



BLIŻEJ/DALEJ

O ZABURZENIACH PSYCHICZNYCH Z NIEMEDYCZNEGO PUNKTU WIDZENIA



BLIŻEJ/DALEJ

O ZABURZENIACH PSYCHICZNYCH Z NIEMEDYCZNEGO PUNKTU WIDZENIA

POD REDAKCJĄ WERONIKI CHODACZ

Bliżej/dalej. O zaburzeniach psychicznych z niemedycznego punktu widzenia

Redakcja: Weronika Chodacz

Autorzy: Agnieszka Bonarowska, Halina Bonarowska, Maciej Bóbr, Weronika Chodacz, Krzysztof Dyga, Adela Juraś, Marzena Lelek-Kratiuk, Jacek Pelczar, Paweł Podgórski, Adam Poranek, Marta Ryś, Wiesław Starowicz, Katarzyna Witek, Leszek Zięcina

Recenzja naukowa: dr hab. Hubert Kaszyński

Korekta i redakcja językowa: Dariusz Żukowski

Projekt okładki, opracowanie typograficzne i łamanie: Małgorzata Kopecka

Scenariusze zajęć z ostatniej części publikacji są dostępne na licencji Creative Commons Uznanie Autorstwa 3.0 Polska. Pewne prawa zastrzeżone.

Grafika na okładce:

[Kobieta w stroju kąpielowym z siatką na motyle]. Źródło: polona.pl

[Biały motyl], A.S. Packard, Jr. [Domena publiczna]. Źródło: Wikimedia Commons

ISBN: 978-83-917491-7-3

Marzec 2016

Wydawca:

Stowarzyszenie Antropologiczne „Archipelagi Kultury”

ul. Armii Krajowej 8/10

32-065 Krzeszowice

archipelagi@archipelagikultury.org

archipelagikultury.org

Publikacja powstała w ramach projektu *Kobierzyn bliżej. przeciw stygmatyzacji chorujących psychicznie*, realizowanego w ramach programu Obywatele dla Demokracji, finansowanego z Funduszy EOG.



SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE

Doświadczenie dyskryminacji w narracjach chorujących psychicznie _____	7
O terapeutycznym wymiarze nieterapeutycznych działań. Kilka uwag na marginesie realizacji projektu „Kobierzyn bliżej” _____	20

ARTYKUŁY NAUKOWE

Zjawisko stygmatyzacji a zasoby adaptacyjne osób hospitalizowanych psychiatrycznie _____	41
Od Kraepelina do współczesnej psychiatrii. Doniesienie z badań _____	81

SCENARIUSZE SPOTKAŃ

Zajęcia antydyskryminacyjne dla młodzieży _____	97
Przeciwdziałanie stereotypom i uprzedzeniom związanym z chorobą psychiczną. Warsztaty dla różnych grup odbiorców _____	109
Gra terenowa _____	114
Spotkanie wspierające dla bliskich osób z chorobą _____	125
Zatrudnienie a zmagania z chorobą psychiczną. Spotkania osób zdrowiejących z ekspert(k)ami rynku pracy _____	128

WPROWADZENIE

DOŚWIADCZENIE DYSKRYMINACJI W NARRACJACH CHORUJĄCYCH PSYCHICZNIE

WERONIKA CHODACZ
STOWARZYSZENIE ANTROPOLOGICZNE „ARCHIPELAGI KULTURY”

Jeżeli chociaż jedna osoba, jedna osoba będzie w stanie zrozumieć – może nie do końca, bo jak się czegoś takiego bezpośrednio nie doświadczy, to się do końca nie zrozumie – ale chociaż będzie się starała zrozumieć to, jak takie osoby jak ja się czują w takim normalnym życiu i jak to życie nam stawia ogromną trudność, to będzie fajnie.

Kobieta, 48 lat

Niniejsza publikacja jest efektem projektu „Kobierzyn bliżej – przeciw stygmatyzacji chorujących psychicznie”, który prowadziliśmy od lutego 2015 do lutego 2016 w Szpitalu Specjalistycznym im. dr. J. Babińskiego w Krakowie-Kobierzynie. Do udziału w projekcie zaprosiliśmy edukatorów i edukatorki, psychologów, a także osoby z doświadczeniem choroby psychicznej, członków ich rodzin i pracowników szpitala. Projekt rozpoczęliśmy serią warsztatów na temat wykluczenia społecznego, po których ich uczestniczki i uczestnicy prowadzili wywiady narracyjne z osobami zdrowiejącymi i pracownikami szpitala.

Zdecydowaliśmy się na wybór techniki wywiadu narracyjnego, by oddać głos pacjentkom i pacjentom szpitala i stworzyć narrację na temat choroby psychicznej ich językiem i z ich perspektywy. Przeprowadziliśmy

dwadzieścia osiem wywiadów: dwadzieścia cztery z osobami zdrowiejącymi i cztery z pracownikami szpitala. Wykorzystując dane zebrane w wywiadach, podczas kolejnych warsztatów w tej samej grupie, stworzyliśmy wystawę stałą *Uważaj na głowę*, którą można zwiedzać w Szpitalu im. Babińskiego w Krakowie, oraz scenariusze zajęć edukacyjnych.

Uczestnicy warsztatów – Marzena Lelek-Kratiuk, Adela Juraś i Krzysztof Dyga – podjęli analizę narracji z perspektywy swoich zainteresowań naukowych. W jej wyniku powstały dwa artykuły z recenzją naukową, prezentowane w pierwszej części publikacji. Tekst Marzeny Lelek-Kratiuk omawia zasoby osób hospitalizowanych w oparciu o Koncepcję Zachowania Zasobów S.E. Hobfolla. Artykuł Adeli Juraś i Krzysztofa Dygi analizuje alternatywne do psychofarmakologicznych modele leczenia.

Druga część publikacji stanowi zbiór scenariuszy zajęć edukacyjnych, skierowanych do szerokiej grupy odbiorców, między innymi nauczycieli i nauczycielek szkolnych i akademickich, a także osób zajmujących się edukacją pozaformalną, osób działających na rzecz chorujących psychicznie oraz osób z doświadczeniem choroby. Ich autorami są osoby z doświadczeniem choroby psychicznej, członkowie ich rodzin, a także osoby zajmujące się edukacją, psychologią i pielęgniarstwem psychiatrycznym. Uczestnicy tworzyli scenariusze dla siebie. Większość z nich przetestowana została przez ich autorki i autorów oraz osoby prowadzące warsztaty. Nie stanowią one spójnego programu. Można z nich korzystać, wybierając pojedyncze pomysły lub ćwiczenia.

EDUKACJA NA TEMAT CHOROBY I ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Jak wynika z badania „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP Polska”, przeprowadzonego w 2013 roku na reprezentatywnej próbie dorosłych Polaków, u 23,4% Polek i Polaków w ciągu życia pojawi się przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne. Z zaburzeniami psychicznymi u siebie lub swoich bliskich prawdopodobnie więc spotka się każdy. Choć zagadnienia związane z ochroną zdrowia psychicznego ujęte są w podstawie programowej między innymi takich przedmiotów jak przyroda, biologia, chemia, filozofia, wychowanie do życia w rodzinie i wychowanie fizyczne¹, wciąż brakuje szkolnych zajęć poświęconych wyłącznie chorobom i zaburzeniom psychicznym.

Jednym z celów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego jest zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, a jego realizacji służyć ma inicjowanie projektów informacyjno-edukacyjnych². Jednak po zakończeniu nauki szkolnej bardzo trudno jest dotrzeć do oferty edukacyjnej na temat choroby i zdrowia psychicznego. W prasie i na stronach internetowych znaleźć można wiele nieprawdopodobnych, krzywdzących informacji o chorobach psychicznych, ich przebiegu i przyczynach. W trudnej sytuacji znajdują się także osoby, których bliscy

- 1 *Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży*, Komunikat MEN z 27 grudnia 2013 r., <https://men.gov.pl/zwiekszenie-szans/profilaktyka/informacje-materialy/ochrona-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy.html>, dostęp: 29 lutego 2016.
- 2 Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r., Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2011, s. 24.

doświadczają choroby. Jak wynika z wiedzy uzyskanej podczas realizacji projektu, osoby te często nie mają gdzie się zwrócić, by znaleźć odpowiedzi na nurtujące je pytania, rodzące się w nowej dla nich sytuacji.

SKUTKI DYSKRYMINACJI W NARRACJACH OSÓB Z CHOROBA

Jak wynika z analizy dwudziestu ośmiu wywiadów biograficznych z chorującymi i osobami z ich otoczenia, uprzedzenia i negatywne stereotypy związane z chorobą psychiczną przyczyniają się do pogorszenia jakości życia osób chorych. Biorą się z lęku i braku podstawowej wiedzy na temat chorowania. Dotyczą zarówno życia osobistego, jak i zawodowego. Najważniejsze z nich to zaniżenie poczucia własnej wartości, ograniczenie aspiracji życiowych, pogorszenie bliskich relacji z innymi i trudności w nawiązaniu nowych relacji, a także utrata pracy oraz niemożność znalezienia satysfakcjonującego zatrudnienia po wyjściu z kryzysu. Uprzedzenia dotyczą też rodziny osób dotkniętych chorobą.

POGORSZENIE STANU ZDROWIA

Z powodu zjawiska dyskryminacji osób z chorobami psychicznymi leczenie psychiatryczne odsuwane jest jak najdłużej w czasie. Chęć uniknięcia stygmatyzacji może sprawiać, że osoby po raz pierwszy doświadczające niepokojących objawów bardzo późno poszukują specjalistycznej pomocy. Wizyta u lekarza psychiatry jest postrzegana w całym

inny sposób niż u każdego innego specjalisty, wiąże się z nią duży niepokój³. Wizja leczenia w szpitalu psychiatrycznym z powodu negatywnego wizerunku takiej placówki, powielanego między innymi w popkulturze, wywołuje strach. Jeden z respondentów wspomina, że jako dziecko był straszony szpitalem. Ze względu na negatywny wizerunek leczenia psychiatrycznego także rodziny mogą odwlekać w czasie skorzystanie z pomocy specjalisty, a osoby chorujące mogą mieć do nich żal o to, że zdecydowały się na umieszczenie ich w szpitalu.

O Babińskim słyszałem jako dziecko. Po prostu straszono nas Babińskim. Mówiono, że tam zamykają w jakichś celach, powiedzmy, biją, rażą prądem. Że to coś najstraszniejszego, co może człowieka spotkać, jeśli wyląduje się w Szpitalu Babińskim. Myśmy się strasznie bali. Ja też się bałem cały czas.

Z przymusu zabrano mnie do tego Babińskiego. Gdy się ocknąłem w Babińskim chyba na drugi czy trzeci dzień, nie wiedziałem, gdzie jestem. Co to za szpital? Co? Jak? Nawet papci nie miałem. Strach, gdzie ja jestem? Takie słowo: Babiński w Krakowie. Mówię: dobrze, że nie Kobierzyn. No i jakoś tak się na tym Babińskim zatrzymałem. Mówią, że tutaj jest dość fajnie, jest pielęgniarka i lekarz. Jak się dowiedziałem, że tutaj jest psychiatryczny, to byłem wściekły. Mówię: to gdzie ta żona mnie wsadziła?

Mężczyzna, 43 lata

Zdarza się także, że osoby zdrowiejące, które były hospitalizowane, z obaw przed stygmatyzacją ukrywają doświadczenie choroby, co przyczynia się do pogorszenia ich relacji społecznych i samopoczucia.

3 F.M. Stark, F. Bremer, I. Esterer (red.), *Przecież ja nie zwariowałem. Pierwszy kryzys psychiczny*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2002, s. 12.

Badania CBOS pokazują, że 73% Polaków choroby psychiczne zalicza „do wstydlivych, które ukrywa się przed innymi”⁴. Jak wynika z narracji wielu respondentów, ujawnienie choroby nawet osobom bliskim wiąże się z dużym stresem i obawą przed odrzuceniem.

Osoby, które chorują psychicznie, to myślę, to jest jedna z ostatnich grup, które się ukrywają, naprawdę się muszą ukrywać, i czują się gorzej.
Kobieta, 47 lat

POGORSZENIE BLISKICH RELACJI

Zdarza się, że osoby chorujące doświadczają wykluczenia i przemocy ze strony najbliższych. Jak wynika z relacji respondentów, przyczyną takich zachowań jest brak wiedzy, niezrozumienie i strach. W jednej z narracji pojawił się także wątek rozstania ze względu na obawy, że osoba z chorobą psychiczną może być niebezpieczna, oraz z powodu innych powielanych negatywnych stereotypów związanych z tego rodzaju chorobami.

Choroba psychiczna to jest taka tajemnica. Nie każdy jest w stanie dotrzeć do wnętrza tego człowieka, zrozumieć. Brakuje tej empatii, brakuje empatii ze strony rodziców. Jest bagatelizowanie albo marginesowanie problemu. To jest na porządku dziennym. Wydzielanie pieniędzy, wulgarne wyrazy, „ty taki”, „ty śmaki”, „ty owaki”. To się zamyka, wychodzi z domu, ucieka, nawet dochodzi do wniosku, że jest mu lepiej w szpitalu niż w domu na przykład.
Mężczyzna, 57 lat

Ta dziewczyna... wiedziałem, że już ona nie chce ze mną być. Przegadała też z koleżankami [...].I wiem, że rozmawiały o tym, że właśnie

powiedziała jej ta koleżanka, że tacy ludzie są niebezpieczni, że ona... W co ona się pakuje? Żeby uważała, z kim ona jest. Że ja jej kiedyś coś zrobię i tak dalej, że jestem pieprzony po prostu i że nie ma sensu się w to pchać, że nie jestem żadną partią dla niej, żeby mnie olała i tak dalej. Po prostu tak ją zbuntowała – czy nie wiem, jak to nazwać – nastawiła strasznie przeciwko mnie.
Mężczyzna, 32 lata

Z drugiej strony z doświadczeń projektu i rozmów z bliskimi chorujących wynika, że rodziny osób z chorobą także doświadczają uprzedzeń. Rodzice podejrzewani są o wywołanie choroby psychicznej dzieci. Istnieje na przykład przekonanie, że zbyt emocjonalna lub krytyczna komunikacja z dziećmi może w dorosłym wieku wywoływać u nich schizofrenię (www.schizofrenia.com.pl), a anoreksja spowodowana jest przedkładaniem przez matkę „zdania środowiska nad potrzeby miłości u dziecka” (www.anoreksja.net). Rodzice osób chorujących skarżą się także na brak wsparcia i trudności w pozyskaniu rzetelnych informacji na temat specyfiki choroby, którą zdiagnozowano u ich dorosłych dzieci. Nie wiedząc, jak postąpić, mogą odwoływać się do zachowań przemocowych. Stosunek najbliższych do osoby chorującej może też utrudniać zdrowienie.

Samodzielny, czyli mam pracę, mieszkam osobno, sam się utrzymuję, jestem samowystarczalny. [...] Natomiast ludzie chorzy psychicznie bardzo często są z tego wykluczani. Bo na przykład zacznie chorować. To łap za niego cała rodzina, są nadopiekuńczy, wręcz nie pozwalają ludziom chorym psychicznie założyć własnego samodzielnego życia, bo są albo chorobliwie zaborczy, albo nadopiekuńczy.
Kobieta, 33 lata

⁴ M. Omyła-Rudzka, *Stosunek do osób chorych psychicznie. Komunikat z badań, CBOS, Warszawa 2012, s. 2.*

TRUDNOŚCI W ŻYCIU ZAWODOWYM

Wskaźnik zatrudnienia osób z chorobami psychicznymi jest niższy od ogółu niepełnosprawnych, a pracodawcy na pytanie, czy przyjęliby do pracy osobę z doświadczeniem choroby psychicznej, odpowiadają negatywnie⁵. Polki i Polacy w badaniach CBOS z 2012 roku sprzeciwiali się, by osoby, które kiedyś leczyły się w szpitalu psychiatrycznym, zajmowały stanowiska, z którymi wiąże się odpowiedzialność, takie jak opiekun dzieci (79% odpowiedzi negatywnych), nauczyciel szkolny (71%), lekarz (52%) lub wójt bądź burmistrz (59%)⁶.

Jak wynika z doświadczeń respondentów, ignorowane jest wysokie wykształcenie osób z chorobą. Panuje przekonanie, że osoby te powinny wykonywać prace proste, niewymagające kwalifikacji. Zdarza się też, że po ujawnieniu faktu choroby osoby zdrowiejące nie dostają nawet takich prac. Zachęta do zatrudniania osób niepełnosprawnych w postaci dofinansowania wynagrodzenia z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych bywa więc przeciwnie skuteczna w przypadku niepełnosprawności spowodowanej chorobą psychiczną. Bywa, że gdy do pracodawcy trafia informacja o przyczynie niepełnosprawności, rezygnuje z zatrudnienia.

Pamiętam taką sytuację o pracy, kiedy pokazałem, że jestem niepełnosprawny i chciałem dostać się na zmywak. No i nie dostałem się, nawet na zmywak się nie dostałem, pamiętam. To jest takie... takie

upokarzające. Tylko dlatego, że ma się O2-P wpisane i znaczny stopień, to nie można pracować na zmywaku nawet?

Mężczyzna, 35 lat

Pamiętam, jak byłam [...] na takiej konferencji na temat chorób psychicznych i ja zadałam pytanie, jak pomóc pacjentom, żeby chcieli się uczyć, żeby chcieli iść na studia, robić inne rzeczy, i pamiętam, że jedna studentka mówiła: „Ale oni wcale nie chcą się uczyć, przecież oni się do tego nie nadają”. A ja mówię: „Ale moment, oni to wiedzą czy im to wmówiono? Dlaczego tak ma być?”

Kobieta, 47 lat

AUTOSTYGMATYZACJA

Negatywne stereotypy bywają uwewnętrzniane. Część osób chorujących dochodzi do wniosku, że być może rzeczywiście nie jest w stanie skończyć studiów i znaleźć satysfakcjonującej pracy. Ogranicza swoje aspiracje życiowe i zgadza się na nierówne traktowanie. Dyskryminacja przekłada się na obniżenie jakości życia osób po epizodzie choroby, a krąg relacji bywa ograniczany do osób chorujących.

My, chorzy psychicznie, mówimy tak o ludziach, którzy się leczą psychicznie, że to jest branża, ludzie z branży. Właściwie bardzo mnie smuci to, że ja nie mam takiego poza leczeniem się towarzystwem ludzi chorych... nie mam znajomych, którzy są zdrowi, nie mam. [...] Takie normalne życie, które dla mnie jest po prostu już... w wieku 33 lat mam wrażenie, że już... że już przeminęło to, co mogę zrobić, jeśli chodzi o moje życie, które miało, miałoby zdrowo wyglądać. Że miałabym założyć rodzinę. To odebrałam mi choroba – nie założę rodziny, nie stworzę udanego związku z drugą osobą, nie będę się pięta w karierze,

5 Kaszyński H., *Praca socjalna z osobami chorującymi psychicznie. Studium socjologiczne*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2013, s. 129–142.

6 M. Omyła-Rudzka, op. cit., s. 7.

nie nauczę się wielu rzeczy, mam uszkodzoną organicznie pamięć. No nawet nie dlatego że mam uszkodzoną organicznie pamięć, ale po prostu już się nie wykształcę, już nie zdobędę takiego zawodu, jak bym chciała. No, z wielu rzeczy... z wieloma rzeczami muszę się pogodzić, że... Takich niby normalnych rzeczy. Dla ludzi normalnych to są normalne rzeczy – jakaś praca fajna czy wymarzone studia – natomiast dla mnie to są marzenia już nie do osiągnięcia
Kobieta, 33 lata

W prasie, w telewizji podawane są do tej pory treści, które są niezgodne z normami naukowymi. Chore słowa, które padają, trafiają nie tylko do osób zdrowych, które stygmatyzują, trafiają do osób chorujących, takich jak ja. Te utożsamiają się z tymi słowami, więc nie są w stanie w żaden sposób wyjść z autostygmatyzacji później. Ciągłe słyszą, że ten był chorym świrem, psychol już siedzi po drugiej stronie kabla. W najpopularniejszych serialach telewizyjnych pokazywane są osoby chore jako całkowicie odrealnione, agresywne. Tak wcale nie jest. Więc ten świat jest stworzony po to, żeby nas maksymalnie wykluczyć, wydawałoby się, prawda? Po jakimś czasie my sami się wykluczamy.
Mężczyzna, 35 lat

STRATEGIE PRZECIWDZIAŁANIA DYSKRYMINACJI

W narracjach osób chorujących pojawiło się kilka przykładów skutecznego radzenia sobie z dyskryminacją. Najpopularniejszym z nich jest rozmowa, prezentowanie własnej, odmiennej od powszechnie przyjmowanej perspektywy, a także wyjaśnianie i dowartościowanie doświadczenia choroby psychicznej.

Moja mama kompletnie nie akceptuje choroby psychicznej, uważa to za dopust boży: „Wielkie nieszczęście!”, takie, nad którym należy załamywać ręce. Natomiast ja potrafię mówić o tym, co schizofrenia mi dała.
Kobieta, 31 lat

Zdarza się też, że osoby chorujące po doświadczeniu dyskryminacji decydują się wejść na drogę formalną, składają skargi i upominają się o równe traktowanie.

Złożyłam skargę na jednego z profesorów, na wykładowcę, bo on przy... przy innych studentach zwracał mi uwagę, jak to ja mam dobrze, bo mam indywidualny tok i w ogóle choruję, więc mogę sobie na coś tam pozwolić, i powiedział, że nie powinnam takiego kierunku studiować, bo nikt nie potrzebuje chorych pracowników socjalnych i chory pracownik socjalny jest niepotrzebny.
Kobieta, 47 lat

Bardzo ważnym działaniem jest wspieranie i umacnianie innych chorujących przez osoby, które poradziły sobie z kryzysem, pomaganie im w radzeniu sobie z wykluczeniem.

Zobaczysz, niedługo, po kryzysie, zaczniesz analizować dwa razy mocniej świat, dwa razy mocniej czuć, zastanawiać się nad światem. Zaczynij tę chorobę wykorzystywać w kreowaniu rzeczywistości. Kreuj siebie wobec świata.
Mężczyzna, 35 lat

Dowartościowanie choroby psychicznej i pokazanie, że doświadczenie kryzysu może wzbogacać, prowadzone jest także przez placówki opieki zdrowotnej. Organizowane są wystawy prac osób chorujących, publikuje się zbiory poezji. Działania te oceniane są pozytywnie przez osoby z doświadczeniem choroby i ich zdaniem przynoszą pozytywne skutki.

Wernisaże, które organizowaliśmy, uwzględniały oczywiście obecność samych twórców z klubu i ich przyjaciół, znajomych. [...] Ale chodziło właśnie o to, żeby zaprosić – i tak się działo – na przykład sąsiadów z kamienicy, sąsiadów z bloku, a już nade wszystko sąsiadów z pomniejszych miejscowości podkrakowskich, z których pacjenci pochodzili. Było to ważne dla pacjenta, który w ostrych stanach psychotycznych dokonywał różnych czynów – nazwę to tak – wobec swoich sąsiadów, wobec pani w sklepie GS Samopomoc Chłopska, jak to te sklepy wtedy pod takim szyldem funkcjonowały, czy też wśród osób, które musiały interweniować i decydować, co z nim, z tym pacjentem, zrobić w chwili takiej ostrej psychozy. I w momencie, kiedy przekazywano im zaproszenia, wielu spośród nich przybywało na takie spotkania, wernisaże, i po latach ludzie mówili, że to bardzo pozytywnie wpłynęło na widzenie ich samych w tym środowisku, może nawet na próbę zrozumienia tej choroby. I większej akceptacji, wyciągnięcia ręki w tym najtrudniejszym momencie.

Kobieta, 60 lat

Postawa oparta na poszukiwaniu pozytywnych stron choroby i dowartościowaniu kryzysu psychicznego cechuje niewiele respondentek i respondentów. Na podstawie przeanalizowanych narracji jawi się jednak jako skuteczna forma radzenia sobie z dyskryminacją, pomagająca w zdrowieniu. Ze strony jednej respondentki pojawił się postulat stworzenia grupowej narracji związanej z chorobą, opartej na upowszechnianych pozytywnych autostereotypach, wzorowanej na ruchu *gay pride*.

Chciałbym, żeby powstało coś takiego – nie wiem, może wasza inicjatywa w tym pomoże – żeby tak jak kiedyś geje byli tak samo wykluczeni i znaleźli sobie słowo „gej”, które jest fajne, miłe i sympatyczne, które ich określa, i w sumie zrobili się, stworzyli na tym swoją tożsamość. I oczywiście u nas są jeszcze problemy, ale na świecie mogą mówić o sobie, nie muszą się ukrywać. [...] Przydałoby się, żeby był ktoś, kto umiałby

zainicjować coś takiego rzeczywiście i stworzyć jakiś ruch. Nie wiem, „dumnych walniętych” czy coś.

Kobieta, 47 lat

*

Jak zauważył jeden z respondentów, niepełnosprawność ze względu na chorobę psychiczną to „zdyskryminowana strasznie niepełnosprawność”. W przeciwieństwie na przykład do niepełnosprawności ruchowych, w narracjach o których podkreśla się wyjątkową siłę woli osób poruszających się na wózkach, a ich dokonania przedstawia się jako bohaterskie, fakt choroby psychicznej w opinii wielu osób najlepiej jest przemilczeć, niezależnie od tego, jak radzi sobie z nią jednostka. Tematyka związana z wykluczeniem ze względu na choroby psychiczne również niezmiernie rzadko pojawia się w omówieniach dotyczących edukacji antidyskryminacyjnej. Nie ma w Polsce ruchu, który dowartościowywałby osoby z doświadczeniem kryzysu. Rozpowszechnionych jest wiele nieprawdziwych przekonań na temat przyczyn i przebiegu choroby psychicznej. Wnioski te mogą zaskakiwać, jeśli zestawić je z faktem, że zaburzenia psychiczne są zjawiskiem dość powszechnym – 23% Polek i Polaków doświadczy ich w ciągu życia. Zapraszamy odbiorców niniejszej publikacji do włączenia tematyki choroby i zdrowia psychicznego do prowadzonych zajęć (na przykład z edukacji antidyskryminacyjnej), a także innych działań na rzecz integracji osób z chorobą, by lęk przed stygmatyzacją nie powstrzymywał nikogo przed podjęciem leczenia.

