjenci chorzy na schizofrenię i z głębokim upośledzeniem – wszyscy za kratami. Nie nadawali się do domów pomocy ani rodziny nie chciały ich u siebie. Przyjęcia były sporadyczne, to byli stali pacjenci. Warunki były straszne.

Od połowy lat 90. nastąpił znaczący postęp w leczeniu chorób psychicznych. Obecnie mamy takie same leki i dostępność jak w państwach zachodnich. Psychiatria w Morawicy nie różni się od tej w USA, Paryżu czy Londynie. Niezależnie kto rządzi, Państwo zapewnia znaczną dostępność do refundowanych, bezpłatnych leków, co jest fenomenem np. na tle Wielkiej Brytanii.

Od wielu lat reformowana jest psychiatria. W jakim kierunku powinny iść zmiany?

Przede wszystkim powinny zostać zwiększone fundusze na leczenie, hospitalizację pacjentów. Pieniądze są płacone za pacjenta, za „osobdzień”. Czyli pacjent, którego przyjmujemy w pierwszym tygodniu jest pacjentem tzw. „drogim”. Musimy mu wykonać wszystkie badania, zdiagnozować pacjenta, zapewnić środki higie-

niczne. Koszt jest taki sam, jak u pacjenta, który nie wymaga takiego nakładu, czyli około 280 zł bez względu na to, jakie choroby współistnieją. Często chorzy psychicznie chorują na cukrzycę, choroby metaboliczne, kardiologiczne, endokrynologiczne. Te koszty musimy pokryć z tych właśnie 280 zł. A nie chodzi tylko o leczenie, to także koszty energii, utrzymania budynków, wynagrodzeń administracji itd. Te koszty powinny być rozliczane odrębnie. Powinny być osobno rozliczane badania, leczenie, za to co zrobiliśmy dla pacjenta.

W reformie psychiatrii dominuje kierunek, aby leczenie całodobowe w szpitalach zmieniać na ambulatoryjne. Zgadza się Pan z tym?

Pozostałością jeszcze z lat 60. są duże szpitale w pobliżu dużych miast. Kiedy powstawała ustawa o ochronie zdrowia psychicznego w 1994 roku, u podstaw tworzonej reformy były założenia, aby nie powstawały tak duże szpitale jak nasz w Morawicy, w Pruszkowie, czy w Łodzi. Nowa ustawa zrównywała choroby somatyczne z psychicznymi zapobiegając stygmatyzacji pacjentów. Zatem założeniem reformy było tworzenie małych oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych. Wtedy pacjenci chorzy psychicznie czuliby się na równi z innymi pacjentami. Niestety, tak nie jest.

Obecnie powstają centra zdrowia psychicznego i to jest dobry kierunek, bo nie mamy teraz pacjentów w szpitalach wyłącznie z chorobami psychicznymi, ci leczą się ambulatoryjnie. W szpitalach leczymy pacjentów z ciężkim przebiegiem choroby psychicznej oraz chorych psychicznie z uzależnieniami od alkoholu i substancji psychoaktywnych. Ta podwójna diagnoza jest właśnie najczęściej powodem hospitalizacji całodobowej.

Dominującym powodem hospitalizacji jest nie stosowanie się do zaleceń lekarskich (przerwanie brania leków) i używki (najczęściej alkohol). Pacjenci zdyscyplinowani nie są na ogół hospitalizowani, w 90% są leczeni ambulatoryjnie i powinni być wspomagani przez psychoterapię, której niestety brakuje. Powinno być więcej oddziałów z podwójną diagnozą, pacjenci wtedy inaczej mogliby funkcjonować. Tych oddziałów jest chyba tylko 2 lub 3 w całej Polsce. To jest długoterminowe leczenie farmakologiczne i psychoterapeutyczne. Po zakończeniu leczenia szpitalnego mają zapewnioną pomoc ambulatoryjną i dalszą psychoterapię. Niestety centra zdrowia psychicznego na ogół nie zapewniają psychoterapii, a jeśli już jest, to nie jest tak dostępna jak wynika z potrzeb.

Pandemia, teraz wojna na Ukrainie, jak te zjawiska przekładają się na zdrowie psychiczne Polaków?

