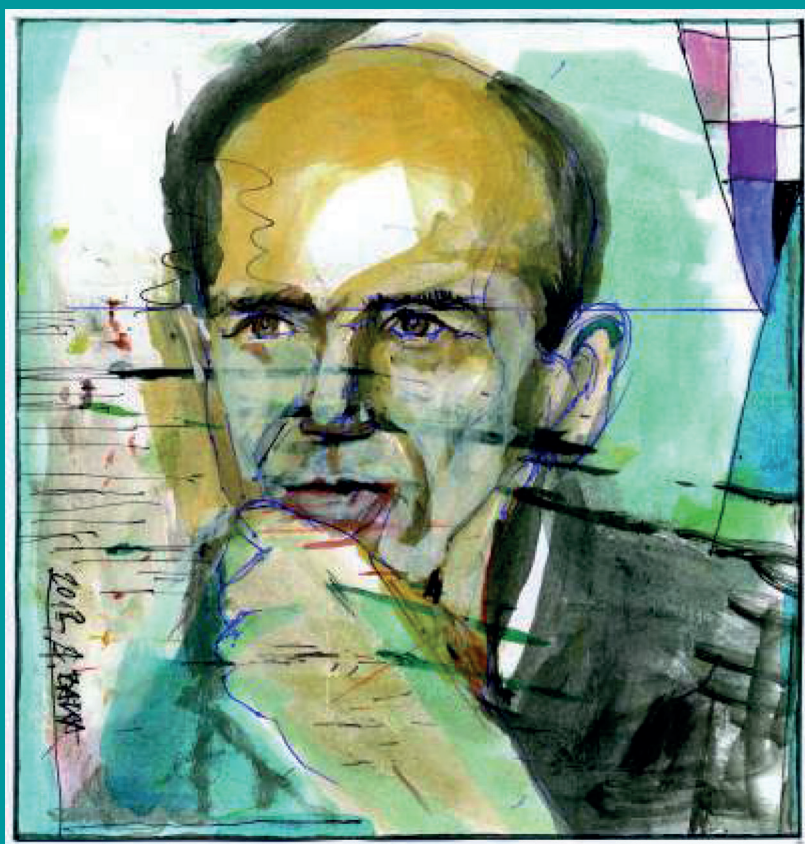


UMACNIANIE I ZDROWIENIE

CONTRA SPEM SPERO

pod redakcją

Anny Liberadzkiej, Andrzeja Cechnickiego i Michała Piętniewicza



Profesor Antoni Kępiński in memoriam

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

UMACNIANIE I ZDROWIENIE

UMACNIANIE I ZDROWIENIE

CONTRA SPEM SPERO

pod redakcją

Anny Liberadzkiej, Andrzeja Cechnickiego i Michała Piętniewicza

Profesor Antoni Kępiński in memoriam

RECENZENCI

prof. dr hab. Józef K. Gierowski

prof. dr hab. n. med. Jacek Bomba

PROJEKT OKŁADKI SERII

Jadwiga Burek

Na okładce wykorzystano akwarelę Anny Baki pt. *Portret Antoniego Kępińskiego* oraz fotografię Pensjonatów „U Pana Cogito” autorstwa Agnieszki Lewonowskiej-Banach

Książka wydana w ramach projektu „Samorzecznictwo Osób Chorujących Psychiczenie” realizowanego na podstawie umowy nr K2d/0294



Projekt realizowany z dotacji programu
Aktywni Obywatele – Fundusz Krajowy
finansowanego przez Islandię, Liechtenstein
i Norwegię w ramach Funduszy EOG.

© Copyright by Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego – Uniwersytet Jagielloński
Wydanie I, Kraków 2023
All rights reserved

Niniejsza książka stanowi utwór chroniony na podstawie ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych. Prawami do tego utworu dysponuje Wydawca – Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Bez zgody Wydawcy niedopuszczalne jest kopiowanie, rozpowszechnianie lub inne korzystanie z niniejszej książki w całości lub z jej fragmentów z wyjątkiem dozwolonego użytku osobistego lub publicznego.

ISBN 978-83-233-5243-3 (druk)
ISBN 978-83-233-7436-7 (PDF)
DOI:10.4467/K7436.158/22.23.17138



WYDAWNICTWO
UNIwersytetu
JAGIELLOŃSKIEGO

www.wuj.pl

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
Redakcja: ul. Michałowskiego 9/2, 31-126 Kraków
tel. 12 663 23 80
Dystrybucja: tel. 12 631 01 97
tel. kom. 506 006 674, e-mail: sprzedaz@wuj.pl
Konto: PEKAO SA, nr 80 1240 4722 1111 0000 4856 3325

SPIS TREŚCI

Wstęp	9
Introduction	15

I. PROFESOR ANTONI KĘPIŃSKI IN MEMORIAM

<i>Michał Piętniewicz, Dlaczego pacjenci potrzebują powrotu do aksjologii Kępińskiego?</i>	23
<i>Anna Liberadzka, Od pacjenta do osoby</i>	29
<i>Andrzej Kokoszka, Dlaczego reforma opieki psychiatrycznej w Polsce potrzebuje Antoniego Kępińskiego?</i>	39
<i>Andrzej Kapusta, Katarzyna Parzuchowska, Jakub Tercz, Rozmowa o psychiatrii, filozofii i Antonim Kępińskim</i>	43
<i>Luiza Kula, Spotkanie, czyli o istocie relacji</i>	53
<i>Andrzej Cechnicki, Co wniósł Antoni Kępiński w nasze życie zawodowe?</i>	57

II. ZDROWIENIE

<i>Michał Piętniewicz, Rozważania o zdrowieniu</i>	61
<i>Luiza Kula, Można powiedzieć, że zmartwychwstałam</i>	63
<i>Anna Walczyk, Szare piękno</i>	69
<i>Aleksandra Kożuszek, Doświadczenie choroby psychicznej a mój rozwój</i>	71
<i>Joanna Kądziała, Rany zamienione w perły</i>	75
<i>Agnieszka Gazda-Grzesiak, Moja droga do zdrowienia</i>	79
<i>Daniel Fisher, Katarzyna Szczerbowska, Serce do serca</i>	85
<i>Andrzej Cechnicki, Filozofia Cogito – jednym głosem</i>	91

III. O NOWYCH RELACJACH I ROLACH PACJENTÓW

<i>Michał Piętniewicz, Rozważania o nowych rolach pacjentów</i>	95
<i>Anna Liberadzka, Asystent zdrowienia – oczekiwania i przygotowanie</i>	97
<i>Magdalena Michałowska, Na własnym przykładzie</i>	103
<i>Joanna Rogalska, Życiowy profesjonalizm</i>	107

<i>Magdalena Skoczylas, Feniks z popiołów</i>	109
<i>Karolina Raczynska, Postawa otwartości i dawanie nadziei pacjentowi w kryzysie</i>	111
<i>Anna Olearczuk, Piętno i jego pokonywanie</i>	121
<i>Barbara Banaś, Schizofrenia jest nie tylko chorobą.....</i>	127
<i>Joanna Michorowska-Duś, Izabela Kieres, Magdalena Pliszak, Agata Dębska-Sobiech, Tomasz Pankau, Wioletta Głowa, Weronika Szala, Gabriela Ziaja, Refleksje uczestników po kursie asystenta zdrowienia</i>	131
<i>Michał Piętniewicz, Do zdrowia przez edukację</i>	141
<i>Andrzej Cechnicki, Andrzej Dziurdzikowski, Psychiatria jest bardzo czuła na kontekst społeczny</i>	145

IV. REFORMA W OCZACH PACJENTÓW I PROFESJONALISTÓW

<i>Michał Piętniewicz, Rozważania o reformie w oczach pacjentów i profesjonalistów</i>	151
<i>Maria Załuska, Jakiej reformy psychiatrii oczekujemy?</i>	153
<i>Monika Syc, Standardy terapii w centrach zdrowia psychicznego</i>	159
<i>Izabela Ciuńczyk, Centrum zdrowia psychicznego w Koszalinie – dobra praktyka</i>	165
<i>Tomasz Szafrński, Marek Balicki, Andrzej Cechnicki, Jacek Wciórka, Polskie Towarzystwo Psychiatrii Środowiskowej</i>	173
<i>Katarzyna Szczerbowska, Jak eksperci przez doświadczenie wpływają na zmianę opieki psychiatrycznej w Polsce?.....</i>	179
<i>Kamila Łabędzka-Słowik, Ovidiu Oniciuc, XVII Forum Psychiatrii Środowiskowej i EUCOMS w Krakowie, Kraków 27–28 maja 2022 roku ..</i>	189
<i>Andrzej Cechnicki, Katarzyna Bielas, Szukam sposobu, jak psychiatrię wyjąć z wojny i zrobić wspólnym interesem.....</i>	193

V. SOLIDARNOŚĆ W DZIAŁANIU – POMIMO PANDEMII COVID-19, TRAUMY I WOJNY

<i>Michał Piętniewicz, Rozważania o solidarności w działaniu – pomimo pandemii COVID-19, traumy i wojny</i>	209
<i>Monika Syc, W obliczu tragedii i śmierci. Stanowisko osób chorujących psychicznie w sprawie zabójstwa prezydenta Pawła Adamowicza</i>	211
<i>Andrzej Cechnicki, Psychiatria w czasie pandemii</i>	215
<i>Luiza Kula, Światło w ciemności – nadzieja w czasach zarazy.....</i>	221
<i>Michał Piętniewicz, Urywki z pandemii</i>	225
<i>Tomasz Haręża, Asystent zdrowienia. Jego rola i praca w czasie pandemii.....</i>	227
<i>Emilia Latała-Cudecka, Okiem psychologa. Pandemia 2020</i>	229

<i>Anna Bielańska, Kwiaty Kijowa</i>	233
<i>Marcin Laszczak, Póki starczy mi sił.....</i>	235
<i>Andrzej Cechnicki, Ukraino, jesteśmy z tobą od lat</i>	237

VI. ANEKS

Deklaracja I kongresu	243
Deklaracja warszawska II	245
Deklaracja warszawska III.....	247
Projekt stanowiska Rady do spraw Zdrowia Psychicznego w sprawie kluczowych elementów reformy psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dorosłych.....	249
List otwarty do Pana Premiera	255
Petycja w sprawie równego traktowania osób chorujących psychicznie i somatycznie	259
Rezolucja I Konferencji Polskiego Towarzystwa Psychiatrii Środowiskowej „Jakiej psychiatrii potrzebujemy?”	261
Resolution of the 1st Conference of the Polish Association of Community Psychiatry “What Kind of Psychiatry Do We Need?”.....	263
Noty o Autorach	265
Bibliografia	273

WSTĘP

„ocalałeś nie po to aby żyć
masz mało czasu trzeba dać świadectwo
bądź odważny gdy rozum zawodzi bądź odważny
w ostatecznym rachunku jedynie to się liczy”

Zbigniew Herbert, *Przesłanie Pana Cogito*¹

W 2015 roku ukazała się pierwsza część książki *Umacnianie i zdrowienie*. Wtedy była to jedna z nielicznych publikacji w Polsce, które oddawały głos osobom chorującym psychicznie, ponieważ niewielu chciało podzielić się własnym świadectwem zdrowienia pod imieniem i nazwiskiem.

Od tego czasu dużo się w tej kwestii zmieniło. Dziś ludzi gotowych dawać świadectwo i nieść nadzieję jest znacznie więcej. Stopniowo, krok po kroku, znikają piętno, poczucie wstydu, a niekiedy poczucie krzywdy i winy. Wiele osób, także w tej książce, bardzo odważnie opowiada swoje historie, niosąc przesłanie nadziei. Czasem ten głos brzmi szczególnie wyraźnie i głośno: w mediach, na ogólnopolskich lub międzynarodowych konferencjach. To publiczne mówienie o doświadczeniu choroby psychicznej, występowanie we własnym imieniu oraz w imieniu całej grupy chorujących to przejaw samorzecznictwa. Owo pojęcie mieści w sobie nie tylko wypowiedzanie się we własnym imieniu, lecz także pełne decydowanie o swoim życiu oraz posiadanie takich samych praw jak osoby pełnosprawne. Samorzecznictwo (niekiedy mało fortunnie zwane „selfadwokaturą”) jest w polskiej psychiatrii stosunkowo nowym pojęciem, ale działania samorzecznicze, choć inaczej nazywane, są podejmowane od lat, o czym piszemy na stronach niniejszego opracowania. Przedstawiamy świadectwa zarówno tych, którzy od wielu lat z mozołem, na wielu płaszczyznach, podejmują trud, aby zmienić postrzeganie osób chorujących psychicznie, jak i tych, którzy dopiero stawiają pierwsze kroki, uczą się przedstawiać własne świadectwa podczas kursów asystentów zdrowienia. Wszystkie te głosy są równie cenne i potrzebne. Każda historia, każde

¹ Z. Herbert, *Przesłanie Pana Cogito*, [w:] *idem, Pan Cogito*, Wydawnictwo a5, Kraków 2015.

świadectwo to kropla drążąca skałę, cegielka oddolnie przyczyniająca się do redukcji piętna i społecznego dystansu. Poetycko ujmuje to w swoim tekście Katarzyna Szczerbowska: „każdy szept »jestem« przyczynia się do zmiany kulturowego, niesprawiedliwego obrazu doświadczenia choroby psychicznej”.

W poszukiwaniu przyczyn stopniowego wymazywania piętna trzeba odnotować kilka faktów, skonstatować, co się wydarzyło w ciągu siedmiu lat od momentu wydania książki *Umacnianie i zdrowienie. Dać nadzieję*. W tym czasie zrodził się i ukonstytuował silny ruch Akademii Liderów Cogito – liderów osób chorujących psychicznie z całej Polski. Jego członkowie inicjowali i współtworzyli wiele ważnych wydarzeń. Akademia stworzyła przestrzeń do wymiany myśli, idei, przestrzeń na dyskusje, uzgadnianie stanowisk i planów współpracy. Wspólny cel i bliskie relacje zawiązane w trakcie wieloletnich spotkań i szkoleń sprawiły, że członkowie podjęli razem różne zadania i aktywności. Regularny, wieloletni udział w spotkaniach i warsztatach umożliwił współpracę opartą zarówno na zadaniu, jak i na ludzkich więziach. Akademia ma charakter półotwarty, ale trzon od lat tworzą ci sami ludzie. Dla części z nich jest to tylko przystań, w której zatrzymują się na chwilę, a potem – umocnieni – idą dalej, zabierając nadzieję i siłę. A my zapraszamy nowe osoby, gdyż wciąż pojawiają się kolejni liderzy z różnych regionów kraju, angażujący się w działania na rzecz chorujących psychicznie. Akademia Liderów Cogito to w końcu przyjaźnie, więzi i relacje pozwalające budować kulturę dialogu w psychiatrii, a przez to lepszą, humanistyczną psychiatrię.

Niewątpliwie ważnymi wydarzeniami w przestrzeni publicznej, mającymi wpływ na zmiany w polskiej psychiatrii, były trzy Kongresy Zdrowia Psychicznego (zorganizowane w latach 2017, 2019 i 2021), które czerpały z dorobku Akademii Liderów Cogito i organizacji działających na rzecz osób chorujących psychicznie, takich jak Fundacja eFkropka z Warszawy czy Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi” z Krakowa. O kongresach można rozmawiać i przedstawiać je na różnych płaszczyznach. W tym miejscu chcemy podkreślić aktywne włączenie w ich organizację i przeprowadzenie samych zainteresowanych – ekspertów przez doświadczenie. Prace poprzedzające poszczególne kongresy trwały wiele miesięcy, a osoby chorujące psychicznie uczestniczyły w nich na równych prawach i na wszystkich etapach, dzieląc także obowiązki podczas żmudnych przygotowań. Brały udział w dyskusjach nad wyborem prelegentów i tematów, opracowywały referaty i wystąpienia oraz podejmowały się roli wykładowców. Uczestniczyły w kongresie jako wolontariusze, zabezpieczając jego przebieg od strony technicznej, oraz jako rzecznicy prasowi, organizując wywiady i spotkania z mediami. Na zakończenie zorganizowały Solidarnościowy Marsz Żółtej Wstążki, który породził się w coroczne pokongresowe wydarzenie. Przygotowywały projekty Deklaracji warszawskich, zawierających zarówno diagnozę, jak i oczekiwania oraz żądania całego środowiska zaangażowanego w reformę. Kongresy nie

były już wydarzeniami tworzonymi tylko **dla** osób chorujących psychicznie, ale również **przez** osoby chorujące psychicznie, oczywiście w ścisłej współpracy z profesjonalistami i administracją samorządową.

W drugiej części publikacji, zatytułowanej *Umacnianie i zdrowienie. Contra spem spero*, chcemy uwiecznić moment przełomu, radykalnej zmiany, która zaszła w ostatnich latach w wyniku podjęcia przez osoby chorujące psychicznie nowych ról społecznych. W pierwszej części pisaliśmy już o nowych rolach tych osób, przechodzących transformację od określania siebie jako doświadczonych przez psychiatrię do ekspertów, od klientów do trenerów i od będących przedmiotem badań do prowadzących badania zorientowane na potrzeby cierpiących.

Zmiany w relacjach i rolach zachodzą stopniowo od lat. Osoby z doświadczeniem choroby chcą się angażować w bardzo wiele działań na różnych płaszczyznach i jako eksperci przez doświadczenie wchodzi w skład zespołów edukacyjnych, badawczych, a także terapeutycznych. Działają w organizacjach pozarządowych, takich jak Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi” z Krakowa czy Fundacja eFkropka z Warszawy. Uczą o swojej chorobie studentów i lekarzy, różne grupy społeczne, a nawet przyszłych psychoterapeutów (na tych kursach psychoterapeutycznych, które podejmują bardzo ważny w codziennej pracy centrów zdrowia psychicznego temat psychoterapii psychoz). Pacjenci coraz częściej angażują się w badania naukowe. Redagują wspólnie z profesjonalistami czasopismo „Dla Nas” – periodyk środowisk działających na rzecz osób chorujących psychicznie, będący naszym partnerskim głosem w debacie publicznej. Eksperci przez doświadczenie popularyzują literaturę i czytelnictwo, mające na celu pogłębianie wiedzy psychologicznej i kultury terapeutycznej. Działają bardzo aktywnie w mediach społecznościowych, występują w audycjach radiowych i programach telewizyjnych, publikują (również w czasopismach naukowych). Wychodzą na ulice podczas Marszów Żółtej Wstążki, czynnie angażują się w różne konferencje, zarówno krajowe, jak i zagraniczne. Pomagają sobie nawzajem, tworząc formalne i nieformalne grupy wsparcia.

Eksperci przez doświadczenie zdobywają kompetencje i szukają swojego miejsca w systemie ochrony zdrowia psychicznego w naszym kraju i w całej Europie. Odnajdują je, pełniąc rolę asystenta zdrowienia – osoby, która przeszła kryzys psychotyczny, uzyskała wgląd w swoje przeżycia chorobowe i poznała ich szerszy kontekst we własnej historii, następnie ukończyła stosowne szkolenie, odbyła z sukcesem praktyki, pracując jako członek zespołu terapeutycznego na równych prawach z innymi profesjonalistami, a teraz wykorzystuje swój przepracowany kryzys jako narzędzie pracy. Co prawda wciąż brakuje stosownych regulacji prawnych, gdyż asystent zdrowienia to jeszcze nie zawód, tylko kwalifikacja w Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji, ale powoli szlaki są przecierane i dla osób chorujących psychicznie otwie-

rają się nowe możliwości pracy. Oczekujemy, że w każdym Centrum Zdrowia Psychicznego asystenci zdrowienia znajdą obligatoryjne zatrudnienie.

Wciąż jeszcze funkcjonuje różne nazewnictwo, obok „asystenta zdrowienia” pojawiają się też „Ex-In”, „doradca zdrowienia” i tym podobne. Poszczególne kursy w Polsce różnią się od siebie, ale próbujemy porządkować znaczenia, definiować je i regulować, choć prawdopodobnie proces ten potrwa jeszcze dłuższy czas. W ostatnich czterech latach Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej wraz ze Stowarzyszeniem „Otwórzcie Drzwi” przeprowadziło w Krakowie pięć edycji kursu asystenta zdrowienia. Obecnie jesteśmy w trakcie szóstej edycji i prowadzimy nabór do siódmej, do której – podobnie jak do poprzednich – zgłosiło się ponad 100 osób. W różnych rozdziałach książki z dumą oddajemy głos naszym wychowankom, pilnie śledząc ich losy.

Cały czas toczą się działania powszechnie nazywane reformą „od dołu”, ale nie możemy zapominać o tym, że ciągle trwa walka o zachowanie ciągłości wprowadzonych w latach 2017–2021 zmian, ich legislację i godne finansowanie, czyli reformę psychiatrii „od góry”. Dzięki wspólnym przedsięwzięciom nasz głos został usłyszany i zaszły pierwsze pozytywne zmiany, takie jak realizacja programu pilotażowego Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP), przygotowanie podstaw przebudowy leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży oraz uruchamianie projektów deinstytucjonalizacyjnych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS). Rozpoczęła się środowiskowa transformacja systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci, młodzieży i dorosłych. Wciąż jeszcze jednak dużo pozostaje do zrobienia, o czym, z różnych perspektyw, piszą nasi autorzy w rozdziale czwartym.

Na rejestrowane w książce zmiany społeczne i strukturalne w psychiatrii musimy patrzeć także w kontekście zmian zachodzących w Europie i na świecie. Ostatnie lata to okres dziejowych i historycznych przełomów. W tym czasie nastąpiły epokowe wydarzenia, które zmieniły bieg historii. Mamy tu na myśli oczywiście pandemię oraz agresję Rosji na Ukrainę. Najpierw pojawiły się powszechne zagrożenie i izolacja, ogromny strach, poczucie niepewności jutra, niestabilności. To tylko niektóre emocje związane z pandemią. Potem stanęliśmy oko w oko z dramatem na Ukrainie, obserwowaliśmy wielki zryw pomocy i śledziliśmy pojawiające się doniesienia o coraz brutalniejszych atakach, coraz większej zaciekłości najeźdźcy, coraz większej liczbie zabitych i rannych, gwałconych i okaleczanych, tracących najbliższych i dorobek życia. O tym, jakie piętno odcisnął na nas ten dramat, traktuje rozdział piąty.