O TERAPEUTYCZNYM WYMIARZE NIETERAPEUTYCZNYCH DZIAŁAŃ. KILKA UWAG NA MARGINESIE REALIZACJI PROJEKTU „KOBIERZYN BLIŻEJ”

HALINA BONAROWSKA, MACIEJ BÓBR
SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR. J. BABIŃSKIEGO

Od lutego 2015 do lutego 2016 roku w Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie realizowany był wspólny projekt Stowarzyszenia Antropologicznego „Archipelagi Kultury” oraz Szpitala i Fundacji Revita Kraków-Kobierzyn pod nazwą „Kobierzyn Blżej”. Projekt ten, finansowany ze środków Funduszy Europejskiego Obszaru Gospodarczego w ramach programu Obywatele dla Demokracji, zarządzanego przez Fundację Batorego, ukierunkowany był na przeciwdziałanie społecznemu wykluczeniu i stygmatyzacji osób chorujących psychicznie. Osoby po kryzysach psychicznych aktywnie uczestniczyły w realizacji zaplanowanych działań, a ich własne doświadczenia chorowania stanowiły podstawę, na której opierały się osiągnięte w projekcie rezultaty.

W niniejszym tekście chcielibyśmy opowiedzieć o genezie projektu, jego założeniach oraz realizacji, która obfitowała w wiele pozytywnie zaskakujących zdarzeń, co pozwoliło dostrzec, jak wielką siłę, inwencję i efekty może zrodzić wspólna praca osób zdrowych i chorych odbywająca się poza kontekstem terapeutycznym. Podczas realizacji projektu,

zwłaszcza warsztatów, w których na równych prawach i w równorzędnych rolach uczestniczyły osoby z doświadczeniem choroby psychicznej i bez takiego doświadczenia, okazało się, że nasze początkowe obawy o to, iż uczestnicy nie będą chcieli się otworzyć, były płonne. Poznawanie doświadczenia choroby przekazywane przez dotkniętych nią ludzi ma dla nas wielkie znaczenie.

Na wstępie pragniemy zaznaczyć, że tekst ten nie jest analizą naukową. Jako współtwórcy idei projektu pragniemy podzielić się własnym doświadczeniem niezwykłego przeżycia, jakim był udział w tym przedsięwzięciu, oraz kilkoma przemyśleniami związanymi z możliwym praktycznym znaczeniem tego rodzaju działań. Obecnie, gdy świadczenia zdrowotne, zwłaszcza w psychiatrii, oparte są na sztywnych, ściśle określonych przepisami zasadach, działania takie jak te, które mieliśmy sposobność realizować, są często niemożliwe lub się o nich nie pamięta. Ich nieterapeutyczny wymiar umożliwia choremu opowiedzenie o swoim doświadczeniu w okolicznościach odmiennych niż podczas rozmowy z lekarzem lub psychoterapeutą czy też w czasie społeczności terapeutycznej bądź terapii grupowej. Fakt, że byliśmy ukierunkowani na osiągnięcie bardzo konkretnych rezultatów – stworzenie ekspozycji będącej „świadectwem zdrowienia” oraz programu edukacyjnego adresowanego do osób, które niewiele lub zgoła nic nie wiedzą o kryzysach psychicznych – powodował, że nie dążyliśmy do stworzenia sytuacji czy relacji terapeutycznej. Przeciwnie, zdając sobie sprawę, że konsekwencją choroby psychicznej, która wciąż pozostaje społecznym stygmatem, często bywa pozbawienie chorego naturalnych międzyludzkich relacji – nieraz także

z najbliższymi – staraliśmy się takie relacje zbudować. Odbywało się to w trakcie wspólnej pracy, której przedmiotem była wprawdzie choroba, ale postrzegana z innej, czysto ludzkiej, nie zaś medycznej perspektywy. Osoba po kryzysie nie zawsze ma możliwość opowiedzenia o tej najbardziej bolesnej części swojej egzystencji. Podczas naszych warsztatów, gdy choroba i sytuacja osoby po kryzysie stawały się przedmiotem dyskusji i konkretnych działań, uczestnicy mogli nabrać dystansu do własnych trudnych przeżyć.

GENEZA IDEI PROJEKTU

Przedstawicielki Stowarzyszenia Antropologicznego „Archipelagi Kultury” po raz pierwszy odwiedziły kobierzyński Szpital latem 2014 roku. Okazją po temu była realizacja innego przedsięwzięcia zatytułowanego „Letni projektor”. Polegało ono na wyświetlaniu filmów w miejscach o szczególnym charakterze. Jednym z nich jest bez wątpienia zabytkowy zespół parkowy i działający w nim Szpital, który, dodać trzeba, postrzegany bywa zazwyczaj przez pryzmat stereotypów. Tak było i wówczas. Wkrótce jednak okazało się, jak bardzo te stereotypy dalekie są od rzeczywistości. Wzajemne poznanie naszych celów i działań pozwoliło nam, przedstawicielom Szpitala, dowiedzieć się więcej o innych projektach realizowanych przez Stowarzyszenie, a członkiniom Stowarzyszenia – o naszych działaniach oraz planach wprowadzenia zmian w Szpitalu rozumianym jako miejsce zdrowienia ludzi dotkniętych chorobami psychicznymi. W ostatnich latach zrobiono wiele, by to zdrowienie odbywało się w warunkach, jakich oczekiwać można w XXI wieku. Dzięki konserwatorskim remontom

zabytkowych pawilonów dla chorych kompleks ulega modernizacji. Jednocześnie Szpital staje się instytucją funkcjonującą i zarządzaną w coraz bardziej profesjonalny sposób (certyfikaty ISO), której pracownicy podnoszą swoje kwalifikacje i kompetencje. Szpital troszczy się o dziedzictwo historyczne – zabytkową substancję zespołu szpitalno-parkowego zaprojektowanego na początku ubiegłego wieku jako syntetyczne dzieło sztuki (*Gesamtkunstwerk*). Kompleks ten był też niemym świadkiem dramatu eksterminacji pacjentów Krajowego Zakładu dla Umysłowo i Nerwowo Chorych, jaki rozegrał się tutaj w latach 1939–1942. Stąd jednym ze strategicznych celów Szpitala jest destygmatyzacja tego miejsca i leczących się tu pacjentów, by już nigdy nie zostali uznani za „niepotrzebnych” czy wręcz „niegodnych istnienia”.

Zbliżające się stulecie przyjęcia pierwszych chorych w 1917 roku i związana z nim chęć pokazania całej stuletniej historii Szpitala oraz artystycznych dokonań pacjentów towarzyszyły realizacji projektu. Jednym z jego rezultatów jest zgromadzenie materialnych świadectw i „historii żywej”, zawartej w opowieściach ludzi z tym miejscem związanych – byłych i obecnych pracowników oraz pacjentów. Wywiady z ludźmi, którzy gotowi byli podzielić się swoimi wspomnieniami i doświadczeniami, stanowiły wspólny mianownik naszych – Stowarzyszenia i Szpitala – zainteresowań i działań. Te wspólne cele korespondowały z „otwieraniem” Szpitala, którego symbolicznym początkiem była decyzja Dyrektora Stanisława Kracika o likwidacji otaczającego zespół ogrodzenia. Kompleks w coraz większym stopniu staje się przestrzenią publiczną – jako zabytek, park, miejsce wydarzeń artystycznych oraz edukacji, i to zarówno

profesjonalnej, przeznaczonej dla osób zajmujących się chorymi psychicznie i uzależnionymi, jak i tej w szerszym znaczeniu – skierowanej do ludzi, którzy próbują zmienić wciąż funkcjonujące stereotypy i uprzedzenia. Skłoniło nas to do poszukiwania formuły, która jednocześnie przyciągałaby odwiedzających i przyczyniała się do destygmatyzacji zarówno osób chorych psychicznie lub mających za sobą doświadczenie kryzysu psychicznego, jak i samej psychiatrii. Z tym nastawieniem zaplanowaliśmy rezultaty projektu – stworzenie programu edukacyjnego oraz swoistego „muzeum miejsca”, pokazującego, czym jest choroba i jak wygląda wychodzenie z niej, a więc zdrowienie. Nie sposób zaprzeczyć, że aby spełnić te cele, nie ma lepszego miejsca niż szpital psychiatryczny i lepszych przewodników niż jego pacjenci. To jednocześnie wykorzystanie znanej i stosowanej we współczesnej psychiatrii idei „Ex-In”, zgodnie z którą o chorowaniu i zdrowieniu oraz o trudnościach powrotu do codziennego funkcjonowania opowiadają ci, którzy sami doświadczyli kryzysu.

Rekrutacja uczestników odbywała się więc dwutorowo – zaczęliśmy poszukiwać osób, które mają za sobą doświadczenie kryzysu psychicznego, oraz takich, które zajmują się edukacją. Działania rekrutacyjne za pośrednictwem jednego z portali społecznościowych przeszły nasze najśmielsze oczekiwania – udziałem w projekcie zainteresowało się 1400 osób. Chociaż zainteresowanie wyrażone za pośrednictwem tego rodzaju medium zawsze traktować należy z pewną rezerwą, to jednak wielka liczba osób, która przyszła wysłuchać inauguracyjnego projektu wykładu prof. Bogdana de Barbaro na temat inności, potwierdziła to zainteresowanie. Mająca ponad sto miejsc sala w Muzeum Sztuki Współczesnej MOC AK

w Krakowie była całkowicie wypełniona, a wielu osobom, które przyszły na wykład, nie udało się wejść do środka. (Nagranie jest jednak dostępne na portalu YouTube pod hasłem „Kobierzyn Blżej”).

REALIZACJA PROJEKTU

W projekcie uczestniczyli przede wszystkim obecni i byli pacjenci Dziennego Oddziału Rehabilitacyjnego dla Krakowa Podgórze. Przyjęliśmy zasadę pełnej dobrowolności udziału, łącznie z możliwością wycofania się w dowolnym momencie, a podczas spotkań zorganizowanych na oddziale dwukrotnie przedstawialiśmy przybyłym cele projektu i rezultaty, które pragniemy osiągnąć. Niewiele jednak osób zrezygnowało, do naszej grupy na krótszy lub dłuższy okres dołączali natomiast pacjenci oddziałów stacjonarnych, którym stan pozwalał na to, by przyjść na odbywające się co dwa tygodnie w Szpitalu spotkania grupy projektowej.

Uczestnicy grupy – zarówno ci, którzy mieli za sobą doświadczenie choroby, jak i ci, którzy takiego doświadczenia nie mieli – przeprowadzali wywiady z osobami po jednym lub wielu kryzysach psychicznych. Wywiady te zostały zanonimizowane.

Podczas pracy warsztatowej ustaliliśmy zestaw reguł, które zaakceptowali wszyscy uczestnicy. Aby przełamać ewentualne bariery, w trakcie spotkań mówiliśmy sobie po imieniu, co pozwoliło na zmniejszenie dystansu i nawiązanie bardziej bezpośredniego kontaktu między uczestnikami, a także poniekąd pozbawiło nasze spotkania wymiaru terapeutycznego. Każda wypowiedź traktowania była z całą powagą, a każdy otwarcie wypowiadał własne opinie. Dyskusje nie miały określonego

porządku, chociaż zawsze wskazywaliśmy sobie cel, jaki chcemy osiągnąć. Nie było więc sytuacji, w której uczestnicy staraliby się forsować własne zdanie czy pogląd oraz narzucać je grupie. Staraliśmy się wspólnie dochodzić do konsensusu, szanując odrębne stanowiska i poglądy. Z czasem żyliśmy się z sobą, a dla większości uczestników spotkania stały się naprawdę ważne, czemu dawali wyraz także poza nimi, na przykład w prywatnych rozmowach. Mówiliśmy o sobie tyle, ile chcieliśmy, by o nas wiadano, a atmosfera otwartości i wzajemnej akceptacji sprawiała, że ta wiedza stopniowo się poszerzała. Niezauważalnie pokonywaliśmy bariery, które powstrzymywały nas przed odwoływaniem się do własnych trudnych czy bolesnych doświadczeń. Nie sposób powiedzieć, ile było w spotkaniach elementów społeczności czy terapii, a ile rozmowy i dyskusji w grupie dobrych znajomych. Nie przeszkadzała nam okresowa nieobecność niektórych uczestników, z otwartością przyjmowano nowe osoby. Byli oczywiście i tacy, którzy nie odnajdywali się w grupie i rezygnowali po jednym spotkaniu. Natomiast ci, którzy dołączyli i zaakceptowali wspólne cele, z zaangażowaniem włączyli się w ich realizację.

Dyskusje – moderowane przez przedstawicielki Stowarzyszenia – koncentrowały się początkowo na kluczowych zagadnieniach, takich jak choroba, wykluczenie i stygmatyzacja. Zastanawialiśmy się na przykład nad tym, jak osoby po kryzysie chciałyby być nazywane, jakie słowo czy słowa nie są dla nich przykre lub stygmatyzujące, jak rozumieją wykluczenie itp. Jedno ze spotkań poświęciliśmy na spacer po terenie zespołu szpitalno-parkowego, podczas którego opowiadaliśmy – głównie, choć nie

tylko tym, którzy się tu nie leczyli – o dziejach Szpitala i jego dniu dzisiejszym. Towarzyszyły nam także inne pytania:

- Jak zrozumieć chorego i mu pomóc?
- Jak można być bliżej człowieka chorego?
- Jak radzić sobie ze stereotypem chorego psychicznie?
- Jak walczyć z uprzedzeniami?
- Jak spojrzeć bez lęku na wewnętrzny świat chorego psychicznie?

Druga, odbywająca się po przerwie wakacyjnej część cyklu warsztatów poświęcona była pracy nad stworzeniem programu edukacyjnego i „muzeum miejsca” czy może raczej ekspozycji „świadcstwa zdrowienia”. Chcieliśmy pokazać przeżycia związane z chorowaniem i pobyt w Szpitalu. O tym fragmencie naszej wspólnej pracy powiemy nieco więcej. Pierwsza część zajęć projektowych – dyskusje na temat definicji i rozumienia choroby, chorowania, zdrowienia, akceptacji lub jej braku – była ważnym wstępem do pracy nad rezultatami. Sądzymy, że bez takiego wstępnego przygotowania część druga nie byłaby tak owocna. Spotkania w drugiej części projektu trwały od 4 do 5 godzin, a dyskusje przenosiły się także na krótsze lub dłuższe przerwy. Ważne były też wspólne zadania realizowane w podgrupach tworzonych *ad hoc*, raczej losowo niż w zaplanowany czy sterowany sposób.

Jak już powiedzieliśmy, pragniemy skoncentrować się na etapie tworzenia „muzeum miejsca” czy „świadcstwa zdrowienia”. Założyliśmy, że wywiady narracyjne zostaną uzupełnione przez eksponaty – wyposażenie

Szpitala, urządzenia lub fotografie, wzbogacone w ten sposób o żywą, opowiadaną historię.

Na narrację wystawy składają się fragmenty opowieści (wywiadów) oraz wskazane przez uczestników grupy projektowej przedmioty, które ich zdaniem niosą ze sobą pewne ważne dla nich treści czy historie. Obiekty te zostały wybrane i umieszczone zgodnie z pewnym porządkiem obrazującym proces zdrowienia.

W gronie inicjatorów projektu zastanawialiśmy się, co wybiorą członkowie grupy projektowej. Czy na przykład wybór pasów – atrybutu kojarzonego powszechnie z chorobą i szpitalem psychiatrycznym – nie będzie wywoływać wspomnień o traumatycznym charakterze? Okazało się jednak, że zostały one wybrany świadomie, bowiem osobie, która je wybrała, naturalnie skojarzyły się z uświadomieniem sobie własnego stanu psychicznego. Przy wyborze eksponatów i objaśnianiu wiążących się z nimi narracji towarzyszyła nam wycięta z kartonu postać, symbolizująca potencjalnego widza, który zwiedza ekspozycję, nie będąc do niej w żaden sposób przygotowany. Zadawaliśmy sobie bowiem pytanie, czy widz będzie w stanie zrozumieć znaczenia i narracje związane z wybranymi przedmiotami-eksponatami i czy nie powinny być one opatrzone komentarzem, tytułem bądź wyjaśnieniem. Każdy przedmiot czy cytat poddany został więc swoistej weryfikacji – testowi na zrozumienie przez osobę postronną.

Prezentacja przedmiotów związanych z chorowaniem lub kryzysem psychicznym ma swoje precedensy. Wspomnieć trzeba gromadzone przez psychiatrów kolekcje, takie jak ta znajdująca się obecnie w Muzeum

Antropologii Kryminalnej Uniwersytetu w Turynie, którą stworzył Cesare Lombroso (autor książki *Geniusz i obłąkanie*), czy też znana z przekazów i zdjęć kolekcja obrazów oraz figurek zgromadzonych przez dr. Auguste'a Marie i udostępniona w 1905 roku publiczności jako *Musée de la folie* (Muzeum szaleństwa) w podparyskim Villejuif.

Od początku XX wieku organizowane były także wystawy czasowe prac plastycznych pacjentów. Pierwsza z nich, prezentująca zbiory najstarszego, założonego w XIII wieku szpitala psychiatrycznego – londyńskiego Royal Bethlem Hospital – zorganizowana została z okazji I Światowego Kongresu Psychiatryków w 1900 roku. W pierwszych dekadach ubiegłego stulecia zaczęły powstawać kolejne tego typu kolekcje (w Heidelbergu z inicjatywy prof. Emila Kraepelina w 1909 roku, rozbudowana w latach 1919–1921 przez Hansa Prinzhorna; w Waldau pod Bernem z inicjatywy dr. Waltera Morgenthalera w 1916 roku; w Genewie w Zakładzie Bel-Air z inicjatywy dr. Charles'a Ladame'a). W innych szpitalach i zakładach prace pacjentów włączane były do ich dokumentacji i przechowywane w archiwach. Po II wojnie światowej od 1947 roku sztukę nazwaną przez siebie *l'art brut* zbierał i prezentował francuski artysta Jean Dubuffet. Prace pacjentów ze Szpitala św. Anny w Paryżu pokazano w 1950 roku na wystawie towarzyszącej światowemu kongresowi psychiatrycznemu. Jeden z jej twórców, prof. Robert Volmat, wydał w 1953 roku książkę *Psychopathologie de l'expression*, a w 1959 roku założył SIPE – Międzynarodowe Towarzystwo Psychopatologii Ekspresji (a następnie także arteterapii), którego corocznym spotkaniom towarzyszyły prezentacje prac pacjentów.

Dziś muzea pokazujące dzieje opieki psychiatrycznej i prace pacjentów znajdują się między innymi w Haarlemie (Het Dolhuys) czy Gandawie (Museum Dr. Guislain). Oprócz sztuki prezentują one także przedmioty, które skłaniają widza do refleksji nad różnicą pomiędzy zdrowiem i chorobą psychiczną, odwiedzającymi i pacjentami oraz uczestnikami i obserwatorami. W ten sposób starają się zarazem likwidować społeczne uprzedzenia wobec choroby.

Jednocześnie od lat 60. XX wieku za sprawą działań szwajcarskiego artysty-kuratora Harolda Szeemanna sztuka tworzona przez chorych psychicznie służyć może zrozumieniu ich światów, nazwanych przez niego „równoległymi” (*Parallele Welten*). Dzieła te przybliżyły chorobę i wskazywały wartość zobrazowanych za ich pomocą przeżyć i doświadczeń. Dla Szeemanna artyści-pacjenci tworzyli indywidualne, spójne pod względem techniki, formy (*Gestaltung*) i treści mitologie. Na swoich wystawach – na przykład *Bildenrei des Geisteskranken: Art Brut: Insania Pingens* – prezentował dzieła najwybitniejszych twórców dotkniętych chorobą psychiczną, takich jak Adolf Wölfli, Aloïze Corbaz czy Heinrich Anton Müller, podkreślając owe widoczne w nich indywidualne mitologie widoczne. Piszemy o tym, bowiem, podobnie jak w ekspozycjach Harolda Szeemanna, my także mamy do czynienia z pewną „mitologią”, tyle że stworzoną zbiorowo i nie przez kuratora, lecz przez samych pacjentów. Jednak o ile w prezentacjach Szeemanna owa „indywidualna czy osobista mitologia” Wölfliego, Aloïze czy Müllera była konglomeratem świata rzeczywistego i świata choroby, o ile w tym wypadku pacjenci starali się przedstawić świat kryzysu w sposób jak najbardziej realny – poprzez zapamiętane

i odtworzone odczucia, doznania i własne cierpienie. To „mitologia” szczególnie i w pewnym stopniu symboliczna, która powstaje wskutek zbiorowego doświadczenia kryzysu i połączenia wielu narracji, poczynając od pierwszych objawów, przez przyjęcie do szpitala, pobyt w nim, leczenie, czas wolny, relacje z rodziną i proces zdrowienia, któremu towarzyszą swoiste „miejsca” w szpitalu. Mitologia ta z pewnością oparta jest na podziale rzeczywistości na dwa światy – świat choroby i świat zdrowia, świat szpitala i świat poza nim. Chciałoby się powiedzieć: świat opresji, ograniczenia wolności. W naszych dyskusjach nie do końca jasne się stało, która ze stron kraty jest lepsza, po której lepiej się odnajdujemy. To także staraliśmy się pokazać zwiedzającym.

Szpital im. J. Babińskiego od pół wieku czyni bardzo intensywne starania zmierzające do destygmatyzacji chorych psychicznie między innymi przez prezentację ich głosu za pomocą sztuki. W latach 60. twórczością plastyczną zainteresowała się dr Noemi Madeyska, uważana za prekursora tej formy leczenia. Schizofrenię porównywała do „dziwnego kwiatu w ogrodach Pana Boga”, a obrazy uważała za „listy malarstwem pisane”. W latach 60. odbyło się w Kobierzynie sympozjum lekarskie, któremu towarzyszyła plenerowa wystawa prac plastycznych. W 1973 roku w szpitalu powstał dział rehabilitacji, w którym uruchomiono wyspecjalizowane pracownie terapii zajęciowej: plastyczną, tkacką, rzeźby i stolarstwa oraz muzykoterapii. Rozwijana w ten sposób rehabilitacja poszerzała zakres oddziaływań terapeutycznych. W kolejnych latach powstały Oddział Dzienny i pracownie terapii zajęciowej w poszczególnych oddziałach szpitala, w tym pracownie plastyczne. W 1978 roku otwarto klub dla pacjentów Hestia. Pierwszy tego

typu klub – Zawilec – powstał przy Klinice Psychiatrycznej AM z inicjatywy prof. Antoniego Kępińskiego w 1972 roku. W ostatnim numerze czasopisma środowisk działających na rzecz osób chorujących psychicznie „Dla Nas” zamieszczono wywiad z prowadzącą klub Zawilec Teresą Regułą, która uchyla rąbka tajemnicy dotyczącej nazwy klubu. Kwiat pod ochroną wyrażał zawziętość myśli i losów ludzkich.

Nazwa klubu dla pacjentów Hestia została wybrana przez pacjentów w drodze konkursu – bogini ogniska domowego stała się dla nich symbolem rozszerzonej rodziny. Wydawało się wówczas, że jest to nazwa mocno na wyrost, lecz z roku na rok ta specyficzna grupa wsparcia poszerzała swój krąg, a między uczestnikami spotkań zacieśniały się więzi. Tak jest do dziś. Działanie w Hestii polegało na pracy w różnorodnych sekcjach zainteresowań, samodzielnym ustalaniu programu spotkań i braniu bezpośredniej odpowiedzialności za jego realizację, a także podejmowaniu różnych ról społecznych na miarę swojej wiedzy, kwalifikacji zawodowych, umiejętności i potrzeb. Uczestnicy zajęć występowali w roli ekspertów zgodnie z uzyskanymi w ciągu życia zawodowego kwalifikacjami, takimi jak przewodnictwo miejskie i górskie, prowadzenie małej gastronomii, organizowanie wykładów z różnych dziedzin nauki i sztuki, majsterkowanie, prowadzenie kursów tańca towarzyskiego itp. Jednym słowem pacjenci zajmowali się tym wszystkim, czego nie mogli robić w życiu codziennym i co uniemożliwiła im choroba. Projekt „Kobierzyn Blżej” jest w tym podobny do działań w klubie Hestia, że także opiera się na kompetencjach, doświadczeniach własnych oraz dobrowolności uczestnictwa.

Wystawa prac plastycznych pacjentów w roku 1980 w sali wystawowej Klubu Sportowego „Korona” zatytułowana *Twórczość i cierpienie* odbiła się szerokim echem jako ważne wydarzenie kulturalne, a zarazem próba pokazania szerokiej rzeszy odbiorców zagadnienia choroby psychicznej inaczej niż przez pryzmat obiegowych opinii. Wystawa cieszyła się ogromnym zainteresowaniem. Wkrótce ekspozycja *Psychoza i twórczość* w warszawskiej Starej Prochowni ściągnęła szerokie grono odbiorców. Następne były między innymi Muzeum Okręgowe w Radomiu z wystawą *Talent, pasja, intuicja* w 1985 roku i Muzeum Okręgowe w Zabrzu, które w 1987 roku zorganizowało wystawę *Malarstwo nawiedzone chorobą ducha*. W tym samym roku zorganizowano ogólnopolski plener malarski, na który zaproszono pacjentów ze szpitali z całej Polski. Umożliwiono pacjentom udział w Biennale i Triennale Grafiki dla osób niepełnosprawnych w Krakowie, w ogólnopolskiej wystawie *Art Brut* oraz na katowickim Festiwalu Bardzo Szczególnych Sztuk. Początkowo ekspozycje były organizowane pod szyldem szpitali, z czasem jednak umożliwiono pacjentom pokazywanie prac jako dorobku twórców sztuki nieprofesjonalnej. Domy kultury i galerie wychodziły naprzeciw potrzebom pacjentów, tak jak dziś robią to instytucje kultury, muzea i obiekty turystyczne. Na szyldach i plakatach pojawiały się tytuły: *Lądowanie wyobraźni, Z głębin wyobraźni, Mój świat, Kamień i serce, Senne listy*. Pacjenci uczestniczyli w ogólnopolskich konkursach malarskich – w tym im. Teofila Ociepki oraz „Twórczość bez granic” w Bydgoszczy – współpracowali z Fundacją „Sztuka Osób Niepełnosprawnych”, zbiorowo i indywidualnie wystawiali prace plastyczne

w Galerii Politechniki Krakowskiej w ramach niezwykle konstruktywnej i wzruszającej współpracy z prof. Wiktorem Zinem. Prace plastyczne pacjentów towarzyszą od lat ogólnopolskim zjazdom psychiatrów oraz konferencjom pielęgniarskim. Pacjenci brali także udział w ogólnopolskich przeglądach tkaniny artystycznej. Znaczące miejsce w rozwoju arteterapii zajęły ogólnopolskie plenery malarskie, w tym odbywające się w ramach międzynarodowej współpracy z Instytutem Terapii Zajęciowej w Pomążu pod Budapesztem. Twórczość literacka w 1980 roku wyeksponowana została podczas Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego „Mój los, moja choroba, moja nadzieja”, zorganizowanego przez Komisję Psychopatologii Ekspresji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. W latach 1981–1986 ukazały się antologie poezji *Pisane w mroku*.