Z medycznego punktu widzenia przewlekły stres powoduje uszkodzenie hipokampu. Hipokamp m.in. odpowiada za nasz nastrój, pamięć, orientację w przestrzeni, a jego uszkodzenie, w wyniku nadmiernego wydzielania kortyzolu z kory nadnerczy, stwarza pole do rozwoju chorób psychicznych, także spadek odporności na różne inne choroby. Istnieje zatem poważne ryzyko zwiększenia liczby nie tylko chorób psychicznych, ale także nowotworowych, kardiologicznych, endokrynologicznych, pulmonologicznych. Przykładowo, pacjenci po przejściu „covid” mają uszkodzone płuca, serce, będzie więc więcej przeszczepów tych organów.

Przewlekły stres powoduje ponadto wzrost liczby pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Te skutki już widać. „Covid” spowodował, że młodzi ludzie, którzy zaczęli dopiero swoje życie, stracili pracę, a jeśli wcześniej wzięli pożyczki na dom czy mieszkanie, to nie mogą ich spłacać. Rośnie liczba rozwodów, problemów rodzinnych, które powodują ucieczkę w używki, hazard. Nierzadko kończy się to chorobami psychicznymi.



Dr n. med. Andrzej Fitas, ordynator oddziału psychiatrycznego w Świętokrzyskim Centrum Psychiatrii w Morawicy

W traumatycznym stanie wojennym liczba prób samobójczych dokonanych nie przekroczyła 2 tys. osób w ciągu roku. Teraz jest 5 tys. skutecznych prób samobójczych. Jedno miasteczko powiatowe „znika” z mapy. Pandemia przecież nie zniknęła, nadal jest dużo zachorowań, jednak wojna na Ukrainie przeważa w mediach jako nowe zagrożenie.

Nakreślił Pan dosyć niepokojącą wizję zdrowia psychicznego Polaków, może więc na koniec optymistyczne zdanie?

Dbajmy o swoje zdrowie psychiczne, uprawiajmy sport, nie oglądajmy non-stop telewizji...

Rozmawiał Zdzisław Skuza
Rzecznik Praw Pacjenta
Szpitala Psychiatrycznego

„MOJE MIEJSCE NA MAPIE” PROGRAM ZAJĘĆ GRUPOWYCH PROMUJĄCYCH REGION

W każdym numerze będziemy prezentować Państwu najciekawsze projekty terapeutyczne, które przekazały nam placówki zdrowia psychicznego do konkursu „**Mogę, potrafię, chcę**”. Mamy nadzieję, że ten cykl będzie stanowił bazę pomysłów do wykorzystania na zajęciach terapeutycznych dla osób w trakcie procesu zdrowienia po kryzysie psychicznym.

Praca stworzona przez zespół terapeutów Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Śremie

CEL:

- Dostarczenie w luźnej, wesołej formie informacji dotyczących wybranych ciekawych miejsc w Polsce
- Poznanie dorobku kulturowego poszczególnych regionów
- Zaangażowanie pacjentów proces zbierania informacji dotyczących wybranych miejsc w Polsce
- Wykorzystanie wiedzy i doświadczeń turystycznych pacjentów
- Rozwijanie zainteresowań i wykorzystanie potencjału wszystkich członków grupy z poszanowaniem ich indywidualności

FORMY ZAJĘĆ: Wykład; Dyskusja; Prezentacja zdjęć, materiałów internetowych; Prezentacja nagrań muzycznych; Praca w grupach; Quiz; Kalambury

CZAS TRWANIA: 8 spotkań po 45 minut; jeden raz w tygodniu
Tematy poszczególnych zajęć są ustalane z pacjentami na bieżąco.

KONSPEKT ZAJĘĆ

Region przykładowy – WIELKOPOLSKA

1. Burza mózgów – swobodne wypowiedzi członków grupy na temat
2. Region – Wielkopolska (co zawiera)
3. Stolica wielkopolski – Poznań (z czego słynie)
4. Moja miejscowość ŚREM (co w nim ciekawe)
5. Zebranie wiadomości z dyskusji podparte zdjęciami z internetu z wykorzystaniem sali komputerowej i umiejętności obsługi internetu przez członków grupy

Z czego słynie Wielkopolska?