Dziś bardziej niż kiedykolwiek powinniśmy pozostać solidarni w działaniu, potrzebujemy siebie nawzajem, wsparcia, dobrych gestów i serdecznych słów, życzliwości, odwagi, świadectwa, a nade wszystko nadziei: *contra spem spero*. Niech nas ku niej prowadzi głos mądrego polskiego psychiatry Profesora Antoniego Kępińskiego, który przypomina nam, jak ważne jest patrze-

nie na drugiego człowieka przez pryzmat miłości. To temu wielkiemu Człowiekowi poświęcamy niniejszą książkę. On przez lata był dla nas mistrzem i drogowskazem. Nauczył nas, czym jest podmiotowe traktowanie pacjenta, czym jest psychiatra humanistyczna, skoncentrowana na osobie. Wszystkie teksty zawarte w książce w pewnym stopniu zostały przez niego zainspirowane, gdyż to w duchu jego nauk zostaliśmy wychowani i przekazujemy jego mądrość kolejnym pokoleniom. Bez Profesora nie byłoby dzisiejszej psychiatrii środowiskowej w jej obecnym kształcie. Musimy więc próbować odpowiedzieć sobie na istotne pytania: „dlaczego powinniśmy wrócić do aksjologii Kępińskiego?”, „jak Kępiński prowadzi nas od pacjenta do osoby?”, „co Profesor wniósł w nasze życie zawodowe?”, „dlaczego potrzebujemy go, przeprowadzając reformę psychiatrii w Polsce?”

Redaktorzy tej książki podzielają następującą refleksję Profesora Andrzeja Kapusty zapisaną w trójgłosie filozoficznym: „Kępiński reprezentuje autentyczne, opiekuńcze i szczerze podejście do pacjentów. Nic dziwnego, że po śmierci stał się nieosiągalnym wzorem i autorytetem dla wielu pokoleń polskich psychiatrów i psychologów”. Niech w naszych działaniach dalej nas prowadzi żywa pamięć o Nim, naszym Mistrzu.

Dziękujemy wszystkim Autorom za lata współpracy i gotowość dzielenia się swoimi przemyśleniami zawartymi na stronach tej publikacji. Szczególne wyrazy wdzięczności składamy na ręce Pani Redaktor „Psychoterapii” Marii Pikul, która uważnie czytając *Umacnianie i zdrowienie. Contra spem spero*, każdorazowo oddawała tekst z wieloma wartościowymi uwagami. Dziękujemy naszym kolegom i współpracownikom: Gerardowi Banachowi za pomoc w przygotowaniach, Jankowi Godyniowi za tłumaczenie, a Joasi Palce, Iwonce Kurgan-Słyś i Kasi Ostaleckiej za wspierającą obecność oraz pomoc na różnych etapach powstawania książki. *Last but not least* – dziękujemy recenzentom: Profesorowi Jackowi Bombie i Profesorowi Józefowi Gierowskiemu, którzy w swoich recenzjach (zarówno pierwszej, jak i drugiej części książki) wskazywali na istotne związki pomiędzy świadectwem wykluwającej się nowej roli pacjentów a ideami Profesora Antoniego Kępińskiego. Dziękujemy naszemu Wydawcy – Wydawnictwu Uniwersytetu Jagiellońskiego – za owocną współpracę przy obu wydaniach.

Anna Liberadzka, Andrzej Cechnicki, Michał Piętniewicz

INTRODUCTION

“you were saved not in order to live
you have little time you must give testimony
be courageous when the mind deceives you
be courageous
in the final account only this is important”

Zbigniew Herbert, *The Message of Mr. Cogito*¹

The first part of the book *Empowerment and Recovery: To Give Hope* published in 2015 was in fact the first of the very few publications in Poland giving a voice to people with mental illness. At that time there were only few people willing to publicly share their own stories of recovery under their own name.

Since then, a lot has changed in this matter. Today, there are many more people ready to bear witness and bring hope to others. Gradually, step by step, the stigma, the sense of shame – or sometimes the sense of hurt and guilt – are being broken down. Many people, also in this book, very courageously tell their stories, carrying a message of hope. Sometimes their voices ring out very clearly, loudly: in the media, at national or international conferences. Sharing one's own experience of mental illness in public, speaking on one's own behalf is a manifestation of self-advocacy – a broader concept that includes not only speaking on one's own behalf, but also fully deciding about one's own life and having the same rights as non-disabled people. Self-advocacy (sometimes referred to in a not very fortunate “loan translation” as “self-counselling”) is a relatively new concept in Polish psychiatry – but self-advocacy activities, although called differently, have been in progress for years, about which we write in the pages of this book. We present the testimonies of both those who have been working strenuously for many years, on many levels, to effect a change in the perception of people with mental illness, and those who are just taking the first steps, learning to present their own testimonies during

¹ Z. Herbert, *Przesłanie Pana Cogito*, [w:] *idem, Pan Cogito*, Wydawnictwo a5, Kraków 2015.

the Assistant in Recovery courses. All these voices are equally valuable, all needed. Each story, each testimony is like constant dripping that wears away a stone, a grass-roots contribution to the reduction of stigma and social distance. Katarzyna Szczerbowska puts it poetically in her text: “every whisper – ‘I am’ – changes the cultural, unjust image of this experience”.

In search of the causes of the gradual changes taking place in breaking down the stigma, it is important to note a few facts, in order to ascertain what has happened in these past seven years since we published *Empowerment and Recovery: To Give Hope*. During this time, a powerful movement of the Cogito Academy of Leaders has been born and constituted, bringing together leaders of people with lived experience from all over Poland. Its members have initiated and contributed to many important events in recent years. The Cogito Academy of Leaders has created a space for the exchange of thoughts and ideas, and a space for discussion, agreeing positions and plans for cooperation. The common goal and close relationships between people, established during countless meetings and joint training, have led Academy members to undertake common tasks and common activities. Regular participation in meetings and workshops over many years has enabled cooperation based on both – on objectives and human bonds. The Cogito Academy of Leaders is semi-open, but the core, for years, has been made up of the same people. For some it is just a safe haven where they stop for a while and then go on empowered, moving on with hope and strength. More and more leaders from different regions of the country are invited to join the movement – they continue to come forward to support people suffering from mental illness. The Cogito Academy of Leaders is after all about friendships, bonds and relationships – these pillars make it possible to build together a culture of dialogue in psychiatry, and thus develop a better, humanistic psychiatry.

Undoubtedly, the three Mental Health Congresses (in 2017, 2019 and 2021), which drew on the work of the Cogito Academy of Leaders and organisations working on behalf of people with lived experience, such as eFkropka Foundation from Warsaw and the “Otwórzcie Drzwi” (“Open the Doors”) Association from Krakow, were important events in the public space that effected changes in Polish psychiatry. The Mental Health Congresses can be discussed and presented on various levels. What we want to emphasise most here is the active involvement of those concerned – of experts by experience – in their organisation and conduct. Preparations of the subsequent Congresses took many months, and people with mental illness participated on an equal footing, sharing responsibilities at all stages – painstaking preparations, discussions on the selection of speakers and topics, preparation of papers and speeches, as well as taking on the role of lecturers. They participated as volunteers securing the Congress from the technical side, as press officers organizing interviews and meetings with the media, and at the end they or-

ganized the Solidarity Yellow Ribbon March, which turned into an annual post-Congress event. They drafted the “Warsaw Declarations”, which contained both the diagnosis of the system, and the expectations and demands of the entire community involved in the reform. The Congresses have no longer been events created solely **for** people with mental illness, but also **by** them, of course in close cooperation with professionals and local administrations.

In the second part of *Empowerment and Recovery: Contra spem spero* we want to capture the moment of breakthrough, the radical change that has occurred in recent years as a result of people with mental illness taking on new social roles. In the first part, we have already written about the new roles of people with mental illness, undergoing a transformation from defining themselves as experienced by psychiatry to experts, from clients to coaches, and from being the subject of research to those conducting research oriented towards the needs of suffering people.

Changes in relationships have been taking place gradually, over the years. People with lived experience want to be involved in a wide range of activities at various levels and, as experts by experience, are part of educational, therapeutic and research teams. They are active in non-profit organizations, such as the “Otwórzcie Drzwi” (“Open the Doors”) Association in Krakow and eFkropka Foundation in Warsaw. They teach students and doctors, various social groups, and future psychotherapists about their own experience of living and coping with mental illness, they also take up the topic of psychosis psychotherapy, which is very important in the daily work of Mental Health Centres. They are increasingly involved in research. Together with professionals, they constitute the editorial team of the *Dla Nas* (“For Us”) magazine. This magazine, bringing together the communities acting for people with mental illness is our voice in the public debate. Experts by experience popularize literature and reading related to the deepening of psychological knowledge and therapeutic culture. They actively publish in social media, appear on radio programs and TV shows, and publish articles in scientific journals. They take to the streets during Solidarity Yellow Ribbon Marches and are actively involved in various national and international conferences. They help each other by creating formal and informal support groups.

Experts by experience broaden their own competences and seek their place in the mental health system across Poland and Europe. They find it in the role of an Assistant in Recovery – a person who has gone through a psychotic crisis, gained an insight into their illness experience and a broader context of their own history, then underwent the relevant training, completed an internship, working as a member of a therapeutic team on an equal footing with other professionals, and is using the crisis experience they worked through as a working tool. Admittedly, there is still a lack of relevant legislation, since an Assistant in Recovery is not yet a profession, but a qualification

in the Integrated Qualification System, but slowly the trails begin to be blazed and new job opportunities are opening up for people with mental illness. We expect that Assistants in Recovery will find mandatory employment in every Mental Health Centre.

There are still different nomenclatures, with Ex-In, Recovery Counsellor or other terms appearing in addition to the Assistant in Recovery. Various courses in Poland differ from each other, but we are trying to sort out the meanings, define and regulate them, although this process will probably take a long time. The Association for the Development of Community Psychiatry and Care, together with the “Otwórzcie Drzwi” (“Open the Doors”) Association, conducted already five editions of the Assistant in Recovery course in Krakow over the last four years. We are halfway through the sixth edition and are recruiting for the seventh one, for which, just as for the previous editions, more than a hundred people have applied. In the various chapters of the book, we proudly give voice to our alumni, closely following their stories.

While these activities, which have commonly taken the name of “bottom-up reforms,” have been going on, we must not forget that there is an ongoing struggle for the continuity of the changes introduced in 2017–2021, their statutory legislation and decent funding, i.e., the “top-down” reform of psychiatry. Thanks to concerted action, our voice has been heard and the first positive changes have taken place, such as the implementation of the pilot program of Mental Health Centres, preparation of the basis for the re-development of psychiatric treatment for children and adolescents, launch of deinstitutionalization projects with funding from the European Social Fund (ESF). The community-based transformation of the mental health system for children, adolescents and adults has begun. However, there is still much to be done, which, from different perspectives, our authors write about it in the third chapter.

The social and structural changes in psychiatry recorded in this book must also be viewed in the context of the changes taking place in Europe and the world. Recent years have seen major historic breakthroughs. During this time, events of generational importance have taken place, changing the modern history. We are referring, of course, to the pandemic and Russia's aggression against Ukraine. First, widespread threat and isolation, immense fear, a sense of uncertainty about the future, instability. These are just some of the emotions associated with the pandemic. Then, coming face to face with humanitarian crises of the war in Ukraine, the great outpouring of aid and the emerging reports of increasingly brutal attacks, ferocity, the growing number of dead and wounded, raped and mutilated, people losing their loved ones and all of their possessions. Chapter four of the book will be dedicated to this difficult time.

Today, more than ever, we need to remain together in action, we need each other, we need to support each other, we need good gestures and kind words, kindness, courage and hope: *contra spem spero*. May we be guided towards it by the voice of the distinguished Polish psychiatrist professor Antoni Kępiński, who reminds us how important it is to look at the other person through the prism of love. It is to this great man that we dedicate this book. He has been a master and a role model for us. By his legacy, he showed us the subjectivity of man as well as a person-oriented psychiatry. All the texts included in the book have been to some extent inspired by his works; it is in the spirit of his teachings that we have grown up and are passing on his wisdom to the next generations. Without Professor Kępiński, there would be no modern community psychiatry. Therefore, we must try and answer the essential questions: “why should we return to Kępiński’s axiology?,” “how does Kępiński lead us from patient to person?,” “what did Antoni Kępiński bring to our professional life?,” “why does the reform of psychiatry in Poland need Antoni Kępiński?”.

The editors of this book share professor Andrzej Kapusta’s reflection recorded in the philosophical triad: “Kępiński represents an authentic, caring and sincere approach to patients. No wonder that after his death he became an unattainable model and authority for many generations of Polish psychiatrists and psychologists.” May we continue to be guided in our actions by the living memory of him, our Master.

We would like to thank all the authors for their many years of cooperation and willingness to share their ideas reflected in this book. We extend our special gratitude to Mrs Maria Pikul, the Editor of *Psychotherapy Journal*, who carefully read *Empowerment and Recovery: Contra spem spero* as the book progressed and returned each draft with invaluable comments. We would like to thank our colleagues and collaborators: Gerard Banach for his help with the book preparation, Janek Godyń for translation, as well as Joasia Palka, Iwonka Kurgan-Słyś and Kasia Ostalecka for their supportive presence and assistance at various stages of its progress. Last but not least – we deeply appreciate the work of the reviewers: Professor Jacek Bomba and Professor Józef Gierowski, who, in their reviews of both the first and the second edition, pointed out important links between the evidence of the emerging new role of patients and the ideas of Professor Antoni Kępiński. We also gratefully acknowledge the fruitful cooperation of the Jagiellonian University Press on both editions of this book.

Anna Liberadzka, Andrzej Cechnicki, Michał Piętniewicz

I. PROFESOR ANTONI KĘPIŃSKI
IN MEMORIAM

Michał Piętniewicz

DLACZEGO PACJENCI POTRZEBUJĄ POWROTU DO AKSJOLOGII KĘPIŃSKIEGO?

Antoni Kępiński, jeden z najwybitniejszych polskich psychiatrów XX wieku, żył w latach 1918–1972. Właśnie upływa 50 lat od jego śmierci, a my wydajemy książkę *Umacnianie i zdrowienie. Contra spem spero. In memoriam* Pana Profesora.

Kępiński po wojennej tułaczce, między innymi po pobycie w obozie internowania w hiszpańskim Miranda de Ebro i studiach medycznych w Edynburgu, osiadł na stałe w Krakowie, gdzie znalazł zatrudnienie w Klinice Psychiatrycznej na ulicy Kopernika. Pracował tam całe życie, a pod koniec został kierownikiem placówki. Obronił doktorat, uzyskał habilitację, a następnie tytuł profesora. Według relacji Jana Masłowskiego, pomieszczonej w książce pod tytułem *Antoni Kępiński. Człowiek i dzieło* (Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Kraków 1987), był bez reszty oddany aktywności zawodowej. Dzień zaczynał o siódmej rano, a kończył o dwudziestej drugiej. Mówił jednak, że praca go nie męczy, gdyż ją lubi. Całkowicie poświęcał się dla swoich pacjentów, dawał im nawet drobne zapomogi pieniężne. Był raczej typem domatora, nie lubił wyjazdów zagranicznych, choć organizował sobie wyjazdy w okresie wakacyjnym, a także zalecał urlopy i wypoczynek współpracownikom. Kępiński za najważniejsze uznawał dobro chorego, co przejawiało się w niezwyklej zainteresowaniu losem pacjentów. Jako psychiatra mówił, że kontakt z pacjentami wiele mu daje, a przymierze terapeutyczne opiera się na obustronnych korzyściach i nie wiadomo tak naprawdę, kto jest jego prawdziwym beneficjentem. Po śmierci okrzyknięto go nawet świętym. U schyłku życia, kiedy przechodził ciągle dializy, zamieszkał w przystosowanym do jego potrzeb gabinecie, z którego kierował kliniką i w którym pisał swoje najważniejsze książki, na przykład *Schizofrenię*. Później zyskały one niewiarygodną popularność; ich poczytność była porównywalna z poczytnością takich pisarzy jak choćby Melchior Wańkowicz. Mimo trudności w poruszaniu się Profesor nie zwalniał tempa, ponieważ chciał dać siebie całemu światu i być potrzebny do końca.

Legenda i olbrzymi dorobek Kępińskiego trwają do dzisiaj – mowa tutaj przede wszystkim o jego wpływie na psychiatrię środowiskową, której jest ojcem. Dlaczego? Przede wszystkim trzeba wyraźnie powiedzieć, że jako twórca psychiatrii humanistycznej bezpośrednio wpłynął na pojmowanie pacjenta w sposób podmiotowy oraz indywidualny. Nie patrzył na niego przez pryzmat jednostki chorobowej, ale poznawał historię jego życia, o czym przekonująco pisze Andrzej Cechnicki we wstępie do *Schizofrenii*.

Z podmiotowym podejściem do pacjenta łączyło się podejście społeczne. Pacjent to jednostka, indywidualność, ale równocześnie osoba odpowiedzialna za swoich bliskich oraz lokalną społeczność, którą tworzy i której jest częścią. Połączenie tego, co indywidualne, i tego, co wspólnotowe, w myśli Kępińskiego bezpośrednio wpłynęło na kształt psychiatrii środowiskowej. W tym nurcie dobrem najważniejszym jest pacjent jako on sam, „pojedynczy”, i jednocześnie on jako podmiot intersubiektywny – działający, wchodzący w relacje oraz interakcje z innymi.

Według Andrzeja Jakubika Kępiński był psychiatrą eklektycznym, czerpał obficie z rozmaitych szkół i teorii, nie zamykał się w ciasnym gorsecie tylko jednej szkoły. Próbował pogodzić nurt biologiczny w psychiatrii z tym, co nazywa się psychiatrią humanistyczną albo rozumiejącą. Był również twórcą psychiatrii aksjologicznej. Wyżej cenił poznanie intuicyjno-uczuciowe niż rozumowo-wolicjonalne, choć rozumiał potrzebę i konieczność tego drugiego. Za źródła poznania uznawał intuicję, doświadczenie oraz rozum. Zaliczał się do wielkich humanistów. Według Józefa Tischnera więcej wiedział o człowieku aniżeli Emmanuel Levinas czy Martin Heidegger. U Kępińskiego zamiłowanie do literatury filozoficznej przeplatało się z zamiłowaniem do literatury pięknej. Uważał, że człowiek to niezgłębiona tajemnica, której nie da się do końca poznać. Mówił nawet, że niekiedy urojenia psychotyczne stają się rzeczywistością. W umyśle ludzkim nie może bowiem powstać coś całkowicie nierealnego, skoro umysł jest częścią świata, a tym samym jest realny. Od Kępińskiego właśnie, dzięki jego zorientowaniu humanistycznemu, zaczyna się wielki przełom w psychiatrii, który zaowocował przesunięciem granic pomiędzy normą a jej przekroczeniem. Profesor zawsze zastrzegał, że psychiatria jest bardziej sztuką niż nauką, a psychiatra – jakby artystą... Sam był wielkim artystą psychiatrii. Stosował w niej zasadę nieoznaczoności Wernera Heisenberga, gdyż inspirował się również fizyką XX wieku, naukami przyrodniczymi, w tym teorią Alberta Einsteina. Mówił, że stan naturalny psychiatrii to ciągle niedookreślenie, niedopowiedzenie, duża niepewność. Jak powiadał – człowiek jest nieoznaczony.

Wyróżniał trzy postawy w bytowaniu człowieka – „od”, „do” i „nad”. O ile postawa „od” charakteryzuje się wycofaniem ze świata społecznego, skupieniem na samym sobie, egocentryzmem oraz ksobnością, o tyle postawa „do” wyraża się w poszukiwaniu kontaktu z drugim; cechuje ją mądrość poszuki-

wania prawdy oraz miłość do świata. Postawę „nad” wyznacza z kolei aspekt dominowania nad rzeczywistością, podporządkowania sobie świata. Jakubik pisze, że Kępiński zaliczał się do prawdziwych uczonych, gdyż poszukiwał prawdziwej mądrości, często poza szablonem naukowym. Jego profil naukowy okazał się antyakademicki i niekonwencjonalny, a jego prace odznaczały się metaforą, były mocno eseistyczne. Kępiński powtarzał za Einsteinem, że naukowiec pisze albo powierzchownie i zrozumiale, albo w sposób gruntowny i niezrozumiały. Kępiński należał do uczonych drugiego typu, nierzadko zarzucano mu rozwlekłość wyводу oraz częste powtórzenia tych samych myśli, niemniej jego język jest niebywale piękny literacko. Kępiński uważał, że prawdziwy naukowiec dąży nie tyle do dominacji i podporządkowania, ile do porządkowania. Porządkować swoje doświadczenie – tego potrzebuje każdy człowiek, a zwłaszcza ten, który doświadczył kryzysu psychicznego i rozbicia swojego „Ja”.

Według Jakubika znany krakowski psychiatra mógłby powtórzyć za Antoine'm de Saint-Exupéry, że „człowiek nosi w sobie kogoś większego niż on sam”. Zdaniem Kępińskiego psychozę można przyrównać do gwałtownego wypowiedzenia prawdy. Ludzie chorzy na schizofrenię są uprawnieni do wnikania w istotę rzeczy, do Kantowskiego noumenu, rzeczy samej w sobie. Schizofrenik mógłby powtórzyć za Chrystusem: „królestwo moje nie jest z tego świata” (stosuję cudzysłów, ponieważ nie ma bezpośredniego przełożenia między słowami Chrystusa a objawami psychotycznymi w schizofrenii). Wydaje się, że Kępiński celowo i nieco prowokacyjnie używał pewnych metafor, a czasem nadmiernych uogólnień, aby za wszelką cenę ukazać wyjątkowość chorującego oraz pozbawić go stygmatyzacji i społecznego odrzucenia poprzez zabieg przeciwny: gloryfikację i wywyższenie. Rzecz jasna niektórych sformułowań Kępińskiego, niezwykle odważnych i rewolucyjnych w drugiej połowie XX wieku, nie należy brać dosłownie. W trakcie psychozy gubi się raczej istotę rzeczy, aniżeli ją znajduje.