W 1987 Zakład Muzykoterapii Akademii Muzycznej we Wrocławiu zorganizował konkurs literacko-muzyczny. Pacjenci z naszego szpitala uzyskali na nim wyróżnienia. Obecność uzdolnionych plastycznie pacjentów w oddziałach stacjonarnych naszej placówki bardzo korzystnie wpłynęła na wystrój oddziałów psychiatrycznych. Terapia przez sztukę ma nie tylko niekwestionowaną wartość terapeutyczną, ale także oddźwięk społeczny – pacjenci promują twórczość nieprofesjonalną i własne dzieła, powstające z wewnętrznej potrzeby i pasji, a tym samym kształtują nowy wizerunek chorego psychicznie, zrywając ze stereotypowym sposobem myślenia o chorych. Promocja zdrowia psychicznego i zmniejszanie barier między chorym psychicznie a otoczeniem, które bywa bezwzględne w ocenie i pozbawione tolerancji,

to zadanie dla wszystkich, bez względu na rolę i miejsce, jakie zajmują w instytucji szpitalnej. Aktywność indywidualna pacjentów poza murami szpitala owocuje zaangażowaniem w stowarzyszeniach plastyków, sekcjach plastycznych, kołach twórców nieprofesjonalnych. Pacjenci często odnajdują nowy sposób na życie. W 1997 roku zorganizowano wystawę prac plastycznych pacjentów klubu „Hestia” w Galerii Politechniki Krakowskiej przy ul. Kanoniczej. Komisarzem wystawy był jeden z członków grupy twórców nieprofesjonalnych. W folderze wystawy znalazły się słowa uczestników grupy literackiej: „łączy nas wiele, ale o jednym trzeba tu otwarcie powiedzieć: każdy z nas zetknął się – sam lub w rodzinie – z chorobą psychiczną. Społeczeństwo nie jest tolerancyjne, przyklepia nam złośliwe etykiety, utrudnia powrót do codzienności. Jednym z ważniejszych elementów tego powrotu jest nasz kontakt ze Sztuką najszerzej pojętą. Instynktownie, z nadwrażliwością, która często deformuje odbierane dzięki Sztuce dobra duchowe – sami staramy się w Sztuce realizować. Tkamy, wyszywamy, piszemy wiersze, malujemy, rysujemy, muzykujemy. Stajemy przy krośnie, chwytamy za ołówek, długopis czy pędzel, bo to wszystko pozwala nam pełniej się wypowiedzieć. [...] Oddajemy pod surowy osąd nasze prace. Miesza się tutaj chronologia, stylistyka, realizm z wizjonerstwem. [...] Jeżeli wywołamy u Państwa choć odrobinę refleksji nad światem, w którym my żyjemy, będziemy uważać swoje zadanie za wykonane”.

Klub Hestia współpracował z organizacjami prowadzonymi przez pacjentów, w tym ze Stowarzyszeniem na rzecz Ochrony Zdrowia Psychicznego „Braterstwo Serc”. Wielokrotnie był miejscem spotkań

zarządu stowarzyszenia i obejmował troską i opieką jego uczestników. Tak członkowie Klubu pisali o sobie: „Chcemy podnosić świadomość praw osób leczonych psychiatrycznie, wspierać osoby w kryzysach i po kryzysach, odwiedzać osoby leczące się, samotne w szpitalu, uczestniczyć w konferencjach, warsztatach poświęconych zdrowiu psychicznemu, promować zdrowie, pomagać sobie wzajemnie w przezwyciężaniu trudnych sytuacji życiowych”.

Wspólna niedola w postaci choroby, klimat wykonywanej razem pracy, atmosfera akceptacji, wzajemna tolerancja, życzliwa obecność – to wystarczało, aby członkowie przetrwali w Klubie blisko 25 lat do chwili przeniesienia oddziału na teren szpitala im. J. Babińskiego. Podopieczni przezwyciężali własne cierpienie, odkrywali nową jakość życia mimo choroby wbrew wszelkim ograniczeniom, jakie ona niesie. Świadomie i samodzielnie szukali prawd uniwersalnych, rekompensaty za niedostatki realnej egzystencji, dialogu z drugim człowiekiem. Często pozbawieni satysfakcjonujących kontaktów z otoczeniem, niezadko niezdolni do ich nawiązywania, przemawiali innym językiem – przenosili nas w świat swoich wewnętrznych przeżyć, niespełnionych marzeń i fascynacji, wieszali kolejny obraz w pracowni, czytali ostatnio napisany wiersz wzbogacony kompozycją muzyczną kolegi lub najwyżej po prostu byli razem – akceptowani, jeśli nawet milczący.

Klub był miejscem uzyskiwania motywacji, wiedzy i umiejętności koniecznych do rozwijania hobby, zainteresowań i więzi społecznych.

Nie sposób nie wspomnieć o Małopolskich Dniach Dziedzictwa Kulturowego w 2003 roku. Szpital im. dr. J. Babińskiego uczestniczył w organizowanych przez samorząd województwa Dniach Dziedzictwa Kulturowego jako jeden z dwunastu prezentowanych i promowanych zabytkowych obiektów Małopolski. Dni Dziedzictwa stały się okazją do „otwarcia” szpitala. Możliwość zwiedzenia obiektu, który wciąż u wielu budzi niepewność, a nawet lęk, stała się być może pierwszym krokiem na drodze przełamywania barier i zmiany stereotypów myślenia o osobach z zaburzeniami psychicznymi. Mówiło się wtedy o potrzebie zorganizowania corocznego dnia otwartego w tej placówce. Na szczególną uwagę zasługuje to, że każdego roku w szpitalu obchodzony jest Świątowy Dzień Zdrowia Psychicznego, natomiast dzień solidarności z chorymi na schizofrenię „Schizofrenia – otwórzcie drzwi”, który odbywa się we wrześniu każdego roku, to czas festynów, koncertów, spektakli teatralnych i wystaw prac pacjentów. Szpital realizuje także programy edukacyjne, w tym program Edukacja Kulturalna i Upowszechnianie Kultury.

Mamy głęboką nadzieję, że powstające muzeum stanie się miejscem otwartego dialogu i żywym słowem osób dotkniętych chorobą psychiczną. To tu skrzyżują się narracje pacjentów z wiedzą otoczenia i dyskursem profesjonalnym. Muzeum stanie się pomostem łączącym ludzi słabszych z silniejszymi, zdrowych z chorymi. Jak powiedział jeden z uczestników projektu: „My nie chcemy współczucia ani też nie chcemy, aby się od nas odwrócono, bo skoro inni nie rozumieją naszej choroby, to my sami powiemy o sobie – jakie mamy ograniczenia

i sukcesy, bo sukcesy też mamy”. Projekt ten to wyzwanie intelektualne wymagające wytrwałości w długofalowych działaniach. Siłą tego przedsięwzięcia jest szczególny rodzaj kontaktu i narracji, a także możliwość prowadzenia dyskusji na temat – między innymi – własnych skojarzeń z chorobą psychiczną, w których dominują lęk, wstyd, tabu, wyobcowanie, obojętność, nieprzystosowanie, a nade wszystko samotność i cierpienie. Podczas spotkań roboczych nieustannie precyzowanie i uświadamianie sobie własnych oczekiwań wobec siebie, otoczenia oraz projektu pozwoliły nam ustalić, co nas tak naprawdę łączy. Zaowocowało to bardzo efektywną pracą oraz konstruktywnymi pomysłami na przyszłość, a także poczuciem udziału w czymś niezwykle ważnym, niezwykłym, niecodziennym – w wydarzeniu historycznym, tworzącym dzieje tego miejsca i wpływającym na biografie uczestników. Wzajemny szacunek, efektywna współpraca, głęboka empatia, lecz także pewne stąpanie po ziemi, umiejętność słuchania drugiego, wzajemna inspiracja i determinacja w dążeniu do wytyczonego wspólnie celu w pewnej mierze przyczyniły się do wzmocnienia naszej zdolności samostanowienia o sobie. „Diagnoza to nie wyrok”, jak powiedział jeden z uczestników.

Chcielibyśmy wierzyć, że ekspozycja przedstawiająca „świadcstwo zdrowienia” będzie dobrze służyć destygmatyzacji kobierzyńskiego szpitala, procesu chorowania i zdrowienia. Mamy nadzieję, że po zakończeniu projektu jego współtwórcy nadal będą – już w roli przewodników – opiekować się swoim dziełem, dbać, by było podstawą dla kolejnych destygmatyzacyjnych działań i uzupełniać je o kolejne wywiady – historie chorowania, świadectwa zdrowienia – a tym samym

odnawiać i wzbogacać zbiorową „mitologię”. Stowarzyszenie „Archipelagi Kultury” już złożyło kolejny wniosek o finansowanie takich działań. Wierzymy, że to miejsce – niewielka, ale ważna ekspozycja – przyczyni się do zmiany negatywnych stereotypów i stopniowego znikania uprzedzeń. Wierzymy wreszcie, że w niedalekiej przyszłości takie nieterapeutyczne działania ukierunkowane na budowanie międzyludzkich więzi i „oswajanie” doświadczenia chorowania staną się standardem.

ARTYKUŁY NAUKOWE

ZJAWISKO STYGMATYZACJI A ZASOBY ADAPTACYJNE OSÓB HOSPITALIZOWANYCH PSYCHIATRYCZNIE

MARZENA LELEK-KRATIUK

Uniwersytet Jagielloński, Wydział Filozoficzny
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Psychologii i Nauk
Humanistycznych

STRESZCZENIE

Celem artykułu jest analiza zasobów osób doświadczonych hospitalizacją psychiatryczną w oparciu o Koncepcję Zachowania Zasobów S.E. Hobfolla. W pierwszej części artykułu zaprezentowano statystyki związane z problemem choroby psychicznej oraz jego percepcją w Polsce. Następnie omówiono specyfikę procesu stygmatyzacji, a także mogącej stanowić jej konsekwencję samostygmatyzacji. Są to dwa zjawiska istotnie wpływające na utratę i ograniczenie możliwości pozyskania nowych zasobów przez osoby zmagające się z chorobą psychiczną. Następnie zanalizowano zasoby wyszczególnione w 16 narracjach biograficznych osób hospitalizowanych w Szpitalu im. dr. J. Babińskiego w Krakowie w świetle wyników współczesnych badań dotyczących zasobów osób cierpiących na poważne zaburzenia psychiczne oraz związków tych zasobów z procesem stygmatyzacji.

SŁOWA KLUCZE: choroba psychiczna, stygmatyzacja, samostygmatyzacja, zasób, Koncepcja Zachowania Zasobów

1. DOŚWIADCZENIE HOSPITALIZACJI PSYCHIATRYCZNEJ

STATYSTYKI

Choroba psychiczna, pomimo wielu kampanii i działań uświadamiających powszechność tego zjawiska, nadal uznawana jest za tabu społeczne. Doświadczenie choroby oraz hospitalizacji psychiatrycznej może stanowić podstawę wykluczenia społecznego.

W badaniach przeprowadzonych w 229 krajach (w tym w Polsce), obejmujących blisko 600 tys. osób, około 60% respondentów zadeklarowało, że ma codzienny kontakt z osobą, która cierpi na jakieś zaburzenia psychiczne (psychozy, depresje, uzależnienia lub autyzm; Seeman, 2016).

Wyniki badań epidemiologicznych, opublikowane w Polsce w 2012 roku, ujawniły, że u 23,4% badanych Polaków, czyli u ponad 6 milionów osób w wieku produkcyjnym, można było rozpoznać przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne w ciągu życia. Wśród tych osób co czwarta doświadczała więcej niż jednego zaburzenia, natomiast co dwudziesta piąta – trzech lub więcej zaburzeń. Najczęściej ujawniane były zaburzenia związane z używaniem substancji (12,8%), w tym nadużywanie i uzależnienie od alkoholu (11,9%) oraz nadużywanie i uzależnienie od narkotyków (1,4%). Kolejną grupę powszechnych zaburzeń stanowiły zaburzenia nerwicowe ujawniane przez około 10% badanych, w tym fobie specyficzne (4,3%) i fobie społeczne (1,8%). Wreszcie zaburzenia nastroju (depresja, dystymia, mania) ujawniało 3,5% badanych, a więc tyle samo, ile deklarowało impulsywne zaburzenia zachowania (zachowania opozycyjno-buntownicze itd.) mogące poprzedzać i sygnalizować inne stany

kliniczne. Dodatkowo około 20–30% osób w wieku 18–64 lat, cierpiało na zaburzenia niewystarczające do postawienia diagnozy w oparciu o kryteria DSM-IV oraz ICD-10, ale związane z obniżeniem nastroju i aktywności, przewlekłym lękiem lub drażliwością (Moskalewicz i in., 2012).

W 2013 roku blisko 1,4 mln osób korzystało z leczenia ambulatoryjnego ze względu na ujawniane zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania. Około 180 tys. leczyło się z zaburzeń związanych z używaniem alkoholu, a 32 tys. – z używania substancji psychoaktywnych. U blisko połowy badanych osób leczonych w sposób ambulatoryjny (47%), dominowały zaburzenia nerwicowe oraz nastroju (GUS, 2015).

Wyniki badań Moskalewicza i jego zespołu (EZOP) wskazują, że zdecydowana większość respondentów uskarżających się na problemy psychiczne (około 2,2 mln osób) korzysta najczęściej z porad specjalistycznych (psychiatrów lub psychologów), recepturowanych leków przeciwdepresyjnych, nasennych i uspokajających (około 1,2 mln osób), a także wsparcia psychologicznego (około 1 mln osób). Właściwie nie wyróżniono form pomocy o charakterze nieinstytucjonalnym lub samopomocowej bądź oddziaływań środowiskowych. Liczbę osób korzystających kiedykolwiek z hospitalizacji psychiatrycznej oszacowano na kilkaset tysięcy (Moskalewicz i in., 2012).

W opublikowanym w 2014 roku *Raporcie Rzecznika Praw Obywatelskich dotyczącym ochrony zdrowia psychicznego* możemy przeczytać, że wskaźnik hospitalizacji psychiatrycznej w Polsce wynosi 145 na 100 tys. mieszkańców, co stawia Polskę nieco powyżej średniej w Europie. Jednak czas hospitalizacji psychiatrycznej w Polsce, wynoszący ponad dwa miesiące, należy do najdłuższych w Europie (Wciórka, 2014).

Badania CBOS z 2012 roku ujawniły, że za zjawiska najbardziej szkodliwe dla zdrowia psychicznego, czyli zwiększające ryzyko zachorowania na choroby psychiczne, Polacy uznali: bezrobocie (65%), nadużywanie alkoholu i narkotyków (48%), kryzys rodzinny (46%), biedę (30%), złą jakość stosunków międzyludzkich (22%), niepewność jutra (19%) oraz zbyt szybkie tempo życia (16%). Za zdecydowanie mniej ważne dla powstania zaburzeń psychicznych uznano: złe warunki mieszkaniowe, konkurencję, utrudniony dostęp do usług medycznych, zagrożenie przestępczością, korupcję, nadmierną swobodę obyczajową, hałas oraz zanieczyszczenie środowiska naturalnego.

Zagrożenie chorobą psychiczną nie należy do problemów wywołujących w społeczeństwie silny lęk. Ustępuje ona miejsca chorobom nowotworowym oraz serca, lokując się na trzeciej pozycji. Co ciekawe, poczucie zagrożenia chorobami psychicznymi było nieco silniejsze wśród respondentów najlepiej wykształconych (kadra kierownicza, pracownicy wyższego i średniego szczebla), osób praktykujących religijnie kilka razy w tygodniu, osób w przedziale wieku 45–54 oraz u kobiet. Lęk przed chorobą psychiczną był również silniejszy u respondentów, którzy bezpośrednio zetknęli się z osobami chorymi psychicznie (30%) niż u tych, którzy omawiany problem znali wyłącznie z książek czy mediów (18%) lub też w ogóle nie mieli kontaktu z tym zjawiskiem (13%). Wreszcie respondenci, którzy bezpośrednio zetknęli się z osobami chorymi psychicznie, częściej obawiali się o swoje zdrowie psychiczne (36%) niż ci niemający kontaktu z takimi chorymi (CBOS, 2012).

ZJAWISKO STYGMATYZACJI

Osoby zmagające się z chorobą psychiczną muszą się nauczyć radzić sobie nie tylko z objawami własnej choroby, ale także ze społecznym niezrozumieniem istoty procesu chorowania, co prowadzi do zjawiska stygmatyzacji. Nawet jeśli chory zdoła zapanować nad objawami choroby, może napotkać na przykład trudności w powrocie do pracy ze względu na dyskryminujące przekonania pracodawcy. Osoby z zaburzeniami psychicznymi doświadczają zjawiska stygmatyzacji na dwa sposoby: poprzez stygmatyzację społeczną oraz stygmatyzację osobistą. Pierwszy z tych patologicznych procesów wiąże się z reakcjami ogółu w stosunku do danej grupy w oparciu o jakiś stereotyp lub przesąd, które prowadzą do podziału na „my” i „oni”. Drugi proces polega na akceptacji przez członka danej grupy istniejących na jej temat stereotypów, co prowadzi do zmiany postawy wobec samego siebie, obniżenia poczucia własnej wartości oraz pogorszenia zdolności do radzenia sobie z problemami (Rüsch i in., 2005). Zjawisko zinternalizowanej stygmatyzacji (samostygmatyzacji) w kontekście chorób psychicznych to proces, w którym osoba chora traci posiadaną tożsamość (na przykład studenta czy pracownika) i przyjmuje stygmatyzujące, wywodzące się ze społeczeństwa przekonania na własny temat (na przykład takie, że osoby chore psychicznie są niekompetentne lub stanowią zagrożenie; Yanos i in., 2012). Niektóre badania dowodzą, że nawet jedna trzecia osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi doświadcza zinternalizowanej stygmatyzacji (West i in., 2011).

Osoby chore psychicznie, które często bywają świadome destrukcyjnego działania stygmatyzacji, wykorzystują behawioralne i psychologiczne strategie radzenia sobie z nią. Na poziomie behawioralnym próbują „wmieszać się w tłum” i nie zwracać na siebie uwagi. Na poziomie psychicznym często angażują się w działania mające na celu „unormalnienie” zjawiska choroby psychicznej lub dokonanie jego uniwersalizacji (na przykład przyjęcie przekonania, że choroba psychiczna jest przypadłością tak samo powszechną jak choroba somatyczna; choroby psychiczne to element szerokiego spektrum problemów zdrowotnych dotyczących całego społeczeństwa; osoby chore psychicznie są normalnymi i pełnowartościowymi członkami społeczeństwa; Whitley, Campbell, 2014).

Doświadczenie choroby psychicznej bardzo silnie wiąże się ze stresem. Związek ten jest wielowymiarowy i wydaje się szczególnie wyraźny w przypadku osób hospitalizowanych psychiatrycznie. Stres może stanowić przyczynę wielu chorób psychicznych. Jednak z drugiej strony choroba psychiczna, jej okoliczności i konsekwencje również mogą wywoływać stres. Kiedy nałożymy te zależności na osoby dodatkowo obciążone stygmatyzacją lub samostygmatyzacją, zepchnięte niekiedy na margines życia społecznego lub wręcz z niego wykluczone, ich proces powrotu do normalnego życia, a przede wszystkim powrotu do zdrowia, wydaje się niezwykle skomplikowany.

2. KONCEPCJA ZACHOWANIA ZASOBÓW S.E. HOBFOLLA W KONTEKŚCIE OSÓB HOSPITALIZOWANYCH PSYCHIATRYCZNIE

Ze względu na problem wykluczenia społecznego osób cierpiących na poważne choroby psychiczne (wymagające hospitalizacji) warto przeanalizować doświadczany przez nie stres przez pryzmat Koncepcji Zachowania Zasobów (*Conservation of Resources Theory*, COR) S.E. Hobfolla (1989). Stygmatyzacja osób chorych psychicznie przyjmuje postać stresora, jeśli wyrządzone przez nią szkody przekraczają zasoby jednostki służące do poradzenia sobie z daną sytuacją trudną (Rüsch, 2009). Hobfoll zwraca szczególną uwagę na pojęcie zasobów stanowiących narzędzie do poradzenia sobie z generującymi stres wymaganiami otoczenia. Stres jest tu realnym zjawiskiem, które ma faktyczny wpływ na ludzkie życie i stanowi konsekwencję obiektywnych okoliczności, a nie sposobu postrzegania (Hobfoll, 1998/2006). Wydaje się, że analiza narzędzi (zasobów), jakimi dysponują osoby hospitalizowane z powodów psychiatrycznych, pozwala nie tylko lepiej zrozumieć ich zachowanie, ale także dynamikę powrotu do zdrowia.

ZASOBY

W psychologii pojęcia „potencjały” używa się zamiennie z pojęciem „zasoby”. Według ogólnej definicji są to pewne właściwości człowieka – jego organizmu, psychiki, sfery duchowej oraz społecznej – będące w dyspozycji jednostki. Człowiek aktywuje zasoby automatycznie

lub intencjonalnie, by utrzymać równowagę organizmu, a zatem zachować lub rozwijać swoje zdrowie (Borys, 2010).

H. Sęk (2003) pojęciem zasoby określa „cechy świata zewnętrznego, interpersonalnego i personalnego (podmiotowego), które w dynamice procesów konfrontacji człowieka z wymaganiami, jakie napotyka w życiu, pełnią potrójną, regulacyjną i prozdrowotną funkcję: a) zapobiegają wystąpieniu stresorów; b) zapobiegają przekształcaniu się napięcia stresowego w chroniczny stres; c) sprzyjają skutecznemu radzeniu sobie ze stresem” (s. 18). Z kolei według Dienera i Fujity (1995) zasoby to „posiadane przez człowieka własności materialne, społeczne lub osobiste, które mogą być wykorzystywane podczas realizowania osobistych celów” (s. 926). Wreszcie Hobfoll (2006, s. 61) terminem tym określa wszystkie dobra uznawane przez członków danego społeczeństwa za wartościowe, a także istotne dla ludzi w ogóle oraz dla Ja.

Zasoby możemy podzielić według wielu kryteriów. Najbardziej podstawowe to podział na zasoby wewnętrzne i zewnętrzne. Zasoby wewnętrzne znajdują się w posiadaniu Ja lub pozostają w sferze Ja. Należą do nich: poczucie własnej wartości, kompetencje zawodowe, optymizm i poczucie kompetencji. Zasoby zewnętrzne nie stanowią własności Ja i pozostają poza jego granicami. Należą do nich wsparcie społeczne, zatrudnienie czy status ekonomiczny (Hobfoll, 1998/2006).

Bardziej rozbudowany podział zakłada istnienie zasobów pierwotnych, wtórnych i trzeciego rzędu. Zasoby pierwotne bezpośrednio wiążą się z przetrwaniem jednostki. Zalicza się do nich między innymi wystarczająca ilość pożywienia, posiadanie umiejętności negocjowania

z otoczeniem, odpowiednie ubranie oraz zapewniający bezpieczeństwo kapitał. Zasoby wtórne umożliwiają zdobycie zasobów pierwotnych. Są to: nadzieja, optymizm, wsparcie społeczne, przynależność do grupy czy właściwe relacje małżeńskie/partnerskie. Wreszcie zasoby trzeciego rzędu pozostają w bezpośrednim związku z zasobami pierwotnymi oraz wtórnymi. Do kategorii tej należą pieniądze, przejawy statusu, miejsce pracy oraz warunki społeczne. Zasoby trzeciego rzędu wpływają na zdobycie zasobów z dwóch wyższych poziomów (Hobfoll, 1998/2006). Niewątpliwie zaletą podziału zasobów według ich znaczenia dla przetrwania jednostki jest możliwość oszacowania powagi danego zysku lub straty zasobów oraz oceny wartości poszczególnych zasobów.

Najbardziej rozbudowana klasyfikacja zakłada istnienie czterech kategorii zasobów: materialnych, osobistych, stanu oraz energii. Do kategorii zasobów materialnych zalicza się przedmioty fizyczne, takie jak dom, książka czy kosztowności. Wartość zasobów materialnych zależy od stopnia, w jakim zapewniają one przetrwanie jednostki, od przypisania ich posiadaczowi określonego statusu w społeczeństwie lub też od wpływu na jego samoocenę. Zasoby osobiste to umiejętności osobiste, takie jak możliwości zawodowe, zdolności społeczne lub zdolności przywódcze. Do zasobów osobistych należą także cechy osobowości, w tym poziom samooceny, optymistyczne nastawienie do życia, pracowitość i zaradność. Zasoby stanu to wszystkie struktury oraz sytuacje umożliwiające dostęp do innych zasobów ich zdobycie. Pozyskanie zasobów stanu wymaga niekiedy dużo wysiłku i czasu, natomiast ich utrata może nastąpić bardzo szybko. Zasoby stanu definiuje się poprzez odpowiednie kategorie

o znaczeniu społecznym. Przykładowo, mogą mieć one charakter dziedziczny (status społeczny), zostają wypracowane (małżeństwo) lub są uwarunkowane biologicznie (zdrowie). Przynależne do ostatniej kategorii zasoby energii można wymieniać na zasoby z trzech pozostałych grup. Są to na przykład wiarygodność kredytowa, pieniądze lub posiadana wiedza. Wykorzystanie zasobów energii ma na celu powstrzymanie trwającego cyklu strat. Można je inwestować, lecz także gromadzić, by pozyskać inne rodzaje zasobów (Hobfoll, 1989; Hobfoll, 1998/2006).

KONCEPCJA ZACHOWANIA ZASOBÓW

Zgodnie z głównym założeniem teorii Hobfolla (1989) ludzie dążą do uzyskania zasobów, których jeszcze nie mają; utrzymania zasobów, które posiadają; ochrony zasobów w momencie zagrożenia; i promocji zasobów posiadanych poprzez ich optymalne wykorzystanie. Zazwyczaj to silne stresory w znaczący sposób wpływają na zdobywanie i ochronę zasobów, jednak słabsze stresory również mogą się sumować i negatywnie wpływać na utrzymanie i ochronę zasobów.