- a) Chór Poznańskie Słowiki
- b) Koziołki na ratuszu miejskim w Poznaniu
- c) Rogale Świętomarcińskie i gęšina
- d) Cecha Poznaniaków to zaradność
- e) Międzynarodowe Targi Poznańskie
- f) Rzeką Warta
- g) Nizina Wielkopolska – żyzne gleby
- h) Lech Poznań – drużyna piłkarska
- i) Stary Marych – ciekawa poznańska postać
- j) Gwara:
 - TYTKA – papierowa torebka
 - GZIK - potrawa z serem i cebulką
 - GIDEA – wysoka szczupła dziewczyna
 - PAJDA – kromka chleba
 - BAMBER – poznański rolnik
 - PYRY – ziemniaki
 - BIMBA – tramwaj
 - SZCZUN – młody chłopak
 - RYCZKA – niski taboret
 - ANTREJKA – altana, korytarz
 - ŁEJERY – oj tam, oj tam; nic ważnego
 - TREPY – wysokie buty wojskowe
 - GZUB – mały chłopiec
 - SZNEKA Z GLANCEM – drożdżówka z lukrem
 - KLARA – słońce, upał
 - BADEJKI – majtki z nogawką
 - KATANA – marynarka

- GIRA – noga
- KAŁUNDEK – brzuch
- WYC – żart
- UNORAĆ – ubrudzić
- WYTOŚTAĆ – pociągnąć kogoś
- KARMEŁKI – cukierki
- WIARA – ludzie
- KALAFKA – twarz
- ŚPIK / MOCNY ŚPIK – sen, twardy sen
- BEJMY – pieniądze
- BETKI – grzyby
- KIERZKI – krzaki
- SLKEP – piwnica
- SKŁAD – sklep
- ĆMIKI – papierosy

6. Zagadka dźwiękowa – Opowieści Starego Marycha – znana postać propagująca gwarę wielkopolską.

- Pytanie: Co to gwara?
Co to znaczy – parzygnot, – betki, i kim jest Frącka?

7. Zabawa z gwarą

- Każdy z członków grupy wymienia po 3 znane sobie słowa gwarowe i robi plakat z podpomożoną rysunkową znaczenia tych słów
- Quiz

8. Scenki rodzajowe ciąg dalszy – Zabawy z gwarą – pacjenci dzielą się na grupy, po czym dają występ kabaretowy z wykorzystaniem przygotowanych scenariuszy

Przykładowe scenariusze:

1) Najślynniejszy poznański wierszyk:

W antrejce na ryczce stoły pyry w tytce. Przyszła niuda wpucła pyry, a w wymborku umuła giry.

Tłumaczenie: W altance, korytarzu na stołku stały ziemniaki w papierowej torbie. Przyszła świnia zjadła ziemniaki, a w wiaderze umyła nogi.

2) Fruncka żym se cupnuł na ryczce i jak traf szczełuły mi badeje. Jo się zegne, a ty mi je zaszy.
Tłumaczenie; Franciszko przysiadłem na stołku a tu masz pękły mi majtki. Ja się pochyle, a ty mi je zeszyj.

3) Rozmowa babci i wnuka

– (Babcia) Idź no du sklepu po pyry. Mosz tu siate i biegej.

– (wnuczek) W sklepie nie mają pyrek

– Gdzieżes ty poloz szczunie du składu? Godałych, ze du sklepu abo czekej może bydum w antrejce na ryczce

Łe dziecioku musisz się naumieć naszy godki bo nic nie kumosz.

Tłumaczenie:

– (Babcia) Idź do piwnicy po ziemniaki. Masz siatkę i pośpiesz się.

– (wnuczek) W sklepie nie mają ziemniaków

– Gdzie ty poszedłeś chłopaku do sklepu? Mówiłam, że do piwnicy albo poczekaj może będą w korytarzu na stołku.

Oj dziecko musisz nauczyć się naszej mowy, bo nic nie rozumiesz.

4) Po czym poznać bambra w lecie – po sandałach i berecie.

5) Zdanie z wszechobecnym dodawanym do wielu wyrazów nie tylko gwarowych Łe Łedejdz łebuzie łed pleta bo cie łebleje łedum łed łegórków.