Pewne cechy dążenia irracjonalnego w myśleniu wybitnego psychiatry określano mianem intuicjonizmu antropologicznego. Według Boguchwała Winida, jego przyjaciela, Kępiński był „wielkim intuicjonistą”. Nie negował oczywiście dokonań nauk przyrodniczych, ale starał się pogodzić empiryzm genetyczny i metodologiczny z intuicjonizmem. O ile za poznaniem racjonalno-wolicjonalnym szła Kartezjańska maksyma *cogito ergo sum*, o tyle poznaniu intuicyjno-uczuciowemu towarzyszyła maksyma *percipio ergo sum* – „odczuwam, więc jestem”. Profesor pierwszeństwo przyznawał drugiej postawie. Do przejawów jego stanowiska eklektycznego zaliczało się przyjęcie wieloczynnikowej etiologii zaburzeń psychicznych.

Za najważniejsze uznawał dobro chorego oraz miłość, pojętą jako dawanie siebie drugiemu człowiekowi. Swoim pacjentom zawsze mówił na wstępie: „Dziękuję, że Pan do mnie przyszedł”. Był też człowiekiem głęboko reli-

gijnym, *homo religiosus*, za najlepszy podręcznik psychiatrii uznawał Pismo Święte. Co ciekawe, jego dzieła po śmierci okrzyknięto Biblią intelektualną. Mówiono o nim, że „rozdaje siebie jak chleb” i że jest „naśladowcą Chrystusa”. Kępiński powtarzał za Karlem Jaspersem, że być człowiekiem to dążyć do nieustannego przekraczania siebie. Cenił też niektóre dokonania psychoanalizy: przede wszystkim ujawnienie stłumionych konfliktów jako jeden z kluczy do zdrowia psychicznego.

Wyróżniał trzy światy w życiu człowieka: biologiczny, podmiotowy oraz społeczny. Za niezwykle ważną uznawał kategorię *Mitsein* – wzajemnego współżycia. Być może teraz powrócił w psychiatrii czas, aby ponownie skupić się na tym pojęciu. Wymienienie wszystkich elementów teorii i myślenia Kępińskiego, podanie ich w wielkim uproszczeniu i dyletanckiej pigułce, miało za zadanie przede wszystkim ukazać przełom w psychiatrii, którego dokonał Kępiński – przełom w odniesieniu do pacjenta będącego dla krakowskiego psychiatry kimś najważniejszym.

Przypomnę, że człowiek według Kępińskiego to *homo creator*, *homo ethicus*, ale przede wszystkim *homo amans*, osoba zdolna do miłości. W aforyzmach Profesora pada nawet zdanie, że osoba chorująca na schizofrenię, która potrafi kochać, przestaje być schizofrenikiem. Zapewne autorowi tego stwierdzenia chodzi o to (i taka jest jedna z myśli przewodnich psychiatrii środowiskowej), że warunkami zdrowienia są miłość i współżycie w harmonii we wspólnocie, w życiu społecznym.

W tym sensie Kępiński może zostać uznany za ojca psychiatrii środowiskowej, tak jak my, redaktorzy tej książki, ją rozumiemy i chcielibyśmy, żeby była powszechnie rozumiana. Profesor podkreślał konieczność dialogu, spotykania się, wspólnych działań. Pacjent zdrowy to człowiek, który pokonał postawę „od” i przyjął postawę „do” – pełną miłości oraz mądrości w stosunku do świata.

W największym, esencjalnym skrócie można powiedzieć, że nasza książka właśnie o tym opowiada: o miłości jako warunku pokonania choroby psychicznej. Asystenci Zdrowienia czy eksperci Cogito bądź – szerzej patrząc – eksperci przez doświadczenie dokonali rzeczy rewolucyjnej: przekroczyli samych siebie, by spotkać się ze światem. Opisujemy proces porządkowania ich własnego doświadczenia: właśnie to porządkowanie gwarantują struktury psychiatrii środowiskowej. Nie tylko zespoły leczenia środowiskowego czy oddziały dzienne, lecz także chociażby Teatr Psyche z Krakowa, w którym od 40 lat grają osoby po kryzysie psychicznym. Każde założenie teatralnej maski jest metodą na uporządkowanie chaotycznego doświadczenia psychozy, próbą jego nazwania poprzez wybór odpowiedniej roli. Kępiński raczej nie był zwolennikiem masek, optował za autentyczną postawą wobec rzeczywistości i innych ludzi, choć przyznawał, że „fikcją wydaje się absolutna autentyczność

człowieka”. Zdrowiejąc, będziemy więc potrzebowali treningu w elastycznej zmianie naszych masek.

Aby przejść ze świata chorobowych przeżyć do świata społecznego, trzeba mieć na uwadze role. Mogą być one różne: od roli pacjenta, przez rolę syna, ojca, brata, po rolę asystenta zdrowienia i edukatora. To właśnie bycie w roli gwarantuje zdrowienie: dzięki niej chorujący odzyskuje utraconą uprzednio strukturę świata zewnętrznego, która wpływa na harmonijną rekonstrukcję jego świata wewnętrznego, rozbitego wskutek psychotycznych przeżyć. *Ergo*: być w roli to być zdrowym. W związku z wprowadzeniem przez Kępińskiego kategorii *Mitsein* do zdrowienia ważne wydaje się funkcjonowanie w jakiejś grupie, która nie tylko daje określone zadania i nazywa różne doświadczenia, ale również stanowi swoisty pomost do dobrej zabawy, uśmiechu, humoru – Kępiński często zamiast nadmiaru neuroleptyków zalecał pacjentom wesołe towarzystwo.

Żyjemy w nieco innych realiach aniżeli te, w których żył Profesor. Należy więc zadać pytanie: co się zmieniło? Słyszałem od dziadka i rodziców, że okres powojenny w historii Polski był z jednej strony czasem ograniczania swobód obywatelskich, ale z drugiej – jakby na przekór – czasem gromadzenia się, przyjaźni, wspólnotowości, solidarności oraz braterstwa. Dzisiaj egzystujemy w nieco innym, o wiele bardziej zatowizowanym świecie, świecie monad bez okien, jakby rzekł Gottfried Leibniz; żyjemy na wyspach społecznych, a niektórzy na bezludnych wyspach swojego „Ja”. Między tymi wyspami i monadami nie ma kontaktu, każda grupa, chcąc pokonać grupę przeciwną, nieco agresywnie pilnuje swojego interesu, zamyka się w obrębie własnych spraw, jakby zapominając o tym, że najważniejszy jest człowiek, a nie interes. Pewnego razu Profesor skierował słynne pytanie do znudzonych opisywanym przypadkiem studentów psychiatrii: „Człowiek wam się znudził?”.

Moim zdaniem człowiek w jego niezgłębialności i niedefiniowalności nigdy nie powinien się znudzić. Psychiatria jest sztuką, powtarzał Profesor, psychiatra jest jakby artystą, ale artystami są również pacjenci: są oni artystami od swojej choroby, dzięki której definiują na nowo to, co wydawałoby się niemożliwe do zdefiniowania wskutek tak radykalnej formy zaprzeczenia wspólnemu światu, jakim niewątpliwie jest każdy kryzys psychiczny. Odpowiednio redefiniując pojęcia Kępińskiego, możemy powiedzieć, że kryzys to warunek *sine qua non* zaproszenia do wspólnego bytowania w świecie. Gdyby nie wydarzył się on w swojej nagłej „prawdzie”, prawdzie psychozy, być może chorujący cały czas męczyłby się w osamotnieniu, w przyjmowanej nieustannie postawie „od”, w wycofaniu. Nagle wybucha psychoza, potem następuje depresja popsychotyczna, często bardzo niebezpieczna, grożąca nawet samobójstwem, a później następuje faza, moim zdaniem, w chorowaniu najciekawsza, czyli mozolne rekonstruowanie rozbitego, postpsychotycznego „Ja”. Pacjent jawi się tutaj jako swoisty artysta rekonstruktor, który dzięki pomocy

lekarzy i terapeutów odbudowuje swoje bardzo mocno nadwyrężone przez psychozę „Ja”.

Od Kępińskiego nauczyliśmy się, że w przypadku psychozy mówimy w gruncie rzeczy o doświadczeniu nie do końca znanym... Pamiętajmy: człowiek to niezgłębiona tajemnica, dlatego tak ważne jest traktowanie każdego pacjenta podmiotowo oraz indywidualnie, wbrew medycznym paragrafom oraz schematom, formułkom oraz statystykom, których tak nie lubił Profesor, przedkładając nad nie żywy i zaangażowany emocjonalnie kontakt z chorym.

Kępiński był wielkim indywidualistą psychiatrii, zrewolucjonizował ją i stworzył fundament pod humanistyczną psychiatrię aksjologiczną. Został też patronem krakowskiej psychiatrii. Kwestią do zastanowienia się pozostaje, czy niektóre z jego teorii przetrwały próbę czasu. Dla mnie zachowują one świeżość i oryginalność do dziś. Niewątpliwie nauką, jaką możemy wyciągnąć z jego rozważań, jest podmiotowe oraz indywidualne traktowanie pacjenta, pozostającego również częścią większej wspólnoty, wobec której ma on zobowiązania jako ten, kto kocha i rozdaje siebie jak chleb. Jest pacjentem kochającym i radosnym, który zamiast cierpieć z powodu piętna i odrzucenia, związanych z chorowaniem, zaczyna zakładać na swoją głowę koronę zwycięstwa – po kryzysie wchodzi w świat na nowo: dumny, radosny, w postawie wyprostowanej. Przez chwilę wsłuchajmy się w jego głos, dobiegający z kart tej książki – niech będzie ona dla nas dowodem na to, że można zdrowieć, a nawet całkowicie się wyleczyć i wieść dobre, satysfakcjonujące życie ku pokrzepieniu wszystkich niedostrzegających nadziei.

OD PACJENTA DO OSOBY¹

Moja pierwsza myśl związana z Profesorem Kępińskim, a zarazem najbardziej oczywista z mojej perspektywy, brzmi następująco: „Mam szczęście, że rozchorowałam się akurat w Krakowie”. Nie jest to jakieś szczególne odkrycie, wiele bliskich i znajomych chorujących osób stwierdza to samo. Jola Janik, nasza koleżanka ze Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi”, zwykła mawiać: „Jak studiować – to tylko w Krakowie, jak leczyć się psychiatrycznie – to też tylko w Krakowie”. Podobnie jak inne osoby chorujące mam świadomość, że owo swego rodzaju eldorado (niektórzy mówią też o „szczęśliwej wyspie”) zawdzięczaam przede wszystkim postaci Antoniego Kępińskiego. Dzięki jego pracy łatwiej dziś być pacjentem psychiatrycznym. To z jego myśli i doświadczenia kolejne pokolenia psychiatrów czerpią wiedzę i inspirację. To wychowani w jego tradycji światopoglądowej i naukowej lekarze i terapeuci tworzą psychiatrię zorientowaną na osobę.

Przyznam szczerze, że odczuwam skrępowanie, wygłaszając sądy dotyczące Profesora, tym bardziej że naprawdę trudno mówić o nim, stroniąc od patosu i słów podziwu. Z przyczyn oczywistych nie miałam możliwości poznać go osobiście – urodziłam się już po jego śmierci. Ale są osoby, które go pamiętają, były jego pacjentami lub u niego „terminowały” bądź przynajmniej znają albo znały ludzi mających z nim bezpośredni kontakt (na szczęście wiele wspomnień zostało spisanych).

To, czym ja mogę się podzielić, to moje refleksje 50 lat po jego śmierci: co z jego dorobku pozostało w książkach, w ludziach, których spotykam, w tradycji leczenia. Mogę opowiedzieć, jak ja go dzisiaj rozumiem, co wydaje mi się ważne, z czym się zgadzam, a z czym mogłabym dyskutować. Mogę spróbować wyrazić, jak odbierają go osoby z mojego pokolenia – a więc mającego zupełnie inne doświadczenia życiowe niż on. Mogę próbować wyobrazić sobie, że jestem jego pacjentką, i mieć nadzieję, że ucieszyłby się, że nie tylko profesjonaliści, ale też zwykli pacjenci chcą uczcić jego pamięć – w końcu to im, nam, poświęcił swoje życie.

¹ Pierwodruk: „Psychoterapia” 2012, 4(163), s. 39–45. Przedruk za zgodą redakcji.

Pierwszy raz bliżej zetknęłam się z osobą Kępińskiego na studiach, na zajęciach z psychiatrii. Byłam już wtedy po pierwszym epizodzie psychiatrycznym, po pierwszej dłuższej hospitalizacji, po urlopie dziekańskim z nią związanym. Na zajęcia szłam trochę wystraszona. Pamiętam, jak na jednym z pierwszych wykładów dotyczących schizofrenii prowadzący powiedział, że choruje na nią 1% populacji, a skoro na sali jest około 100 osób, więc bardzo prawdopodobne, że jedna ma doświadczenie choroby. Po tej wypowiedzi stwierdziłam, że człowiek zna się na rzeczy, i postanowiłam go słuchać – strach przerodził się w ciekawość. Zaczęłam wnikliwiej analizować jego opowieści. Ze wspomnianych zajęć wyniosłam szacunek dla pacjenta, jego osoby, woli i podmiotowości – a to wszystko bez wielkich słów, niejako między wierszami w wykładzie o symptomach, objawach, genezie, leczeniu. Pomyślałam wtedy: skoro to jest uczeń Kępińskiego, to kim jest sam mistrz? Wykładowca wielokrotnie odwoływał się do postaci Profesora. Najczęściej mówił, że miał szczęście i zaszczyt „terminować” u niego, zawsze podkreślał, że wiele się dzięki niemu nauczył.

Dla mnie – pacjentki urodzonej już po śmierci Kępińskiego – najważniejsze jest jego przesłanie, które zawarłam w tytule: „Od pacjenta do osoby”. Spróbuję wyjaśnić, jak to rozumiem, jakie to ma dla mnie znaczenie. Zacznę od „pacjenta”.

Dziś słowo „pacjent” ma niestety negatywne konotacje, choć nie zawsze tak było. Źródłosłów odwołuje się do łacińskiego *patiens*, co oznacza cierpiącego. Także pochodząca z łaciny etymologia niemiecka (*Patient*) i francuska (*patient*) wskazują, że pacjent to ktoś, kto cierpi, komu trzeba pomóc. Na tym polega, moim zdaniem, nie tylko zawód, ale i misja, posłannictwo lekarzy: pomóc pacjentowi, pomóc cierpiącemu, ulżyć w cierpieniu. Wzorując się na przysiędze Hipokratesa składanej przez lekarzy już w starożytności i wypracowanym wówczas kodeksie etyczno-moralnym, lekarze do dziś ślubują: „według najlepszej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic, [...] mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując im należyty szacunek”². Ponadto przysięgają między innymi „nie nadużywać zaufania pacjentów i dochować tajemnicy lekarskiej”³ oraz „strzec godności stanu lekarskiego i niczym jej nie splamić”⁴.

Kępiński to dla mnie człowiek, którego życie zawodowe zaświadcza, że można dochować wierności tej przysiędze, uczynić z niej motto swojej pracy. Myślę, że dla niego pacjent był przede wszystkim właśnie osobą cierpiącą – swoją pracę dedykował tym, „którzy więcej czują i inaczej rozumieją i dlatego

² Tekst przyrzeczenia stanowi część Kodeksu Etyki Lekarskiej uchwalonego przez Krajowy Zjazd Lekarzy 14 grudnia 1991 roku.

³ Tamże.

⁴ Tamże.

bardziej cierpią”⁵. Myśli zawarte w jego dziełach, ale też spisane relacje czy wspomnienia znających go osób, wskazują, że rzeczywiście pacjent był dla niego najważniejszy. Wszystkie podejmowane przez niego działania miały na celu wyłącznie dobro chorego. Okazywał mu szacunek i nie nadużywał zaufania, był lekarzem traktującym swój zawód jak misję, posłannictwo.

Wydaje się, że obecnie jest mniej człowieka, a zarazem mniej godności w słowie „pacjent” i równocześnie mniej wzniosłości w określeniach „lekarz”, „doktor” (skądinąd *doctus* oznacza „uczony”). Dzisiaj rzeczownik „pacjent” często kojarzy się z poniżeniem, bezsilnością, niemocą, bezradnością. Dotyczy to nie tylko pacjenta psychiatrycznego, ale także somatycznego. Wielu narzeka, że są traktowani instrumentalnie, przedmiotowo, a relacje lekarz–pacjent stają się coraz trudniejsze, coraz bardziej skomplikowane; coraz więcej w nich wzajemnych roszczeń i pretensji. Na taką sytuację bez wątpienia wpływa wiele czynników, między innymi uwarunkowania ekonomiczne i społeczne oraz funkcjonujące rozwiązania legislacyjne. Myślę jednak, że od zarania dziejów istota problemu tkwi w zasadzie w tym samym, a mianowicie w kwestii zależności. Spotkałam się kiedyś ze stwierdzeniem, że w zależności nie ma niczego złego, gdyż słowo to oznacza, że komuś na danej osobie, rzeczy czy sprawie zależy, ale nie wydaje mi się, aby tak proste wyjaśnienie było wystarczające. Parafrazując w tym miejscu Kępińskiego, stwierdzam, że absolutna zależność wiąże się z absolutną władzą. Każdy lekarz ma realną władzę nad swoim pacjentem. Może ulżyć mu w cierpieniu, z racji wykonywanego zawodu decyduje o jego zdrowiu i życiu – wartościach powszechnie uznawanych za najcenniejsze dla człowieka. Pacjent musi lekarzowi zawierzyć, oddać się w jego ręce, zaufać jego wiedzy i doświadczeniu. Świadomość, że tak wiele zależy od obcego człowieka, w kwestiach tak fundamentalnych, bywa przerażająca. Kępiński w *Poznaniu chorego* ujął to następująco: „Lekarz jest ojcem i sędzią zarazem, który wyda wyrok o losie czekającym chorego”⁶.

W szczególnej sytuacji znajduje się pacjent psychiatryczny. W *Autoporciecie człowieka* Profesor wraca do problemu: „Swoistość psychiatryczna stosunku chory–lekarz jest znacznie bardziej skomplikowana niż w medycynie somatycznej”⁷. Wydaje się, że psychiatra ma bardzo dużą władzę nad swoim pacjentem, potencjalnie może kontrolować jego myśli, uczucia czy wręcz duszę. Antoni Kępiński był tego świadom i w *Rytmie życia* przestrzegał: „Psychiatrzy na ogół nie zdają sobie sprawy z ogromu władzy i odpo-

⁵ A. Kępiński, *Schizofrenia*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1974, s. 4.

⁶ *Idem*, *Poznanie chorego*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1989, s. 19–20.

⁷ *Idem*, *Autoportret człowieka*, wybór i wstęp Z. Ryn, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1992, s. 284.

wiedzialności, jaki na nich ciąży”⁸. Taka władza stwarza ogromne i realne zagrożenie dla pacjenta. Lęki, które pojawiają się podczas terapii, nie są tak bardzo bezzasadne; myślę, że u ich podstaw leży instynkt samozachowawczy. Na początku pacjent przede wszystkim boi się odsłonić, zawierzyć, boi się braku zrozumienia, braku akceptacji, śmieszności. Boi się zaufać. Kępiński z perspektywy wielu lat pracy z człowiekiem widział to zagrożenie i w *Lęku* przestrzegał: „Władza nad drugim człowiekiem jest jedną z najsilniejszych i najniebezpieczniejszych ludzkich żądz”⁹. Myślę, że to samo instynktownie czują pacjenci.

O znaczeniu zaufania w psychiatrii mówi się bardzo dużo, wszyscy wiedzą, że jest to kwestia fundamentalna, że bez niego nie będzie dobrego kontaktu czy terapii. Natomiast stanowczo za mało mówi się o tym, że lekarz czy terapeuta muszą sobie na to zaufanie zapracować, a potem starać się, by go nie utracić. Wiele rozważań poświęca się temu, jak zdobyć zaufanie pacjenta. Myślę, że to niewłaściwe podejście. Zamiast pytać, jak je zdobyć, należy się raczej zastanowić, jak sobie na nie zasłużyć. I w tym miejscu znów trzeba przypomnieć postać Kępińskiego, który umiał sprawić, że jego pacjenci mu ufali, a późniejsi, w tym obecni, potrafią – albo przynajmniej próbują – ufać psychiatrii. Nie wiem, nie sadzę, by Profesor miał jakieś specjalne techniki zdobywania zaufania, on właśnie na to zaufanie zapracował własnym życiem, pracą zawodową, a przede wszystkim wartościami, które prezentował, w które wierzył i o które walczył. Starał się dawać wskazówki swoim następcom, dzielił się wszystkim, co odkrył. Zapisał wiele cennych myśli dotyczących kontaktu lekarza psychiatry z pacjentem. Te, które wydają mi się szczególnie istotne, wybrzmiały na stronach *Schizofrenii*: „Psychiatra powinien być dla chorego zawsze tym człowiekiem, przed którym może on się bezpiecznie odsłonić, który nie będzie go osądzał ani potępiał, który będzie starał się go zrozumieć i w miarę możliwości mu pomóc”¹⁰, oraz w *Psychopatiach*: „Psychiatra powinien swemu pacjentowi dodać odwagi i ułatwić mu szukanie prawdy o sobie”¹¹.

Kępiński wiedział, jak trudne to wyzwanie, kiedy w *Autoportrecie człowieka* pisał o cierpliwości w kontakcie: „Cierpliwość psychiatry musi być dosłownie bezgraniczna”¹², i dalej: „Niekiedy psychiatra jest pierwszym człowiekiem, który ma cierpliwość wysłuchać chorego”¹³. Z perspektywy pacjenta cierpliwość wydaje mi się niezmiernie ważna, wręcz nieodzowna. Niekiedy w trakcie leczenia, zwłaszcza podczas hospitalizacji, lekarze oczekiwali, że

⁸ *Idem*, *Rytm życia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1992, s. 372.