Stres doświadczany przez jednostkę może pojawić się w trzech sytuacjach wyjściowych: 1) zagrożenia utratą zasobów, 2) faktycznej utraty zasobów potrzebnych do przetrwania jednostki, 3) kiedy zainwestowanie zasobów nie przynosi oczekiwanego zysku jednostce lub jej grupie społecznej, co jest jednoznaczne ze stratą (Hobfoll, Jackson, 1991).

W oparciu o podstawowe założenia teorii Hobfolla można wyprowadzić dwie reguły. Pierwsza z nich uważana jest za ważniejszą. Według niej utrata zasobów jest o wiele bardziej wyrazista od zysku,

zatem przy takim samym poziomie zysku i straty, strata będzie silniej odczuwana. Zgodnie z regułą drugą ludzie muszą inwestować zasoby, by zapobiegać ich utracie, rekompensować sobie straty oraz zyskiwać nowe zasoby (Hobfoll i in., 1995).

Teoria COR została uzupełniona o cztery implikacje obrazujące zależność pomiędzy zasobami na przestrzeni czasu. Zgodnie z implikacją numer 1 „osoby dysponujące większymi zasobami są mniej narażone na ich utratę i mają większe możliwości osiągnięcia zysku. I odwrotnie – ludzie mający mniej zasobów są bardziej narażeni na ich utratę i mniej zdolni do osiągnięcia zysków”. Dodatkowo „ci, którym brakuje zasobów, są bardziej narażeni na skrajne konsekwencje straty, jako że pozbawieni wystarczających rezerw, po doświadczeniu straty początkowej rzadko są w stanie dokonywać koniecznych inwestycji zasobów” (Hobfoll, 2006, s. 97). Zatem osoby hospitalizowane psychiatrycznie, które z powodu negatywnego postrzegania ich zaburzenia przez społeczeństwo są obarczone zniewalającymi je stereotypami oraz samostygmatacją, mogą posiadać mocno zaniżone poczucie własnej wartości oraz zaradności życiowej, czyli nie mieć wystarczających zasobów umożliwiających im efektywne zdrowienie i ponowne aktywne włączenie się do życia społecznego po zakończeniu hospitalizacji bądź w okresie remisji.

Implikacja numer 2 stanowi, że „niedostatek zasobów nie tylko powoduje wzrost ryzyka straty, ale sprawia, że strata początkowa pociąga za sobą kolejne” (Hobfoll, 2006, s. 98). Jak zostało to już zaznaczone powyżej, niskie poczucie własnej wartości sprawia, że osoba cierpiąca na poważne zaburzenia psychiczne przestaje wierzyć we własne możliwości,

co może zmniejszać jej ambicje życiowe, hamować rozwój osobisty i zawodowy, nasilać poczucie wstydu oraz zamykać ją na wsparcie innych ludzi. Dlatego właśnie każda następna strata powoduje kolejną.

Implikacja numer 3 stanowi: „ponieważ strata i zysk nie są równoważne, to nie stanowią przeciwnych biegunów i różnią się pod wieloma względami”. Zatem „ludzie posiadający zasoby są bardziej zdolni do osiągnięcia zysków, a zysk początkowy pociąga za sobą dalsze zyski” (Hobfoll, 2006, s. 99). Osoby hospitalizowane psychiatrycznie, posiadające niewielkie zasoby lub u których doszło do nagłej redukcji zasobów, będą się obawiały podjąć ryzyko i zainwestować to, co posiadają, w obawie przed dotkliwie odczuwaną stratą. Zatem w konsekwencji ich szanse wygenerowania spirali zysku są mniejsze niż u ludzi zdrowych. Wątro jednak zaznaczyć, że nie jest to niemożliwe.

Zgodnie z implikacją numer 4 „ci, którym brakuje zasobów, są skłonni przyjmować postawę defensywną i strzec tego, co mają” (Hobfoll, 2006, s. 100). Osoby hospitalizowane psychiatrycznie, posiadające niewiele zasobów, będą zatem bardziej skłonne do utrzymania *status quo* niż ryzykowania utraty zasobów i dokonywania zmian w życiu, które często są pożądane ze względu na proces leczenia i powrotu do normalnego funkcjonowania.

Istotnym uzupełnieniem Teorii Zachowania Zasobów jest model DAOP (Dopasowywanie, Adaptacja, Ograniczenie, Pobłażliwość, czyli *Fitting, Accomodation, Limitaion and Leniency – FALL*). Zgodnie z jego kluczowym założeniem „interakcje jednostki ze środowiskiem różnią się w zależności od jej statusu społecznego, płci, przynależności etnicznej oraz cech

osobistych” (Hobfoll, 2006, s. 105). W związku z tym jakość funkcjonowania człowieka w społeczeństwie zależy od bogactwa posiadanych zasobów. Zatem osoby cechujące się poczuciem kompetencji łatwiej potrafią dostosować się do zmian własnego statusu, zależnego od środowiska, w którym żyją. Jednakże osoby o niskim statusie, mogą mieć trudności z wykorzystaniem swoich zasobów, a ponadto muszą zainwestować znacznie więcej, by otrzymać coś w zamian (Hobfoll, 2006, s. 107–108). Dlatego właśnie osobom hospitalizowanym z powodów psychiatrycznych, które już wyjściowo posiadają niski poziom zasobów lub też doświadczają nagłej utraty zasobów na skutek ujawnionej choroby, bardzo trudno jest powrócić do sposobu funkcjonowania sprzed choroby. Poziom zasobów, które powinny w tym celu zainwestować, jest bardzo wysoki, chociażby ze względu na opisywane wcześniej zjawisko stygmatyzacji.

3. ZASOBY ADAPTACYJNE OSÓB HOSPITALIZOWANYCH PSYCHIATRYCZNIE – PRZEGLĄD BADAŃ

Uzupełnieniem zastosowania Koncepcji Zachowania Zasobów w stosunku do osób hospitalizowanych psychiatrycznie będzie analiza zasobów, którymi dysponują.

Skutecznym buforem chroniącym jednostkę przed negatywnym działaniem stresorów jest poczucie koherencji (*sense of coherence*, SOC; Heszen-Niejodek, 1997). Antonowsky (2005) wyjaśnia, że „ludzie o silnym poczuciu koherencji wybierają określoną strategię radzenia sobie, najbardziej ich zdaniem adekwatną do danego stresora” (s. 133). Poczucie koherencji to globalna orientacja człowieka, zbiór przekonań

o świecie, o własnej osobie oraz o swoich relacjach ze światem. Na tej podstawie można wywnioskować, że poczucie koherencji to zasób człowieka, który umożliwia mu wybranie z puli innych, uogólnionych i specyficznych zasobów tych, które jego zdaniem ułatwią poradzenie sobie z określoną sytuacją trudną. Na poczucie koherencji jednostki składają się (Antonovsky, 2005, s. 34): poczucie zrozumiałości, czyli przeświadczenie, że bodźce napływające zarówno ze środowiska wewnętrznego, jak i zewnętrznego są ustrukturyzowane, wytłumaczalne oraz przewidywalne; poczucie zaradności, czyli pewność, że dostępne są zasoby pozwalające sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; poczucie sensowności, czyli przekonanie, że wymagania te są dla jednostki wyzwaniem, wartym włożonego wysiłku i zaangażowania. Badania przeprowadzone w grupie 229 pacjentów ze schizofrenią lub zaburzeniami afektywnymi ujawniły, że wyższy poziom poczucia koherencji pozwala przewidzieć niższy poziom doświadczanej stygmatyzacji wśród tych osób. Natomiast stopień, w jakim stygmatyzacja dotyka życia osobistego oraz rodzinnego chorego, zależy od czynników takich jak rodzaj diagnozy czy ustaleń psychiatrycznych (Świtaj i in., 2013).

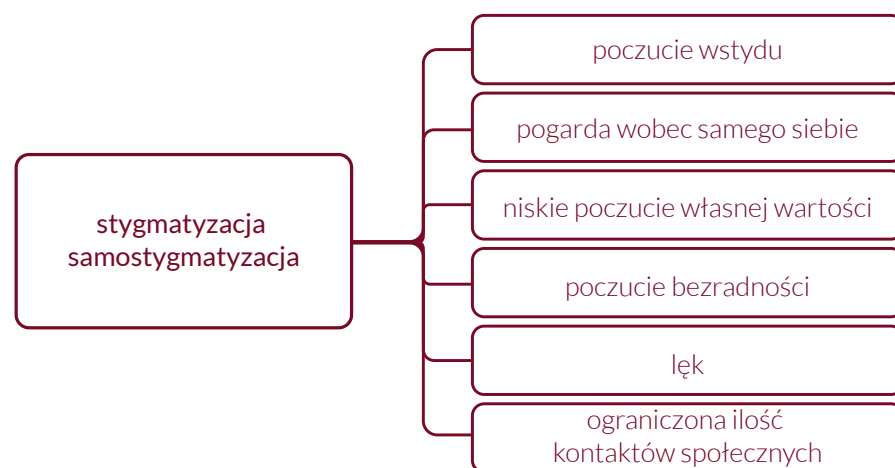
Badania przeprowadzone wśród 186 osób cierpiących na poważne zaburzenia psychiczne, które w ostatnim czasie doświadczyły przymusowej hospitalizacji, wykazały, że wyższy poziom samostygmatyzacji obserwuje się u badanych ujawniających wyższy poziom wstydu, pogardy wobec samego siebie oraz stresu związanego ze stygmatyzacją. Wyższe poczucie sprawstwa obserwowano natomiast u badanych wyróżniających się niższym poziomem stresu związanego ze stygmatyzacją

i pogardą wobec siebie. Wyższe poczucie samostygmatyzacji i niższe poczucie sprawstwa wiązały się z niższym poziomem jakości życia oraz niższym poziomem poczucia własnej wartości. Dodatkowo poczucie wstydu oraz pogarda wobec samego siebie, będące konsekwencją przymusowej hospitalizacji oraz stresu związanego ze stygmatyzacją, wiązała się ze zjawiskiem samostygmatyzacji, obniżonym poczuciem sprawstwa oraz niskim poziomem poczucia jakości życia (Rüsch i in., 2014). Istnieją dowody, że zjawisko samostygmatyzacji doświadczane przez chorych prowadzi do poczucia bezradności i ograniczenia kontaktów społecznych (Livingston, Boyd, 2010).

Kolejne badania, przeprowadzone wśród chorych na schizofrenię, zaburzenia schizoafektywne lub afektywne, wykazały, że wysoki poziom stresu związanego ze stygmatyzacją społeczną negatywnie wpływał na poziom oraz możliwość wykorzystania zasobów społecznych przez te osoby – nasilał lęk oraz poczucie wstydu. Te zjawiska wiązały się z kolei z niskim poczuciem wartości oraz poczuciem bezradności. Wysoki poziom bezradności prowadził do przyjmowania nieefektywnych strategii radzenia sobie, takich jak dewaluacja znaczenia pracy lub edukacji czy wyjaśnianie wszelkich porażek doświadczaną dyskryminacją. Strategie takie mogą podnieść poziom samooceny, ale tylko w perspektywie krótkoterminowej, ponieważ w dłuższym okresie uniemożliwiają sprawiedliwe konkurowanie z innymi członkami społeczeństwa. Okazało się, że większość sposobów zmagania się ze stresem stosowanych przez badaną grupę chorych miała na celu poznawcze zdystansowanie się od zdrowej części społeczeństwa (Rüsch, 2009).

Ważnym konstruktem powiązanim z zasobami osób naznaczonych wykluczeniem społecznym jest odczuwana jakość życia, czyli stopień, w jakim dana osoba poprzez swoje możliwości, umiejętności oraz dostępne zasoby zaspokaja swoje potrzeby oraz osiąga poszczególne cele życiowe. Badania dotyczące jakości życia osób cierpiących na chroniczne zaburzenia psychiczne wykazały, że w porównaniu do osób zdrowych posiadają one deficyty w zakresie efektywnego porozumiewania się z ludźmi, angażowania się w różne aktywności, a także partycypowania w życiu społecznym. Dodatkowo intensywność doświadczanych zaburzeń psychicznych jest w tej grupie odwrotnie proporcjonalna do poziomu odczuwanej jakości życia (Ramaprasad i in., 2015). Wykazano również istnienie pozytywnej zależności pomiędzy subiektywnie odczuwaną jakością funkcjonowania w danym środowisku społecznym a jakością życia osób cierpiących na zaburzenia psychiczne. Przyjazne środowisko oraz sprzyjające otoczenie społeczne podnoszą jakość życia tych osób (Marcheschi i in., 2015).

SCHEMAT 1. DEFICYTY W ZASOBACH OSOBISTYCH I STANU POWIĄZANE Z DOŚWIADCZANĄ STYGMATYZACJĄ ORAZ SAMOSTYGMATYZACJĄ U OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI



SCHEMAT 2. ZASOBY OSOBISTE I STANU POWIĄZANE Z POCZUCIEM JAKOŚCI ŻYCIA U OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI



Analiza wyników badań dowodzi, że doświadczenie stygmatyzacji wśród osób borykających się z chorobą psychiczną szczególnie wyraźnie łączy się z deficytami zasobów osobistych i stanu. Doświadczenie stygmatyzacji w tej grupie osób może również wpływać pośrednio na poziom jakości życia, czyli m.in. stopień realizacji własnych potrzeb poprzez dostępne zasoby. Wykazano, że wśród osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi zinternalizowana stygmatyzacja negatywnie wpływa na poczucie własnej wartości, co z kolei obniża odczuwaną przez nich nadzieję na zmiany na lepsze, to zaś niekorzystnie wpływa na jakość życia (Mashiach-Eizenberg, 2013).

Ważnym zasobem, w procesie adaptacji oraz radzenia sobie z chorobą psychiczną jest wsparcie społeczne. Badanie przeprowadzone wśród 148 osób cierpiących na poważne zaburzenia psychiczne wykazało, że wsparcie społeczne stanowi istotny zasób z perspektywy tak zwanego proaktywnego radzenia sobie, które wspomaga funkcjonowanie osób

cierpiących na zaburzenia psychiczne (Davis, Brekke, 2014). Proaktywny sposób radzenia sobie, w odróżnieniu od reaktywnego, stosowany jest, by zapobiec lub zmniejszyć oddziaływanie potencjalnych przyszłych stresorów. Taki rodzaj postępowania jest zgodny z jedną z tez Hobfolla, która mówi, że ludzie dążą do ochrony i powiększania zasobów już posiadanych (Heszen, Sęk, 2007).

Wsparcie społeczne pozytywnie wpływa na jakość funkcjonowania, ponieważ zmienia sposób oceny stresora i podnosi poziom motywacji. Z kolei wsparcie emocjonalne i informacyjne oraz realna (a nie tylko deklarowana) pomoc pozwala osobom chorym na dokonanie redefinicji stresorów, które mogłyby być postrzegane jako przytłaczające, a także ułatwia spostrzeganie trudności jako wyzwań lub możliwości rozwoju (Davis, Brekke, 2014). Wsparcie i wzajemność ze strony rodziny najczęściej postrzegane są przez chorych jako istotne czynniki ułatwiające powrót do zdrowia. Podobne znaczenie ma partnerskie, oparte na zaufaniu i szacunku podejście przedstawicieli opieki zdrowotnej (Jacob, 2015). Niektóre badania dowodzą, że wsparcie rodziny może pełnić dwie biegunowo różniące się funkcje. Z jednej strony rodzina wspomaga powrót do zdrowia chorego, będąc źródłem moralnego, praktycznego czy motywacyjnego wsparcia. Z drugiej strony rodzina może utrudnić powrót do zdrowia, stanowiąc źródło stresu, manifestując oznaki stygmatyzacji i niezrozumienia czy też wymuszając hospitalizację (Aldersey, Whitley, 2015). Należy jednak zaznaczyć, że pomimo dużego znaczenia wsparcia społecznego – zwłaszcza ze strony bliskich osób – w procesie zdrowienia, zasób ten może zostać łatwo utracony

w wyniku choroby psychicznej. Stanowi to konsekwencję niezrozumienia przez otoczenie emocji, zachowań oraz innych czynników towarzyszących zaburzeniom psychicznym (Baker, Procter, 2015).

Kontrowersyjnymi zasobami, istotnie wpływającymi na dobrostan psychiczny człowieka, są religijność lub duchowość. Literatura przedmiotu często prezentuje sprzeczne stanowiska dotyczące pozytywnego charakteru tego wpływu. Już Freud pisał, że religijność łączy się ze zdrowiem psychicznym człowieka w sposób negatywny, ponieważ jest zjawiskiem psychopatologicznym. Inni z kolei wskazują, że religia łączy się ze zdrowiem psychicznym w sposób pozytywny i że podstawą rozwoju duchowego jest dobra kondycja psychiczna. Trzecia grupa badaczy wskazuje, że religijność i dobra kondycja psychiczna są ze sobą istotnie połączone, jednak niezależne, a więc można posiadać bogate życie duchowe, lecz cierpieć na zaburzenia psychiczne, lub być zdrowym pod względem psychicznym, ale mieć poważne problemy duchowe (Nelson, 2009).

Istnieją również badania dowodzące, że życie duchowe przejawiające się poprzez religijność lub duchowość wywiera pozytywny wpływ na jakość funkcjonowania człowieka. Religijność, rozumieć można jako partycypację w zinstytucjonalizowanej doktrynie religijnej (zasób stanu), natomiast duchowość oznacza poszukiwanie przez jednostkę sensu poza światem doświadczanym w sposób bezpośredni (zasób osobisty; Corrigan i in., 2003). Badania przeprowadzone w populacji osób zdrowych pokazują, że respondenci, którzy określali siebie mianem religijnych lub uduchowionych, wyróżniali się lepszym samopoczuciem oraz niższym poziomem dystresu, czyli stresu działającego w sposób negatywny na

jednostkę. Religijność i duchowość wiązała się również z lepszymi umiejętnościami radzenia sobie z trudnościami (Pargament i in., 1988; Pargament, Park, 1997).

Religijność można interpretować w kategorii zasobów stanu, ponieważ często łączy się z życiem we wspólnocie (poczucie przynależności), która w przypadku osób zmagających się z chorobą psychiczną może stanowić dodatkowe źródło wsparcia (Zimmerman, Rappaport, 1988). Niektóre badania dowodzą, że pacjenci wyróżniający się większą aktywnością religijną wykazują również silniejsze objawy urojeniowe. Nie zaobserwowano jednak zróżnicowania w nasileniu objawów urojeniowych pomiędzy osobami przynależącymi do określonych grup religijnych a osobami niewierzącymi (Getz i in., 2001). Wykazano jednak, że religijność lub duchowość mogą stanowić efektywny sposób zmagania się z niepełnosprawnością, chorobą lub negatywnymi zdarzeniami życiowymi. Za efektywny sposób radzenia sobie z sytuacją trudną uważa się modlitwę (Pargament, 1997).

Badania przeprowadzone w grupie blisko 2000 osób cierpiących na poważne zaburzenia psychiczne wykazały, że religijność i duchowość są pozytywnie związane z dobrostanem psychicznym, a ich obecność współwystępuje z mniejszym nasileniem objawów psychopatologicznych w tej grupie. Dodatkowo osoby, które opisywały się jako religijne lub uduchowione, szybciej powracały do zdrowia, jak również wyróżniały się silniejszą nadzieją oraz poczuciem sprawstwa (Corrigan i in., 2003).

4. ANALIZA ZASOBÓW W NARRACJACH BIOGRAFICZNYCH OSÓB HOSPITALIZOWANYCH PSYCHIATRYCZNIE

Materiałem badawczym wykorzystanym w poniższych analizach są narracje biograficzne szesnastorga osób, które doświadczyły w swoim życiu hospitalizacji psychiatrycznej w Szpitalu im. dr. J. Babińskiego w Kobierzynie (Kraków). Badane wypowiedzi zostały zebrane w ramach projektu „Kobierzyn Bliżej” zrealizowanego przez Stowarzyszenie Antropologiczne „Archipelagi Kultury”.

Analiza wypowiedzi objęła zasoby wyszczególnione w koncepcji Zachowania Zasobów Hobfolla, zwłaszcza te, których istotne znaczenie dla zaistnienia zjawiska stygmatyzacji zostało potwierdzone w krótkim przeglądzie literatury przedmiotu zawartym w tym artykule. Do grupy analizowanych zasobów należeć będą: poszczególne elementy poczucia koherencji, w tym poczucie zrozumiałości i sensowności związanych z chorobą doświadczeń życiowych, zaradność życiowa i sposoby radzenia sobie ze stresem (ogólnie i w związku z chorobą); zasoby osobiste, w tym samoakceptacja, poczucie własnej wartości, duchowość; zasoby stanu, w tym religijność, zdrowie, status społeczny i dostęp do sieci wsparcia społecznego.

ZASOBY OSOBISTE

Poczucie sensowności, zrozumiałości oraz zaradności można poniekąd zaliczyć do kategorii zasobów osobistych jednostki. W analizowanych wypowiedziach elementy poczucia koherencji należy

rozpatrywać raczej jako stratę. Odnosi się ona do destrukcyjnego działania objawów choroby, ale także do zasadności i jakości otrzymywanych działań pomocowych. Część badanych przyznała, że czuje lub czuła się kiedyś w swoim życiu „pusta”, pozbawiona celu i sensu życia. Wystąpienie objawów choroby prowadziło u niektórych do wyizolowania z rzeczywistości oraz otoczenia społecznego. Niektórzy badani przyznali, że szczególnie w początkowym etapie choroby nie rozumieli, co się z nimi dzieje, a swoich objawów nie klasyfikowali w kategoriach chorobowych. Jako stratę w zakresie poczucia zrozumienia rzeczywistości rozpatrywać należy również konsekwencje objawów chorobowych badanych, które mogą zniekształcać odbiór bodźców ze środowiska. Wywołują tym samym lęk chorych. Jeden z badanych określił to jako utratę świadomości. Poczucie zrozumienia swojego stanu często było zniesione na skutek wyłumiającego działania leków farmakologicznych, które, jak opisują badani, utrudniało odczuwanie znacznej części emocji, upośledzając przy tym zdolność empatii. Należy jednak zaznaczyć, że zrozumienie własnych objawów oraz procedury związanej z hospitalizacją według poszczególnych pacjentów stanowiło istotny zasób i dawało im poczucie bezpieczeństwa w trakcie kolejnego nasilenia objawów chorobowych. Niektórzy badani podkreślali, że z biegiem lat na skutek licznych hospitalizacji oraz konsultacji z lekarzami zrozumieli sens, zasadność, a przede wszystkim cel stosowanych procedur leczenia. Część badanych przyznała, że w pewnym momencie zrozumieli, iż mogą mieć wpływ na swoje życie, ponieważ mogą regularnie brać leki (czego wcześniej nie robili) i dzięki temu ograniczyć nawroty choroby. W związku z tym nie muszą bezradnie

wyczekiwać wystąpienia objawów choroby, ale mogą na przykład wydłużyć okresy remisji poprzez regularne zażywanie leków. Jeden z pacjentów stwierdził, że pewnego razu podczas nasilenia objawów związanych z manią dobrowolnie chciał poddać się hospitalizacji. Będąc świadomym, jak ryzykowne zachowania może podjąć w tym stanie, wolał przeczekać ewentualne zagrożenia zapięty w pasy na szpitalnym łóżku.

Poczucie zaradności życiowej stanowiło problem dla wielu badanych, którzy wybierali uciezkowo-unikowe sposoby radzenia sobie ze stresem. Część z nich stosowała substancje psychoaktywne, takie jak narkotyki i alkohol. Na problem ten nakładały się często skutki działania przepisanych w trakcie terapii leków, jak również coraz większe zapotrzebowanie na przyjmowanie danego środka (tolerancja). Używanie środków psychoaktywnych, jak przyznaje część badanych, stanowiło rodzaj ucieczki od cierpienia i problemów życia osobistego, które bezpośrednio wiązały się z objawami choroby. Jeden z pacjentów przyznał, że za pomocą alkoholu starał się stłumić swoją wrażliwą psychikę, którą uważał za słabą.

W wypowiedziach badanych wyraźnie zarysowują się deficyty związane z zasobami osobistymi, takimi jak brak poczucia godności oraz poczucie bezradności. Część badanych wspomniała o poczuciu bezradności w stosunku do swoich objawów chorobowych. Chodzi tutaj nie tylko o brak kontroli nad momentem wystąpienia objawów, ale także nad konsekwencjami tych objawów. Pacjenci czuli się bezradni wobec drastycznej konieczności zaniechania swoich planów życiowych oraz redefinicji krótko- i długodystansowych celów. Najczęściej wiązało się to z przerwaniem

nauki szkolnej, studiów lub pracy zawodowej. Niekiedy pacjenci czuli się bezradnie w zetknięciu z problemami osobistymi stanowiącymi konsekwencję chorowania, takimi jak możliwość ubezwłasnowolnienia. Deficyty związane z poczuciem godności oraz poczuciem sprawstwa w dużej mierze spowodowane były stratami wynikającymi z zetknięcia z instytucją totalną, jaką jest szpital, a szczególnie szpital psychiatryczny (czasowe ograniczenie swobód obywatelskich). Badani zwracali uwagę, że sytuacją mocno osłabiającą ich poczucie godności jest konieczność przyjmowania dużej ilości leków, co – jeśli zostanie połączone z poczuciem niezrozumienia własnego stanu (szczególnie w początkowych etapach chorowania) – może być bardzo bolesnym doświadczeniem. Inną sytuacją szczególnie negatywnie działającą na godność pacjentów była konieczność zapięcia w pasy w ostrej fazie choroby. Część pacjentów wspominała, że poczucie godności odbierały im interwencje personelu medycznego związane z procedurą przyjęcia i przebywaniem na oddziale, które niekiedy miały charakter siłowy. Pacjenci przyznawali, że czuli się bezradni w zetknięciu z sanitariuszami i całą hierarchią oddziału, na którą nie mieli wpływu i musieli się jej poddać. Należy jednak zaznaczyć, że większość z takich wypowiedzi dotyczy funkcjonowania szpitala w przeszłości a nie współcześnie. Jeden z badanych zauważył, że sytuacją, która bezpośrednio uderzyła w jego poczucie godności oraz bezpieczeństwa, była kradzież jego rzeczy osobistych, niezauważona przez nikogo na oddziale.