9. Na podsumowaniu występów scenicznych grupy oceniają się wzajemnie biorąc pod uwagę:

- a) Stworzoną scenografię
- b) Odpowiednie stroje i rekwizyty
- c) Dbałość wykonania gwarowego tekstu

Nagrodą dla wszystkich uczestników zabawy będzie wspólne pieczenie „Rogali Świętomarcińskich” według przepisu oraz oczywiście smaczna ich degustacja.

Plan terapeutyczny można stworzyć dla każdego regionu.

JESTEŚ SZCZĘŚLIWY?

Ostatnio widziałem nagranie w internecie, gdzie dziennikarz pytał napotkanych ludzi czy są szczęśliwi. Kurczę, sam sobie zadałem to pytanie, i myślałem że odpowiedź powinna być prosta. Jednak dość długo zastanawiałem się co sobie odpowiedzieć. Każdy się mierzy ze swoimi przeciwnościami losu, i serio każdy daje sobie jakąś radę. Jedni walczą z chorobą, uciekają przed śmiercią, drugim płonie dom, na który zbierali większość swojego życia. Inni też pracują na dwa/trzy etaty, żeby móc godnie żyć czy ubrać dzieci do szkoły.

Musiałbym się zastanowić co to znaczy tak na prawdę szczęście...

Wikipedia informuje mnie o szczęściu chwilowym i trwałym. Chwilowe to odczucie bezgranicznej radości, przyjemności, euforii, zadowolenia i upojenia. Trwałe to zadowolenie z życia połączone z pogodą ducha i optymizmem, ocena własnego życia jako udanego, wartościowego i sensownego.

Szczęście to nic innego jak miłość, rodzina, przyjaciele, satysfakcjonująca praca, nasze pasje i oczywiście kuchnia.

Kończąc, odpowiadam sobie w głowie na pytania:

Czy jestem zadowolony ze swojego życia?

Czy robię coś wartościowego?

Czy mam wspaniałych przyjaciół, z którymi czuje się naprawdę dobrze i swobodnie?

Czy to co robię ma sens?

Czy chce tego więcej?

Na wszystkie pytania odpowiadam TAK.

Każdy ma swoją definicję szczęścia, ty sam zdecyduj co jest dla ciebie ważne, a na co masz wpływ, żeby to ulepszyć. I jeśli się da, zrób to. Są różne typy szczęścia. Ktoś je odczuwa kiedy jest z najbliższymi, ktoś kiedy jest np. w lesie. Dla jednych szczęściem są pieniądze, a dla innych miłość. Dla każdego szczęście jest czymś innym.

Nie smuć się, jeśli jesteś typem samotnika i przez to masz wrażenie że nie możesz być szczęśliwy. Nic bardziej mylnego, mam dla ciebie pewną radę:

Bądź dla siebie najlepszym przyjacielem. Bądź swoim kompanem na siłowni, towarzyszem przy kawie i kompanem podróży. Bądź wszystkim sam dla siebie, a nim się obejrzysz, zaczniesz odczuwać szczęście.

Arystoteles powiedział kiedyś: „Nasze szczęście zależy od nas samych”.

Po prostu bądź szczęśliwy!





CO KAŻDY NASTOLATEK O ZDROWIU PSYCHICZNYM WIEDZIEĆ POWINIEN



Co zrobić kiedy rodzice nie pozwalają mi mówić o sytuacji w domu (np. alkoholizm) podczas wizyty pracownika socjalnego?

Rodzice sprawują nad Tobą władzę rodzicielską. Ale rodzicielstwo to nie tylko władza, ale także OBOWIĄZKI. Rodzice powinni dbać o Ciebie i Twoje potrzeby. Nie powinni robić Ci krzywdy ani stosować wobec Ciebie przemocy. Jeśli robią coś, czego nie powinni i do tego oczekują, że tego nikomu nie powiesz, nie wypełniają swoich podstawowych obowiązków wobec Ciebie. Nie jest Twoją rolą opiekować się rodzicami (przynajmniej na razie, co innego, gdy będą starsi, a Ty dorosły). Zgłaszając problemy w domu, możesz pomóc zarówno sobie, jak i im. Nikt nie oczekuje od Ciebie bohaterstwa! Zgłoszenie takie może być dyskretne, niekoniecznie w czasie wizyty pracownika socjalnego w domu. Możesz przecież skontaktować się z nim lub z jakimś innym zaufanym dorosłym (np. wychowawcą, pedagogiem, psychologiem szkolnym) również poza domem.