⁹ *Idem*, *Lęk*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2002.

¹⁰ *Idem*, *Schizofrenia*, s. 49.

¹¹ *Idem*, *Psychopatie*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1977, s. 28.

¹² *Idem*, *Autoportret człowieka*, s. 277.

¹³ *Ibidem*, s. 286.

zaczę się zwierzać, odkrywać przy pierwszej rozmowie. Na zrozumienie, nie mówiąc o zaufaniu, potrzeba czasu, starań i wysiłku. Myślę, że lekarze mogliby lepiej zrozumieć pacjenta, gdyby spróbowali odpowiedzieć sobie na pytanie, ile w normalnej, nieterapeutycznej sytuacji potrzeba czasu, aby zaufać drugiej osobie. Albo gdyby przypomnieli sobie, ile czasu minęło, zanim zaufali swojemu przyjacielowi, partnerowi. Z pewnością pomogłoby im to zrozumieć, jak czuje się pacjent, od którego się wymaga, by się odkrywał. Ponadto w przypadku pacjentów psychiatrycznych trzeba wziąć pod uwagę, że najczęściej są to osoby w jakiś sposób zranione, że ktoś już nadużył ich zaufania.

Mówiąc o powiernictwie psychiatry, terapeuty, Kępiński wielokrotnie odnosił się do pojęcia intymności. W dzisiejszych czasach trochę boimy się tego słowa, a trochę wstydzimy. Kępiński natomiast nie bał się ani wspomnianego pojęcia, ani tego, co ono ze sobą niesie. W *Autoportrecie człowieka* pisał: „Swoistość intymności jest cechą ogólną związku chorego z lekarzem. Jeden z partnerów kontaktu jest skazany na obnażanie się. W medycynie somatycznej chodzi o obnażanie się cielesne, w psychiatrii – o psychiczne”¹⁴. Profesor zauważył: „Natężenie intymności, które w kontakcie psychiatrycznym jest tak duże, jak może w żadnym innym związku między dwojgiem ludzi, stwarza skomplikowane powiązanie uczuciowe, często o ambiwalentnych oscylacjach”¹⁵.

Dziś – mówiąc o zaufaniu – zapomina się, że jego zdobycie to tak naprawdę początek drogi. Ważniejsze są pytania: jak to zaufanie wykorzystam, czy chcę dobra tego człowieka, czy może innych korzyści, czy umiem pogodzić się z jego wyborami, czy nie ulegam pokusie, że wiem lepiej, co dla niego dobre? Mądrość Kępińskiego przejawia się także w cytowanej powyżej pracy: „Psychiatra ma tylko pomóc choremu w tym, by sam się zmienił, a nie może jego zmieniać”¹⁶. W *Rytmie życia* przestrzegł: „Im większy wpływ psychiatra chce na chorego wyrzucić, tym mniejszy wpływ wywiera”¹⁷. Prawdziwym dramatem okazuje się bowiem uzależnienie pacjenta od siebie. Wówczas to, co choremu podpowiadał instynkt, a mianowicie: że traci kontrolę nad własnym życiem, staje się faktem. Mówiąc o uzależnieniu, mam na myśli sytuację, w której ktoś jest tak bardzo zależny od terapeuty i jego autorytetu, że nie wie, co myśleć, dopóki nie zapyta go o zdanie czy opinię; kiedy nie potrafi bez konsultacji z nim podjąć decyzji dotyczących swojego, jak by nie było, życia. Do uzależnienia dochodzi również wtedy, gdy terapeuta staje się tak ważny w życiu pacjenta, że ten liczy tylko na niego, mentalnie odwracając się

¹⁴ *Ibidem*, s. 262.

¹⁵ *Ibidem*, s. 263.

¹⁶ *Ibidem*, s. 288.

¹⁷ *Idem*, *Rytm życia*, s. 372.

od partnera, przyjaciół, rodziców czy innych bliskich osób. Zachodzi wtedy pytanie, czy aby terapia nie staje się w pewnym sensie substytutem życia.

Równocześnie nie można zapominać, że psychiatra czy psychoterapeuta jest często bardzo ważną, znaczącą postacią dla pacjenta, osobą, która jako pierwsza wspiera go w oddzielaniu urojonej fikcji od rzeczywistości. Jest jak rodzic pomagający małemu dziecku odkrywać świat. I tak jak dziecko w pewnym momencie, kiedy widzi, że rodzic się myli, doznaje rozczarowania grożącego pewnego rodzaju załamaniem, tak i pacjent w pewnym momencie terapii przestaje wierzyć w nieomyślność terapeuty. Ma to pewien wymiar brutalności, zawodu, ale stanowi nieodłączny element rozwoju, fazę, przez którą trzeba przejść, by osiągnąć następny etap niezależności, dojrzałości, świadomości, samostanowienia, samodecydowania, przejmowania odpowiedzialności za własne życie. A czy nie o to tak naprawdę chodzi w terapii?

Dobrze jest też umieć przyznać, że pacjent ma prawo do błędu, do porażek, ma prawo do wycofania się, do poddania się bez walki. To rodzaj szacunku dla pacjenta i dla jego decyzji oraz pokora wobec jego niemocy. W *Autoportrecie człowieka* znajdujemy kolejny inspirujący cytat: „Podstawą kontaktu psychiatrycznego jest szacunek, a nawet pewna pokora wobec bogactwa odsłaniającej się przed oczyma struktury świata drugiego człowieka”¹⁸. Stopniowo przybliżając się do Kępińskiego, do jego myśli i wartości, takich jak szacunek czy pokora, pokonujemy wraz z nim mentalny dystans „od pacjenta do osoby”. Nie ma tu jakiejś daty czy zdarzenia granicznego. Przejście od pacjenta do osoby wyznaczają wartości, w które krakowski psychiatra wierzył, i myśli, które nam zostawił. Jeśli spośród nich miałabym wybrać tylko jedną, najważniejszą, najpełniejszą, czy najbardziej wartościową dla mnie, to z pewnością byłaby to sentencja: **„Podstawą wszelkich stosunków międzyludzkich jest traktowanie drugiego człowieka jako człowieka”**¹⁹.

Wydaje się ona prosta, ale jest niezwykle głęboka, surowa, mądra. Gdyby udało się każdemu z nas zastosować do tej jednej myśli Kępińskiego... Wprowadza ona uniwersalne wartości. Kluczowy wydaje się szacunek dla drugiego człowieka, jego podmiotowości, wolności wyboru. Zmiana dokonana przez Profesora to dojrzenie w pacjencie człowieka i usłyszenie go. Tego też uczył swoich następców. Dla Kępińskiego rzeczywiście osoba chorująca psychicznie była nie tylko pacjentem, tym, który cierpi, któremu trzeba pomóc, nad którym powinno się pochylić, ale także osobą, człowiekiem, nauczycielem. To przesłanie, prawdziwa spuścizna po Antonim Kępińskim, jest mi (i zapewne wielu innym) bliskie 50 lat po jego śmierci. Zaskakujące, że wielokrotnie nasze indywidualne obserwacje i doświadczenia prowadzą do tych samych wniosków i konkluzji, które on sformułował dawno temu. Często też

¹⁸ *Idem, Autoportret człowieka*, s. 261.

¹⁹ *Idem, Rytm życia*, s. 143.

nowe doświadczenia i przemyślenia sprawiają, że z biegiem czasu Kępińskiego rozumie się inaczej, może głębiej, co powoduje, że wciąż można go odkrywać na nowo. Świadczy to również jednak o jego wielkości, o tym, że z jednej strony wnikliwie poznał psychikę osób chorujących, a z drugiej – potrafił dostrzec, zanotować, wyodrębnić pewne zjawiska, mechanizmy czy wręcz reguły o charakterze uniwersalnym, ponadczasowym, skoro dziś, w roku 2023, ciągle istnieją, a jego zapiski nadal są kluczem do ich zrozumienia.

Na zakończenie chciałam podzielić się jeszcze jedną refleksją związaną z tematem „Od pacjenta do osoby”. Moje przemyślenia nie byłyby pełne, gdybyśmy pominęli kontekst historyczny. Rozważając zagadnienia pacjenta-osoby, nie można zapomnieć, że były czasy, kiedy osobom chorującym psychicznie odbierano nie tylko prawo do bycia pacjentem, cierpiącym, ale nawet te bardziej podstawowe: prawo do życia i prawo do zachowania gatunku. Myślę, że to bardzo ważne, dlatego pozwolę sobie przypomnieć w skrócie kilka faktów z przeszłości. Trzeba się cofnąć aż do XIX wieku, do postaci Francisa Galtona i wprowadzonej przez niego koncepcji eugeniki (dziś zwanej negatywną). Termin ten oznacza reprodukcję wartościowych przedstawicieli gatunku przy równoczesnym zakazie posiadania potomków przez jednostki słabe, mniej wartościowe. Wśród tych uznawanych za słabych i mniej wartościowych znalazły się też osoby chorujące psychicznie. To w Stanach Zjednoczonych Ameryki, które dziś kojarzą nam się głównie z poszanowaniem takich praw, jak równość, wolność, tolerancja, w 1896 roku wprowadzono prawo małżeńskie oparte na kryteriach eugenicznych – powstał prawnie sankcjonowany zakaz zawierania małżeństw przez osoby chore psychicznie, ograniczone umysłowo i epileptyków. Następnym krokiem było wprowadzenie w niektórych stanach możliwości sterylizacji ludzi uznanych za „nieprzydatnych”, co doprowadziło do wysterylizowania około 64 000 osób.

W naszych realiach, ze względu na uwarunkowania historyczne, bardziej znane są fakty z III Rzeszy. To właśnie tam został stworzony najszerszy program przymusowej sterylizacji. Już w 1933 roku wprowadzono ustawę zabraniającą zawierania małżeństw ze względów genetycznych, a następnie ustawę o zapobieganiu narodzinom potomstwa obciążonego chorobą dziedziczną. Później, na skutek propagandy hitlerowskiej, zaczęto wyłuskiwać ludzi „bezużytecznych”, dzielić wszystkich na „przydatnych” i „nieprzydatnych”. Nieprzydatnych głodzono, sterylizowano, a później zabijano. Utworzono około 200 sądów eugenicznych. Lekarze i położne zostali zobligowani, aby zgłaszać narodziny dzieci z podejrzeniem choroby genetycznej, w tym choroby psychicznej – tylko po to, by można je było uśmiercić. Do 1945 roku zamordowano w ten sposób około 5000 dzieci.

Tak więc najpierw odebrano osobom chorującym prawo do miłości i związku, później prawo do prokreacji, a wreszcie prawo do życia. We wrześniu 1939 roku podjęto decyzję o likwidacji „życia niewartego życia”. Za nie-

warte życia uznano osoby chorujące psychicznie. Zaczęto je uśmiercać, eksterminować. Początkowo za pomocą zastrzyków. Kiedy uznano to za mało efektywne, podjęto decyzję o wysyłaniu pacjentów do komór gazowych. Szacuje się, że podczas operacji, którą od głównej centrali decyzyjnej nazwano „T4” (Tiergartenstrasse 4), zabito ponad 70 000 chorych i niepełnosprawnych, wśród nich także ponad 500 pensjonariuszy podkrakowskiego szpitala w Kobierzynie, których 23 czerwca 1942 zamordowano w Auschwitzu.

Dziś, zwłaszcza dla ludzi z mojego pokolenia, historia eksterminowania pacjentów psychiatrycznych może się wydawać odległą, nierealna, niemożliwa do powtórzenia. Dlaczego tak ważne jest, aby o tym mówić? Po pierwsze, aby pamiętać, a po drugie, aby uzmysłowić sobie, że Kępiński – człowiek, któremu pacjenci zawdzięczają przywrócenie godności – żył i tworzył w czasach, gdy ta historia była teraźniejszością. Nie można nie pamiętać, że dojrzał w takim świecie. Doświadczenia II wojny światowej i koszmar Holocaustu miały wpływ na jego postawę, twórczość, późniejsze życie zawodowe. Sam doświadczył niewoli, został osadzony w obozie dla internowanych na Węgrzech, przebywał w obozie koncentracyjnym w Miranda de Ebro. Wiele czasu i uwagi poświęcił na prace nad patologią wojny i obozów koncentracyjnych. Stworzył program badań nad skutkami traumy obozowej.

Żył w okresie, kiedy dokonywano największych zbrodni, także na osobach chorujących, i potrafił się z tym zmierzyć. Już w tamtych czasach widział w pacjencie przede wszystkim człowieka, osobę, dzięki czemu wyprzedził swoją epokę. Mając to na uwadze, pamiętając, w jakich czasach żył, warto jeszcze raz zastanowić się nad jego słowami, aby „traktować człowieka jak człowieka”.

Doceniając wkład Antoniego Kępińskiego w polską psychiatrię, trzeba zauważyć, że mimo wszystko wielu go nie zrozumiało, wielu do niego nie dorosło. Co nam mówi o traktowaniu pacjenta psychiatrycznego jako osoby funkcjonującej do dzisiaj ustawa z 1964 roku zabraniająca zawierania małżeństw osób chorujących psychicznie bez zezwolenia sądu? Czego w tym względzie nauczyła nas historia, czego nauczył nas Profesor? Czego nauczyliśmy się o szacunku dla drugiego człowieka i poszanowania jego godności, skoro do dziś w polskich szpitalach psychiatrycznych zdarzają się sceny niewiele odbiegające od tych znanych wszystkim z *Lotu nad kukułczym gniazdem*? Czy możemy powiedzieć, że pacjent jest nauczycielem, gdy wciąż doświadcza przemocy fizycznej lub, co boli jeszcze bardziej, pogardy i poniżenia? Czy na pewno dzisiejsza epoka, dzisiejszy świat dojrzały do Kępińskiego? Czy nie jest trochę tak, jak z innym wielkim Polakiem, Janem Pawłem II – szcycimy się, że mieszkał w Krakowie, jesteśmy dumni, że pochodził z naszego regionu, odwołujemy się do wielkich myśli, tradycji, wartości, ale czy wprowadzamy je w życie, respektujemy? Czy naprawdę czegoś się nauczyliśmy od Kępińskiego?

Profesor w *Autoportrecie człowieka* pisał: „Przebywanie z chorymi psychiatrycznymi uczy człowieka głębszego spojrzenia na życie i na ludzką naturę”²⁰. To samo można dziś powiedzieć o jego dziełach. Obcowanie z nimi naprawdę uczy człowieka głębszego spojrzenia. Naukę z nich powinny czerpać kolejne pokolenia psychiatrów i kolejne pokolenia pacjentów. Kępiński nie tylko pomaga lekarzom rozumieć pacjentów, ale i pacjentom rozumieć lekarzy. A to daje szansę na dialog. Nie zmarnujmy tej spuścizny.

²⁰ *Idem, Autoportret człowieka*, s. 259.

Andrzej Kokoszka

DLACZEGO REFORMA OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ W POLSCE POTRZEBUJE ANTONIEGO KĘPIŃSKIEGO?¹

Zaproszenie do napisania tekstu na temat: „Co wniósł Kępiński do polskiej psychiatrii? Jakie przesłanie Profesora jest szczególnie aktualne w dzisiejszych czasach?”, stanowiło dla mnie do wczoraj bardzo trudne wyzwanie. Sam będąc uczniem współpracowników Kępińskiego i entuzjastą jego poglądów, o których napisałem dwie książki i wiele artykułów, głównie w czasopiśmie międzynarodowych, czuję się rozczarowany niewielką reakcją na jego teorie zarówno w międzynarodowym środowisku naukowym, jak i wśród psychiatrów warszawskich. A sam jestem jednym z nich od ponad 25 lat, kiedy zakończyłem kilkunastoletnią pracę w Krakowskiej Klinice Psychiatrii.

Zastanawiając się nad treścią tego tekstu, postanowiłem zapytać młodych warszawskich lekarzy specjalizujących się w psychiatrii, czy znają książki Kępińskiego. Dowiedziałem się, że wszyscy o nich słyszeli, niektórzy nawet kupili sobie jakąś jego publikację, ale nikt żadnej nie przeczytał. Rozważając możliwe przyczyny takiej sytuacji, przypomniałem sobie wydarzenie sprzed kilku lat. Osoba z Krakowa, odbywająca staż w kierowanej przeze mnie II Klinice Psychiatrycznej w Warszawie, zwróciła się do ówczesnych rezydentów z uwagą: „Wy to macie dobrze, bo możecie się od profesora Kokoszki uczyć psychiatrii według Kępińskiego”. Zapadła cisza, którą przerwałem swoją wypowiedzią, a jej słuszność w pełni potwierdzili rezydenci. Pozwolę sobie więc przytoczyć jej dłuższy fragment:

Dla lekarzy pracujących dzisiaj zarówno w poradniach finansowanych przez NFZ, jak i przyjmujących pacjentów w prywatnych ośrodkach, podejście Kępińskiego jest bezużyteczne. Tam najkorzystniejsza finansowo jest zasada, że badanie jest tym lepsze, im krótsze, ponieważ w ciągu godziny można przyjąć nawet trzech pacjentów. Aby to było możliwe, należy nie dopuścić, aby pacjent mówił coś o sobie,

¹ Pierwodruk: „Dla Nas” 2022, nr 54, s. 5–6. Przedruk za zgodą redakcji.

o swoim życiu i problemach. Szybko należy rozstrzygnąć, czy ma psychozę, zaburzenia depresyjne czy zaburzenia lękowe, zdecydować, z jakiej grupy wybrać lek, następnie zapytać o dotychczas stosowane leki i inne choroby. Do wyboru leku to wystarcza. Pozostały na wizytę, wpływający nieubłaganie czas zajmują wypełnienie dokumentacji medycznej i wystawienie recept. Jak pacjent zgłasza jakieś problemy, to dostaje skierowanie do psychologa.

Dlaczego wczoraj zmieniłem swoje pesymistyczne podejście odnośnie do aktualności teorii Kępińskiego? Ponieważ zapoznałem się z treścią „artykułu specjalnego” opublikowanego w „World Psychiatry”, oficjalnym piśmie Światowego Towarzystwa Psychiatrycznego. Tekst nosi tytuł *The Lived Experience of Psychosis: A Bottom-up Review Co-written by Experts by Experience and Academics* (Żywe doświadczenie psychozy: przegląd oddolny napisany wspólnie przez ekspertów przez doświadczenie i naukowców). Został on dodatkowo omówiony w przedmowie redakcyjnej przez Louisa Sassa, który zwrócił uwagę, że fascynacja neurobiologią może być jedną z przyczyn powrotu do badań nad subiektywnym wymiarem zaburzeń psychicznych. Jego zdaniem badanie osobistych doświadczeń w chorobie stanowi nieodzowne zadanie psychiatrii zarówno z etycznego, jak i naukowego punktu widzenia.

Nadzieję na rozpowszechnienie całościowego i zespołowego podejścia, w którym psychiatra w pełni zna sytuację pacjenta i bierze udział w ustalaniu kompleksowych plantów terapeutycznych, daje wprowadzana w Polsce, ciągle tylko w postaci pilotażu, reforma psychiatrii. Reforma ta opiera się na funkcjonowaniu centrów zdrowia psychicznego. Zadaniem i celem wspomnianych placówek jest koordynacja odpowiednich dla konkretnej osoby oddziaływań terapeutycznych, wsparcia oraz profilaktyki nawrotów objawów. Przy prowadzeniu takich działań lektura książek Kępińskiego wydaje się bezcenna.

Zasadnicze znaczenie dla optymalnego funkcjonowania opieki terapeutycznej mają, po pierwsze, odpowiedni, osobowy kontakt i związek terapeutyczny z pacjentem, a po drugie, traktowanie terapii jako nieustanego procesu diagnostyczno-terapeutycznego i przywiązywanie dużej wagi do ciągłej pomocy pacjentowi w rozumieniu samego siebie. Choć, jak pisał Kępiński, kres samopoznania leży w nieskończoności, to samo dążenie do samopoznania jest terapeutyczne, ponieważ prowadzi do zwiększania samokontroli nad własnym sposobem przeżywania siebie i rzeczywistości, zarówno w ostrej fazie choroby, jak i w zapobieganiu nawrotom w trakcie remisji. Środkami do realizacji takiego celu są dobry kontakt pacjenta i terapeuty oraz ich zaangażowanie w proces terapii na partnerskich zasadach. Dobrze oddaje to model „trójkąta terapeutycznego”. Kępiński rzeczywiście rysował trójkąt i wskazywał pacjentowi jeden róg jego podstawy, mówiąc: „To jest pana/pani punkt widzenia siebie”, a potem na drugi róg – stwierdzając, że to jego punkt widze-

nia. Następnie wskazywał na wierzchołek trójkąta, tłumacząc, że oznacza on bardziej realny obraz pacjenta, który wspólnie będą rekonstruować.

Kontakt i długotrwały związek z pacjentem (ciągłość opieki) wymieniane są w dwóch artykułach wspomnianego wcześniej pisma jako czynniki terapeutyczne i warunki optymalnej terapii zarówno w ostrej fazie choroby, jak i w dalszej opiece, która powinna mieć charakter zespołowy. Artykuł Kępińskiego *Społeczność terapeutyczna*², zamieszczony w *Rytmie życia*, powinien być na liście lektur obowiązkowych do specjalizacji z psychiatrii. Autor opisał w nim znaczenie dobrych kontaktów personelu z pacjentami dla atmosfery na oddziale, która odgrywa ważną rolę w procesie leczenia. Argumenty za istnieniem tylko ilościowych, a nie jakościowych różnic pomiędzy osobami zdrowymi a chorymi psychicznie są zaś przydatne w zapobieganiu stygmatyzacji i wykluczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi.

Wprowadzenie modelu psychiatrii zgodnego z podglądami Kępińskiego jest możliwe jedynie pod warunkiem utrzymania globalnego finansowania działalności centrów. Powrót do standardów obowiązujących poza pilotażem, według których tylko dwie wizyty diagnostyczne mają trwać do 45 minut, a następne do 30 lub 15 minut, utrwali opisane wcześniej podejście redukujące działania psychiatrów do wypisywania recept.