Kilku badanych zwróciło uwagę na obniżone poczucie własnej wartości. Niekiedy było to konsekwencją objawów chorobowych na przykład depresji, która wiązała się m.in. z przekonaniem o braku możliwości

podjęcia jakichkolwiek działań, a także poczuciem bezwartościowości własnej schorowanej psychiki. Niskie poczucie własnej wartości stanowiło również konsekwencję świadomości tego, co się zrobiło w czasie choroby, świadomości własnych często nieobliczalnych i groźnych działań, nad którymi nie miało się żadnej kontroli.

W przypadku jednego z pacjentów bardzo istotnym zasobem okazała się złość na samego siebie oraz bunt wobec sytuacji choroby. Stanowiło to dla niego motywację do zmiany – regularnego zażywania leków i zerwania z nałogami, a także poprawy własnego funkcjonowania.

W kilku wypowiedziach pojawił się zasób osobisty, jakim jest altruizm. Badani przyznali, że czuli wewnętrzną potrzebę pomagania innym, która sprawiała im przyjemność. W przypadku jednego z badanych przełożyło się to na zaangażowanie w wolontariat. W przypadku drugiego – działania altruistyczne przerodziły w przekonanie o własnym posłannictwie.

Zasobem osobistym, który pojawiał się w wielu wypowiedziach pacjentów, jest nadzieja. Niektórzy pacjenci łączyli nadzieję z możliwością wyzdrowienia, kontroli choroby lub choćby wydłużenia okresów remisji. Pojawiły się również wypowiedzi wyrażające nadzieję na powrót do normalnego funkcjonowania i pokonanie choroby na skutek przyjmowanych leków i działań terapeutycznych. Jeden z pacjentów stwierdził, że jego nadzieja wiązała się z oczekiwaniem, iż objawy choroby wreszcie się skończą.

Innym zasobem osobistym związanym z nadzieją jest wiara. Jednak, podobnie jak w cytowanych wcześniej badaniach, występuje ona

w dwóch formach. Część badanych traktuje Boga jako siłę wyższą determinującą ich życie (zasób osobisty), dla innych z kolei najważniejszym elementem wiary jest przynależność do grup religijnych, czyli sieci wsparcia (zasób stanu). Niektórzy badani przyznali, że zwracali się do Boga z żalem, dlatego to akurat oni chorują – poprzez wiarę starali się zrozumieć swoją chorobę. Pojawiła się również wypowiedź wyrażająca chęć połączenia z Bogiem i przerwania spowodowanego chorobą cierpienia na ziemi. Bóg i jego nauka był traktowany przez niektórych pacjentów jako źródło mądrości, które pozwala zrozumieć świat. Jedna z pacjentek stwierdziła, że niekiedy w chorobie zapomina o Bogu i gorzej jej się modli, ponieważ kontrolę przejmuje chęć odebrania sobie życia. Kilku pacjentów przyznało, że po pierwszym epizodzie choroby przestali wierzyć w Boga. Jeden z badanych powiedział, że ta sytuacja stanowi dla niego problem, z którym nie umie sobie poradzić do dziś – jak sam wspomina, nie umie się przekonać. Z kolei inny pacjent interpretuje swoją utratę wiary jako rodzaj kary.

ZASOBY STANU

W wypowiedziach części pacjentów wiara miała charakter instrumentalny – przynależność do grupy religijnej stanowiła możliwość otrzymania wsparcia w trudnych chwilach, często związanych z chorobą. Jedna z badanych kobiet przyznała, że jej przynależność do grupy religijnej (sekty) z czasem stała się formą zniewolenia, od której chciała uciec.

Większość pacjentów w swoich wypowiedziach podkreślała znaczenie wsparcia udzielanego im przez rodzinę lub znajomych. Posiadanie sieci wsparcia społecznego – szczególnie rodziny – stanowiło

bardzo ważny zasób dla pacjentów. Badani byli świadomi poświęcenia ze strony najbliższych i podkreślali jego ogrom. Niektórzy zwracali uwagę, że choroba psychiczna dotyka nie tylko osoby, która musi poddać się hospitalizacji, lecz także całej rodziny i wymaga niekiedy podjęcia terapii przez jej najbliższych sobie członków. Część pacjentów zaznaczyła, że pomimo niełatwych relacji rodzinnych doświadczyła silnego wsparcia ze strony rodziny, co pomogło im w powrocie do zdrowia. Wsparcie rodziny w trakcie choroby polegało nie tylko na wspieraniu psychicznym, ale także przejmowaniu obowiązków chorego, których nie mógł on wypełniać na skutek hospitalizacji i objawów choroby, takich jak opieka nad dziećmi. Jeden z pacjentów stwierdził, że rodzina była dla niego zasobem, który trzymał go przy zdrowiu.

Jednak w niektórych narracjach można było odnaleźć informacje o braku zrozumienia ze strony najbliższych i przyjaciół dla ujawnianych objawów choroby oraz skutków ubocznych zażywanych leków. Zdarzały się wypowiedzi wskazujące na samotność i opuszczenie przez rodzinę oraz znajomych po zachorowaniu. Jedna z pacjentek przyznała, że zaabsorbowana swoją chorobą nie zauważyła problemów psychicznych własnego syna. Niektórzy badani poruszyli problem braku empatii ze strony rodziny, bagatelizowania problemów chorego i spychania ich na margines. W takich sytuacjach jako schronienie przed problemami traktowane były placówki pomocowe dla osób chorych psychicznie, takie jak środowiskowe domy samopomocy. Część badanych opisywała hospitalizację oraz terapię jako możliwość znalezienia nowych sieci wsparcia. W kilku przypadkach nawiązane znajomości zostały zawarte nie tylko na czas leczenia,

ale przenieśli się na codzienne życie. Niektórzy badani przyznali, że działają w klubach samopomocowych i angażując się tam w różne aktywności, zyskali poczucie wpływu na rzeczywistość.

Część badanych wystąpienie objawów lub nawrót choroby wiązała z dynamiką nawiązanych relacji intymnych oraz towarzyszącymi im silnymi emocjami. Kilku badanych zauważyło, że nasilone objawy chorobowe wystąpiły u nich na skutek załamania w tych relacjach – zerwania z partnerem, porzucenia przez partnera lub też nadmiernego przejęcia trudną sytuacją życiową partnera. Pacjenci podkreślali również, że niektóre z ich związków rozpadły się na skutek choroby – partnerzy nie umieli sobie poradzić z konsekwencjami choroby osób badanych, między innymi hospitalizacjami, zmianami w nastojach i efektami działania leków.

Niestety w wielu narracjach znalazły się opisy trudnych doświadczeń z dzieciństwa. Pacjenci najczęściej przyznawali, że w ich rodzinach pojawiał się problem nadużywania alkoholu przez rodziców lub problem przemocy domowej. W części opisów te dwa patologiczne zjawiska występowały razem i nie zawsze były powiązane ze złą sytuacją materialną rodziny. Niektórzy badani przyznawali, że problem choroby psychicznej nie dotyczył tylko ich samych, ale także rodziców czy rodzeństwa.

Istotnym zasobem stanu, pojawiającym się w wielu wypowiedziach, jest zdrowie. Niestety najczęściej zasób ten występuje w kontekście straty. Z jednej strony utrata zdrowia, a także jakości funkcjonowania związana była z objawami choroby, z drugiej natomiast z procesem zdrowienia jako konsekwencją zażywania leków. W kontekście chorowania pacjenci wspominali o problemach ze snem, utracie wagi, ogólnej

słabości, niemożności ruszenia się czy wstania z łóżka. Niektórzy badani zauważyli, że na skutek wystąpienia choroby przestawali dbać o własne zdrowie. Jako konsekwencję zażywania leków pacjenci wymieniali ogólne znieczulenie na bodźce docierające z zewnątrz, niemożność wyrażenia swoich myśli i trudności w porozumiewaniu się. Jeden z pacjentów przyznał, że na skutek działania leków człowiek staje się „taki ślamazarny, taki spowolniony, taki otumaniony, że już nie ma na nic siły”. Inne konsekwencje zażywania leków wymieniane przez badanych to nadmierna senność, brak koncentracji, problemy z wagą ciała, problemy natury seksualnej czy nawet myśli samobójcze.

Ważnym zasobem stanu pojawiającym się w wypowiedziach badanych była praca zawodowa, która stanowiła dla pacjentów wyraz samodzielności oraz oznakę funkcjonowania nieobarczonego znamieniem choroby. Niestety większość pacjentów przyznała, że na skutek problemów ze zdrowiem psychicznym oraz konieczności hospitalizacji musiała przerwać wykonywaną pracę i nie powróciła już do wykonywanego wcześniej zawodu. Jednak z drugiej strony w kilku wypowiedziach pojawiła się nadzieja na możliwość pracy zawodowej i kariery pomimo choroby. Jeden z pacjentów przyznał, że nie chce podejmować pracy, pomimo że aktualnie jest w stanie remisji choroby. Obawia się on, że doświadczenia związane z podjęciem nowego wyzwania – stres – spowodują rozchwianie emocjonalne oraz nawrót objawów. Z kolei inny pacjent przyznał, że stres w pracy wywołał u niego objawy chorobowe, które, „znieczulane” alkoholem, skutkowały próbą samobójczą. Badani przyznali, że straty w obszarze zasobu, jakim jest możliwość pracy, wiążą się z koniecznością nawracających

i często długotrwałych hospitalizacji, które uniemożliwiają podjęcie trwałych zobowiązań, a nawet zarejestrowanie się w urzędzie pracy.

ZASOBY ENERGII

Istotnym zasobem energii, uwzględnionym w wypowiedziach wielu badanych, jest twórczość. Została ona zaliczona do zasobów energii, ponieważ stanowi potencjał (energię), który obok innych czynników wspomagał wielu pacjentów w powstrzymaniu cyklu strat w efekcie choroby oraz rozpoczęcie spirali zysków związanej z powrotem do zdrowia. Badani podkreślali walory terapeutyczne zajęć rozwijających twórczość: malarstwa, ceramiki, witrażu itd. Dla części osób była to przyjemna forma spędzania czasu w trakcie pobytu w szpitalu, dla innych – skuteczna forma wyrażenia własnych emocji i przeżyć. Pacjenci podkreślali skuteczność takich form oddziaływania terapeutycznego w trakcie przebywania na oddziale stacjonarnym, ale także dziennym. Niektórzy opowiadali, że na skutek zażywanych leków ich twórczość się wypaliła, a sposób postrzegania rzeczywistości nie jest już tak wyjątkowy, co odbierali jako stratę. Część badanych w swoich wypowiedziach wspominała o posiadaniu hobby jak jazda na rowerze, gotowanie czy praca w ogrodzie. Oprócz formy spędzania wolnego czasu była to także możliwość grupowego działania, jak określił to jeden z pacjentów.

Kolejnym zasobem energii pojawiającym się w wypowiedziach pacjentów jest wiedza i możliwość edukacji. Kilku pacjentów przyznało, że studiowało pomimo występowania kolejnych epizodów choroby. Jednak okresy sesji z powodu towarzyszącego im stresu wiązały się z możliwością

nawrotu choroby. Jeden z badanych stwierdził, że z powodu choroby nie może studiować tego kierunku, który by chciał, ponieważ uniemożliwiają mu to kwestie formalne. Z kolei inny z pacjentów zwrócił uwagę na znaczenie edukacji, ale tej związanej z objawami własnej choroby – psychoedukację. Uznał, że jest to forma radzenia sobie z własną chorobą, która nie wymaga użycia środków farmakologicznych.

ZASOBY MATERIALNE

Do najczęściej pojawiających się zasobów materialnych w wypowiedziach pacjentów należało własne mieszkanie. Pacjenci przyznali, że posiadanie tego właśnie zasobu jest dla nich oznaką samodzielności i niezależności, chociażby z powodu możliwości zapraszania znajomych. Jeden z badanych stwierdził, że przepisanie mu przez rodzinę prawa własności do mieszkania było oznaką zaufania, iż może samodzielnie funkcjonować i poradzi sobie z takimi obowiązkami jak opłacanie rachunków.

Niektórzy badani zwracali uwagę na duży deficyt i „głód” zasobów materialnych (papierosów, słodyczy, owoców, a nawet papieru toaletowego) wśród osób przebywających na oddziałach szpitala psychiatrycznego. Jest to szczególnie duży problem dla chorych w złej sytuacji materialnej lub opuszczonych przez rodzinę. Taka sytuacja może generować patologiczne zjawiska w postaci kradzieży i wyłudzeń.

*

Pacjenci w zdecydowanej większości byli świadomi strat, jakie ponieśli w związku z chorobą. Jedna z pacjentek przyznała, że choroba odebrała jej możliwość założenia rodziny, stworzenia udanego związku

czy zrobienia kariery zawodowej. Kobieta uważa, że pomimo dość młodego wieku nie ma już możliwości sprawić, by jej życie było zdrowe.

Część badanych podważała sensowność i jakość opieki psychologicznej/psychiatrycznej dostępnej w czasie hospitalizacji oraz po powrocie ze szpitala, której celem miała być między innymi pomoc w zrozumieniu własnego stanu. Uskarżali się przede wszystkim na zbyt małą ilość czasu oraz liczbę spotkań ze specjalistami, pobieżne i przedmiotowe traktowanie, nadmierny formalizm, a nawet stygmatyzowanie przez personel medyczny. Z drugiej strony pojawiały się wypowiedzi wskazujące na pozytywne efekty procesu leczenia przez specjalistów oraz przyjazne nastawienie personelu. W niektórych narracjach szpital przedstawiany był jako miejsce pozwalające na odpoczynek oraz dające schronienie od problemów świata zewnętrznego, w którym badani wreszcie nie czuli się jak obcy.

W niektórych narracjach można było odnaleźć informacje o „korzystnym” działaniu diagnoz psychiatrycznych, które ułatwiały załatwienie wielu spraw, na przykład urzędowych. Pacjenci podkreślali również, że w zmaganiu się z własną chorobą duże znaczenie ma kontakt z innymi ludźmi przeciwstawiany „niekorzystnej” izolacji od otoczenia.

W części narracji znalazły się wypowiedzi dotyczące destrukcyjnego zjawiska, jakim jest stygmatyzacja i samostygmatyzacja. Pacjenci opisywali sytuacje, w których z powodu choroby byli obrażani oraz obgadywani przez „zdrowych” ludzi, również w miejscu pracy. Pojawiały się opisy sytuacji, w których otoczenie zaczynało obawiać się badanych ze względu na ich problemy psychiczne, co skutkowało utratą kolejnych znajomości. W niektórych wypowiedziach pojawiły się wątki ukrywania

choroby ze względu na lęk przed reakcją otoczenia. Według pacjentów stygmatyzacja prowadzi do poczucia bezwartościowości oraz niskiej samoakceptacji i samooceny. Część badanych przyznała się do myśli i prób samobójczych. Niektórzy z kolei mieli poczucie, że celem oddziaływań psychiatrycznych jest jedynie zaklasyfikowanie ich do kategorii „obłąkanych”. Analiza wypowiedzi pacjentów szpitala im. Babińskiego wydaje się potwierdzać uwidocznioną w analizie danych literaturowych zależność pomiędzy deficytami oraz stratą zasobów osobistych i stanu a doświadczeniem stygmatyzacji.

5. PODSUMOWANIE

Analiza jakościowa palety zasobów osób poddanych hospitalizacji psychiatrycznej, przeprowadzona w tej pracy różni się od metody badania zasobów opisanej przez Hobfolla, czyli metody kwestionariuszowej (Kwestionariusz Zachowania Zasobów; Hobfoll, 2006). Badanie wypowiedzi produkowanych poniekąd spontanicznie przez pacjentów pozwala na odniesienie zadeklarowanych w narracjach zasobów do kontekstu wypowiedzi i historii życia badanych. Takiej możliwości nie ma w przypadku badania kwestionariuszowego, w którym badany może tylko zadeklarować, czy dany (wyszczególniony przez badacza) zasób posiada i czy w ostatnim czasie doświadczył jego zysku lub straty. Szczególnie w przypadku osób dysponujących niewielką ilością potencjałów ten drugi sposób zbierania informacji może wiązać się z ryzykiem zawyżania posiadanych zasobów w celu ochrony swojego wizerunku i Ja.

Należy jednak zwrócić uwagę na kilka problemów metodologicznych, które pojawiły się podczas analizy wypowiedzi pacjentów. Po pierwsze metoda wywiadu biograficznego pozwala na uzyskanie informacji tylko o tych zasobach, o których zdecyduje się opowiedzieć sam badany. Inaczej jest w przypadku badania kwestionariuszowego, w którym możemy uwzględnić interesujące nas rodzaje zasobów. Ponadto analiza obecności poszczególnych zasobów zależy w dużej mierze od subiektywnej oceny badacza analizującego wypowiedzi pacjentów. Za każdym razem ma ona zatem charakter unikatowy i trudno ją zweryfikować – inaczej niż w przypadku ustrukturalizowanego kwestionariusza. W wywiadach pojawiały się zasoby związane z całym doświadczeniem chorowania. Z jednej strony taki zbiór informacji znacznie wzbogaca analizę, jednak z drugiej strony może powodować trudności w ocenie zasobów dostępnych tu i teraz. Ponadto niektórzy z pacjentów w wywiadach opowiadali tylko o doświadczeniach związanych z chorowaniem (co znacznie ograniczało zakres deklarowanych przed nich zasobów), inni natomiast opowiadali o swoim życiu w szerszym kontekście. W przypadku niektórych wypowiedzi istniała trudność w zaklasyfikowaniu danego potencjału jako faktycznego zasobu, ponieważ był to poniekąd objaw choroby – na przykład altruizm przeradzający się w przekonanie o własnym postanictwie. Warto zwrócić uwagę, że zasoby deklarowane przez pacjentów w związku z doświadczeniem hospitalizacji i zetknięciem ze szpitalem jako instytucją totalną zmieniały się na przestrzeni lat. Taki stan rzeczy może mieć związek z obserwowaną dziś zmianą podejścia do pacjenta w leczeniu psychiatrycznym.

Choroba psychiczna powoduje cierpienie u osoby, która jest nią dotknięta. Często jednak to nie same objawy choroby stanowią największy problem dla chorego, ale zjawiska towarzyszące chorowaniu, czyli konieczność hospitalizacji oraz społeczna percepcja tego zdarzenia. Na świecie temat stygmatyzacji i samostygmatyzacji osób dotkniętych chorobą psychiczną rozwija się dynamicznie na gruncie badań oraz realizacji programów mających na celu poszerzenie świadomości społecznej w tym obszarze. Jednak pomiędzy działaniami programowymi a rzeczywistością – szczególnie w Polsce – w dalszym ciągu istnieje przepaść. Być może problem dotyczący naznaczenia i marginalizacji społecznej osób, które doświadczyły hospitalizacji psychiatrycznej, wynika z niezrozumienia procesu chorowania przez otoczenie. Być może problem tkwi już na poziomie edukatorów (szkolnych, społecznych itd.), nieadekwatnie przedstawiających sytuację chorych psychicznie.

Analiza danych literaturowych oraz przeprowadzona analiza szesnastu wywiadów biograficznych potwierdza, że osoby borykające się z problemem choroby psychicznej i poddane hospitalizacji doświadczają wielu strat zasobów, co ma związek również z doświadczeniem stygmatyzacji i samostygmatyzacji. Taka sytuacja w zdecydowany sposób ogranicza możliwości radzenia sobie z wymaganiami otoczenia przez te osoby, co generuje stres. Posiadanie niewielkiego repertuaru zasobów może prowadzić do ostrożnego nimi dysponowania, na przykład niepodejmowania pracy w okresie remisji choroby z obawy przed nawrotem objawów. Nieinwestowanie potencjałów, którymi dysponuje człowiek, uniemożliwia jednak ich pomnażanie. Z kolei zaopatrzenie

chorych w odpowiednie zasoby może przerwać spiralę strat i rozpocząć spiralę zysków – na przykład uruchomienie potencjału twórczości wspomaga proces zdrowienia poprzez wyrażenie siebie, ale także poprzez wspólne zainteresowania pozwala rozwijać nowe sieci wsparcia pacjentów. Ze względu na przedstawione powyżej zależności Koncepcja Zachowania Zasobów S.E. Hobfolla ułatwia chociażby częściowe zrozumienie procesu chorowania i zdrowienia osób borykających się z chorobą psychiczną. Poprzez podkreślenie znaczenia zasobów człowieka, a także implikacje związane ze spiralą zysków i strat, omawiana koncepcja wyjaśnia zachowania ludzi dysponujących niskim poziomem potencjałów. Warto się zastanowić, czy przedstawienie niektórych działań osób zmagających się z poważnymi zaburzeniami psychicznymi jako konsekwencji zysków i strat zasobów, mogłoby ułatwić przybliżenie zachowania i postaw chorych ich bliskim oraz szerszemu otoczeniu społecznemu. Być może w konsekwencji mogłoby to przyczynić się do przełamania istniejącego tabu związanego z chorobą psychiczną.

LITERATURA

- Aldersey, H. M., Whitley, R. (2015). *Family Influence in Recovery from Severe Mental Illness*. *Community Ment Health J*, 51, 467–476. doi:10.1007/s10597-014-9783-y, dostęp: 14.03.2015
- Antonovsky, A. (2005). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Baker, A.E.Z., Procter, N.G. (2015). “You Just Lose the People You Know”: *Relationship Loss and Mental Illness*, “Archives of Psychiatric Nursing”, 29, 96–101, <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2014.11.007>, dostęp: 14.03.2016.
- Borys, B. (2010), *Zasoby zdrowotne w psychice człowieka*, „Forum Medycyny Rodzinnej”, 4 (1), 44–52.
- CBOS (2012), *Zdrowie psychiczne Polaków*, Warszawa: Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, dostęp: 19.12.2015.
- Corrigan, P., McCorkle, B., Schell, B., Kidder, K. (2003), *Religion and Spirituality in the Lives of People with Serious Mental Illness*, “Community Mental Health Journal”, 39 (6), 487–499.
- Davis, L., Brekke, J. (2014), *Social support and functional outcome in severe mental illness: The mediating role of proactive coping*, “Psychiatry Research”, 215, 39–45, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.09.010>, dostęp: 14.03.2016.
- Diener, E., Fujita, F. (1995), *Resources, personal strivings, and subjective well-being: A nomothetic and idiographic approach*, “Journal of Personality and Social Psychology”, 68, 926–935.
- Getz, G.E., Fleck, D.E., Strakowski, S.M. (2001), *Frequency and Severity of Religious Delusions in Christian Patients with Psychosis*, “Psychiatry Research”, 103, 87–91.
- Główny Urząd Statystyczny (2015), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014*, Warszawa: Departament Badan Społecznych i Warunków Życia, dostęp: 19.12.2015.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007), *Psychologia zdrowia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Heszen-Niejodek I. (1997), *Psychologia zdrowia jako dziedzina badań i zastosowań praktycznych*, [w:] Heszen-Niejodek I., Sęk H. (red.), *Psychologia zdrowia. Praca zbiorowa*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 21–39.

Hobfoll, S.E. (1989), *Conservation of Resources. A new attempt at conceptualizing stress*, "American Psychologist", 44 (3), 513–524.

Hobfoll, S.E. (2006), *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*, Gdańsk: GWP.

Hobfoll, S.E., Dunahoo, C.A., Monnier, J. (1995), *Conservation of Resources and Traumatic Stress*, [w:] J.R. Freedy, S.E. Hobfoll (red.), *Traumatic Stress: From Theory to Practice*, New York: Plenum Press.

Hobfoll, S.E., Jackson, A.P. (1991), *Conservation of Resources in Community Intervention*, "American Journal of Community Psychology", 19 (1), 111–121.

Jacob, S., Munro, I., Taylor, B.J., Griffiths, D., (2015), *Mental Health Recovery: A Review of the Peer-Reviewed Published Literature*, "Collegian", <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2015.08.001>, dostęp: 10.01.2016.

Livingston, J.D., & Boyd, J.E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71, 2150–2161, doi:10.1016/j.socscimed.2010.09.030, dostęp: 14.03.2016.

Marcheschi, E., Laike, T., Brunt, D., Hansson, L., Johansson, M. (2015), *Quality of Life and Place Attachment Among People with Severe Mental Illness*, "Journal of Environmental Psychology", 41, 145–154, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jenvp.2014.12.003>, dostęp: 14.03.2016.

Mashiach-Eizenberg, M., Hasson-Ohayon, I., Yanos, P.T., Lysaker, P.H., Roe, D. (2013), *Internalized Stigma and Quality of Life Among Persons with Severe Mental Illness: The Mediating Roles of Self-Esteem and Hope*, "Psychiatry Research", 208, 15–20.

Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B. (red.) (2012), *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Nelson, J.M. (2009), *Psychology, Religion, and Spirituality*, Springer Science+Business Media, doi:10.1007/978-0-387-87573-6_11, dostęp: 14.03.2016.

Pargament, K.I., Park, C.L. (1997), *In times of stress: The Religion-Coping Connection*, [w:] B. Spilka, D.N. McIntosh (red.), *The Psychology of Religion: Theoretical Approaches*, 43–53, Westview Press.

Pargament, K.I. (1997), *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*, New York: Guilford Press.

Pargament, K.I., Kennell, J., Hathaway, W. i in. (1988), *Religion and the Problem-Solving Process: Three Styles of Coping*, "Journal for the Scientific Study of Religion", 27, 90–104.

Ramaprasad, D., Rao, N.S., Kalyanasundaram S. (2015), *Disability and Quality of Life Among Elderly Persons with Mental Illness*, "Asian Journal of Psychiatry", 18, 31–36, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2015.10.007>, dostęp: 14.03.2016.

Rüsch, N., Angermeyer, M.C., Corrigan, P.W. (2005), *Mental Illness Stigma: Concepts, Consequences, and Initiatives to Reduce Stigma*, "European Psychiatry", 20, 529–539.

Rüsch, N., Corrigan, P.W., Powell, K., Rajah, A., Olschewski, M., Wilkniss, S., Batia, K. (2009), *A Stress-Coping Model of Mental Illness Stigma: II. Emotional Stress Responses, Coping Behavior and Outcome*, "Schizophrenia Research", 110, 65–71, doi:10.1016/j.schres.2009.01.005, dostęp: 14.03.2016.

Rüsch, N., Müller, M., Lay, B., Corrigan, P. W., Zahn, R., Schönenberger, T., Bleiker, M., Lengler, S., Blank, Ch., Rössler, W. (2014), *Emotional Reactions to Involuntary Psychiatric Hospitalization and Stigma-Related Stress Among People with Mental Illness*, "European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience", 264, 35–43, doi:10.1007/s00406-013-0412-5, dostęp: 14.03.2016.