Jak radzić sobie ze stresem?

Stres sam w sobie nie jest zły, to naturalne zjawisko. Pojawia się w sytuacjach wymagających naszej uwagi, zaangażowania i kreatywności, jednym słowem DOSTOSOWANIA. Masz przed sobą klasówkę z matematyki – pojawia się stres. Dzięki temu zmobilizujesz się do powtórzenia materiału, zrobisz zadania, poprosisz o pomoc osobę, która lepiej sobie od Ciebie radzi, (może nawet zrobisz ściągę, by lepiej przyswoić materiał ;-)). Proble-

mem najczęściej nie bywa zwykły stres, ale NADMIERNY stres. Czy przypadkiem nie przejmujesz się za bardzo? Dlaczego ta sytuacja jest dla Ciebie tak trudna? Warto się nad tym zastanowić.

Warto zauważyć, że pewne okoliczności (na które mamy wpływ!) nasilają stres, jak np. odkładanie zadań na ostatnią chwilę czy poszukiwanie przyjemności w stresujących sytuacjach. Dobrze pracować nad organizacją swojej pracy, aby ograniczyć te nawyki. Można też nauczyć się opanowywać stres. Służą do tego techniki relaksacji, medytacji czy tak zwana uważność, czyli świadomość własnego doświadczenia w danej chwili bez jego oceniania: jesteś tu i teraz, i nie myślisz o przyszłości. Ze stresem można poradzić sobie poprzez zmianę myślenia o nim. Porozmawiaj z kimś, kto zna się na emocjach: psychologiem, psychoterapeutą, terapeutą środowiskowym. Na pewno pomogą Ci radzić sobie z nadmierną reakcją na stresujące sytuacje.

Co dają narkotyki?

Narkotyki ostatecznie nic nikomu nie dają, tylko zabierają i to bardzo dużo. Z braniem narkotyków wiąże się ryzyko uzależnienia biologicznego, psychologicznego i społecznego. Uzależnienie BIOLOGICZNE oznacza, że Twój organizm, czasami nawet po kilkunastu użyciach niektórych substancji, może już nie potrafić sobie bez nich poradzić. Jeśli przestajemy je brać, to doświadczamy objawów odstawiennych. Niektórzy uzależnieni, np. od heroiny, biorą ją nie dlatego, że sprawia im

to przyjemność, ale dlatego, że starają się unikać bardzo nieprzyjemnych i bolesnych skutków jej odstawienia. PSYCHOLOGICZNE uzależnienie polega na tym, że tak podoba nam się efekt substancji, że nie potrafimy już sobie bez niego poradzić, np. dobrze się bawimy, przestajemy się bać i być nieśmiali. To jednak pułapka – to tak naprawdę nie jesteśmy my. Oszukujemy siebie i innych. I z czasem zapłacimy za to cenę. Uzależnienie SPOŁECZNE polega na tym, że wraz z trwaniem nałogu coraz więcej ludzi, których znamy i aktywności, które podejmujemy, wiąże się z narkotykami. Zerwanie z braniem narkotyków jest wówczas bardzo trudne, bo wiąże się z bardzo dużą zmianą w życiu, zerwaniem ze znajomymi i zmianą sposobu spędzania czasu.

Prawie nikt, kto bierze narkotyki, nie jest z czasem z tego powodu szczęśliwy. Cena brania narkotyków to nie tylko (duże) pieniądze, ale i marzenia, czas, bliskie relacje, rodzina, zdrowie, a nawet życie. To bardzo ważne, by nie zaczynać tej drogi.

Nie będziemy Cię oszukiwać, że branie narkotyków nie daje chwilowej przyjemności, jednak cena, jaką się za to płaci, jest zbyt wysoka i NIE jest tego WARTA.

Dlaczego jedzenie w szpitalu jest gorsze niż w domu?