² A. Kępiński, *Społeczność terapeutyczna*, [w:] *Rytm życia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1992, s. 297–319.

Andrzej Kapusta, Katarzyna Parzuchowska, Jakub Tercz

ROZMOWA O PSYCHIATRII, FILOZOFII I ANTONIM KĘPIŃSKIM

Jakub Tercz: W 2018 roku wspólnie zorganizowaliśmy konferencję poświęconą różnorodnym wymiarom myśli i praktyki Antoniego Kępińskiego, zatytułowaną „Psychiatra, człowiek, filozof”. Był to nasz sposób na upamiętnienie stulecia urodzin autora *Lęku*. Jak zwykle pośród współorganizatorów i partnerów Otwartych Seminariów Filozoficzno-Psychiatrycznych znalazły się instytucje i organizacje zarówno o profilu medyczno-psychiatrycznym (w tym pozarządowe organizacje pacjentów), jak i naukowo-akademickim. Samo wydarzenie odbyło się w Pałacu Kazimierzowskim, czyli siedzibie Rektora Uniwersytetu Warszawskiego. Konferencję otworzyła profesor Zofia Rosińska, prowadząc warsztaty dotyczące tekstu Kępińskiego *Twarz i ręka*¹. Zawsze czytałem ten artykuł razem z esejem *Pielęgniarka psychiatryczna*², tak jakby Kępiński od quasi-fenomenologicznej obserwacji twarzy i dłoni innego przechodził do analizy doświadczenia hospitalizacji, podczas którego pierwszy i najgłębszy kontakt pacjent nawiązuje wcale nie z lekarzami, ale z personelem pielęgniarskim. Kontakt ten zostaje nawiązany nie tyle przez medyczne arkusze czy badania, ile właśnie przez spojrzenie na twarz i dotknięcie ręki. Ta umiejętność Kępińskiego, polegająca na płynnym poruszaniu się między filozoficznymi rozważaniami i humanistyczno-etycznymi spostrzeżeniami a sytuacjami praktyczno-medycznymi, zawsze była dla mnie źródłem zaciekawienia i inspiracji. Dlatego tak cieszyło odzwierciedlenie stylu, tematyki i – zdaje się – pewnego zespołu wartości odnajdywanych u Kępińskiego przez partnerów i organizatorów tego wydarzenia.

Andrzej Kapusta: Tak też od 2013 roku na co dzień działamy w Lublinie w ramach programu „Przyjazny Uniwersytet”, realizowanego wspólnie przez

¹ A. Kępiński, *Twarz i ręka*, „Teksty. Teoria Literatury, Krytyka, Interpretacja” 1977, nr 2(32), s. 9–34.

² *Idem*, *Pielęgniarka psychiatryczna*, [w:] *Rytm życia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1992, s. 311–320.

Wydział Filozofii i Socjologii UMCS oraz Biuro do spraw Osób z Niepełnośprawnościami i Wsparcia Psychologicznego UMCS. Tak konstruujemy działania, by pogłębiać psychoedukację przeplatać z kulturą i filozofią. „Przyjazny Uniwersytet” od początku stanowił ważne zaplecze dla działań Fundacji OSFP.

J.T.: Chciałem Was zapytać, czy tak pojmowana interdyscyplinarność, jaką spotykamy u Kępińskiego, mieszająca ze sobą humanistykę i medycynę, naukę i filozofię, praktykę i refleksję, jest możliwa i czy w ogóle jest pożądana? Jak ją widzicie na co dzień w swoich kręgach zawodowych i w rodzimym systemie ochrony zdrowia psychicznego?

Katarzyna Parzuchowska: Jako jeszcze dość młoda osoba, która leczy się psychiatrycznie, uważam, że moje pokolenie tego właśnie potrzebuje. Dziś więcej wymagam od psychiatry. Domagam się tego, żeby był też psychoterapeutą albo chociaż potrafił ze mną rozmawiać i dawał mi poczucie, że jestem rzeczywiście rozumiana. Z kolei jako aktywistka w interdyscyplinarności upatruję warunku koniecznego do zaistnienia przemian w systemie psychiatrycznym. Potrzebne są zarówno wizjonerstwo, jak i doświadczenie płynące z praktyki, obiektywizm w stosunku do tego, co możliwe. Profesjonalistom mającym te przymioty jestem w stanie zaufać, gdy biorę udział w marszach, konferencjach, debatach.

Natomiast jako trenerka prowadząca warsztaty antystygmatyzacyjne i profilaktyczne uważam, że poza licznymi umiejętnościami Kępińskiego, jak łączenie refleksji z praktyką, najważniejsza w jego dorobku jest sprawczość, czyli to, że poparte refleksją praktyki przekuwał w realne działania, nie zatrzymywał się tylko na myśleniu. Ta „praktyczność myśli” wydaje się przenikać jego książki. Być może dlatego zawarta w nich myśl wciąż mobilizuje innych do działania na rzecz dobra drugiego człowieka, reformy systemu psychiatrycznego czy wreszcie do rozwijania filozofii psychiatrii. Właśnie dlatego wydał nam się tak inspirujący, gdy przed kilkanaście laty organizowaliśmy poświęconą mu konferencję „Psychiatra, człowiek, filozof”.

J.T.: Co w tych książkach można dziś uznać za najważniejsze?

A.K.: Wprawdzie pewne rzeczy są w pismach Kępińskiego anachroniczne, ale zasadnicza postawa, jaką reprezentował, dalej inspiruje i wydaje się, że jest na mapie polskiej humanistyki i nauk o zdrowiu czymś wyjątkowym. Trzeba powiedzieć wprost, że Kępiński był jedną z najbardziej wyjątkowych postaci polskiej kultury drugiej połowy XX wieku. Jego nazwisko łączy się zwykle z polską szkołą filozofii medycyny i psychiatrią humanistyczną. Kępiński, opierając się na założeniach biologicznych i ewolucyjnych, wypracowuje oryginalną koncepcję metabolizmu energetyczno-informacyjnego. Łączy więc w swojej pracy subiektywne i społeczne poziomy doświadczenia, pisze jakby z pozycji ludzkiego bycia-w-świecie, które przeplata aspektami biologicznymi naszych relacji ze środowiskiem.

J.K.: Gdzie w takiej rekonstrukcji jest miejsce na psychiatrię?

A.K.: To, co pisze Kępiński, jest zgodne ze współcześnie dyskutowaną koncepcją filozoficzno-psychiatryczną i kognitywną określaną jako „psychiatria enaktywna”. Dynamiczna psychofizyczna jedność, rodzaj holizmu, zostaje wywiedziona przez Kępińskiego z praktyki klinicznej. Jako lekarz psychiatra Kępiński czynił starania, by obiektywizm medyczno-naukowy godzić z troską terapeutyczną i podejściem empatycznym, nastawionym na pacjenta. Złożoność, różnorodność „rytmów życia” i wymiarów ludzkiego doświadczenia dostrzegał przede wszystkim w świetle problemów psychopatologii. To jest sprawa zasadnicza: dla Kępińskiego schizofrenia, depresja czy – jak nazywano za jego czasów pewien typ zaburzenia osobowości – psychopatia rodziły pytania o pełną i zdrową egzystencję. Medyczny objaw dawał możliwość konceptualizacji sposobów bycia-w-świecie. Główne zadanie, jakie sobie stawiał, polegało na wyjaśnieniu, co terminy medyczne oznaczają w kategoriach behawioralnych, doświadczeniowych czy egzystencjalnych.

J.T.: Ważną częścią pracy Kępińskiego była refleksja nad granicami poznania. Co to znaczy wiedzieć? Jakimi dysponujemy władzami poznawczymi? Czy jest jeden rodzaj wiedzy? Aby to uporządkować, Kępiński odróżniał rozumienie od wyjaśniania. Niejako powtarzając rozróżnienie spopularyzowane przez Karla Jaspersa, rozumienie przypisywał relacjom międzypodmiotowym, międzyludzkim, z uwagi na ich aspekt humanistyczny, zaś wyjaśnienie rezerwował dla nauki poznającej swój przedmiot.

A.K.: Kępiński podjął próbę pogodzenia różnych paradygmatów, zwłaszcza w kwestii odnoszącej się do rozróżnienia rozumienia i wyjaśniania. Chciał więc, aby terapeuta był zaangażowany w określone warunki życia, aby dokładnie rozumiał, jak jego pacjent doświadcza świata. Jednocześnie celebrował obiektywne i naukowe wysiłki w psychoterapii, wymagające od terapeuty bardzo stabilnego i pewnego kroku, zdolnego do prowadzenia konsekwentnej samoobserwacji w zdyscyplinowany sposób, który być może opierałby się na nieosiągalnej perspektywie zwanej perspektywą „idealnego obserwatora”.

J.T.: Jak takie podejście terapeutyczne przekłada się na troskę o osobę w kryzysie psychicznym?

K.P.: To jest dokładnie to, co was oczarowało, gdy powstawała Fundacja OSFP i gdy ty, Andrzeju, przywiozłeś Fulfordowską koncepcję Praktyki Opartej na Wartościach! Z jednej strony mamy wartości poddające się rozumieniu, z drugiej zaś wyjaśnienia oparte na dowodach. Jeśli jedne rozmiągają się drugimi, może pojawić się rozdźwięk między tym, czy pacjent ma wgląd, czy stara się go pogłębiać na przykład dzięki psychoterapii, czy potrafi się nim dzielić z innymi i wreszcie czy jest rozumiany przez bliskich lub lekarza.

Będziemy mieli okazję o tym rozmawiać już pod koniec tego roku³ podczas przygotowywanych przez Fundację OSFP warsztatów z Praktyki Opartej na Wartościach. Organizujemy je w ramach projektu „Filozofia psychiatrii – podstawa systemu ochrony zdrowia psychicznego” razem z partnerami – Pracownią Filozofii Zdrowia Psychicznego w Katedrze Nauk Społecznych i Humanistycznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu oraz Wydziałem Filozofii i Socjologii UMCS w Lublinie. Projekt ten jest finansowany z Funduszy EOG ze środków programu „Aktywni obywatele – Fundusz Krajowy”. Podczas warsztatów będziemy pracować w interdyscyplinarnych grupach nad różnymi typami wartości obecnymi w leczeniu psychiatrycznym i zdrowieniu osób oraz będziemy uczyć się ważyć poszczególne racje czy wartości. Kępiński jest naturalną inspiracją w rozważaniach nad polską tradycją psychiatrii aksjologicznej.

J.T.: Rzeczywiście, jest taka myśl u Kępińskiego, by zaburzenia psychiczne ujmować jako zaburzenia wartości. Pytanie dotyczyłoby tego, jak te wartości Kępiński faktycznie pojmował, czy na głębszym poziomie swoich przekonań był tak samo otwarty jak na poziomie deklaracji i inspiracji filozofią dialogu?

A.K.: W wypowiedziach Kępińskiego mamy wiele ciekawych myśli zbieżnych z filozofią spotkania i dialogu, co miało znaleźć odzwierciedlenie w jego praktycznych relacjach z pacjentami, jego wsłuchiwanie się w to, co mają oni do powiedzenia. Idea psychiatrii aksjologicznej polega na podkreśleniu, jak bardzo może ulec transformacji doświadczenie pacjenta, jak bardzo może się zmienić jego postrzeganie siebie i innych. Ta zmiana często przypomina rodzaj defektu, zagubienia w świecie potrzeb i wartości. Pamiętamy, że Kępiński pisze o pacjentach ze schizofrenią, że dla nich ważniejsza może być troska o losy wszechświata niż o codzienny byt i relacje z bliskimi.

Dostrzeganie zmiany w pacjencie może być czymś bardzo cennym i istotnym dla jego przyszłego funkcjonowania, natomiast niepokojące wydaje się mówienie, a zdaje się to czynić autor *Schizofrenii*, o zaburzeniu u samego pacjenta jakiejś naturalnej hierarchii wartości, pojawieniu się jakiegoś zła burzącego pewien naturalny, kosmiczny porządek. Tego rodzaju opisy mogą być ciekawymi metaforami, jednakże naturalizacja hierarchii wartości wydaje mi się niepokojąca. Lokowałbym wartości raczej w sferze relacji, dla których tłem jest zawsze obszar społecznych porządków. W pewnym sensie żyjemy w świecie anomii i naturalnego nieporządku, który domaga się nieustannego porządkowania i naszej czujności. Kontakt z osobą zagubioną lub chorobowo zmienioną jest wyzwaniem skierowanym do nas jako jednostek i jako wspólnoty; jest szansą, aby ponownie zapytać o nasz zastany świat porządków i wartości, jest możliwością podejmowania wspólnych decyzji w dialogu z osobami znajdującymi się na marginesie lub w kryzysie.

³ Dotyczy roku 2022.

J.T.: Można odnieść wrażenie, że chociaż pisarstwo Kępińskiego przesycane jest horyzontalnymi wartościami, a jego praktyce przyświeca filozofia dialogu (którą przejął od Józefa Tischnera, ten zaś od Emmanuela Levinasa), zakładająca, że drugi czy bliźni w diadycznej relacji zawsze jest ważniejszy ode mnie, to cały czas w centrum zainteresowania znajduje się psychiatra. To psychiatra „daje miejsce” dla reszty personelu, to on organizuje przestrzeń leczenia i zdrowienia i nawet jeżeli dochodzi do „otwarcia drzwi”, do symbolicznego złuzowania władzy, to tylko o tyle, o ile psychiatra dalej nad tym otwarciem czuwa, choćby z drugiego rzędu. Jeśli nawet należy słuchać pacjenta, to tym, kto słucha, jest lekarz, tak jakby pacjent był dla siebie ważny w takim stopniu, w jakim wejdzie w dialog z psychiatrą, względnie z pielęgniarką. Można oponować, że to dość jednostronna, może nawet nie do końca uczciwa lektura pism Kępińskiego, nie da się jednak zaprzeczyć, że nawet gdy pisze on jak humanista, to zajmuje miejsce psychiatrii, bo nim po prostu zawsze jest. I chociaż dziś wiemy, że podczas wojny przeżył epizod psychotyczny, to sam tego nigdzie w swoim pisarstwie nie podniósł, nawet przed śmiercią. W każdym razie, czy odebrałaś kiedyś tę figurę Kępińskiego jako „silnego psychiatrii”?

K.P.: Dla mnie Kępiński jest przede wszystkim ludzkim psychiatrą. Jestem mu wdzięczna za zrozumiałą język jego książek. Dzięki *Schizofrenii* pierwszy raz zrozumiałam, z czym przyszło mi żyć. Żaden „prawdziwy” psychiatra nie miał czasu, by mi to w pełni wytłumaczyć, odpowiedzieć na wszystkie moje pytania, by pomóc mi zrozumieć. Po raz pierwszy po książkę Kępińskiego sięgnęłam dość przypadkowo, bo zakupiłam ją w przyszpitalnym kiosku – tak właśnie go poznałam. Czuję dużą wdzięczność za to, jak pisał.

Coś jednak jest w tym, co powiedziałaś... Dla mnie Kępiński jest podzielony na tego wielkiego, znanego, wybitnego, poruszającego się w hierarchii medycznej lekarza i na tego ciepłego, troskliwego, refleksyjnego, wrażliwego i obdarzonego poczuciem misji człowieka. Mnie to rozdwojenie odpowiada. Powiedziałabym raczej, że brakuje mi czasem u profesjonalistów tej drugiej twarzy.

J.T.: Czy mógłbyś wyjaśnić, na czym polega koncepcja metabolizmu energetyczno-informacyjnego, centralna dla systemu filozoficznego systemu wyłaniającego się z jego pism?

A.K.: Pojęcie metabolizmu energetyczno-informacyjnego obejmuje pozytywny model ludzkiej natury. W odniesieniu do psychologii i psychiatrii Kępiński podejmował próbę przełamania podejścia redukcjonistycznego oraz fizykalistycznego i mimo perspektywy biologiczno-ewolucyjnej pracował nad fenomenologicznym opisem zaburzeń schizofrenicznych i depresyjnych.

Metabolizm biologiczny czy też energetyczny zajmuje centralne miejsce w jego koncepcji. Kępiński przede wszystkim podkreśla, że człowiek należy do królestwa przyrody, do świata zwierzęcego. Każdy żywy organizm jest re-

zultatem interakcji ze środowiskiem. Żywe stworzenia nie mogą istnieć bez środowiska, z którym są stale w relacji wymiany energetycznej. Kępiński modeluje tę wymianę na wzór zasad termodynamiki, wskazując na równowagę pomiędzy organizmem a środowiskiem. Żeby to opisać, powołuje się na dwa prawa biologiczne: pierwsze dotyczy zachowywania jednostkowego życia przez organizm, zaś drugie – zachowywania życia przez gatunek. Pierwsze ma więc charakter egocentryczny, a drugie pozwala wyjść organizmowi niejako na zewnątrz, porównywane jest do zasady miłości, u bardziej rozwiniętych organizmów prowadzi do zachowań prospołecznych.

J.T.: Ale to Kępińskiemu nie mogło wystarczać, dlatego – jak rekonstruujesz w swojej pracy – nad metabolizmem energetycznym nadbudowuje się wyższego rzędu metabolizm informacyjny.

A.K.: Tak właśnie jest. Metabolizm informacyjny to inny termin służący Kępińskiemu do opisu psychiki. Ta dynamiczna psychika sama ma w tym ujęciu dwie warstwy: nieświadomą i świadomą. Warstwa nieświadoma dotyczy nastrojów i kolorytu emocjonalnego. Inaczej niż w psychoanalizie, która nieświadomość pojmuje jako coś, co stale pozostaje w konflikcie czy opozycji do świadomości, u Kępińskiego nieświadomość stanowi raczej warunek świadomości, pewną konieczną warstwę, na której świadomość się rozwija czy też nadbudowuje. Być może lepiej byłoby tu mówić o pewnym poziomie przedświadomym czy przedrefleksyjnym.

Czym więc jest dla Kępińskiego świadoma część aparatu psychicznego? Jego rola polega na tworzeniu obrazów mentalnych, które dziś nazwalibyśmy reprezentacjami, chociaż Kępiński rozumie je inaczej niż przedstawiciele współczesnych nauk kognitywnych. Chodziło mu raczej o ucieleśnienie i umieszczenie umysłu w środowisku, tak nierozzerwalne, że wiedza czy poznanie stają się ściśle połączone z działaniem. Wiedza zaś nie jest dla niego rodzajem przekonania, ale efektem praktycznego, doświadczeniowego zaangażowania w rzeczywistość.

J.T.: W jaki sposób Kępiński uzasadnia genezę tego emergentnego aparatu psychicznego?

A.K.: To pytanie trafia w ciekawe, zagadkowe miejsce jego koncepcji. Dla Kępińskiego samo ciało ze swoją nabytą ewolucyjnie strukturą jest źródłem sumienia i praw moralnych. Paradoksalnie jego pogląd pod pewnymi względami okazuje się zgodny z tradycyjnym, tomistycznym obrazem człowieka, opartym na prawach naturalnych, co wydaje się o tyle ciekawe, że w książkach Kępińskiego zasadniczo nie ma żadnych jawnych odniesień teologicznych czy religijnych. Na poziomie bezpośredniego przekazu (popieranego wieloletnią praktyką lekarską) Kępiński reprezentuje autentyczne, opiekuńcze i szczerze podejście do pacjentów. Nic dziwnego, że po śmierci stał się nieodświeżonym wzorem i autorytetem dla wielu pokoleń polskich psychiatrów i psychologów.

J.T.: Jeden z uczniów Kępińskiego, Jerzy Zadęcki, przygotowywał pod jego kierunkiem pracę doktorską z psychiatrii fenomenologicznej. Przeprowadzał wywiady i obserwował pacjentów psychiatrycznych, dążąc do wydobywania istotnych cech ich doświadczenia. Podobno Kępiński nie wyrażał entuzjazmu wobec zastosowanej metody, ale też nie blokował doktoratu. Zmarł niestety przed ukończeniem dysertacji... Mówi się, że sam Kępiński stosował metodę fenomenologiczną.

A.K.: Można powiedzieć, że stosował fenomenologię, ale z pewnością inną niż ta, którą znamy z książki Zadęckiego *Ja we wczesnej schizofrenii*. Elementy metody fenomenologicznej, celowo lub intuicyjnie, stosował Kępiński przy kilku okazjach, między innymi do opisu czasowości człowieka. Czasowości tej nie można uchwycić bez świadomego doświadczenia, bez jaźni jako centralnego punktu naszej struktury psychologicznej. „Ja” jest centrum sterującym ludzkim doświadczeniem – pisał w *Schizofrenii*. Życie psychiczne wydarza się w jaźni zgodnie ze współrzędnymi czasowymi i przestrzennymi: teraźniejszość to miejsce, w którym lekcje z przeszłości zamieniają się w pozytywne działania na przyszłość. Kępiński opisuje, jak ludzie mogą odczuwać upływ czasu lub stagnację. Na przykład pacjenci cierpiący na depresję nie mają poczucia otwartej przyszłości, wydaje im się, że niczego przed nimi nie ma, jakby nic już ich nie czekało. Dzięki tej refleksji możemy zdać sobie sprawę, jak krucha i dynamiczna jest ludzka sprawczość. Opiera się na elementarnym poczuciu siebie (proto-„Ja”), które znajduje wyraz w stwierdzeniach: „ja mogę”, „ja czuję” i „ja myślę”.

J.T.: Czy ten język jest zarezerwowany tylko dla filozofów, czy filozofowie mają jakieś specjalne narzędzia i dostęp do tej kryzysowej rzeczywistości?

A.K.: W żadnym razie! To jest język, nad którym pracują filozofowie, ale który stanowi pewną propozycję komunikowania się czy dialogowania wszystkich uczestników egzystencjalnie angażujących sytuacji. Zresztą podstawową umiejętnością filozofa winna być zdolność conceptualnego poruszania się w różnych rejestrach ludzkiej rzeczywistości, zdolność rozpoznawania obszaru badań empirycznych, języka psychologii, nauk społecznych, języka egzystencji, doświadczenia religijnego. Dlatego trochę nazbyt optymistycznie nazwaliśmy jeden z naszych projektów: „Filozofia i psychiatria w poszukiwaniu wspólnego języka”.