Seeman, N., Tang, S., Brown, A. D., Ing, A. (2016), *World Survey of Mental Illness Stigma*, "Journal of Affective Disorders", 190, 115–121, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.011>, dostęp: 14.03.2016.

Sęk, H. (2003), *Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów i wieloznaczne funkcje wsparcia*, [w:] Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*, 17–32, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Świtaj, P., Anczewska, M., Chrostek A., Grygiel P., Prot-Klinger, K., Choma, M., Wciórka, J. (2013), *The Sense of Coherence as a Predictor of the Scope and Impact of Stigma Experiences Among People with Mental Illness*, "Psychiatry Research", 209, 249–251, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.04.018>, dostęp: 14.03.2016.

Wciórka, J. (red.) (2014), *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO*, https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Ochrona_zdrowia_psychicznego.pdf, dostęp: 19.12.2015, Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.

West, M.L., Yanos, P.T., Smith, S.M., Roe, D., Lysaker, P.H. (2011), *Prevalence of Internalized Stigma Among Persons with Severe Mental Illness*, "Stigma Research and Action", 1, 54–59, doi:10.5463/sra.v1i1.9, dostęp: 14.03.2016.

Whitley, R., Campbell, R.D. (2014), *Stigma, Agency and Recovery Amongst People with Severe Mental Illness*, "Social Science and Medicine", 107, 1–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.02.010>, dostęp: 14.03.2016.

Yanos, P.T., Roe, D., Lysaker, P.H., West, M.L., Smith, S.M. (2012), *Group Based Treatment for Internalized Stigma Among Persons with Severe Mental Illness: Findings from a Randomized Controlled Trial*, "Psychological Services", 9, 248–258.

Zimmerman, M.A., Rappaport, J. (1988), *Citizen Participation, Perceived Control, and Psychological Empowerment*, "American Journal of Community Psychology", 16, 725–750.

OD KRAEPELINA DO WSPÓŁCZESNEJ PSYCHIATRII. DONIESIENIE Z BADAŃ

ADELA JURAŚ

Instytut Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego

KRZYSZTOF DYGA

Zakład Psychologii Zdrowia Instytut Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego

STRESZCZENIE

Artykuł stanowi podsumowanie badań prowadzonych w ramach projektu „Kobierzyn bliżej” realizowanego w latach 2015–2016 przez Stowarzyszenie „Archipelagi Kultury”. Na podstawie wywiadów z pacjentami oraz osobami związanymi ze Szpitalem Specjalistycznym im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie podjęto refleksję nad psychofarmakologicznym modelem leczenia zaburzeń psychicznych oraz podejściami alternatywnymi. Autorzy zwracają także uwagę na postępującą psychiatryzację i farmakologizację, zarysowując przy tym problematykę tożsamości u osób z diagnozą zaburzeń psychicznych.

SŁOWA KLUCZOWE: psychofarmakologia, postpsychiatria, rehabilitacja psychiatryczna, zaburzenia psychiczne, psychiatria środowiskowa, tożsamość

W 2015 roku Stowarzyszenie Antropologiczne „Archipelagi Kultury” rozpoczęło realizację projektu „Kobierzyn Bliżej” mającego na celu destygmatyzację osób cierpiących na zaburzenia psychiczne. Jednym z działań projektowych było przeprowadzenie wywiadów z pacjentami i osobami związanymi ze Szpitalem Specjalistycznym im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie. Poniższa publikacja stanowi podsumowanie projektu. Jeżeli nie zaznaczono inaczej, wyróżnione w tekście cytaty pochodzą z wypowiedzi osób hospitalizowanych w Szpitalu.

WPROWADZENIE

Współczesne tendencje cywilizacyjne silnie determinują przekonania stanowiące podstawę aktualnych nurtów w psychiatrii i psychologii. To, co niegdyś nazywano zaburzeniem, dziś określa się mianem normy; to, co dawniej było traktowane jako norma, obecnie jest patologizowane. Analizując klasyfikacje zaburzeń psychicznych, takie jak DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego czy Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) opracowana przez WHO, nie sposób nie zauważyć, iż większość psychiatrów kieruje się w swojej pracy nozologicznym sentymentem. Najnowsza klasyfikacja, DSM-V (2013), to blisko 1000 stron opisów zaburzeń psychicznych; w porównaniu do pierwszego wydania, DSM-I (1952), zawierającego „tylko” 106 jednostek chorobowych, liczba ta wydaje się imponująca. Nie oznacza to bynajmniej,

że na gruncie diagnostyki psychiatrycznej dokonano w tym czasie przełomowych odkryć i znacznych innowacji. Uzupelnienie klasyfikacji o dziesiątki często kuriozalnych i niepotrzebnych kryteriów unaocznia pewną niepokojącą tendencję: postępującą psychiatryzację i farmakologizację.

Zjawiska te, polegające na nieuzasadnionym patologizowaniu i leczeniu farmakologicznym stanów i reakcji pierwotnie uznawanych za naturalne, niosą ze sobą obietnicę szybkiej poprawy zdrowia psychicznego poprzez likwidację symptomów. W konsekwencji oddziały szpitali przepełnione są pacjentami, którzy, poniekąd zmuszeni przez lekarzy do wyrzeczenia się własnej prawdy, zaczynają myśleć o sobie językiem nieadekwatnym i obcym oraz definiować siebie jako osoby „chore” lub „zaburzone”. Ta (auto)diagnoza katalizuje chęć podjęcia farmakoterapii (by w możliwie krótkim czasie pozbyć się piętna osoby chorej psychicznie i odzyskać poczucie sprawczości).

DSM to poradnik, który mówi nam, jak powinniśmy myśleć o przejawach smutku i lęku, o seksualności, nadużywaniu alkoholu i innych substancji oraz o wielu innych zachowaniach. W konsekwencji kategorie stworzone przez DSM nadają nowy kierunek naszemu myśleniu na temat istotnych kwestii społecznych (Kutchins, Kirk, 1999).

Tendencja do stawiania języka diagnostycznego ponad narracją pierwszoosobową wyrosła na gruncie kraepelinowskiego złudzenia, iż zdefiniowanie zaburzenia psychicznego jest czymś obiektywizowalnym i kategoryzowalnym. Złudzenie to zostało zakwestionowane przez antypsychiatrów w latach 60. XX wieku. Antypsychiatrzy postulowali, iż pojęcie „choroby psychicznej” jest sztucznie utworzonym konstruktem,

zaś przymusowe leczenie i farmakoterapia – przemocą. Sam Thomas Szasz (1961), czołowy przedstawiciel antypsychiatrii, uważał psychiatrię za pseudonaukę.

Od razu ładują w nich i oni nawet nie mają nic do gadania. [...] Po prostu ładują. Najlepsze w Kobierzynie jest to, ja się śmieję, że tam jest tylko Haloperidol. Kogo byś nie spytała [...] – taka dawka, że to jest dramat [...]. Nie dość, że mają zwolniony tok myślenia – chcą też im stłumić te rzeczy, co im tam chodzą po głowie. To jest proste, od tego są leki. Ale one tłumią osobowość. Normalnie tłumią w tobie osobowość. Nawet jakbyś chciała normalnie pogadać o takich rzeczach, co przed chorobą, [...] nie dasz rady, bo normalnie nie dasz rady myśleć. [...] Co byś chciała powiedzieć, co nawet fajnie wcześniej mówiłaś i opowiadałaś, to nie dasz rady. Osobowość tak ci stłumi, że to jest dramat. A najgorsze są te przeciwpsychotyki. [...] Po piętnastu minutach rozmowy takie grupy neuroleptyków rzucają, że to jest dramat. Nie ma czegoś takiego, że stopniowo, jakoś delikatnie – od razu mi [...] robili format tymi neuroleptykami.

Antypsychiatrzy, mimo swej tendencyjności, zwrócili uwagę na istotne problemy narastające wokół psychiatrii; przede wszystkim przyczynili się do ograniczenia przymusu (leczenia mimowolnego) oraz deinstytucjonalizacji leczenia. Prawdziwym przełomem, na miarę obecnych czasów, może okazać się postpsychiatria, zapoczątkowana piętnaście lat temu manifestem Brackena i Thomasa (2001). Nie jest to kolejna teoria na temat szaleństwa, lecz raczej próba stworzenia przestrzeni dla różnych podejść i nurtów. Zwrot ten doprowadził do zdezwauowania roli „omnipotentnego” psychiatry i umocnił myślenie irrewerentne, polegające na otwartości na racje Drugiego oraz umiejętności dyskusowania z własną

prawdą (Bracken, Thomas, 2001). Takie podejście nadal jednak stanowi raczej wyjątek niż regułę.

Przyszedłem, to mi zmieniali, co chwilę inne leki dostawałem. [...] Na przykład to, co mi dał pół roku temu, jakiś lek – później, za trzy miesiące dał mi coś innego i za następne trzy miesiące, czyli za pół roku od pierwszego, dał mi to samo [...]. Przerzucił, bo on nie wiedział, co mi dać. Normalnie nie miał pomysłu, bo ja miałem milion objawów. [...] Mój pan doktor stwierdził, że mam padaczkę skroniową. Wiesz dlaczego? Bo ja miałem milion objawów depresyjnych, lękowych, psychotycznych, schizofrenicznych. [...] U nas, w Polsce, [...] umieją wypisać: depresję, ChAD i schizę. I tyle, nic więcej. [...] A najlepsze jest, że nieraz przychodzisz z objawami ChAD, a oni ci piszą schizę. [...] Najlepsze, że jeden dałby ci te leki, drugi tamte, trzeci jeszcze inne – no i jak ci to ma pomóc?

Intuicje antypsychiatrów potwierdził klasyczny już eksperyment Rosenhana z 1972 roku, dzięki któremu postpsychiatrzy mogli zacząć się wypowiadać z większą mocą. Eksperyment ten składał się z dwóch części: w pierwszej uczestniczyli asystenci badacza, którym polecono udać się do szpitala psychiatrycznego i symulować halucynacje, natomiast w drugiej – po zapewnieniu ze strony jednego ze szpitali, że u nich tego rodzaju symulowanie zostałoby wykryte – Rosenhan uzgodnił z personelem placówki, że będzie przysyłał do niej fałszywych pacjentów, aby sprawdzić, czy personel zdoła ich zidentyfikować.

W pierwszej części uczestniczyło ośmiu „pacjentów” z różnych grup społecznych, nieprzejawiających problemów ze zdrowiem psychicznym (oprócz symulowania wcześniej wspomnianych halucynacji). Po przyjęciu do szpitala mieli oni zachowywać się normalnie i nie uskarżać już dłużej na wymienione symptomy.

Cała grupa została skierowana do hospitalizacji (siedem osób z diagnozą schizofrenii, jedna – zaburzeń afektywnych dwubiegunowych). Pobyt w szpitalu trwał średnio dziewiętnaście dni (najdłuższy – 52). „Pacjenci” byli opisywani przez personel językiem medycznym – przykładowo, sporządzanie notatek zostało określone jako „kompulsywne pisanie” – natomiast prawdziwi pacjenci słusznie podejrzewali, iż są to osoby prowadzące badania lub dziennikarze. Warunkiem opuszczenia szpitala było przyjmowanie leków przeciwpsychotycznych i zaakceptowanie przez pseudopacjentów, że są chorzy psychicznie.

Publikacja wyników eksperymentu, co zrozumiałe, wzbudziła kontrowersje wśród pracowników placówek zajmujących się leczeniem zaburzeń psychicznych. Rosenhan uzgodnił więc z jednym ze szpitali, że będzie tam wysyłał kolejnych asystentów. Z ogólnej liczby 192 nowych pacjentów za uczestników badania uznano 41 spośród nich, zaś kolejnych 42 o to podejrzewano. W rzeczywistości Rosenhan nie wysłał w tym czasie nikogo (Rosenhan, 1978).

Stwierdzam, że lekarze, z którymi teraz mam kontakt, również mają tendencję do traktowania wszystkiego, o czym mówię, jako objawu psychotycznego.

Choć wystąpienia antypsychiatrów postrzega się najczęściej jako opozycyjne wobec modelu biomedycznego, nie oznacza to bynajmniej, że pewne intuicje zawarte w tych oraz zainspirowanych nimi wypowiedziach są sprzeczne z wiedzą naukową. Kolejny podrozdział ma w zamyśle pokazać, że niektóre ustalenia naukowe, szczególnie z obszaru neuronauk, o ile nie przemieniają się w procesie (nad)

interpretacji w ideologię (taką, jaką może stanowić w pewnych warunkach wyżej wymieniony model), mogą wręcz wspierać tendencje humanizujące w psychiatrii.

LEKI I CO DALEJ?

Abstrahując od problemów pojawiających się już na poziomie diagnozy, współczesne badania jednoznacznie wskazują, iż podawanie leków nie jest jedynym słusznym działaniem w przypadku leczenia zaburzeń afektywnych. Dwa niezależne zespoły badawcze (Brody i in., 2001; Martin i in., 2001) wykazały na przykład, że zarówno stosowanie leków przeciwdepresyjnych (w tym przypadku – odpowiednio – paroksetyny i wenlafaksyny), jak i udana psychoterapia zwiększają metabolizm w tych samych częściach mózgu (korze przedczołowej i lewym płacie skroniowym). Co ważne, w przypadku skutecznej psychoterapii ryzyko powtórzenia się kolejnego epizodu depresyjnego jest mniejsze (Evans i in., 1992). Stosowanie leków przynosi ulgę dwóm trzecim pacjentów, zaś w przypadku niestosowania żadnej terapii po pewnym czasie lepiej czuje się jedna trzecia. Alternatywę mogą też stanowić elektrowstrząsy (metoda zrehabilitowana w latach 70.), szczególnie w przypadku pacjentów z silnymi tendencjami samobójczymi (działanie elektrowstrząsów nie jest trwałe, jednak efekty widoczne są szybciej niż przypadku farmakoterapii i psychoterapii). Podobną skuteczność zaobserwowano w przypadku przezczaszkowej stymulacji magnetycznej (ang. *repetitive transcranial magnetic stimulation*, rTMS). Prowadzone są również badania na temat korzystnego wpływu deprywacji snu oraz modyfikacji cyklu snu i czuwania

na nastrój pacjentów cierpiących na depresję oraz ChAD (Wehr i in., 1998; Ringel, Szuba, 2001; Gillin, Buchsbaum, Wu, Clark, Bunney, 2001).

W przypadku zaburzeń – jak się to obecnie określa – ze spektrum schizofrenii problem jest równie złożony. Nadużywanie substancji psychoaktywnych, takich jak amfetamina, metamfetamina, kokaina, LSD czy fencyklidyna, uszkodzenia kory skroniowej lub przedczołowej, niedobory witaminy C i niacyny, a nawet niewykryte zaburzenia słuchu (szczególnie u pacjentów z podejrzeniem objawów pozytywnych w postaci urojeń) to tylko niektóre z okoliczności mogących przyczynić się do błędnej diagnozy. W przypadku tak zwanej schizofrenii zbyt rzadko stosuje się diagnostykę różnicową, konsekwencje zaś są bardzo poważne. Najpopularniejsze leczenie farmakologiczne opiera się na stosowaniu leków przeciwpsychotycznych, które mają za zadanie blokować receptory dopaminergiczne szlaku mezokortykolimbicznego. Wybiórcze blokowanie neuronów nie jest jednak możliwe, stąd poważne skutki uboczne, między innymi późne dyskinezy (długotrwałe blokowanie transmisji dopaminy w jądrach podstawy prowadzi do nadwrażliwości odnerwieniowej). W przypadku atypowych neuroleptyków (na przykład arypiprazol, olanzapina, kłozapina, kwetiapina) objawy pozapiramidowe nie występują lub występują bardzo rzadko – neuroleptyki te działają krócej lub mniej intensywnie na receptory dopaminergiczne D2, a silniej na D4 oraz receptory serotoninerdyczne 5-HT2 (Kapur i in., 2000; Meltzer, Matsubara, Lee, 1989); co więcej, zmniejszają nie tylko objawy pozytywne, ale i negatywne. Każda z tych substancji powoduje jednak mniej lub bardziej swoiste skutki uboczne, nie tak co prawda przykre jak te będące skutkiem

zażywania neuroleptyków pierwszej generacji, jednak często stanowiące powód skarg pacjentów.

Pokażę ci, co we mnie pakowali. Ile leków we mnie pakowali. Całą aptekę. [...] Jak tam przychodzisz, jak cię diagnozują – piętnaście minut rozmowy i oni wszystko wiedzą. I od razu ładują ci takie leki, jak Haloperidol. [...] Wiesz, co to jest Haloperidol? Nie chciałybyś wiedzieć. [...] Chodzisz poprzesławiany pół roku. [...] Nieraz to reset ci robią, format, jak to nazywam. Chcą wytłumić wszystko, co się w twojej głowie dzieje. [...] Wytłumić w tym sensie, żebyś toki myśli nie miała, natłoku myśli. No, ale strzałem to robią idealnie, tak, jak w horrorach. Chodzisz poprzesławiany. [...] Tak, jeszcze niektórzy to ślinotoku dostają po tych ciężkich psychotropach, takich wiesz, przeciwpsychotycznych, na przykład na schizofrenię [...]. Wiesz, jakbyś weszła do szpitala, to byś się wystraszyła, bo ludzie jak zombie chodzą. Te leki – ja ci powiem, jak one działają. [...] Depersonalizacja i derealizacja, no, fajne rzeczy. W ogóle nie wiedziałem, wiesz, patrzyłem w lustro, w ogóle nie wiedziałem, kim jestem. [...] Tak, jakbym nie był w swoim ciele [...]. Patrzę w lustro. Tak, jakbym wyszedł z siebie, stanął obok i się patrzył na siebie.

Hospitalizacja, oprócz ryzyka związanego z niewłaściwie prowadzonym leczeniem farmakologicznym, dezorganizuje życia pacjenta i negatywnie wpływa na jego funkcjonowanie społeczne.

Wywalczyłam sobie w urzędzie miasta nauczanie indywidualne, mając 24 lata. Przez kuratora szkolnego, ze względu na to, że jestem chora psychicznie, mam problemy edukacyjne, z pamięcią, z koncentracją, mam zdiagnozowaną fobię szkolną. No ale teraz tak: tu miałam propozycję pójścia na 7F, a tu szkoła. No i co mam zrobić? I pan [...] odpowiedział mi: „pani [...], przecież w szpitalu może mieć pani nauczanie indywidualne”. Ja poszłam do ordynatora i mówię: „panie ordynatorze, ale szkoła mi się zaczyna”. No to on mówi do mnie: „proszę pani, albo pani się leczy, albo pani się uczy. Musi pani wybrać”. To ja [...] idę: on mi tak powiedział. To co z tego, że on tak powiedział? Proszę, tu ma pani pismo ode mnie, że pani prosi o nauczanie indywidualne w trakcie

pobytu w szpitalu i wywalczyłam sobie wtedy, oczywiście pan ordynator był bardzo niezadowolony z tego, że ja będę miała to nauczanie indywidualne, ale nie mógł nie pozwolić na to, bo to by było niezgodne z prawem.

Ten lekarz stwierdził, że mam depresję, przepisał mi leki i powiedział, że [...] dobrze byłoby zwolnić się na rok ze szkoły, no i takie ostre leczenie farmakologiczne. [...] Tym mnie po prostu zastrzelił ten lekarz i sobie pomyślałem: „nie chcę tracić roku”. Byłem – jestem czy byłem – w liceum [...], gdzie mieliśmy bardzo dużo wyjazdów, obozów i tak dalej. Te obozy to była super sprawa, przede wszystkim dlatego, że bardzo scalała nasz rok.

Istnieją jednak programy, które dążą do zminimalizowania liczby pobytów w szpitalu i powstrzymania wykluczenia pacjenta ze społeczeństwa. Z badań wiadomo bowiem, że stygmatyzacja zaczyna się nie w momencie zachorowania, lecz w chwili podjęcia leczenia (Dziwota, 2014). Jednym z takich programów jest fiński Open Dialogue, mogący się poszczycić wysoką skutecznością, którego idee krzewi wrocławska Fundacja *Polski Instytut Otwartego Dialogu*. „W pięcioletnich badaniach u 82% badanych nie stwierdzono żadnych rezydualnych symptomów, 86% uczestników powróciło do pełnienia swoich funkcji społecznych, zaledwie 17% pacjentów doznało nawrotów epizodów psychotycznych i jedynie u 21% niezbędne było zastosowanie neuroleptyków na którymś etapie leczenia” (Seikkula i in., 2006; Seikkula, 2013; Błądziński i in., 2014).

Mimo dowodów na porównywalną lub większą skuteczność innych form terapii, w Polsce psychofarmakologia nadal jest szeroko stosowana (szczególnie w szpitalach psychiatrycznych). Zwrot w kierunku tak zwanych dobrych praktyk w służbie zdrowia psychicznego jest

zauważalny, nadal jednak niewystarczający. Problemem jest mentalność lekarzy oraz brak dofinansowania polskiej psychiatrii przez państwo.

W szczytowym momencie przyjmowałem ponad 1000 miligramów leków. Na leki reagowałem nadzwyczaj negatywnie. Co prawda objawy choroby ustąpiły, jednakże skutki uboczne uniemożliwiały mi codzienne funkcjonowanie. [...] Lekarz kompletnie nie reagował na moje sugestie dotyczące farmakoterapii, twierdząc, że takie objawy przy leczeniu są całkowicie normalne, a on nie widzi w tym żadnego problemu.

Kierunkiem pozytywnych zmian wydaje się model psychiatrii środowiskowej (ang.: *community psychiatry*) bazujący na postulatach „humanizmu, dehospitalizacji i deinstytucjonalizacji, środowiskowego systemu opieki i społeczności terapeutycznej, aktywnego udziału pacjenta w procesie terapii oraz przeciwdziałania dyskryminacji i stygmatyzacji” (Zaborska, Rakoczy, 2012, za: Dyga, Stupak, 2014) oraz mało popularne, choć mające poparcie w badaniach i niewymagające dużych nakładów finansowych procedury terapeutyczne, takie jak MBCT (*mindfulness-based cognitive therapy* – terapia poznawcza oparta na uważności), DBT (*dialectical behaviour therapy* – dialektyczna terapia behawioralna) czy ACT (*acceptance and commitment therapy* – terapia akceptacji i zaangażowania). Należy tu również wspomnieć o stosowanej od wielu lat terapii zajęciowej oraz różnych formach terapii grupowej.

Pierwsze, co mi się tam zdarzyło, to obrazy, te namalowane obrazy. Ja jako małe dziecko w ciężkich czasach, jak nie było telewizora, jak byłem chory czy coś takiego, to lubiłem sobie malować takie różne rzeczy. Przeważnie interesowałem się rycerstwem, końmi i tak dalej. Pociągało mnie to, że trzeba być szlachetnym itede. Traktowałem malowanie jako odpoczynek, relaks. Nie miałem co robić, to zaczynałem sobie gryzmolić. Ja nie mam takiej techniki, ja tego po prostu

nie umiałem. Zostawiłem to, bo czas leciał, trzeba było pracować. Dzieciom czasem coś namalowałem. No i w tej psychozie zmusiłem się, żeby coś malować. Namalowałem takiego konia, co stoi na dwóch nogach. Pozwoliło mi to wyjść z psychozy, zacząć realniej patrzeć na ten świat. To zajęcie było czymś, co lubię i co mnie zajmowało. Zacząłem sobie malować różne rzeczy, to, co mi wpadło w oko. Pani terapeutka, która tam jest [...], świetnie do mnie podeszła. Bardzo miła i szczerza kobieta, podejrzewam, że bardzo dobra matka, bo ja też na to patrzę, bo moim bzikiem była zawsze rodzina. Chciałem zawsze stworzyć dobrą i piękną rodzinę, co mi się udało w życiu.

Grupa dała mi olbrzymie wsparcie, wykazała zrozumienie dla moich trudności, a także bezinteresownie mnie zaakceptowała. Co prawda początkowo byłem nastawiony do terapii w sposób negatywny i praca nad sobą sprawiała mi duże trudności. Po pierwsze jednak wcale nie byłem w tym odosobniony, a po drugie zarówno ja, jak i większość, których tam poznałem, oceniła terapię na plus, twierdząc, że pozwoliła im zrozumieć ich problemy, a także zadać sobie pytania między innymi o postrzeganie siebie i swojej choroby. Moje postrzeganie choroby również zmieniło się diametralnie zarówno za sprawą grupy, jak psychoterapii, na którą obecnie uczęszczam. Nie traktuję mojej choroby jak wyroku czy czegoś, po czym nie byłbym w stanie się pozbierać. Przy współcześnie stosowanych formach leczenia z tą chorobą można normalnie funkcjonować. Doskonale wiem, że nie mam żelazem na czole wypalonego słowa „schizofrenik”.

PODSUMOWANIE

Celem niniejszej publikacji nie jest wzbudzenie przekonania, że model psychofarmakologiczny nie jest modelem słusznym, lecz poddanie

refleksji definicji owej „słuszności”. Zdaniem autorów błędem jest rzutowanie własnych przekonań etycznych na pacjenta, sztuką zaś – wspólne odnajdywanie najbardziej użytecznej perspektywy. Wydaje się, że poziom opieki psychiatrycznej w Polsce zmienia się na lepsze, o czym świadczy chociażby większy nacisk, jaki kładzie się na interwencje psychospołeczne, od treningu umiejętności społecznych przez arteterapię po psychoterapię grupową, powstawanie oddziałów dziennych itp. Z drugiej strony nie sposób nie wspomnieć o tak istotnych problemach jak przejawiany przez lekarzy brak zainteresowania funkcjonowaniem społecznym pacjenta (na przykład koszty społeczne przepisowego trzymiesięcznego „leczenia schizofrenii”) czy niechęć do stosowania nowych rozwiązań. Wszystko wskazuje jednak na to, że zmiana mentalności społeczeństwa, szczególnie polityków i profesjonalistów – od psychiatrów przez psychologów, pracowników socjalnych i pielęgniarzy, po sanitariuszy – może te wady minimalizować.

Kolejną istotną kwestią jest przeciwdziałanie stygmatyzacji i wykluczeniu osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi. Dotychczasowe kampanie w niewielkim stopniu przyczyniły się do zmiany postrzegania pacjentów przez społeczeństwo. Mamy jednak nadzieję, że projekty takie jak „Kobierzyn Blżej” pozytywnie wpłyną na obraz chorych oraz zwiększą świadomość osób, dla których problemy psychiczne stanowią tematu tabu lub przysłowiową „czarną magię”.