Posiłki w szpitalu są przygotowywane zgodnie z przepisami dotyczącymi zbiorowego żywienia – w sposób zgodny ze wszystkimi normami sanitarnymi i dietetycznymi. Nie zapowiada się zbyt smacznie. Posiłki w szpitalu są jednak bezpieczne i zdrowe, dostarczają też wszystkich niezbędnych składników odżywczych. Niestety ich smak ma mniejsze znaczenie. W domu bliscy wiedzą, co lubisz, jakie jedzenie sprawia Ci przyjemność. W szpitalu dostosowanie posiłków do indywidualnych gustów nie jest możliwe. Bliscy mają prawo przynieść Ci do szpitala ulubiony posiłek – z wyjątkiem sytuacji, kiedy względy zdrowotne powodują konieczność otrzymywania diety szpitalnej. W tym wypadku pozostaje nam jedynie życzyć jak najszybszego powrotu do domu!

Czy leki przeciwpsychotyczne “ogłupiają”?

Leki przeciwpsychotyczne są w psychiatrii dzieci i młodzieży używane w różnych sytuacjach. Przede wszystkim i to w największych dawkach

zapisywane są w psychozach. Psychoza to taki stan, kiedy mamy trudność w ocenie tego, co jest prawdziwe, a co nam się wydaje. Leki przeciwpsychotyczne przywracają nas wtedy do porządku i powodują, że zaczynamy z powrotem logicznie myśleć i prawidłowo oceniać rzeczywistość. Neuroleptyki (to inna nazwa tej grupy leków) bywają też zapisywane w manii czy chorobie afektywnej dwubiegunowej. Ich zadaniem jest wtedy stabilizacja nastroju — wyrównanie i utrzymanie na prawidłowym poziomie. Czasami neuroleptyki stosowane są u osób, które za bardzo i za szybko się denerwują. Mają wówczas za zadanie nieco uspokoić i zmniejszyć chwiejność emocji. Znamy bardzo wiele osób, które biorą leki przeciwpsychotyczne i tak dobrze funkcjonują na co dzień, że nikt się tego nie domyśla. Znamy bardzo dobrych lekarzy biorących leki przeciwpsychotyczne! Leki te nikogo nie “ogłupiają”, tylko leczą. To wielkie szczęście, że możemy ich używać. Dzięki lekom przeciwpsychotycznym wiele osób, które bez nich skazane byłyby na życie w szpitalach, może funkcjonować normalnie i cieszyć się życiem.

Potrzebuje kontaktu z mamą/tatą jak mam mogę się kontaktować?

Będąc w szpitalu psychiatrycznym masz prawo do kontaktu z bliskimi. Kontakt taki powinien być możliwy telefonicznie oraz podczas odwiedzin. Masz prawo do intymności rozmów i spotkań z bliskimi. Zwykle w regulaminach szpitali lub oddziałów opisane są godziny, w których odwiedziny są możliwe. Określone są też m.in. limity osób odwiedzających. Odwiedziny bywają ograniczane w sytuacjach szczególnych, np. w czasie pandemii COVID-19. Chodzi wtedy o to, aby ograniczyć możliwość zakażenia się pacjentów wirusem. Decyzje o zmianie zasad odwiedzin czy ich czasowe wstrzymanie powinny zostać wydane na piśmie. Powinieneś wiedzieć też, kto je wprowadził i z jakiego powodu.

Kontakt telefoniczny może mieć być częstszy, ale również na określonych zasadach, np. (poza szczególnymi sytuacjami) kontakt telefoniczny nie jest możliwy w czasie ciszy nocnej lub w trakcie zajęć. W większości szpitali psychiatrycznych dla dzieci i nastolatków nie jest możliwe posiadanie własnych telefonów. Powody dla których tak się dzieje zostały opisane w innej odpowiedzi. W takiej sytuacji pacjenci mogą korzystać z telefonów szpitalnych.

Kamerą i piórem...

Przed nami kolejne spotkanie z wydawnictwem Czarne. Tym razem chciałybyśmy sięgnąć do sięgnięcia po pozycję Roberta Kolkera „W ciemnej dolinie. Rodzinna tragedia i tajemnica schizofrenii”. Jest to opowieść o rodzinie Galwinów, która gdyby nie choroba, mogłaby być przykładem amerykańskiego snu.