J.T.: Kto więc może z tego języka skorzystać?

A.K.: Tę szerszą czy też pogłębianą o własne doświadczenie perspektywę mogą podjąć sami pacjenci i ich bliscy oraz wrażliwi terapeuci, wszyscy ci, którzy doświadczają problemów z własną egzystencją, z kłopotami w relacjach, ci, którzy zmagają się ze stresem, przemocą, głęboką stratą. Są to osoby mogące odnaleźć w propozycjach i intuicjach filozofów język pozwalający im dookreślić ich własną sytuację oraz poznać naturę skrajnych doświadczeń.

Jak powiedział kiedyś autor kultowej już *Historii szaleństwa* Michel Foucault: „Moje książki to skrzynki z narzędziami, możecie z nimi zrobić, co chcecie”⁴.

K.P.: Dokładnie. Dzięki lekturom książek Kępińskiego dostałam narzędzia do rozumienia choroby, z którą się mierzę, ale chyba ważniejsze dla mnie było w jego języku szczegółowe nazywanie objawów. Medyczny język, który początkowo wydawał mi się odległy i nieco magiczny, dzięki cierpliwym opisom i wyjaśnieniom, rozważaniom i wielostronnej perspektywie powoli wchodził mi w krew. Ma to swoje wady i zalety. Sięganie po język lekarski nie zawsze jest dobre dla pacjenta. Nie mam w każdym razie za złe Kępińskiemu, że jako psychiatra posiłkował się językiem medycznym. Uważam jednak, że Kępiński naszych czasów porzuciłby całkowicie język medyczny na rzecz języka, którym posługuje się pacjent w gabinecie.

J.T.: Na czym więc polega zadanie stojące przed filozofią?

A.K.: Waler filozoficznych dyskusji na temat kryzysów psychicznych jest właśnie taki, że nie są one podporządkowane prostej psychoedukacji, zachęceniu pacjentów do leczenia, przekonania ich do dbania o własne zdrowie, do dania świadectwa, że warto słuchać ekspertów, a decyzje o systemie opieki psychiatrycznej zostawić decydentom i politykom. Te kwestie i kryjące się za nimi wartości zostają przez filozofię sformułowane jako pytania.

K.P.: Dla mnie filozofia w psychiatrii stoi na straży szeroko rozumianej podmiotowości pacjenta, pamięci, że nie jestem chodzącą płataniną szwankujących neuroprzekazników czy piątym kołem u wozu, gdy brakuje materaca na szpitalnym korytarzu.

J.T.: Jak sądzicie: co interesuje filozofa psychiatrii w kryzysach psychicznych?

A.K.: Zainteresowanie filozofa psychiatrią i psychopatologią przychodzi na ogół od strony bardziej podstawowych dociekań teoretycznych i etycznych, które w psychiatrii przybierają zadziwiający, inspirujący lub nawet kłopotliwy charakter. Są też przykłady osób parających się filozofią, których dopiero własny kryzys psychiczny (lub kryzys bliskiej osoby) zmusił niejako do podjęcia tego typu badań. Interesującymi zagadnieniami dla filozofa mogą być: zagadka ludzkiego umysłu, problem ludzkiej tożsamości i normatywności, metodologia badań zjawisk psychicznych i społecznych oraz klasyfikacje ludzkich doświadczeń. Przy okazji teoretycznych poszukiwań i dociekań może się okazać, że umysłu nie da się zredukować do prostych mechanizmów działania mózgu, zawiera on bowiem poziomy, które odnoszą się zarówno do ludzkiego indywidualnego doświadczenia, jak i do społecznego usytuowania. Tożsamość osobowa również okazuje się wielce złożona, dynamiczna i wielowymiarowa, dlatego trudno ustalić obowiązujące granice naszej spójności

⁴ M. Foucault, *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, tłum. H. Kęszycka, wstęp M. Czerwiński, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1987, s. 720.

i ciągłości. Te trudności stają się szczególnie widoczne w różnorodnych doświadczeniach kryzysu psychicznego.

K.P.: A może nic go nie interesuje? Może to nie jest kwestia ciekawości, a empatii i chęci wspierania przez wyjaśnianie? Może – tak jak dla wspomnianego Levinasa – dla Kępińskiego etyka jest ważniejsza od poznania? W każdym razie ten rodzaj filozofii, który przedkładałby codzienne dobro nad pewność wiedzy, wydaje mi się bliższy.

J.T.: Jaki jest stosunek filozofii psychiatrii do nauki i praktyki psychiatrycznej?

A.K.: Filozofia psychiatrii nie jest bezpośrednio uwikłana w spory czy interesy naukowe, terapeutyczne, organizacyjne i finansowe, obecne w medycynie, psychiatrii i polityce. Filozofia i humanistyka przychodzą do psychiatrii z innego miejsca, startują z innej pozycji i mają swoje własne ambicje i oczekiwania. Zasadniczo filozofia i humanistyka starają się ukazać problemy kryzysu psychicznego i psychopatologii w szerszym kontekście ludzkiego doświadczenia, w historycznym i społecznym uwikłaniu czy w odniesieniu do zadań nauki i techniki. Filozofia psychiatrii docenia wartość faktów i badań empirycznych, ale nie może zignorować ich teoretycznego i historycznego kontekstu. Jak mówi Praktyka Oparta na Wartościach: powinniśmy stać na dwóch nogach – na faktach i na wartościach.

J.T.: Czy jest jakaś jedna „filozofia psychiatrii”?

A.K.: Na szczęście nie ma takiej. Humanistyka i filozofia obejmują różniące się tradycje i często wykluczające się metodologie. Dlatego nie można oczekiwać z ich strony jakiegoś trwałego porozumienia i ustalenia określonych strategii czy rekomendacji. Nie taka też jest ich rola. Natomiast badania dotyczące zagadnień z obszaru ludzkiego cierpienia i praktyczna ich perspektywa łagodzą wzajemne spory między filozofami różnej maści. Zaskakujące jest jednak, jak często wnioski i opisy filozoficzne są zgodne z doświadczeniem i oczekiwaniami wielu pacjentów i ich rodzin oraz psychoterapeutów.

J.T.: Jaka mogłaby być filozofia najbardziej odpowiednia dla pacjentów?

K.P.: Taka filozofia mogłaby kłaść nacisk na zasoby, także te ukryte. Wzmacniać i dawać nadzieję z jednej strony, a z drugiej normalizować to powszechne doświadczenie, jakim jest kryzys. Taka filozofia powinna być dostosowana do indywidualnych sytuacji i operować prostym, zrozumiałym językiem. Nie byłaby niczym nowym. Łączyłaby wszystko, z czego już dziś możemy czerpać, między innymi dzięki Kępińskiemu.

J.T.: Z perspektywy historycznej... Na czym – w jednym, ostatnim zdaniu – polegałaby wartość Kępińskiego?

A.K.: Każda społeczność terapeutyczna potrzebuje mistrzów, którzy pozostawili swoją inspirację nie tylko w tekstach, ale też w postawie etycznej. W polskiej tradycji mamy więc Antoniego Kępińskiego, Kazimierza Dąbrowskiego, Kazimierza Jankowskiego czy Jana Mazurkiewicza.

K.P.: Można powiedzieć, że w moim gronie znajomych pacjentów Kępiński jest po prostu modny. To psychiatra, który nie onieśmiela, który pozostaje kimś bliskim.

J.T.: To może jeszcze po jednym ostatnim zdaniu: czy są jakieś ograniczenia dyskursu Kępińskiego?

A.K.: Powiedziałbym, że największe ograniczenie leży w metaforycznym i humanistycznym języku używanym przez Kępińskiego, który trudno przekuć na narzędzia kliniczne. Być może jest to wciąż wyzwanie dla społeczności polskich badaczy. I oczywiście brakuje tłumaczeń Kępińskiego na język angielski.

K.P.: Lektura książek Kępińskiego sprawiła, że zapytana o tematy związane ze zdrowiem psychicznym nie mam jednej prostej odpowiedzi. Każda z nich jest złożona, bo na te kwestie można popatrzeć z wielu stron. Może zbyt wielu? To jest pewne paradoksalne ograniczenie. Czy czasami nie wolelibyśmy dostać prostej recepty?

SPOTKANIE, CZYLI O ISTOCIE RELACJI

W każdym zawodzie istnieją sytuacje esencjalne, które odsłaniają jego istotę. W zawodzie asystenta zdrowienia jest to spotkanie dwóch ludzi. Chorujący przychodzi ze swoim bólem i prosi o pomoc. Ta prośba, rzecz jasna, rzadko bywa dosłowna, przyjmuje różne formy. Mogą to być potok słów albo skamieniałe rysy twarzy. Chorujący mówi, opowiada. Zadanie asystenta zdrowienia polega na wysłuchaniu tej opowieści. Dla opowiadającego owa historia to sprawa najwyższej wagi. Asystent zdrowienia, używając odpowiednich słów, pomaga wydobyć na jaw wiedzę, która jest przypomnieniem. Słuchaniu musi towarzyszyć ciekawość, tak by mówiący czuł, że ktoś naprawdę interesuje się jego problemami. Asystent zdrowienia i pacjent powinni też mówić jednym językiem, ponieważ tylko w ten sposób da się wejść w świat chorującego, zawierający niekiedy treść najbardziej intymną, nieraz ukrywaną wcześniej przed otoczeniem.

Ów świat, na przykład w schizofrenii, mogą wypełniać tajemnicze siły, dobre i złe moce. Chorujący jest przekonany, że odsłonił sedno rzeczywistości, podczas gdy asystent zdrowienia zna jej pozory. To, że asystent sam zmagał się z chorobą, pozwala mu otworzyć się na kogoś, kto jest poddany szczególnemu ciśnieniu samotności i kto nierzadko za towarzystwo ma jedynie własne wizje. Asystent zdrowienia musi rozwinąć w sobie szczególny rodzaj wrażliwości, by do tego świata przeniknąć. Podczas spotkania dzieje się coś niezwykłego, mianowicie asystent zdrowienia potrafi znaleźć w sobie motywację i wykrzesać z chorego siłę do przeprowadzenia gruntownych zmian w jego egzystencji. Spotkanie z osobą chorującą wykracza bowiem poza ramy epistemologii, co nie oznacza jej porzucenia, lecz odkrycie faktu, że nie można pacjenta do tych ram zredukować. Spotykając się z osobą chorującą, asystent zostaje „wrzucony” w autentyczne osobowe istnienie – powstaje więc pytanie: czy temu sprostą? Niemniej jednak spotkanie jest wydarzeniem pozytywnym. Uwidacznia się to w treści i sposobie realizowanych w nim i dzięki niemu wartości. Angażuje ono zarówno asystenta zdrowienia, jak i osobę chorującą. Na pierwszy plan wysuwa się aksjologiczno-moralna sfera

osoby, przy czym nie chodzi o sposób istnienia wartości, lecz o odwagę ich realizacji. Takie wydarzenie musi mieć doniosłe konsekwencje w całym dalszym życiu osoby chorującej. Gdy rozpatruję to spotkanie w kategoriach aksjologicznej, moralnej czy epistemologicznej szansy, wiem, że jest ono szansą, której nie powinien zmarnować ani asystent zdrowienia, ani pacjent. Mam przeświadczenie, że należy zachować szczególną ostrożność podczas takiego spotkania, ponieważ dzieje się ono w świecie osób, a dopiero wtórnie jest pojęciem medycznym. Myśląc o dualizmie podmiot–przedmiot, wcale nie chcę radykalnie przekreślać pojęć podmiotu i przedmiotu. Chodzi wyłącznie o to, by drugi człowiek nie interesował asystenta zdrowienia jedynie w swej przedmiotowości dla celów, które asystent sobie stawia, lecz by przede wszystkim intrygował go jako osoba. Widać więc, że wysiłek poznawczy nie może być jedynym wysiłkiem asystenta zdrowienia względem osoby chorującej.

Nie zapominam, że godność osoby chorującej objawia się równolegle z jej istnieniem. Najbliżej tego pojęcia sytuuje się grecka *aretê*. Jest to fundament dla wszystkich filozoficznych rozważań nad cnotą, etyczną działalnością, godnością i szacunkiem dla osoby. Asystent zdrowienia kieruje się poprzez nadzieję na najważniejsze wartości, ponieważ jeśli spotyka osobę chorującą, która jest wewnętrznie rozdarta, to właśnie nadzieja pomaga jej odzyskać duchową równowagę. Dzięki wlewaniu nadziei w życie pacjenta asystent zdrowienia może zyskać jego zaufanie. W tej relacji zaufania podstawę stanowi zaufanie asystenta zdrowienia do siebie – tylko wówczas, gdy w pełni ufa samemu sobie, gdy wierzy w siebie, może ufać innym i sprawić, że inni zaufają jemu. Co więcej, gdy asystent zdrowienia jest pewny samego siebie, gdy wierzy, że ma siłę do realizacji wyższych celów, czuje się prawdziwie godnym pomagania innym ludziom. Niejednokrotnie dzięki wsparciu asystenta zdrowienia osoba chorująca przezwycięża swą niemoc tak dalece, że może „narodzić się na nowo”. Zazwyczaj to przewyższenie siebie dotyka w różnym stopniu nie tylko osobę chorującą, ale i asystenta zdrowienia. Jedno z nich odradza się do nowego życia, natomiast drugie, zbudowane tą przemianą, potwierdza w sobie konieczność niesienia dalszego wsparcia. Asystent zdrowienia, znajdując w sobie mocny punkt oparcia, może potwierdzić go w kontaktach z innymi i działać z własnej perspektywy: dzięki osobie chorującej lepiej rozumie sytuację, w którą jest zaangażowany, i lepiej ocenia swoją zdolność działania. Spotkanie z osobą chorującą powoduje, że asystent jest gotów wziąć odpowiedzialność za siebie i innych, także za grupę terapeutyczną. Czuje się zobowiązany wziąć na swoje barki i na swoje sumienie problemy tych, którzy wierzą, że prowadzi ich słuszną drogą ku zdrowieniu, przy czym odpowiedzialność to nie przejmowanie cudzych obowiązków, lecz świadome wspieranie kogoś w samodzielnym udźwignięciu ciężaru odpowiedzialności za swoje życie.

Nadrzędną wartością dla asystenta zdrowienia jest dobro pacjenta – przejmując odpowiedzialność za tę wartość, poświadcza swoje zaangażowanie osobistym przykładem. W pracy nie może pozwolić sobie na moment zapomnienia, ponieważ wówczas to, co tak sumiennie budował w relacji z osobą chorującą, może się zawalić. Asystent zdrowienia powinien kierować się zainteresowaniem, w którym brzmia echa spożytkowania nabytej wiedzy, ale też poszukiwać motywacji, odgadnąć jej myśli i potrzeby. Atrybutem bycia osobą ludzką asystenta zdrowienia jest odniesienie się do bytu innej osoby – tak można strawestować słynne twierdzenie Martina Heideggera. Przy czym w trakcie spotkania asystenta zdrowienia z osobą chorującą wytwarza się pewien dystans, dzięki któremu asystent może w pełni wykorzystać swoją wiedzę i doświadczenie, zachowując szacunek względem osoby chorującej. W rozumieniu asystent zdrowienia ma natomiast do czynienia z prawdą osoby chorującej, czasem nawet prawdą sięgającą do granic sfery intymnej. Rozumienie bowiem dzieje się w porządku, który nie jest zbyt widoczny, a którego istota wymaga niekiedy milczenia, a kiedy indziej okazywania słowami i czynami wyników wnikliwej obserwacji osoby chorującej. Choć w spotkaniu asystenta zdrowienia z osobą chorującą ten pierwszy nie chce niczego ustanawiać, niczego przesądzać, niczego narzucać. Nie chce deprecjonować wartości, które wyznaje osoba chorująca, chce przede wszystkim, by prezentowana przez niego postawa dialogiczna pozwoliła jej zmierzyć się z wyzwaniem, jakim jest odnalezienie w swym życiu celu i sensu. Odpowiednią metodą, aby tego dokonać, wydaje się dialog sokratejski. Asystent zdrowienia może uświadomić osobie chorującej, że życie każdego człowieka ma sens, że tego sensu nigdy nie traci – że jest on bezwarunkowy. Tym samym naprowadza osobę chorującą na drogę szukania czy osiągnięcia sukcesu w jej trudnym położeniu, czyli w chorobie. Może doprowadzić do tego, że osoba chorująca w pełni urzeczywistni swój ludzki potencjał, polegający na przekuwaniu tragedii w tryumf. Dzięki temu, że można się odnaleźć nie tylko pomimo cierpienia, ale także w jego wyniku, asystentowi zdrowienia łatwiej aniżeli ekspertowi nadać sens temu cierpieniu. Jeśli wykonał tę gigantyczną pracę we własnej sferze bytu, będzie mógł towarzyszyć osobie chorującej w odkrywaniu sensu w jej indywidualnej historii życia. Asystent zdrowienia zyskuje w ten sposób cel swej pracy, jednocześnie wydobywając z osoby chorującej pokłady jego własnej inicjatywy prowadzącej do zdrowienia. Asystent nie może mówić pacjentowi, jakie znaczenie powinna mieć dla niego dana sytuacja, może mu jednak pokazać, że sens życia da się odnaleźć dosłownie w każdej chwili.

Intensywność rzeczywistości, w której funkcjonuje asystent zdrowienia, oraz presja związana z pracą i codziennymi obowiązkami sprawiają, że może on często zapominać o sobie. Tymczasem właściwie rozumiana troska o siebie jest kluczem do uzyskania dobrostanu psychofizycznego i zbudowania satys-

fakcjonujących relacji z innymi ludźmi. Jeżeli asystent zdrowienia przyjmie taką postawę, zrodzi się w nim poczucie jedności samego siebie – poczuje się pełnowartościowym człowiekiem w tym sensie, że wykonuje wszystko, co do niego należy i na co go stać. To poczucie jedności może trwać długo i chronić go przed wewnętrznym rozdarciem. Dzięki temu również jego spokój i duchowa harmonia udzielają się innym ludziom i wpływają kojąco na ich pobudzone temperamenty. Sprawia to również, że wokół asystenta zdrowienia gromadzą się osoby chorujące, gdyż samą swoją obecnością wprowadza on ład aksjologiczno-moralny. Reasumując, myślę, że rola asystenta zdrowienia jest związana z chęcią poznania takiego, jakie faktycznie występuje, chęcią powrotu do świata, w którym żyjemy. Asystent zdrowienia, operując właściwą wiedzą, może i powinien rozbudzić w sobie pierwotne doświadczenie świata, w którym wchodzi on w kontakt z rzeczywistością, tak aby przejmując społeczną rolę i miejsce w ustalonych strukturach, nie utracił z oczu tej podstawowej, w której przyjdzie mu pracować: struktury intersubiektywnej. W tej wspólnocie osobowej, naznaczonej przekształceniem aksjologicznym, asystent zdrowienia może działać jako ten, który nie ogranicza wolności osoby chorującej, ale przede wszystkim ją wyzwala.

Andrzej Cechnicki

CO WNIÓŚŁ ANTONI KĘPIŃSKI W NASZE ŻYCIE ZAWODOWE?

Profesor Antoni Kępiński od blisko 50 lat patronuje zadaniu, do realizacji którego przystąpiliśmy w Krakowie wspólnie z naszymi pacjentami. Przede wszystkim chcemy pozostać wierni jego przesłaniu i jego wizji psychiatrii oraz stopniowo, wytrwale wcielać ją w życie. Podjęliśmy to wyzwanie z „romantycznym pragmatyzmem”, tak jak go odczytaliśmy w spuściźnie Profesora i ciągłych rozmowach z osobami, z którymi pracował, a które po jego śmierci zostały naszymi nauczycielami i mistrzami.

Antoni Kępiński w latach 1947–1972 leczył i nauczał w krakowskiej Klinice Psychiatrycznej. Pogłębił kliniczną i teoretyczną wiedzę o doświadczenie drugiego człowieka, a zarazem o doświadczenie samego siebie w świetle obecności innej osoby. Stworzył podstawy terapeutycznego dialogu profesjonalistów z potrzebującymi pomocy. Był myślicielem dialogicznym. Otworzył psychiatrię na wewnętrzny, indywidualny świat człowieka, przez co stał się prekursorem psychiatrii humanistycznej w Polsce.

W okresie, kiedy Polska znajdowała się za żelazną kurtyną, pozbawiona kontaktu ze zmieniającymi się trendami europejskiej i światowej psychiatrii, opisał przeżycia osób z zaburzeniami psychicznymi w sposób zrozumiały dla terapeutów, chorych, rodzin i szerokich rzesz humanistów: artystów, filozofów, pisarzy... Pozostawił po sobie książki, które stały się przewodnikami dla przyszłych pokoleń i przeciwdziałały stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi. W swoich pracach przybliżył przeżycia chorujących psychicznie każdemu z nas, a przez to ochronił polską psychiatrię zarówno przed neurobiologicznym redukcjonizmem, jak i konfrontacją z antypsychiatrią. Humanistyczne opisy przeżyć w zaburzeniach psychicznych uczuliły profesjonalistów na uwzględnianie w procesie terapeutycznym wartości subiektywnego świata pacjenta. Opisane przez Kępińskiego zasady kontaktu terapeutycznego odpowiadają najnowszemu podejściu opartemu na wzmacnianiu zdolności samostanowienia pacjenta.

Profesor poszukiwał sensu przeżyć psychotycznych i usiłował znaleźć klucz do zrozumienia psychozy oraz inspirację do codziennej pracy terapeutycznej. Według Kępińskiego fundamentalną rolę w leczeniu odgrywały relacja między pacjentem a jego terapeutą i droga do wspólnego świata, do podjęcia różnorodnych ról społecznych. Oczekiwał indywidualnego traktowania każdej osoby i podejścia terapeutycznego pobudzającego proces zdrowienia. Zachęcał do uczenia chorych, aby angażowali się w proces leczenia, uważał ich za ekspertów od własnych przeżyć.