LITERATURA CYTOWANA:

Błądziński, P., Cechnicki, A., Bogacz, J., Cichocki, Ł. (2014), *Znaczenie Otwartego Dialogu w leczeniu osób chorujących na schizofrenię*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 23 (3), 134–139.

Bracken, P., Thomas, P. (2001). *Postpsychiatry: a new direction for mental health*, *BMJ*, 322 (7288), 724–727.

Brody, A.L., Saxena, S., Stoessel, P., Gillies, L., Fairbanks, L.A., Alborzian, S., Phelps, M.E., Huang, S.-C., Wu, H.-M., Ho, M.L, Ho, M.K., Au, S.C., Madiment, K., Baxter, L. R., Jr. (2001), *Regional brain metabolic changes in patients with major depression treated with either paroxetine or interpersonal therapy*, “*Archives of General Psychiatry*”, 58 (15), 631–640.

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

Dyga, K., Stupak, R. (2014), *Obraz rehabilitacji psychiatrycznej w Polsce*, w: W. Otrębski, G. Wiącek (red.), *Przepis na rehabilitację. Metodologie oraz metody w badaniach i transdyscyplinarnej praktyce rehabilitacyjnej*, 119–133, Lublin: Wydawnictwo KUL.

Evans, M.D., Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Piasecki, J.M., Grove, W.M., Garvey, M.J., Tuason, V.B. (1992), *Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression*, “*Archives of General Psychiatry*”, 49 (15), 802–808.

Gillin, J.C., Buchsbaum, M., Wu, J., Clark, C., Bunney, W., Jr. (2001), *Sleep deprivation as a model experimental antidepressant treatment: findings from functional brain imaging*, “*Depression and anxiety*”, 14 (15), 27–49.

Kapur, S., Zipusky, R., Jones, C., Shammi, C.S., Remington, G., Seeman, P. (2000), *A positron emission tomography study of quetiapine in schizophrenia*, “*Archives of General Psychiatry*”, 57 (15), 553–559.

Kutchins H., Kirk S. (1999), *Making us crazy. DSM: the psychiatric Bible and the creation of mental disorders*, London: Constable

Martin, S.D., Martin, E., Rai, S.S., Richardson, M.A., Royall, R., Eng, C. (2001), *Brain blood flow changes in depressed patients treated with interpersonal psychotherapy or venlafaxine hydrochloride*, “*Archives of General Psychiatry*”, 58(15), 641–648.

Meltzer, H.Y., Matsubara, S., Lee, J.-C. (1989), *Classification of typical and atypical antipsychotic drugs on the basis of dopamine D-1, D-2 and serotonin2 pKi values*, “*Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*”, 251 (15), 238–246.

Ringel, B.L., Szuba, M.P. (2001), *Potential mechanisms of the sleep therapies for depression*, “*Depression and anxiety*”, 14 (15), 29–36.

Rosenhahn, D.L. *O ludziach normalnych w nienormalnym otoczeniu*, w: Jankowski, K. (red.), *Przełom w psychologii*, Warszawa: Czytelnik

Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakagas, K., Keranen, J., Lehtinen, K. (2006), *Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies*, “*Psychotherapy Research*”, 16 (2), 214–228.

Szasz, T. (1961), *The Myth of Mental Illness*, New York: Harper & Row.

Wehr, T.A., Turner, E.H., Shimada, J.M., Lowe, C.H., Barker, C., Leibenluft, E. (1998), *Treatment of a rapidly cycling bipolar disorder patient by using extended bed rest and darkness to stabilize the timing and duration of sleep*, “*Biological Psychiatry*”, 43 (15), 822–828.

SCENARIUSZE SPOTKAŃ

ZAJĘCIA ANTYDYSKRYMINACYJNE DLA MŁODZIEŻY

OPRACOWANIE: AGNIESZKA BONAROWSKA, KATARZYNA WITEK

Zajęcia mają na celu oswojenie młodzieży z tematyką chorób psychicznych, procesu chorowania, postaw wobec osób chorujących i związanych z tymi zagadnieniami stygmatyzacją. Młodzież, która ukończyła szkołę podstawową, znajduje się w okresie kształtowania postaw i poglądów. Charakteryzuje się również otwartością na doświadczenia, wykazuje inicjatywę i jest chętna do współpracy.

ODBIORCY:

młodzież szkół ponadpodstawowych (gimnazjów, liceów, techników).
Sugerowana liczba osób: 10–15.

PROBLEMY, NA JAKIE ODPOWIADAJĄ ZAJĘCIA:

- Stygmatyzacja – między innymi osób chorujących psychicznie.
- Brak zrozumienia przez społeczeństwo perspektywy osób chorujących psychicznie.
- Lęk/strach w odniesieniu do osób chorujących.
- Utarta, niesprawdzona wiedza na temat chorowania.
- Brak edukacji szkolnej w tym zakresie.
- Brak wiedzy nauczycieli na temat chorób psychicznych.

DO ZREALIZOWANIA ZAJĘĆ POTRZEBNE SĄ:

- Duża sala, na przykład gimnastyczna, ewentualnie boisko szkolne.
- Karteczki samoprzylepne.
- Markery.
- Flipchart.
- Krzesła dla uczestników.
- Inne wydrukowane rekwizyty (patrz dalej).

PRZEBIEG ZAJĘĆ:

1. WPROWADZENIE:

Czas trwania: 20–40 min w zależności od stopnia zażyłości między uczestnikami oraz zintegrowania grupy.

Zaprezentowanie celów scenariusza (wymienionych w poprzednim punkcie).

- W przypadku uczestników, którzy się nie znają, proponujemy następujące aktywności:
 1. „Karta poznania się” – uczestnicy otrzymują wydrukowany arkusz z pięcioma lub więcej pytaniami (ramka obok). Każda z osób, chodząc po sali, ma za zadanie zgromadzić jak najwięcej odpowiedzi. Ma na to na celu wzajemne poznanie się uczestników, zintegrowanie grupy oraz przełamanie „pierwszych lodów”.

KARTA POZNANIA SIĘ

- Kto na zajęciach ma taki sam kolor oczu jak Ty?
- Kto na sali posiada w domu zwierzę (jakie)?
- Kto na sali jeździ na nartach, a kto na snowboardzie?
- Kto na sali ma rodzeństwo (jakie), a kto jest jedynakiem?
- Ulubiony kolor.

Pytania podlegają dowolnej modyfikacji

2. W celu zapamiętania nawzajem swoich imion, osoby ustawiają się w kręgu i każdy po kolei mówi, jak się nazywa, podając przy tym najlepiej opisujący go przymiotnik, zaczynający się na tę samą literę co imię, na przykład: kreatywna Kasia. Następnie każdy kolejny uczestnik próbuje przywołać imiona i przymiotniki wypowiedziane przez poprzedników.

Na koniec tej części następuje ustanowienie ogólnych zasad obowiązujących w trakcie trwania spotkania. Najlepiej zapisać je na dużej kartce papieru, która następnie będzie znajdować się w miejscu widocznym dla wszystkich podczas trwania zajęć. Zasady muszą być ustalone i zaakceptowane przez wszystkich. Propozycje: „Nie przerywamy sobie nawzajem”, „nie zdradzamy szczegółów spotkania” itp.).

2. ĆWICZENIE 1 – PRACA W GRUPACH

Uczestników dzielimy na ok. 3 grupy. Każda z nich ma zadanie opracować jedno z trzech następujących zagadnień:

- Czym są choroby psychiczne (jakie znaczenie, jak się przejawiają)?
- Jakie są różnice i analogie pomiędzy chorobą psychiczną a somatyczną (przebieg, leczenie, znaczenie)? Podajcie przykłady.
- Jak osoby chorujące psychicznie są odbierane przez społeczeństwo (przemyslenia, własne doświadczenia)?

Każda grupa pracuje indywidualnie i zapisuje efekty pracy na dużych kartkach papieru. Następnie członkowie grup prezentują je na forum, po czym następuje **dyskusja** mająca na celu zweryfikowanie błędnych informacji (o ile takie się pojawiają). W tym celu zaleca się zapoznanie z literaturą fachową lub konsultację z osobami wykwalifikowanymi. Jeśli prowadzący nie ma odpowiedniego przygotowania, dyskusja może pozostać na poziomie, jaki zaproponuje grupa. Warto wtedy skupić się na przemysleniach i doświadczeniach młodzieży.

W celu ułatwienia przeprowadzenia dyskusji prowadzący może skorzystać z załącznika nr 1.

Przerwa ok. 15 min – obowiązkowa

Jakie są różnice i analogie pomiędzy chorobą psychiczną a somatyczną (przebieg, leczenie, znaczenie)? Podaj przykłady.

CZYM JEST **CHOROBA**? DEFINICJA:

Jak podaje Encyklopedia PWN, choroba to „dynamiczna reakcja ustroju na działanie czynnika (lub wielu czynników) chorobotwórczych prowadząca do zaburzeń naturalnego współdziałania tkanek i narządów, a w następstwie do zaburzeń czynnościowych i zmian w funkcjonowaniu poszczególnych narządów i całego ustroju człowieka”. Oznacza to, że chorobą nie możemy nazwać przejściowego złego samopoczucia, fizycznego lub psychicznego¹.

CZYM JEST **ZABURZENIE PSYCHICZNE** (CHOROBA PSYCHICZNA)?

Zaburzenia psychiczne – ogół zaburzeń czynności psychicznych i zachowania, zwykle będących źródłem cierpienia lub utrudnień w funkcjonowaniu społecznym, które są przedmiotem zainteresowania psychiatrii klinicznej, w tym takich jej działów, jak diagnostyka, leczenie, profilaktyka, badania etiologii i patogenezy².

Klasyfikacja używana w USA: DSM-V. Klasyfikacja obowiązująca w Polsce i Europie: ICD-10. Przykłady chorób opisane wcześniej.

Statystyki: Ponad półtora miliona osób w ciągu roku trafia do szpitali psychiatrycznych (wzrost o około 900 tys. od 1990 do 2004 roku, największy odsetek w Europie). W 2007 roku około 100 tys. osób znalazło się w polskich szpitalach psychiatrycznych z najcięższymi schorzeniami psychotycznymi³.

CZYM SĄ **CHOROBY/ZABURZENIA PSYCHOSOMATYCZNE**? DEFINICJA:

Choroby psychosomatyczne, czyli takie, w których choroba fizyczna została wywołana głównie czynnikami psychicznymi⁴.

1 <http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/choroba;3885838.html>

2 Pużyński S. (red.), *Leksykon Psychiatrii*, PZWL, Warszawa 1993.

3 Załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27.02.2007 r., http://web.archive.org/web/20121223091620/http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/program_npozp_16032007.pdf.

4 Jarosz M., *Co Każdy powinien wiedzieć o chorobach psychicznych*, Wydawnictwo Piątek Trzynastego, Łódź 2004.

Choroby te dzielimy na trzy grupy:

1. Takie, gdzie bezpośrednią przyczyną są bodźce psychiczne, na przykład napięcie, stres: migreny, pewne odmiany otyłości, jadłowstręt psychiczny itd.
2. Takie, gdzie bezpośrednią przyczyną są uprzednie traumatyczne doświadczenia i związane z nimi urazy psychiczne (gwałt, wypadek samochodowy itp.). Do tej grupy zaliczamy m.in. choroby serca, samoistne nadciśnienie tętnicze, wrzody żołądka i dwunastnicy, astmę oskrzelową, różnego rodzaju choroby skóry.
3. Do trzeciej grupy należą takie choroby jak: cukrzyca, nadczynność tarczycy i gościec, w których czynniki psychiczne mogą zaostrzać ich przebieg⁵.

CZYM SĄ ZABURZENIA SOMATOPSYCHICZNE? DEFINICJA:

Zaburzenia somatopsychiczne, czyli takie, w których choroba fizyczna oddziałuje na kondycję psychiczną pacjenta⁶.

Przykłady: wszelkiego rodzaju ciężkie choroby (często nieuleczalne), które ograniczają funkcjonowanie pacjenta i znacząco zmieniają jego dotychczasowe życie, np. nowotwory, amputacje kończyn, porażenia kończyn, epilepsja, uszkodzenia narządów wzroku lub słuchu, niewydolność nerek itp. Mogą prowadzić do zaburzeń psychicznych, takich jak depresja czy zaburzenia lękowe.

Jak widać z powyższych definicji i przykładów, psychika człowieka oraz somatyka (inaczej mówiąc: ciało i umysł) mogą nawzajem na siebie oddziaływać.

Jedyną różnicą, jaką możemy znaleźć pomiędzy chorym somatycznie a chorym psychicznie, jest ta, że choruje ciało, a nie umysł. Natomiast analogii jest znacznie więcej niż różnic:

Bez względu na to, czy dana osoba choruje psychicznie, czy somatycznie:

- udaje się do lekarza w celu otrzymania diagnozy,
- podlega leczeniu szpitalnemu lub ambulatoryjnemu
- bierze odpowiednie leki,
- przychodzi na kontrole,

⁵ Bilikiewicz A., *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.

⁶ *Ibid.*

- podlega różnym procesom i metodom rehabilitacji,
- potrzebuje wsparcia rodziny i otoczenia,
- może (w zależności od rodzaju schorzenia) mieć problemy z powrotem do wcześniejszego funkcjonowania,
- może mieć problemy ze znalezieniem pracy, partnera życiowego, przyjaciół itd.
- cierpi (ból psychiczny jest równie dotkliwy jak ból fizyczny),
- zmienia się pod wpływem choroby,
- stara się sobie z nią radzić na wszelkie sposoby jakie zna.

Ważne jest, aby o tym pamiętać zwłaszcza w kontekście stygmatyzacji, o której traktują te zajęcia.

Podane informacje stanowią **syntetyczny** obraz kliniczny poszczególnych zaburzeń, bazujący głównie na danych z Klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10⁷. W celu dogłębnego zapoznania się z poszczególnymi schorzeniami zaleca się korzystanie z literatury specjalistycznej.

DEPRESJA:

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) aż 350 milionów ludzi na świecie, czyli około 5% całej populacji, cierpi na depresję, a każdego roku liczba ta ulega zwiększeniu.

Do często spotykanych objawów należą:

- Osłabienie koncentracji i uwagi.
- Niska samoocena i mała wiara w siebie.
- Poczucie winy i małej wartości.
- Pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości.
- Myśli i czyny samobójcze.

⁷ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych-rewizja dziesiąta. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius” instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa 200.

- Zaburzenia snu.
- Zmniejszony apetyt.

Epizod depresyjny może występować w trzech postaciach: jako **łagodny**, **umiarkowany** lub **ciężki**. Zależy to od nasilenia poszczególnych objawów oraz od stopnia upośledzenia funkcjonowania społecznego osoby dotkniętej chorobą.

CHOROBA AFEKTYWNA DWUBIEGUNOWA:

W skali globu choruje ok. 60 milionów ludzi (źródło: WHO).

Charakteryzuje się naprzemiennymi zmianami nastroju lub afektu, zazwyczaj w postaci depresji i wzmożenia nastroju. Zmianom tym zazwyczaj towarzyszą zmiany aktywności. Początek poszczególnych faz łączy się z występowaniem sytuacyjnych czynników stresowych.

Wyróżnienie różnych stopni ciężkości zaburzeń może nastręczyć trudności. Przyjęte w klasyfikacji trzy stopnie: łagodne, umiarkowane i ciężkie wynikają z doświadczeni klinicystów, którzy uważają je za użyteczne.

SCHIZOFRENIA:

Cierpi na nią ok. 1,1% populacji (źródło: WHO).

Zaburzenia schizofreniczne cechują się, najogólniej mówiąc, podstawowymi i charakterystycznymi zaburzeniami myślenia i spostrzegania oraz niedostównym i sptyconym afektem.

ZABURZENIA ODŻYWIANIA:

W samych Stanach Zjednoczonych ponad 30 milionów osób w różnym wieku cierpi na zaburzenia odżywiania (źródło: ANAD).

Jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*):

Jest zaburzeniem charakteryzującym się celową utratą wagi wywołaną lub podtrzymywaną przez pacjenta. Pojawia się najczęściej u dziewcząt w okresie pokwitania i młodych kobiet.

Żarłoczność psychiczna (*bulimia nervosa*):

Jest zespołem charakteryzującym się okresowymi napadami obżarstwa i nadmierną koncentracją na kontroli masy ciała.

ĆWICZENIE 2: „KROK W PRZÓD”¹

Każda z osób losuje jedną z „ról” znajdujących się w załączniku nr 2. Jeśli jej nie akceptuje, ma prawo wymienić ją na inną. Warto to zasignalizować na samym początku, tak by każdy czuł się komfortowo.

ZAŁĄCZNIK 2: ROLE

1. Jestem osiemnastoletnią licealistką, choruję na anoreksję.
2. Rozpoczynam studia, mam 20 lat. Choruję na padaczkę.
3. Jestem pięćdziesięcioletnią samotną matką dwójki dzieci. Cierpię na depresję.
4. Mam 48 lat. Pracuję jako nauczyciel w technikum, choruję na cukrzycę.
5. Jestem dwudziestopięcioletnią żoną pracującą w korporacji. Zdiagnozowano u mnie chorobę afektywną dwubiegunową.
6. Mam 30 lat, pracuję jako mechanik. Zdiagnozowano u mnie nowotwór trzustki.
7. Jestem trzydziestopięcioletnim malarzem, od 10 lat cierpię na schizofrenię.
8. Jestem czterdziestoletnim mężczyzną, dwa lata temu miałem wypadek, w którym straciłem nogę.
9. Mam 22 lata, jestem po nieudanej próbie samobójczej. Przerwałem studia i póki co ich nie kontynuuję.
10. Mam 26 lat, po wypadku na nartach doznałam poważnego uszkodzenia czaszki, w wyniku którego jestem sparaliżowana od pasa w dół.
11. Pracuję w sklepie spożywczym, zmagam się ze schizofrenią.
12. Jestem trzydziestoosmioletnim przedstawicielem handlowym, mam problem z alkoholem.
13. Mam 45 lat, od dziecka nie toleruję laktozy.
14. W wieku 52 lat prowadzę własną firmę. Średnio raz na półtora roku trafia do szpitala z powodu epizodów maniакаlnych.
15. Jestem dziewiętnastoletnim gimnazjalistą, mam problemy z agresją i autoagresją.
16. W tym roku zdaję maturę i mam wrodzoną wadę serca.

¹ Ćwiczenie zaczerpnięte z książki *Kompas. Edukacja o prawach człowieka w pracy z młodzieżą* (opracował Janusz Grzemny, Stowarzyszenie dla Dzieci i Młodzieży SZANSA, Centralny Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli, Warszawa 2005).

Następnie uczestnicy proszeni są o znalezienie sobie spokojnego miejsca na sali i „wczucie się” w swoje role. Poproś ich, by zamknęli oczy i w myślach odpowiadali na następujące pytania:

- Jak wyglądało twoje dzieciństwo?
- Jak wygląda teraz twoje życie, jak wygląda twój normalny dzień, co robisz w czasie wolnym?
- Co sprawia ci radość, czego się obawiasz?

Poproś uczestników o otwarcie oczu i ustawienie się w szeregu. Powiedz, że za chwilę będziesz czytać pojedyncze zdania dotyczące różnych sytuacji i zdarzeń. Jeśli uważają, że sytuacja ta ich dotyczy, powinni zrobić krok do przodu. Jeżeli nie – powinni pozostać na miejscu. Odczytuj powoli sytuacje z załącznika 3 jedna po drugiej. Po każdej sytuacji przerywaj na chwilę, aby uczestnicy mogli wykonać ruch i zobaczyć, jak zmienia się ich pozycja w stosunku do innych.

ZAŁĄCZNIK 3

1. Mogę prowadzić samochód.
2. Mam duże grono przyjaciół.
3. W przyszłości mogę założyć rodzinę.
4. Nigdy nie czułam/czułem się dyskryminowany/na z powodu swojej choroby.
5. Moja choroba nie przeszkadza mi w prowadzeniu aktywnego trybu życia.
6. Myślę, że mógłbym/mogłabym zostać prezesem banku.
7. Rzadko zdarza mi się martwić o swoją przyszłość.
8. W swoim dotychczasowym życiu nie byłem często hospitalizowany.
9. Moi znajomi i bliscy wiedzą o mojej chorobie.
10. Nie mam problemu z opowiadaniem o swojej chorobie.
11. Myślę, że w dłuższej perspektywie mogę mieszkać i być zupełnie samodzielny/na.
12. Lubię siebie i swoje życie.

Po odczytaniu ostatniego zdania poproś uczestników, aby się rozejrzeli i zobaczyli, w jakiej konfiguracji znajdują się w stosunku do pozostałych osób. Następnie „odczaruj” ich z ich ról (mogą je z siebie symbolicznie strzepać) i poproś, by powrócili na wcześniejsze miejsca.

Przejdź do omówienia ćwiczenia:

Zapytaj uczestników, co ich zdaniem wydarzyło się w czasie ćwiczenia i jak się czują po jego zakończeniu.

Następnie przejdź do omówienia zagadnień poruszonych w ćwiczeniu.

Pytania:

1. Jak się czuliście, kiedy wykonywaliście krok do przodu, a jak, kiedy musieliście stać w miejscu?
2. Pytanie do tych, którzy często wykonywali krok do przodu: Kiedy zauważyliście, że inni nie poruszają się tak szybko jak wy?
3. Pytanie do tych, którzy najrzadziej wykonywali krok do przodu: Jak się czuliście, widząc, że inni się oddalają?
4. Teraz odkryjmy, jakie role miał każdy z was, i omówmy je.
5. Czy odgrywanie roli było dla was trudne czy łatwe? W jaki sposób stworzyliście w wyobraźni osobę, którą mieliście odegrać? Skąd czerpaliście informacje (własna wiedza, własne doświadczenia, media)?
6. Jakie widzicie odniesienia do naszego społeczeństwa? Czy faktycznie osoby cierpiące na jedne choroby są inaczej traktowane i mają inne szanse życiowe niż te cierpiące na inne choroby? Jakie to są choroby?

7. Czy myślicie, że takie nierówności spowodowane jedynie cierpieniem na jakąś chorobę, są sprawiedliwie? Uprawnione?
8. Co można by zmienić, żeby wyrównać szanse? Poprawić jakość życia osób cierpiących na... (uzupełnienie zdania zależy od tego, z jaką jednostką chorobową uczestnicy zostawali z tyłu).

Powyżej podano przykładowe pytania mające ułatwić prowadzenie dyskusji. Oczywiście w trakcie ćwiczenia i późniejszej dyskusji mogą pojawić się inne wątki, które będą warte uwagi. Nie sposób przewidzieć, jak poszczególne grupy uczestników zachowają się podczas ćwiczenia.

ZAKOŃCZENIE:

Po przeprowadzeniu wszystkich ćwiczeń zapytaj uczestników o ich refleksje dotyczące spotkania. Możesz zapytać, „z czym wychodzą”.

PRZECIWDZIAŁANIE STEREOTY POM I UPRZEDZENIOM ZWIĄZANYM Z CHOROBA PSYCHICZNA. WARSZTATY DLA RÓŻNYCH GRUP ODBIORCÓW

OPRACOWANIE: WERONIKA CHODACZ

Ćwiczenia zawarte w scenariuszu były testowane podczas cyklu czterech czterogodzinnych warsztatów w Szpitalu im. Babińskiego. Scenariusz może być wykorzystany w całości, można też użyć jednego ćwiczenia lub na jego podstawie włączyć tematykę wykluczenia ze względu na chorobę psychiczną do warsztatu antydyskryminacyjnego.

MIEJSCE:

sala z możliwością pracy warsztatowej.

ODBIORCY:

osoby dorosłe z doświadczeniem i bez doświadczenia choroby psychicznej (maksymalna liczebność grupy: 16 osób).

CELE:

- uwrażliwienie uczestniczek i uczestników na tematykę dyskryminacji ze względu na chorobę psychiczną,

- nabycie podstawowej wiedzy na temat wykluczenia ze względu na chorobę psychiczną,
- identyfikacja stereotypów i uprzedzeń, nabycie umiejętności reagowania na nie.

PROPONOWANE ĆWICZENIA

1. WPROWADZENIE.

Poznanie się uczestniczek i uczestników. Ćwiczenia na przełamanie lodów.

W ćwiczeniu zwróć uwagę na to, by uczestnicy znaleźli cechy, które ich łączą. Można na przykład podzielić grupę na trzy- lub czteroosobowe zespoły i poprosić, by każdy zespół namalował swój portret grupowy.

2. KONTRAKT

Jak mówić o osobach z chorobami psychicznymi?

Podczas tworzenia kontraktu poświęć czas na ustalenie, jak mówić o osobach chorujących psychicznie². Warto unikać zwrotu „osoby chore” i zamiast niego używać takich określeń, jak „osoby z chorobą”, „osoby chorujące”, „osoby zdrowiejące”, gdyż choroba nie jest jedyną i trwałą cechą określającą takiego człowieka, a opinia, że nie można do końca wyleczyć się z choroby psychicznej, jest jednym z rozpowszechnionych nieprawdziwych przekonań.

² W czasie naszych warsztatów okazało się, że osoby leczone się w szpitalu irytowały się, gdy ktoś używał określenia „pacjenci”. Zaproponowane przez nas określenie „osoby z diagnozą” zostało natomiast uznane za „brzmiące sztucznie” i nieprecyzyjne. Ostatecznie umówiliśmy się, że będziemy mówić o „osobach z chorobą”.

3. STEREOTYPY, UPRZEDZENIA, DYSKRYMINACJA

Część 1

Podziel uczestniczki i uczestników na dwu-, trzyosobowe zespoły i poproś, by zastanowili się, jakie są ich cechy wspólne jako grupy i czy wspólnie reprezentują jakąś szerszą zbiorowość (np. mężczyzn, kobiet, osób młodych). Poproś, by wypisali:

- z jakimi przekonaniemmi się spotykają,
- jakie oczekiwania ludzie żywią wobec nich jako członków grupy,
- jakie działania są wobec ich grupy podejmowane.

Omówienie

Po zaprezentowaniu wyników prac przez grupy zapytaj uczestniczki i uczestników, jak się czuli, wykonując ćwiczenie, czy czegoś się dowiedzieli, czy coś ich zaskoczyło. Na podstawie wyników prac możesz wprowadzić pojęcia stereotypu, uprzedzenia i dyskryminacji³. Zapytaj grupę, jak radzić sobie z tymi zjawiskami. Propozycje omawiaj i zapisuj.