Dan i Mimi doczekali się dwanaściorga dzieci i wiele lat w oczach innych uchodzili za rodzinę idealną. Jednakże za zamkniętymi drzwiami działo się prawdziwy dramat. Aż sześciu synów zachorowało na schizofrenię, która w opisywanych w książce latach była jak wyrok. U najstarszego syna objawy choroby były widoczne, piątka pozostałych zaś niezauważalnie zamykała się ze swoimi problemami. Reszta rodzeństwa cierpiała nie tylko ze względu na to, co działo się z chorymi braćmi, ale również przez to, że byli przez nich wielokrotnie krzywdzeni.

Splot wydarzeń spowodował, że rodzina Galwinów została przebadana pod kątem podatności na zachorowanie. Stanowiło to bazę dla rozwijającej się w Stanach Zjednoczonych w tamtym czasie psychiatrii. Przypadek tej rodziny pomógł zrozumieć amerykańskim naukowcom złożone zjawisko jakim jest schizofrenia. W tamtych latach była ona stygmatem, chorobą, która spisuje chorego na straty.

Autor w swojej pozycji historię rodziny przeplata z historią rozwoju amerykańskiej psychiatrii. Ale jest to jednocześnie doskonała analiza socjologiczna społeczeństwa amerykańskiego z drugiej połowy dwudziestego wieku.

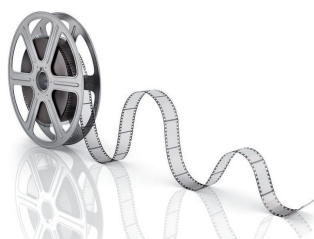
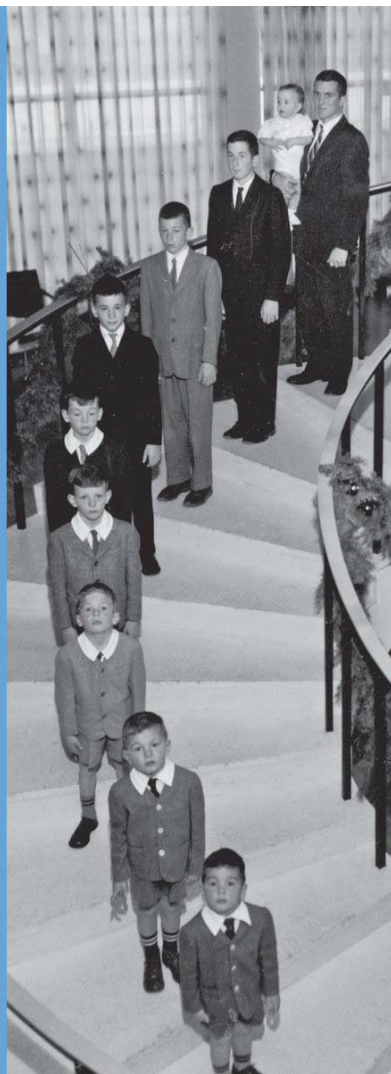
Polecam tę książkę każdemu, kogo interesuje nie tylko opowieść o rodzinie, ale również rozwój amerykańskiej psychiatrii, a także ambicji i problemów amerykańskiego społeczeństwa.

Jak twierdzi autor: „Niniejsza książka jest świadectwem szczodrości całej rodziny, jej otwartości i wiary, że jej historia może pomóc innym ludziom”.

Przyjemnej lektury na ciepłe dni!

W ciemnej dolinie Rodzinna tragedia i tajemnica schizofrenii ROBERT KOLKER

Przypadek Galwinów jest wyjątkowy. Jako pierwszy zachorował Donald, przy czym jego objawy bez wątpienia rzuciły się w oczy. Równocześnie pięciu innych braci pomalą, niezauważenie rozpadło się od środka. Na przykład Peter, najmłodszy z dziesięciu chłopców, buntownik, który przez wiele lat nie pozwalał sobie pomóc i cierpiał z powodu manii, czasami zachowywał się agresywnie. A także Matthew, utalentowany ceramik przekonany, że jest Paulem McCartneyem albo że jego nastrój wpływa na pogodę. (...) No i jeszcze Brian, chodzący ideał, gwiazda rodziny. Ukrył przed bliskimi swoje najgorsze lęki – aż wreszcie za sprawą wybuchu niepojętej przemocy zmienił na zawsze ich życie.





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: Anna Panufnik Onaszkievicz, 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: 1600 szt.

RZECZNIK PRAW PACJENTA

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