Od swoich współpracowników żądał spełniania wysokich standardów, co nie było łatwe. On sam w życiu codziennym starał się, aby deklarowane przez niego wartości pozostawały spójne z tymi realizowanymi w kontaktach z pacjentami i kolegami. Punktem odniesienia stał się ideał osoby ciągle zmagającej się ze sprzecznościami własnej natury, zarówno w życiu, jak i w wizjach, które roztaczał. Wytoczył pewien sposób myślenia, oczekiwał od psychiatrów „dojrzałości uczuciowej”. Nasz zespół jest przekonany, że w polskiej psychiatrii powinny nastąpić powrót do humanistycznego podejścia w duchu Antoniego Kępińskiego i pogłębienie wrażliwości na fundamentalne potrzeby pacjentów i ich rodzin.

Aby w codziennej pracy pamiętać o wymaganiach i inspiracjach Profesora Antoniego Kępińskiego i aby każdy uczący się w Krakowie student medycyny pomyślał o nim w czasie zajęć, w imieniu Katedry Psychiatrii UJ CM i Konsorcjum im. Profesora Antoniego Kępińskiego zwróciliśmy się do JM Rektora UJ CM i Rady Wydziału Lekarskiego z prośbą o wyrażenie zgody na nazwanie sali dydaktycznej w jednym z naszych oddziałów dziennych Centrum Zdrowia Psychicznego Kraków-Śródmieście przy ulicy Olszańskiej 5 imieniem Profesora Antoniego Kępińskiego i umieszczenie w niej pamiątkowej tablicy o następującej treści: „Antoni Kępiński (1918–1972) – wybitny humanista i psychiatra, kierownik Kliniki Psychiatrycznej w Krakowie. Wskazał, jak lepiej zrozumieć siebie i drugiego człowieka. Rozpoczął dialog profesjonalistów z potrzebującymi pomocy, a przez to stworzył podstawy psychiatrii humanistycznej w Polsce. Rada Wydziału Lekarskiego UJ CM w Krakowie”.

Z dużą satysfakcją i pewnym niepokojem wynikającym z poczucia odpowiedzialności przyjęliśmy nagrodę Pro Publico Bono za dzieło, jakim według Kapituły nagrody była realizacja w praktyce, w życiu naszego miasta, idei „otwartej psychiatrii” Antoniego Kępińskiego.

II. ZDROWIENIE

ROZWAŻANIA O ZDROWIENIU

Czym jest zdrowienie z choroby psychicznej? Odpowiedź okazuje się krótka i dość stanowcza: bardzo ciężką pracą. Pracą, której warunkiem *sine qua non* jest indywidualna wola pacjenta, ale której równocześnie sprzyjają konieczne, powołane do tego struktury psychiatrii środowiskowej. Chorujący psychicznie wydostaje się z klatki swojej choroby bardzo powoli. W epizodzie chorobowym najczęściej przeżywa piekło psychiczne: jego urojenia oraz przestrzeń szpitalna (czasem niestety izolatka) jedynie to piekło potęgują. Potem na nowo uczy się najprostszych czynności: czesania, ubierania, brania prysznica, czytania, pomału sylabizuje i składa litery jedna do drugiej, aż znów stanie się wytrawnym czytelnikiem, jakim był przed epizodem psychotycznym. Uczy się dalej, uczy się przede wszystkim relacji, na nowo mówi „mama”, „tata”, jakby był niemowlęciem... Można powiedzieć: odradza się jak Feniks z popiołów. Wychodzenie z choroby psychicznej to proces rozłożony na wiele lat, czasem trwa aż do śmierci, ale jego cechą dystynktywną nie jest choroba (ani piętno, stygmatyzacja), lecz zdrowienie, co tak żarliwie głosi psychiatria środowiskowa i struktury powołane przez nią do życia.

Nagle chorujący psychicznie staje się filozofem, filozofem Cogito, uważnie i bacznie przygląda się swojej chorobie, zauważa postępy, wchodzi w relację terapeutyczną ze swoim lekarzem, niekiedy ma potężne wsparcie bliskich i przyjaciół, wychodzi na świat z piekła, zaczyna oddychać świeżym powietrzem, słyszy na nowo śpiew ptaków, widzi zieleń drzew, idzie na spacer, pomału uczy się nowej melodii życia.

Często jego zdrowieniu towarzyszy wiara w Boga, niejednokrotnie bardzo silna i głęboka, pozwalająca przetrzymać rozmaite zawieruchy i burze, które przecież zawsze towarzyszyły i będą towarzyszyć procesowi życia, rozumianemu właśnie jako proces zdrowienia.

Nie wszyscy wychodzą z kryzysu jednakowo... Niektórzy potrzebują więcej czasu... Ale właśnie tym niesiemy przesłanie nadziei... Skoro my mogliśmy, ty też, bracie i sestro w chorowaniu, możesz na swojej łajbie, mocno

nadwyřężonej przez chorobę, płynąć dalej, choćby podczas największego sztormu. Dasz radę!

Ta część publikacji opowiada o heroicznej, niezwykle mozolnej i cierpliwej walce, dodajmy: walce wygranej. Jest napisana przez ludzi, których określiłbym mianem gigantów w procesie zdrowienia. Przeskoczyć samego siebie? Czy to naprawdę łatwa sprawa? Wejść w nową rolę społeczną po tak wielkim spustoszeniu, jakiego dokonał kryzys psychiczny, wcale nie jest łatwo – to często niewdzięczny mozół i mordęga, ale też olbrzymia nadzieja.

Dawanie nadziei przez ludzi, którym wcześniej też jej brakowało, wydaje się zgoła paradoksalne, może nawet trochę bezczelne?

Czy do dawania nadziei nie są bowiem zobligowani jedynie profesjonaliści? Okazuje się, że pacjent, który przebył epizod psychotyczny, staje się – właśnie dzięki wysiłkowi terapeutycznemu profesjonalistów – specjalistą od swojego chorowania... Więcej: specjalistą od zdrowienia, i jeszcze więcej: specjalistą od dawania nadziei ludziom znajdującym się sytuacji, w której on kiedyś tkwił: uwięziony w piekle.

Oto idzie pomału, spacerowym krokiem, powiedzmy ulicą Miodową w Krakowie, gdzie mieści się galeria bardzo uzdolnionych artystów chorujących na schizofrenię, jakiś nowy, inny, dziwny pacjent, nazwany przeze mnie filozofem Cogito. I daje jakieś dziwne, paradoksalne świadectwo, mające pieczęć jego życia i doświadczenia. Wsłuchajmy się w jego głos, bo uczy nas nowej melodii psychiatrii...

MOŻNA POWIEDZIEĆ, ŻE ZMARTWYCHWSTAŁAM¹

Tuż przed atakiem słyszałam w głowie wrzeszczące głosy. Namawiały mnie, żebym przebiła się nożem, mówiły, że to jedyny sposób na wydostanie się z piekła, w którym jestem. Źle się stało, że nie opowiedziałam nikomu o moich snach. Zaczęły pojawiać się bardzo dawno, może jeszcze w szkole podstawowej, i przybierały na sile. Śnił mi się na przykład obóz koncentracyjny, pewnie dlatego, że bardzo przejmowałam się losem Żydów. Jechałam w bydłącym wagonie, esesmani prowadzili mnie do komory gazowej, byłam w środku obozu, widziałam z bliska twarze, jedną po drugiej, przerażające, wychudłe. Przyszedł rabin i pogłaskał mnie po głowie. Obudziłam się zdrętwiała z przerażenia. Widywałam też regularnie swojego nieżyjącego dziadka, on również przychodził do mnie w odwiedzin i też głaskał mnie po głowie. W liceum widywałam jakąś postać – przychodziła w nocy do mojego pokoju, śmiejąc się ze mnie i szydząc. Czarna postać, bez twarzy, obła. Raz przyśniło mi się, że Bóg jest tylko w jednym miejscu w Krakowie, w synagodze przy Miodowej – wybiegały stamtąd promienie światła i prowadziły do wszystkich kościołów w mieście.

Wiedziałam, że ludziom śnią się takie rzeczy. Bagatelizowałam to, budziłam się, nie mówiłam nikomu, że dręczą mnie koszmary. Zresztą komu miałabym mówić? Nigdy z nikim o swojej psychice nie rozmawiałam. To nie był u nas w domu temat. Rodzice wychowywali mnie surowo, jak to w wiosce. Kochali mnie bardzo, ale trzymana byłam krótko. Nie pozwalali mi chodzić na dyskoteki, chcieli mieć grzeczną poukładaną córeczkę, idealną. Cała moja rodzina tworzy zamknięty, lękowy krąg, szczególnie kobiety – ciocie, babcie, mama... Moi krewni są dosyć skryci, teraz może nieco mniej. Babcia mówiła o mężczyznach wyłącznie źle, myślę, że przeżyła jakiś dramat, z którego nie zwierzała się nikomu.

¹ Tekst jest pierwszą literacką próbą zmierzenia się autorki z chorobą. Pierwodruk: „Gazeta Wyborcza”, 19.04.2019, s. 9.

Rodzina jest religijna. Ja też jestem wierząca, ale kontakty z Kościołem i katechetą wspominam źle. Jakaś część mojej tragedii wyrosła ze złego przekonania o sobie – gdy chodziłam na religię, ksiądz znęcał się nade mną psychicznie, upokarzał mnie przy rówieśnikach, nazywając niewierzącą, komunistką, idiotką. W domu wyrosłam w przekonaniu, że ksiądz zajmuje ważne miejsce w hierarchii społecznej, że należy go szanować. Dzieci, z którymi uczęszczałam nie tylko na lekcje religii, bardzo chętnie podsycali atmosferę nagonki na mnie. Tylko dlatego, że mówiłam o Bogu inaczej, dlatego, że z moim tatą chodziłam na wycieczki, które otworzyły mi oczy na Boga – że jest nie tylko w kościele, lecz także w lesie, w pięknym widoku, kwiatku, krajobrazie. W górach czułam się lepiej niż w kościele, lepiej się modliłam. To nie mogło pozostać niezauważone. Wychowałam się w kulturze grzechu i opresji. Najmniejsze odstępstwo od klasycznej religijności było surowo piętnowane. Proboszcz miał do ojca pretensje nawet o to, że w niedzielę jeździmy na wycieczki, w związku z czym nie uczestniczymy we mszy w parafii. Może moja wrażliwość tego nie wytrzymała?

Dużo czytałam, byłam zaczytana na zabój, na śmierć i życie. Czytałam tak, że zacierała mi się granica pomiędzy książką a rzeczywistością. Pisałam listy do Ani z Zielonego Wzgórza, czytałam zachłannie, w dzień i w nocy, pisałam wiersze do Boga, przejmowałam się, może za bardzo. Zachwyciły mnie kobiety u Tolkiena, eteryczne, zwiewne i jednocześnie bardzo silne, o stalowych charakterach. Teraz myślę, że może za bardzo lekceważyłam rzeczywistość, że trzeba było w niej bardziej uczestniczyć.

Na wsi nie trzeba wiele, żeby dostać łatkę odmieńca. Ja ją dostałam. Dopiero w liceum w Krakowie zaznałam prawdziwej przyjaźni, prawdziwego szczęścia płynącego z obcowania z ludźmi, którzy mnie szanowali. Niestety doświadczenia z podstawówki, zdaniem moich terapeutów, znacząco przyczyniły się do wystąpienia choroby.

Przez lata rósł we mnie bezprzedmiotowy lęk przed światem i ludźmi. Nie prosiłam nikogo o pomoc i nie wiedziałam, że potrzebuję pomocy. Nikt zresztą nie wiedział. Byłam po prostu wycofaną dziewczyną ze wsi, lokalnym odmieńcem, pośmiewiskiem. Tak się zdarza. Aż w końcu ten lęk wybuchł.

To się zdarzyło na studiach, podobno w podręcznikowy sposób. Miałam już swój świat, przyjaciół, mieszkalam w Krakowie, byłam zakochana, a jednocześnie tykała we mnie bomba. Sny stawały się coraz bardziej niepokojące, granica między jawą a przywidzeniem coraz bardziej się rozmywała. We śnie, a może i nie we śnie, przychodził do mnie diabeł. Zaczęłam słyszeć głosy. Świat tracił ostrość. Odpływałam coraz dalej, ale ponieważ zawsze byłam akuratna i nigdy nie mówiłam o swoich lękach, nikt nie wiedział, co się ze mną dzieje.

W pewnym momencie zapomniałam, kim jestem i jak się nazywam. W głowie słyszałam wrzask pomieszanych głosów. Wyszedłam do miasta, oka-

zało się, że straciłam orientację, że nie rozpoznaję miejsc, nazw ulic i kościołów, do których przez lata chodziłam. Potrafiłam jeszcze zadzwonić na numer telefonu komórkowego rodziców, potem odebrałam telefon od brata, rodzina ruszyła na pomoc. Znaleźli mnie na Rynku, koło bazyliki Mariackiej. Nie miałam pojęcia, gdzie jestem.

Rodzina, mimo nalegań policjantów, którzy wiedzieli, że powinnam jechać do szpitala, wzięła mnie do domu. Myśleli, że to minie, przejdzie, a tak drastyczny krok jak szpital psychiatryczny nie jest potrzebny. Nasza wiedza o kryzysach psychicznych była przecież żadna. Tyle że ja jechałam nie do domu, lecz do piekła, albo raczej byłam już w piekle. Wrzeszczące głosy namawiały mnie, żebym przebiła się nożem, mówiły, że to jedyny sposób, bym wydostała się z piekła, w którym jestem. Kiedyś czytałam *Boską komedię* Dantego i w tych krytycznych chwilach uruchomiły się obrazy w mojej pamięci, które mocno się w nią wryły. Nabrały wtedy nowego znaczenia. Myślałam, że był też bardziej prozaiczny powód tej wizji: na lekcjach religii byłam, podobnie jak moi rówieśnicy, straszona piekłem, przerażającą konsekwencją grzechu. Zawładnęły mną ogromne poczucie winy i rozpacz, wcześniej spychane przeze mnie w podświadomość. Nie mogłam znaleźć słów, żeby opisać ten potworny lęk przed piekłem, w którym, rzekomo, się znalazłam. Tego nie można oddać słowami. U Kępińskiego przeczytałam, że lęki schizofreniczne są silniejsze niż lęki więźniów przed hitlerowcami. Pewnie miał rację. Ta wizja, w której, jak mi się wydawało, moi bliscy byli diabłami, okazała się tak przerażająca, że rzeczywiście chwyciłam za nóż. Schowałam się w łazience i chciałam się zabić. Zrobiłabym to, gdyby tato nie wyłamał drzwi i nie dostał się do środka. Delikatnie ujął moją dłoń i zabrał mi nóż. Ale kiedy to uczynił, zaczęłam potwornie wyc, wniebogłosy. To był tak straszliwy lęk, tak bardzo paraliżujący, że straciłam panowanie nad sobą i wrzeszczałam na cały głos. Chciałam wyzionąć ducha, krzycząc. Rodzice wezwali pogotowie, które zabrało mnie do szpitala.

W Szpitalu Babińskiego również wyłam, ponieważ głosy podpowiadały mi, że jedynie w taki sposób mogę umrzeć, wyzionąć ducha i wznieść się z piekła do nieba. Zamknięto mnie w izolatce. Sądziłam, że umieszczono mnie na wyspie oddalonej od wszystkiego, co znałam i kochałam. W mojej głowie była nicość, nie widziałam nic prócz otaczającej mnie nocy. Wiedziałam, że jeśli nie wydostanę się z tej wyspy, psy rozszarpiają moje ciało. Miałam wrażenie, że jestem przeklęta przez Boga i że w końcu na tej wyspie stanę się kroplą wody i wyschnę, wreszcie przestanę istnieć. Głosy dalej szalały w mojej głowie, namawiając mnie do samobójstwa. Wydawało mi się, że moja najlepsza przyjaciółka przyjdzie, by mnie poćwiartować wielkim nożem. Uważałam, że Bóg mnie przeklął. Tak mocno zapadłam się w siebie, że straciłam wszelką nadzieję – otaczała mnie tylko noc.

Próbowałam też kolejny raz popełnić samobójstwo, tym razem połykając krzyżyk. Dalej bowiem sądziłam, że jestem w piekle i że tylko ten znak może mnie uratować. Wszystkich wokół, także personel szpitalny, uważałam za służbę szatana, który chce mnie zgładzić. Był więc w tym szaleństwie potworny lęk przed złem, które, jak uważałam, czyhało ze wszystkich stron. Broniąc się przed nim, chciałam uczynić zło samej sobie. Także moich bliskich uważałam za wysłanników szatana, których musiałam się strzec. W tym koszmarnym stanie trwałam przez kilka dni. Wydawało mi się, że nie mam nikogo, na kim mogłabym się oprzeć, że straciłam bliskich na zawsze. Czułam się opuszczona i zagubiona. Nie wiedziałam, gdzie jestem i co ze mną będzie. Wszyscy wydawali się wysłannikami zła, które w końcu mnie unicestwi. Leżąc w izolatce, biłam się z własnymi myślami, nie mając, jak mi się zdawało, znikąd pomocy – ta samotność w cierpieniu i jego nieprzekazywalność okazały się chyba najgorsze. Ogarnął mnie przemożny strach, gdy uświadomiłam sobie, że znalazłam się sama w wielkiej ciemności, a przede wszystkim w czymś, co dotąd nie było mi znane.

W końcu, chyba już pod wpływem leków, zdałam sobie sprawę, że to nie inni chcą ze mną skończyć, lecz że to ja sama tego pragnę. Aż w pewnym momencie, nie wiem, który to był dzień pobytu w izolatce, uprzytomniłam sobie, że jestem w szpitalu. Pierwszą moją wolną od lęków myślą była myśl o mamie. Chciałam ją zobaczyć, na chwilę chociaż, usłyszeć jej głos. Nie miałam pojęcia, jak to zrobić. Wstałam z łóżka i wyszłam na korytarz. Wiedziałam, że muszę usłyszeć jej głos, że to ona mnie uratuje. Zapytałam więc pielęgniarkę, czy mogę zadzwonić do domu, a ta wyraziła zgodę. Wystukałam numer domowy na klawiaturze telefonu. Gdy usłyszałam głos mamy, rozplakałam się. To był głos, który kochałam ponad wszystko. Głos w mojej głowie, nienatoczywy, lecz pochodzący od osoby, o której wiedziałam już, że mnie nie skrzywdzi. Farmakologia i dobrzy ludzie przywrócili mnie do świata żywych. Już nikt z mojej rodziny ani personelu nie był wysłannikiem czyhających na mnie piekieł. Lęk ustąpił nadziei, że zobaczę najbliższych, a szczególnie tę jedną osobę: mamę. Już nie wydawało mi się, że nie mogę liczyć na nikogo. Ale to był dopiero początek długiej drogi do opuszczenia szpitala.

Musiałam się na coś zdecydować – gdy spotkałam się z rodzicami, wiedziałam już, że chcę żyć. Nie do końca docierało do mnie, że jestem chora psychicznie. Ciężko było się z tą myślą oswoić. Wcześniej nigdy nie myślałam o ludziach dotkniętych takim schorzeniem, nigdy nie przewidziałabym, że ja też zachoruję. Kiedy z ust lekarki usłyszałam, że cierpię na schizofrenię i przeżyłam ostry kryzys psychotyczny, nie zdawałam sobie w pełni sprawy z powagi sytuacji. W murach szpitala zaczęłam czuć się bezpiecznie, na tyle, że wychodziłam na spacer – najpierw z rodziną lub z personelem placówki. Nie wiedziałam, co mnie jeszcze czeka, z jakimi trudnościami przyjdzie mi się mierzyć. Najprostsze czynności, takie jak umycie się czy spożycie po-

siłku, były dla mnie bardzo trudne. Pamiętam, że pierwszy raz w szpitalu brałam kąpiel w obecności mamy – nie wiedziałam, co mam robić. Kiedy trzymałam w ręku łyżkę lub widelec, to też z wielkim trudem. Uczylałam się podstawowych czynności na nowo. Trwało to kilka tygodni, przeszłam mały trening (obejmujący mycie się, czesanie, spożywanie posiłków), by potem już samodzielnie i instynktownie wiedzieć, co w danej sytuacji należy zrobić. Nie umiałam czytać ani pisać, zapomniałam języków, których uczylałam się tyle lat. Składałam więc litery w sylaby, a potem wyrazy w zdania. I tak powoli stawiałam się znów czytelnicką. Zaczęłam gorączkowo czytać, by powrócić na studia.

Zanim to się stało, musiałam też pokonać w sobie lęk przed samodzielnym opuszczaniem domu. Do tej pory boję się wychodzić, ale wiem, że nie będę samotna – idę bowiem do ludzi, którzy nie muszą być źli. Nie boję się już spotkań z nowymi osobami, nie boję się, że wyrządzą mi krzywdę. Żadne słowa nie są w stanie opisać tego lęku, którego doświadczyłam, kiedy po raz pierwszy sama szłam na przystanek, by już samodzielnie pojechać do Krakowa. Sąsiedzi szybko zorientowali się, że coś jest nie tak – na pewno dostrzegli lęk w moich ruchach, w wyrazie twarzy. O, jakże cierpiałam, gdy słyszałam za sobą komentarze: „ale gruba”, „czub”, „wróciła od czubków”... W czasie podróży do Krakowa niejedną raz musiałam połykać łzy. Ale trzymałam się dzielnie i za każdym razem, gdy słyszałam komentarze, które bardzo mnie raniły, zaciskałam mocno pięści. Pytałam siebie w duchu, dlaczego muszę to znosić, dlaczego tak bardzo znęcają się nade mną, czy nie wiedzą, że przeszłam przez piekło na ziemi...

Większość z tych ludzi nie ma pojęcia, czym jest choroba psychiczna. Ja też kiedyś nie wiedziałam. Teraz wiem jednak, że jest to codzienne zmaganie się ze sobą, ze swoim strachem i lękami, obawami przed kolejnym paraliżującym atakiem paniki, szczególnie w środkach lokomocji. Lęki towarzyszą mi do dziś, mimo że regularnie zażywam lekarstwa.