Część 2. Jak sobie radzić?

Poproś uczestniczki i uczestników, by wrócili do swoich grup i by każda z osób wybrała sobie jeden z zapisanych wcześniej przykładów stereotypu, uprzedzenia lub sposobu dyskryminacji, a następnie w grupie spróbowała na niego zareagować. Wnioski podsumujcie na forum.

³ Możesz skorzystać z pojęcia łańcucha dyskryminacji opisanego w podręczniku *Edukacja antydyskryminacyjna* pod redakcją Mai Branki i Dominiki Cieślakowskiej, wydanym przez Stowarzyszenie Willa Decjusza.

4. OBRAZ OSOBY Z CHOROBAŁĄ. IDENTYFIKACJA STEREOTYPOW

Podziel uczestniczki i uczestników na grupy i przekaz im materiały (lista artykułów znajduje się w załączniku). Poproś grupy o stworzenie jak najbardziej szczegółowego obrazu osoby z chorobą i otaczającego ją świata.

Możesz zadać im pytania pomocnicze:

1. jakie cechy osoby z chorobą/zaburzeniami psychicznymi wyłaniają się z tekstów?
2. jakie są przyczyny choroby/zaburzeń?
3. czym charakteryzuje się otoczenie osoby z chorobą?

Omówienie

Zapytaj uczestników, co sądzą o otrzymanych tekstach i jak zareagowali na podane w nich informacje. Zastanówcie się, jakie stereotypy na temat osób z chorobami psychicznymi są rozpowszechniane w mediach oraz czy i w jaki sposób upowszechnianie ich może prowadzić do dyskryminacji tej grupy. Warto również zwrócić uwagę na stereotypy dotyczące rodzin osób z chorobą. Istnieje wiele utrwalonych, uproszczonych przekonań na temat przyczyn chorób psychicznych, których powodem ma być otoczenie chorujących⁴.

⁴ Rzetelne omówienie koncepcji i przyczyn chorób psychicznych znaleźć można na przykład w książce *Przecież ja nie zwariowałem. Pierwszy kryzys psychiczny* pod redakcją F.M. Starka, F. Bremerera i I. Esterera, wydanej przez Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2002.

5. NIGDY WIĘCEJ NIE CHCĘ SŁYSZEĆ...

W końcowej części warsztatów napisz na tablicy zdanie „Nigdy więcej nie chcę słyszeć”, a następnie poproś uczestników i uczestniczki, by dokończyli je na kartkach, z których możecie stworzyć plakat.

PRZYKŁADOWE ARTYKUŁY DO ANALIZY

1. M. Rolecki, *Zaburzenia psychiczne są ceną za kreatywność*, wyborcza.pl
2. S. Czerwiński, *Alkoholizm jest chorobą*, adonai.pl.
3. A. Krasuska, *Kobiety alkoholizm. Kobieta w alkoholowej pułapce*, poradnikzdrowie.pl.
4. *Znane Polki, które opowiedziały o piekle depresji i nerwicy*, kobieta.onet.pl.

GRA TERENOWA

OPRACOWANIE: MARZENA LELEK-KRATIUK, MARTA RYŚ

Gra według opisanego w poniższym konspekcie scenariusza została zrealizowana na terenie zespołu szpitalno-parkowego im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie (Kobierzynie) za zgodą władz placówki.

W przedsięwzięciu wzięli udział studenci (głównie psychologii) oraz osoby z doświadczeniem choroby psychicznej.

Przeprowadzona gra spotkała się z dużym zainteresowaniem uczestników, jako przykład niestandardowej relacji adeptów zawodów pomocowych i osób borykających się z problemem choroby psychicznej.

Etapy przygotowania gry, zamieszczone w dalszej części, stanowią jedynie ogólny schemat, który powinien zostać dostosowany do indywidualnych potrzeb organizatorów oraz potencjalnych uczestników, a także możliwości przestrzennych (park, placówka szpitala itp.). Gra polega na odnajdywaniu i rozwiązywaniu zagadek ukrytych na wybranym przez organizatorów terenie w grupach czteroosobowych.

Przygotowanie oraz realizacja gry wymaga współpracy przedstawicieli środowiska akademickiego oraz pracowników ośrodków leczenia psychiatrycznego.

UCZESTNICZY (DWIE GRUPY)

Studenci kierunków przygotowujących do wykonywania zawodów pomocowych (np. praca socjalna, psychologia, pielęgniarstwo, pedagogika, medycyna).

Pacjenci oddziałów dziennych, oddziałów zamkniętych (za zgodą lekarzy prowadzących lub terapeutów) lub inne osoby z doświadczeniem choroby psychicznej, które wyrażą chęć udziału w grze.

POTRZEBY, NA JAKIE ODPOWIADA GRA

Jednym z głównych problemów absolwentów kierunków pomocowych jest poczucie braku przygotowania do kontaktu z przyszłymi beneficjentami ich usług. Wśród studentów często istnieje przekonanie, że są wyposażeni w wiedzę teoretyczną, która nie przekłada się na umiejętności praktyczne. Z kolei pacjenci szpitali psychiatrycznych mogą odczuwać niemoc w zderzeniu z instytucją totalną, jaką jest szpital psychiatryczny, oraz z problemem tabu społecznego związanego z chorobą psychiczną. W odpowiedzi na te potrzeby powstał pomysł zorganizowania gry terenowej w oparciu o wspomnienia osób z doświadczeniem chorowania. Forma ta umożliwia nabycie nowej wiedzy podczas znakomitej zabawy. Zarówno studentom, jak i pacjentom pozwala wejść w niestandardową relację poprzez odwrócenie ról – funkcję specjalistów przyjmują osoby z diagnozą, ponieważ to ich wspomnienia są podstawą konstrukcji wskazówek. Zadania na trasie gry wyzwalały w graczach kreatywność, uczy przełamywać stereotypy i doskonaliły umiejętność współpracy.

CELE

Cel nadrzędny podejmowanych działań:

- rozwijanie naturalnej relacji współpracy pomiędzy studentami i osobami dotkniętymi chorobą psychiczną.

Cel szczegółowy dla studentów:

- wzrost poczucia pewności siebie w kontakcie z potencjalnymi beneficjentami ich działań zawodowych.

Cel szczegółowy dla osób z diagnozą:

- wzrost przekonania o wartości własnych doświadczeń związanych z chorowaniem, co pozwala na podnoszenie jakości pomocy uzyskiwanej przez chorych ze strony specjalistów.

KORZYŚCI

Korzyści dla studentów:

- doświadczenie spotkania z osobą z diagnozą i możliwość poznania historii osób z chorobą,
- rozwijanie umiejętności nawiązywania i podtrzymywania kontaktu z pacjentami szpitali psychiatrycznych,
- przełamanie osobistych barier i ewentualnych stereotypów związanych ze zjawiskiem choroby psychicznej,
- umożliwienie wykorzystania w praktyce wiedzy związanej z umiejętnościami interpersonalnymi oraz zjawiskiem choroby psychicznej zdobytej w trakcie studiów.

Korzyści dla osób z diagnozą psychiatryczną:

- przełamanie ewentualnych lęków związanych z kontaktem z drugim człowiekiem,
- rozwijanie poczucia sprawstwa w obszarze przeciwdziałania zjawisku stygmatyzacji osób chorych psychicznie.

ETAPY PRZYGOTOWANIA GRY

1. SPOTKANIE ORGANIZACYJNO-INTEGRACYJNE UCZESTNIKÓW

Praca nad grą terenową powinna być poprzedzona przynajmniej jednym spotkaniem, podczas którego osoby biorące udział w projekcie poznają jego założenia. Celem takiego spotkania jest również integracja uczestników oraz poznanie ich oczekiwań związanych z udziałem w projekcie. Z takiego spotkania uczestnicy powinni wyjść z przekonaniem, że wiedzą, w jakim projekcie biorą udział, co i kiedy będzie w nim realizowane, a przede wszystkim jakie są ich zadania i w jakim celu będą je wykonywać. Integracja może przebiegać w dowolnej formie, zależnej od kreatywności i możliwości organizatorów – najważniejsze jest, by dać uczestnikom możliwość zrobienia czegoś wspólnie. Może to być więc przeprowadzenie prostych gier integracyjnych albo wspólne przygotowanie i zjedzenie kolacji.

Przykładowy plan spotkania:

1. Omówienie celów projektu.
2. Zebranie oczekiwań uczestników.
3. Przedstawienie planu działania.
4. Integracja grupy.

2. ZEBRANIE I (W MIARĘ MOŻLIWOŚCI) NAGRANIE NA DYKTAFON WSPOMNIEŃ ZWIĄZANYCH Z CHOROBAŁ PSYCHICZNĄ

Gra terenowa bazować ma na wspomnieniach dotyczących chorowania. Sposób ich zbierania jest dowolny. W naszym projekcie przeprowadziliśmy

wywiady biograficzne, dzięki którym pozyskaliśmy związane z chorobą psychiczną historie życia uczestników. Przeprowadzenie takiego wywiadu jest jednak bardzo czasochłonne.

Osoby opowiadające o swoich doświadczeniach będą czuły się bardziej komfortowo, jeśli wywiad przeprowadzi *face to face* jedna osoba. Forma zwierzeń na forum całej grupy nie wydaje się właściwa. Ważne jest zadbanie o warunki, które pozwolą rozwijać się relacji opartej na zaufaniu. Czas rozmowy nie powinien być sztywno ograniczony, a sam wywiad można podzielić na kilka spotkań.

Do przygotowania zadań, które zostaną wykorzystane w grze terenowej, potrzebne będą transkrypcje lub jak najdokładniejsze notatki z rozmów, dlatego warto je nagrywać. Należy jednak pamiętać, żeby zapytać rozmówcę o zgodę na nagrywanie.

Przykładowy plan działań:

1. Uczestnicy dobierają się w pary (preferowany układ: student – osoba z doświadczeniem choroby psychicznej).
2. Przeprowadzenie wywiadu (rozmowy) w dogodnym dla uczestników czasie i miejscu.
3. Spisanie wspomnień.

3. SPOTKANIE PRZYGOTOWUJĄCE DO GRY TERENOWEJ

Po zgromadzeniu wystarczającej ilości wspomnień koniecznych do przygotowania zagadek i zadań w grze terenowej, należy zorganizować

spotkanie poświęcone dokładnemu opracowaniu treści gry. Uczestników można podzielić na grupy czteroosobowe (dwóch studentów, dwie osoby z doświadczeniem choroby). Każda grupa ma za zadanie opracować instrukcję gry terenowej – od zasad po konkretne zadania, jakie będą mieli do wykonania uczestnicy. Na tym etapie pomocny może się okazać scenariusz przygotowany w ramach naszego projektu.

UWAGA! Możliwie są dwa warianty przygotowania i przeprowadzenia gry. W pierwszym grupy przygotowują zabawę dla siebie nawzajem (powstaje więc kilka różnych scenariuszy). W drugim wszyscy uczestnicy przygotowują jedną grę dla zaproszonych przez siebie gości.

Przykładowy plan spotkania:

1. Podział uczestników na grupy (preferowany układ to 4 osoby: dwóch studentów, dwie osoby z doświadczeniem choroby).
2. Opracowanie zasad przeprowadzenia gry i ustalenie terminu jej realizacji.
3. Przygotowanie zestawu zagadek w oparciu o załączony (przykładowy) scenariusz gry.

4. PRZEPROWADZENIE GRY TERENOWEJ

Na samym początku powinien zostać podany dokładny czas zakończenia gry i ogłoszenia zwycięzców. Następnie na ustalonym obszarze drużyny chowają zagadki, które pozostali uczestnicy muszą odnaleźć i rozwiązać.

5. EWALUACJA PRZEPROWADZONYCH DZIAŁAŃ

Po zakończeniu działań następuje spotkanie podsumowujące. Warto poświęcić czas na zebranie wrażeń uczestników i zastanowienie się nad tym, na ile udało się zrealizować postawione w projekcie cele, a także na wspólne świętowanie zakończenia projektu. Takie spotkanie może mieć formę warsztatu, podczas którego każdy ma możliwość podzielenia się swoimi przemyśleniami na temat udziału w pracy nad grą terenową. Aby ułatwić to zadanie uczestnikom, zamiast wypowiedzi na forum można zastosować metody takie jak rysunek lub praca w grupach.

WSKAZÓWKI

1. Zadania w grze powinny być sformułowane prostym, zrozumiałym językiem, ale jednocześnie nie powinny być zbyt proste, tak by uczestnicy mieli satysfakcję z główkowania nad ich rozwiązaniem (warto zaprezentować zagadki osobom trzecim).
2. Scenariusz(e) gry należy przygotować w taki sposób, by wszyscy uczestnicy czuli się w niej wygranymi. Lepiej postawić na współpracę niż na rywalizację.
3. Dla uczestników atrakcyjna jest różnorodność formy zagadek – nie tylko pod względem merytorycznym, ale również gatunkowym. Zadania sprawnościowe można połączyć z artystycznymi,

szybkościowymi czy związanymi z wiedzą na dany temat, natomiast zadania zespołowe z indywidualnymi. Należy zadbać o to, by uczestnicy przy okazji wykonywania zadań weszli w interakcję ze społecznością miejsca, w którym będzie realizowana gra. Jeżeli spontaniczne spotkania są utrudnione lub niemożliwe, warto zaprosić przedstawicieli tej społeczności do udziału w grze (np. w roli osób, które przekazują zadania do wykonania).

4. Planując grę, dobrze jest dokładnie zbadać teren i wszystkie miejsca, w których chcemy umieścić zagadki. Jeśli gra będzie odbywać się np. na terenie szpitala (tak jak w naszym przypadku), warto rozważyć ukrycie zagadek na oddziałach, których ordynatorzy wyrażą na to zgodę, i poinformować o tym pracowników tych oddziałów. Wizyta na oddziale jest wartościowym przeżyciem dla studentów.
5. Przed rozpoczęciem gry dobrze jest przeprowadzić pilotaż (przejście trasy gry). Czas gry powinien być dostosowany do liczby zadań. Lepiej dać uczestnikom za dużo niż za mało czasu.
6. Jeżeli kilka zespołów będzie grało w tym samym czasie, należy zadbać o to, żeby zespoły nie spotykały się w punktach, w których mają zadania do rozwiązania. Najlepiej ułożyć pytania w różnej kolejności dla każdej drużyny i pamiętać o dostosowaniu poziomu trudności do możliwości oraz tempa uczestników gry.

7. Warto położyć mocny akcent na spotkania poprzedzające grę. Z naszych doświadczeń wynika, że kontakt z osobami borykającymi się z chorobą psychiczną ma największą wartość dla studentów. Tym pierwszym natomiast pomaga w budowaniu relacji zaufania i atmosfery bezpieczeństwa, zachęcając do udziału w grze.
8. Trudno spełnić wszystkie oczekiwania studentów związane z kontaktem z osobami chorymi psychicznie ze względu na to, że pracujemy z ludźmi, nie z przypadkami do zanalizowania. Naszą główną troską powinno być dobro osób z doświadczeniem choroby psychicznej, ponieważ tylko wtedy unikniemy uprzedmiotowienia chorych.

INSTRUKCJA DO GRY WYKORZYSTANA W SZPITALU IM. DR. J. BABIŃSKIEGO

Gra terenowa Kobierzyn Bliżej pozwala lepiej poznać teren Szpitala Specjalistycznego im. dr. J. Babińskiego i jego historię opowiedzianą przez pacjentów oraz osoby tam pracujące. Zaprojektowana została z myślą o studentach kształcących się do wykonywania zawodów pomocowych, a jej celem jest umożliwienie spotkania i poznania historii osób z doświadczeniem choroby psychicznej.

Gra polega na odnajdywaniu oraz rozwiązywaniu zagadek ukrytych na terenie szpitala w grupach trzy- lub czteroosobowych.

ROZPOCZĘCIE GRY

Każda grupa uczestników otrzymuje pakiet materiałów: plik wspomnień, kartę odpowiedzi i mapę.

- Plik wspomnień – to fragmenty wywiadów z osobami, które leczyły się w Kobierzynie, oraz pracowników szpitala. Pozyskano je w ramach projektu *Kobierzyn bliżej. Przeciw stygmatyzacji chorujących psychicznie.*
- Karta odpowiedzi – karta, na którą uczestnicy nanoszą rozwiązania zadań i którą po wypełnieniu oddają organizatorom.
- Mapa – mapa szpitala w Kobierzynie.

Poza tym uczestnicy otrzymują również numer telefonu do organizatorek, by w razie potrzeby poprosić o pomoc.

PRZEBIEG GRY I ZADANIA

Czas na rozwiązanie wszystkich zagadek to półtorej godziny. Uczestnicy mają do wykonania siedem zadań. Każda z grup wykonuje je w innej kolejności (wymieszana kolejność na karcie odpowiedzi), aby zminimalizować prawdopodobieństwo spotkania się grup na trasie gry.

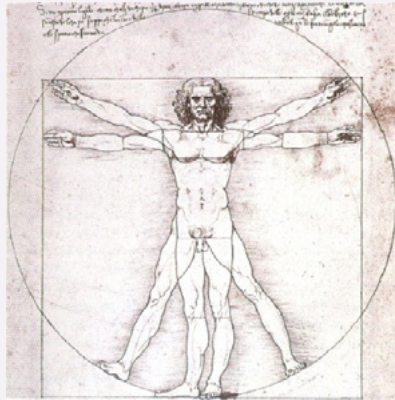
ZADANIA Z PRZEPROWADZONEJ PRZEZ NAS GRY

ZADANIE 1. Jak został przedstawiony oddział 7f na ilustracji powieszony na gazetce oddziałowej?

ZADANIE 2. Odgadnijcie, jaka piosenka najlepiej oddawała atmosferę oddziału 7. Podajcie tytuł i wykonawcę.

ZAGADKA 3. Dopiszcie kolejne cztery wersy wiersza na cześć pani doktor ze skołtunionymi włosami i wymyślcie do niego linię melodyczną. Całość utworu zaprezentujcie „pani doktor”.

ZAGADKA 4. Z czym pacjentowi kojarzy się ta ilustracja?



ZAGADKA 5. Dowiedz się, jak nazywało się miejsce, w którym znajdowała się niecenzurowana książka pamiątkowa.

ZAGADKA 6. Z czym wiązało się „przydzielenie dyżuru do ogrodu”?

ZAGADKA 7. Spisz z tablicy pamiątkowej imię i nazwisko pewnej pacjentki.

ZAKOŃCZENIE GRY

Gra kończy się w momencie, kiedy wszystkie drużyny oddadzą organizatorom wypełnione karty odpowiedzi. Zwycięzcą jest ta grupa, której uda się wykonać poprawnie najwięcej zadań i dostarczyć uzupełnioną kartę odpowiedzi w najszybszym czasie.

SPOTKANIE WSPIERAJĄCE DLA BLISKICH OSÓB Z CHOROBA

SCENARIUSZ STWORZYLI: JACEK PELCZAR, PAWEŁ PODGÓRSKI,
ADAM PORANEK

OPRACOWANIE TEKSTU: WERONIKA CHODACZ

Celem spotkania jest ułatwienie uczestniczkom i uczestnikom, szczególnie niemającym doświadczenia z chorobą, odnalezienia się w nowej, trudnej sytuacji, gdy bliska im osoba rozpoczyna leczenie w szpitalu psychiatrycznym. O ile osoby chorujące podczas hospitalizacji uzyskują kompleksową pomoc, o tyle ich bliscy pozostają bez wsparcia, z dużą liczbą pytań i wątpliwości.

MIEJSCE:

dienne oddziały szpitalne, zespoły leczenia środowiskowego, środowiskowe domy samopomocy oraz inne placówki, które kierują wsparcie do otoczenia chorujących psychicznie.

ODBIORCY:

bliscy osób z chorobą, zwłaszcza te osoby, które pierwszy raz mają styczność ze szpitalem psychiatrycznym.

PROWADZENIE:

osoba z doświadczeniem choroby psychicznej oraz moderator/ka wspomagająca rozmowę.

PRZEBIEG SPOTKANIA

1. Otwarcie, prezentacja osób uczestniczących, określenie ram czasowych, ustalenie zasad dyskusji.
2. Krótka historia osoby prowadzącej z uwzględnieniem doświadczenia hospitalizacji.
3. Pytania, dyskusja, wymiana doświadczeń i informacji.
4. Podsumowanie, zamknięcie spotkania.

PYTANIA, JAKIE MOGĄ POJAWIĆ SIĘ NA SPOTKANIU

1. Jak wygląda życie w szpitalu?
2. Jaka jest procedura leczenia? Co się dzieje po kolei?
3. Jakie leki otrzymuje osoba chora? Dlaczego są zmieniane?
4. Czy jemu/jej nie dzieje się krzywda w szpitalu?
5. Kiedy wyjdzie?
6. Czy/kiedy jej/jego stan się poprawi?
7. Dlaczego to go/ją spotkało?

NA CO WARTO ZWRÓCIĆ UWAGĘ?

Zastanów się wcześniej, jak odpowiedzieć na powyższe pytania, ponieważ, jak wynika z doświadczeń uczestników projektu *Kobierzyn bliżej*, często są zadawane.

Bardzo ważne jest wyznaczenie granic tematycznych spotkania i podkreślenie, że osoby prowadzące nie są lekarzami. Uczestnicy i uczestniczki mogą mieć wiele pytań o charakterze ściśle medycznym, dotyczących na przykład farmakoterapii. Jeśli nie znasz na nie odpowiedzi, przyznaj to,

by nie wprowadzać ich w błąd. Celem spotkania jest wsparcie i wymiana doświadczeń, a nie pozyskanie wiedzy specjalistycznej. Gdy pojawi się potrzeba uzyskania informacji o charakterze ściśle medycznym, warto rozważyć zaproszenie lekarza psychiatry na kolejne spotkanie.

ZATRUDNIENIE A ZMAGANIA Z CHOROBA PSYCHICZNĄ. SPOTKANIA OSÓB ZDROWIEJĄCYCH Z EKSPERT(K)AMI RYNKU PRACY

SCENARIUSZ STWORZYLI I TESTOWALI: HALINA BONAROWSKA,
WIESŁAW STAROWICZ, LESZEK ZIĘCINA

OPRACOWANIE TEKSTU: WERONIKA CHODACZ

Przyczyną powstania scenariusza był brak wiedzy na temat systemu zabezpieczenia społecznego u osób zdrowiejących, które rozważają podjęcie zatrudnienia. Spotkanie skierowane jest do osób z doświadczeniem choroby psychicznej. Uczestniczą w nim także eksperci w zakresie zatrudnienia i pomocy społecznej (w naszym przypadku byli to pracownicy socjalni).

MIEJSCE:

przestrzeń, gdzie na co dzień spotykają się odbiorcy: oddział dzienny szpitala, środowiskowy dom samopomocy, poradnia zdrowia psychicznego, ośrodek pomocy społecznej itp.

UCZESTNICY:

osoby zdrowiejące, leczone się na oddziałach dziennych lub w poradniach zdrowia psychicznego, uczestniczące w spotkaniach ŚDS, grup samopomocowych itp., zainteresowane tematyką zatrudnienia.

PROWADZENIE:

osoby z doświadczeniem choroby psychicznej, pielęgniarki, psychologowie oraz zaproszeni goście (zależnie od potrzeb informacyjnych grupy: pracownicy socjalni, przedstawiciele PUP, pośrednicy pracy).

PROBLEMY, NA JAKIE ODPOWIADA SPOTKANIE

- brak aktualnej wiedzy osób zdrowiejących na temat systemu zabezpieczenia społecznego,
- negatywne stereotypy i autostereotypy dotyczące zatrudnienia osób z doświadczeniem choroby psychicznej.

CELE

- nabycie aktualnej wiedzy na temat zatrudnienia i świadczeń socjalnych,
- rozwianie wątpliwości i obaw związanych z podjęciem zatrudnienia przez osobę zdrowiejącą,
- wspólne radzenie sobie z negatywnymi stereotypami i uprzedzeniami, wymiana doświadczeń,
- pomoc w sformułowaniu i weryfikacji planów zawodowych po doświadczeniu psychoterapii.

PRZYGOTOWANIE

Przed spotkaniem warto przeprowadzić sondaż w grupie docelowej, by dowiedzieć się, jakie tematy są istotne dla uczestników i uczestniczek, jakie informacje chcieliby pozyskać, na jakie pytania otrzymać odpowiedź. Zebrane dane przekaz zaproszonym gościom, by mogli przygotować prezentację. Warto zadbać o poczęstunek dla uczestników i zapewnienie im ciepłych napojów, które podczas spotkania pomogą stworzyć przyjazną atmosferę. Przygotuj się na to, że na początku grupa może być nieśmiała i spięta. Poproś wszystkie osoby, by się przedstawiły.

RAMY SPOTKANIA

1. Wprowadzenie: przedstawienie się uczestników, ustalenie celu i zasad spotkania, zakreślenie ram czasowych.
2. Prezentacja ekspertów na wybrany temat.
3. Pytania uczestników, dyskusja, wymiana doświadczeń (warto zawnazu przygotować listę przykładowych pytań na wypadek, gdyby początkowo grupa nie chciała ich zadawać).
4. Podsumowanie. Ustalenie, w jakim stopniu spotkanie zaspokoilo potrzeby informacyjne osób uczestniczących, określenie tematów ewentualnych kolejnych spotkań.

PRZYKŁADOWE TEMATY PORUSZANE NA SPOTKANIU

- W jakich sytuacjach związanych z podjęciem pracy świadczeniobiorca utraci świadczenia?
- Jakie przywileje przysługują osobom z niepełnosprawnościami przy zakładaniu działalności gospodarczej?

- Przestrzeganie praw pracowniczych w Zakładach Pracy Chronionej.
- Łamanie Kodeksu pracy w stosunku do osób leczonych psychiatrycznie. Jak reagować w sytuacjach problemowych? Szanse na bezpłatną pomoc prawną.
- Jakie są możliwości zmiany zawodu? (Dostępne szkolenia, sieci doradztwa zawodowego, kursy zawodowe, programy aktywizacji zawodowej).
- Stosunek pracodawców do osób chorujących psychicznie, panujące stereotypy.
- W jaki sposób informować pracodawcę o swojej chorobie psychicznej? Czy i jak sformułować taki komunikat?
- Jak postępować w przypadku, gdy ma się orzeczenie z ZUS, w którym podana jest informacja o rodzaju niepełnosprawności?
- Spółdzielnie socjalne a rehabilitacja społeczno-zawodowa, wsparcie w klubach integracji społecznej.