W powrocie do formy pomagają mi ludzie, nie tylko najbliżsi, lecz także wieloletni przyjaciele, nauczyciele akademicki, osoby, które poznałam w pracy. Moja choroba nie musi oznaczać końca marzeń o normalnym życiu. Jest w niej niesamowity głód drugiego człowieka, a przez to także Boga. Drugi człowiek to jedyny ratunek przed zatraceniem się w lęku, przed zatraceniem się w ciemności, czyli w braku nadziei i światła. Dlatego tak bardzo lubię światło – również to fizyczne. Ustawiam w wielu miejscach w domu świece, które zapalam wieczorem, by oświetlały znajome kąty i czyniły je jeszcze bardziej przyjaznymi. Ogrzewam się w tym fizycznym świetle i dokładnie wiem, że oznacza ono coś bardziej duchowego, należącego do uniwersum. Świat choroby nie jest światem jedynym, istnieje świat zdrowy, oparty na wzajemności, szczerości, dobru, choć może nie zawsze są one widoczne od razu.

Obcość i strach to dwaj wrogowie, których się wystrzegam. Po latach terapii wspominam niegdysiejszą próbę samobójczą i nadal uwiera mnie nadmiar złych myśli o sobie czy brak akceptacji sąsiadów z rodzinnej wsi. Dlatego każdy dzień zaczynam od osławiania własnych myśli, od ujarzmania lęków czy strachu przed tym, co nieznane, jeszcze przeze mnie niedoświadczone. Wiem, jaki to ból czuć się oplutą przez ludzi, do których nie dociera, czym jest choroba psychiczna. Uważają mnie za głupią, tępą, grubą. Najgorsze jest to, że wielu z nich ma usta pełne Boga. Ale to nie jest mój Bóg.

W jednym z filmów usłyszałam, że przebacza się raz, a nienawidzi przez całe życie. Nie zamierzam pielęgnować w sobie nienawiści do tych, którzy mnie krzywdzą. Czasem patrzę na nich z politowaniem – oni po prostu nie wiedzą. Ich Bóg rzeczywiście jest martwy, zakłęty w formułki wyniesione z lekcji religii, z tego, co mówi ksiądz proboszcz czy ksiądz katecheta. Bóg, który mi towarzyszy, w co wierzę, jest moim najlepszym przyjacielem. Codzienna modlitwa, czy to w autobusie, czy w drodze z przystanku do domu, pozwala mi nie czuć się samotną. Moi bliscy także otwierają się przede mną – rozumieją, że potrzebuję ich akceptacji. Rodzice są dobrymi ludźmi, okazali mi miłość i nadal okazują, ale może czegoś zabrakło... Nie wiem. Nie zastanawiam się już nad tym. Czuję, że mam w nich wsparcie i to jest dla mnie najważniejsze.

W pewnym sensie zmartwychwstałam. Z dna, z otchłani. Zdałam sobie sprawę, że można żyć inaczej, to znaczy widzieć nie tylko negatywne strony ludzkiej egzystencji. Znowu studiuję, czytam, coraz pewniej poruszam się po Krakowie. Z dumą mogę powiedzieć o sobie, że jestem kobietą sukcesu. Za sprawą choroby mój dom rodzinny zmienił się w klub dyskusyjny, rodzice otworzyli się na rozmowę o świecie innych ludzi, rozmowy, których kiedyś w naszej rodzinie nie było.

Mam za sobą kilka lat ciężkiej terapii. Niestety napięcia między tym, co jest teraz, a tym, co minęło, nie udaje mi się złagodzić. Muszę je wytrzymać. To napięcie kryje się we mnie; jestem materiałem utkanym przez czas, który mnie nie oszczędził. Zawsze fascynowały mnie słowa – dziwne, niezwykle, rzadkie, przyciągające swą oryginalnością. „Schizofrenia” – z tym słowem zmagam się już od prawie dziesięciu lat. Nie zmagam się z jego brzmieniem – zmagam się z chorobą, która jest częścią mnie. Moje wychodzenie z choroby, które być może nigdy nie będzie pełne, polega na powolnym wyzbywaniu się lęków. To one, jak wściekłe psy, osaczyły kiedyś moją duszę.

Na jedno pytanie nie odpowiedziałam sobie do dzisiaj: Czy to, co wówczas widziałam, było urojeniem, jak chcą lekarze, czy też na chwilę zajrzałam do piekła? Wierzę w Jezusa i wierzę, że zło jest osobowe. Może więc obie odpowiedzi są poprawne?

SZARE PIĘKNO¹

Wyobraźcie sobie szklaną szybę oddzielającą mnie teraz od Was. Szyba ta jest dźwiękoszczelna, a ja jestem tu sama. Krzyczę do Was, wołam, ale Wy nic nie słyszycie. Co zrobicie? Jaka będzie Wasza reakcja? Kto rozbije szybę? Kto poda swą dłoń? Jak długo pozostanę tu sama? A jak się tu znalazłam?

Jest piękna słoneczna pogoda. Od czasu do czasu na niebie pojawiają się ciemne chmury. Wieje lekki ciepły wiatr. Życie kwitnie. Nic nie zapowiada nadchodzącej nawałnicy. I nagle... Oto ona. Bezwzględna i okrutna. Kiedy się zaczęła, nie sposób było ją zatrzymać. Lawina zła zaczęła zabierać wszystko, co kocham. Najpierw opuścili mnie bliscy, potem straciłam pracę, następnie posypało się małżeństwo, później zostawiły mnie dzieci. Jeszcze był dach nad głową, ale i ten wydawał się niepewny. A ja? Nie przyglądałam się temu biernie. Założyłam rękawice i walczyłam. Uruchomiłam wszelkie siły, aby ocalić cokolwiek z tego, co kocham. Podjęłam terapię, rozmawiałam z Bogiem, wyjeżdżałam na rekolekcje, studiowałam, pracowałam, brałam udział w warsztatach. Łapałam się wszystkiego, byle nie zginąć zgnieciona przez tę niszczycielską siłę. W nagrodę usłyszałam słowa swoich bliskich: „jesteś zerem”; „jesteś chora psychicznie”; „idź się lecz, bierz leki”; „ona nie jest wariatką, ale to, co robi, jest chore”. Te słowa nie pomagały.

Pierwszy pobyt w szpitalu psychiatrycznym, potem drugi. Najgorsza prawda stała się rzeczywistością: należę do osób, których świat nie lubi, których się boi, wstydzi, unika, nie liczy się z nimi, lekceważy. Bunt. Bezsilność. Gniew. Gniew silniejszy niż ja. Bałam się go, nie kontrolowałam go. I nagle... Cud. Praca pod kierownictwem duchowym. Uczenie się dialogu z Kimś, kto wie, czym jest cisza, jak słuchać, jak mówić i ile, by nie zamykać mojej wypowiedzi. Jak mnie przyjmować i jak szukać we mnie dobra. Efekt? Powalająca. Cała złość pozostawiona u Jego stóp, a w zamian miłość, radość, pokora.

¹ Tekst powstał podczas modułu z samorzecznictwa na kursie asystenta zdrowienia prowadzonym przez Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej oraz Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”.

Bunt jeszcze wielokrotnie się pojawia, ale krzyczy już ciszej. Kiedy ogłądałam się wstecz, czuję smutek, ale kiedy patrzę w przyszłość – widzę nadzieję.

Mam na imię Ania, jestem asystentem zdrowienia, osobą z doświadczeniem kryzysu psychicznego, mamą trójki dzieci. Asystentem zdrowienia zostałam po to, aby przekuć porażkę w zwycięstwo. Na początku zwycięstwo nad własną niezgodą na chorowanie, i to chorowanie psychiczne. Kim jest asystent? To towarzysz, pośrednik między chorującym a personelem medycznym. To ktoś, kto nie zapnie w pasy, nie zmusi do brania leków, nie zlekceważy. To ekspert przez doświadczenie. Kiedyś wiozłam starszą panią na wózku. Nagle krzyknęła. Nie chciała jechać dalej. Mówiła, że tam, dokąd jedziemy, są złe prądy. Bała się. Powiedziałam jej, że ja przejdę przez nie pierwsza, a potem wrócę po nią, przeprowadzę do miejsca, w którym ich nie ma. Zgodziła się. Byłam szczęśliwa.

Innym razem kąpałam kobietę po mastektomii. W moich oczach była piękna. Zrozumiałam, że zarówno nowe życie, jak i niepełnosprawność są darem. Darem dla nas, aby przestać pędzić za czymś bezwartościowym, a przyjmować dary codzienności. Zatęskniłam za bliskimi, którzy chcą się czegoś dowiedzieć o osobach chorujących psychicznie, nie porzucają ich, nie stygmatyzują ani nie izolują od siebie. Zatęskniłam też za szacunkiem, który zastąpi przemoc w szpitalach i rodzinach, a lęk przemieni w wiarę, że kochać to tworzyć naszą codzienność w otwarciu na drugiego i na mnie.

Zatęskniłam za sobą – człowiekiem, który nie tylko traci, ale i daje, który wspiera i akceptuje, który kocha i przyjmuje. Zatęskniłam za życiem...

Aleksandra Kożuszek

DOŚWIADCZENIE CHOROBY PSYCHICZNEJ A MÓJ ROZWÓJ¹

„Pocałunkiem łagodnym objawiasz
Tajemnicę mojego istnienia
Jestem miłowana
Więc jestem”
siostra Maria od Jezusa Miłosiernego

W tej chwili patrzę na swoje przeżycia związane z chorobą psychiczną z dystansu. Minęło już ponad 20 lat, odkąd czuję się dobrze, nie mam objawów i cieszę się odzyskanym zdrowiem. Bardzo długo trwało zmaganie się z powracającymi kryzysami, objawami różnych zaburzeń psychicznych, ogólnie mówiąc – życie w koszmarze. Wielu ludzi zaangażowało się w mój proces zdrowienia. Bez ich wsparcia nie mogłabym się wydobyć z traumatycznych stanów, których doświadczałam. Kiedy zaczęłam się alienować w środowisku rówieśników w okresie nastoletnim, moja wiara była tradycyjna, przejęta od rodziców. Czułam, że dzieje się ze mną coś dziwnego, z czym nie umiem sobie poradzić. Postanowiłam pojechać do Częstochowy, ufając, że Matka Boża mnie uzdrowi. Kiedy przygotowywałam się do spowiedzi, wydawało mi się, że każdy grzech jest moim. Kiedy wyznałam w konfesjonale, że popełniłam wszystkie grzechy z książeczki, ksiądz powiedział mi, żebym nie była taka zarozumiała. Nie doznałam oczekiwanej pociechy. Pogłębiało się moje wyobcowanie i zamykałam się w sobie. Rozwinęła się psychoza, w której spotęgowano się moje poczucie winy i odpowiedzialności za zło na świecie. Straciłam kontakt z rzeczywistością, żyłam w urojeniach. Kilkakrotnie próbowałam odebrać sobie życie. I wtedy zwątpiłam w Miłosierdzie Boże. Sądziłam, że taki czyn nie może zostać wybaczony. Byłam wtedy pacjentką krakowskiej Kliniki Psychiatrycznej. Kiedy rodzice w czasie odwiedzin zabierali mnie do

¹ Pierwodruk: „Dla Nas” 2019, nr 42, s. 18. Przedruk za zgodą redakcji.

kościół, okropnie krzyczałam, bo czułam się potępiona. Rodziło to ogromny ból i smutek. Sytuacja się zmieniła, kiedy spędzałam Boże Narodzenie na oddziale i w pierwszy dzień świąt poszłam z grupą pacjentów na mszę. Po raz pierwszy dotarły do mnie wtedy słowa prologu Ewangelii św. Jana. Odczułam całą miłość Boga i Jego obecność przy mnie. Zaczęłam się modlić z ufnością. Podczas pierwszego nawrotu choroby odkryłam Miłosierdzie Boże i wykupiłam wszystkie obrazki Chrystusa Miłosiernego dostępne w kościele (100 sztuk); rozdawałam je na oddziale wszędzie tam, gdzie wydawało mi się, że do głosu dochodził szatan.

Długa i trudna była droga do osiągnięcia stanu równowagi. Trwało to prawie 20 lat. Dużą część tej walki z objawami choroby prowadziłam już razem z mężem. Jego wsparcie i towarzyszenie okazały się bezcenne. Zauważyłam, że podstawą bliskiej relacji mogą być różne płaszczyzny. Niektórych łączy poczucie humoru, innych sprawy światopoglądowe lub zainteresowania. My z mężem spotykamy się w Chrystusie. I to właśnie z Niego czerpaliśmy moc do przezwycięzania drobnych i wielkich problemów wynikających z mojej choroby, ale nie tylko. Już po zawarciu małżeństwa przeżyłam dwie hospitalizacje. W trakcie ostatniej, w 1990 roku, mąż zgodził się na proponowane przez lekarzy użycie elektrowstrząsów; farmakologia przestała działać. Oboje przez długi czas pozostawaliśmy bezradni wobec powracających symptomów choroby. Prowadziłam dialog z Panem Bogiem. Mówiłam Mu: „Wszystko, co dobre w moim życiu, zawdzięczam Tobie, ale to, że czuję wdzięczność i ją wyrażam, to już moja zasługa”. Podczas ostatniego pobytu w Klinice przekonałam się, że sama nie mogę nic, nie potrafiłam wtedy nawet modlić się i dziękować. Bardzo ważne dla mojego zdrowienia i rozwoju duchowego było przeżycie Seminarium Odnowy w Duchu Świętym. Nawiązałam osobistą relację z Jezusem i wyraźnie mogłam zaobserwować postępy w zdrowieniu, w rozwoju osobowości, w przeżywaniu własnej wartości. Krąg osób, które wtedy poznaliśmy, pomagał nam wzrastać w wierze.

Kolejnym ważnym krokiem okazało się złożenie przyrzeczeń obłackich w klasztorze Benedyktynów w Biskupowie. Znalazłam tam atmosferę akceptacji i zanurzenia w Bogu. Klasztor odwiedza wiele osób z różnych środowisk i wszyscy twierdzą, że w tym miejscu „ładują akumulatory”. My z mężem też nieraz zauważamy, że po pobycie w Biskupowie rodzi się między nami harmonia, nawet gdy przedtem mocno iskrzyło.

Dzięki przebytej chorobie rozwinęłam wrażliwość i empatię, które pomagają mi skutecznie wspierać osoby doświadczające kryzysu. Od 2011 roku publicznie daję świadectwo wyzdrowienia z ciężkich chorób psychicznych, między innymi ze schizofrenii. Spotykam się z przedstawicielami różnych grup społecznych, często z rodzinami pacjentów, przekazując im moje doświadczenie, dając nadzieję na odzyskanie zdrowia. Od 2013 roku współprowadzę warsztaty ekspertów przez doświadczenie (ang. *Ex-In*), podczas

których osoby po kryzysie psychicznym przygotowują się do roli towarzysza cierpiących i edukatora. Czerpię ogromną radość z uczestniczenia w procesie transformacji, jaki zachodzi podczas tego kursu, kiedy „ludzie z kryjówek” przemieniają się w osoby kreatywne, wierzące w swoje możliwości. W życiu codziennym podejmuję wiele obowiązków, a także inicjatyw, żeby środowisko znajomych po przejściach psychicznych wzajemnie się umacniało. Ważne dla mnie jest również zaangażowanie w działania Akademii Liderów Cogito. Mamy program, który reprezentuje interesy środowiska pacjentów w całym kraju. Nasz głos zaczyna się liczyć na najwyższych szczeblach władzy przy podejmowaniu decyzji dotyczących opieki psychiatrycznej. Wszystko, co robię (albo prawie wszystko), sprawia mi wielką radość. Mam niespożytą energię, jeśli chodzi o inicjowanie i pielęgnowanie więzi z dużą liczbą osób. Często mąż nie może się do mnie dodzwonić, bo ciągle z kimś rozmawiam. Gdy chorowałam, odczuwałam ogromne cierpienie, bo wydawało mi się, że nie jestem zdolna do miłości. Teraz wiem, że moja miłość została pogłębiona przez cierpienie.

RANY ZAMIENIONE W PERŁY¹

Nazywam się Joanna Kądziała i jestem asystentem zdrowienia. Niektórym z Państwa termin ten może wydawać się jeszcze obcy. Otóż asystent zdrowienia jest osobą, która przeszła w swoim życiu kryzys psychiczny (czasami niejeden) i która to doświadczenie (po odbyciu terapii, specjalistycznego kursu oraz praktyk zawodowych) wykorzystuje, by wspierać inne chorujące osoby. Dzięki swoistej wiedzy na temat problemów psychicznych stanowi źródło nadziei dla pacjentów, ich rodzin, a także całego zespołu terapeutycznego, w którego skład wchodzi. Jest światłem w tunelu pośród mroków choroby, świadczącym o tym, że można pokonać kryzys i mieć satysfakcjonujące życie. Stanowi pomost między pacjentami a personelem terapeutycznym. Asystent zdrowienia pomaga lepiej zrozumieć pacjenta, jego ograniczenia, możliwości i potrzeby.

A teraz kilka słów o mojej historii chorowania i zdrowienia. Znalazłam kiedyś obrazek, na którym była łódka gotowa do odpłynięcia, a na wyspie w oddali stał piękny zamek. Na kartce widniał napis: „Wszystko można zacząć od początku”. W środku ręką piętnastoletniej dziewczyny napisałam pytanie: „Dlaczego nie wiem, kim jestem?”. Takie pytania towarzyszyły mi od chwili, kiedy doświadczyłam swojego pierwszego zranienia, traumy, która później spowodowała lawinę pobyków na oddziałach psychiatrycznych. W moim przypadku było to odtrącenie przez grupę przyjaciółek w szóstej klasie szkoły podstawowej. Wcześniej byłam wzorową uczennicą, przewodniczącą klasy, duszą towarzystwa. I nagle moje najbliższe przyjaciółki przestały się do mnie odzywać i milczały prawie przez rok, z niewiadomej dla mnie przyczyny. U dziecka, którego osobowość właśnie się kształtuje i które bardzo potrzebuje akceptacji ze strony rówieśników, odrzucenie przez grupę trwale zaburza rozwój. Nikt z dorosłych, z nauczycieli mi nie pomógł, nie zareagowała też moja rodzina. I choć później wróciłam do grupy, byłam już inna,

¹ Praca powstała podczas modułu z samorzecznictwa na kursie asystenta zdrowienia prowadzonym przez Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej oraz Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”.

coraz bardziej zamknięta, kwestionowałam swoją radość, co w którymś momencie zachwiało całym moim systemem nerwowym. Pamiętam, że w czasie pierwszej hospitalizacji, gdy widziałam wokół siebie ludzi patrzących w jeden punkt, ludzi, z których ust ciekła ślina, pomyślałam, patrząc na swoje zdjęcie legitymacyjne: „Taka byłam. Kiedyś”. Później były wielokrotne, nieraz długie pobyty w szpitalach psychiatrycznych spowodowane między innymi odstawieniem przeze mnie leków. Poddano mnie elektroterapii, doświadczyłam przemocy w szpitalu i traumy spowodowanej zastosowaniem wobec mnie przymusu bezpośredniego. Jeden z lekarzy powiedział, że powinnam się przyzwyczajać, że szpital to mój drugi dom. Po ostatnim pobycie w szpitalu w 2017 roku usłyszałam jednak coś, co zmieniło moje życie. Pani Doktor, która знаła mnie od początku choroby i która pracuje w nurcie otwartego dialogu oraz stosuje reanimację emocjonalną, powiedziała mi, że zaburzenia z kręgu schizofrenii mogą być w 100% uleczalne. Powiedziała też, że wierzy mocno, że mogę całkowicie wyzdrowieć. Podobnie wyraziła się moja mama. W tym czasie doświadczyłam całkowitego uzdrowienia z wieloletnich objawów wytwórczych w czasie modlitwy wstawienniczej w łódzkim kościele Karmelitów Bosych. Odtąd moje życie zaczęło się zmieniać. Jednak nie zamieszkałam w szpitalu. Zaczął się proces prawdziwego zdrowienia. Dzięki długim rozmowom z Panią Doktor rozpracowałam swoją podstawową traumę i poczułam, że choroba straciła nade mną moc. Przez kilka lat współpracowałam z psychoterapeutą, psychiatrą, asystentem zdrowienia, fizjoterapeutą, a także innymi specjalistami. Moja rodzina uczestniczyła w psychoedukacji. Z choroby pozostały jedynie nadwrażliwość i pewna skłonność do zmieniających nastrojów.

Jako asystent zdrowienia chcę towarzyszyć leczonemu pacjentowi, wspierać go i dzielić się własnym doświadczeniem kryzysu psychicznego i zdrowienia. Zadania asystenta zdrowienia to między innymi: motywowanie pacjenta do aktywności, ale bez wywierania presji, bez przyspieszania powrotu do zdrowia; uczestniczenie w spotkaniach z lekarzami, wykonywanie zleconych przez nich zadań; współprowadzenie zajęć warsztatowych i edukacyjnych, uczestniczenie w zajęciach grupowych w roli obserwatora lub osoby współprowadzącej, na przykład psychoedukację; towarzyszenie pacjentom w wyjściach indywidualnych i grupowych; uczestniczenie w zebraniach społeczności; dzielenie się swoimi spostrzeżeniami odnośnie do postępów w zdrowieniu poszczególnych pacjentów z terapeutami i personelem placówki.

Przez te wszystkie lata starałam się wspierać chorujących przyjaciół i znajomych. Z kilkoma osobami, które także doświadczyły kryzysu psychicznego, połączyła mnie głęboka przyjaźń. Jesteśmy dla siebie wsparciem i ostoją. Zaprzyjaźniłam się też z Panią Doktor, która twierdzi, że wiele czerpie z mojego doświadczenia choroby. Kiedy mieszkalam sama, udzielałam wsparcia cho-

rującej nastolatce poznanej w szpitalu. Nie miała za bardzo dokąd wracać po hospitalizacji i przez kilka miesięcy gościłam ją w moim mieszkaniu. Miała w tym czasie kilka prób samobójczych, więc ja z kolei przechodziłam próbę ogniową. Później stwierdziła, że bardzo dobrze wspomina czas spędzony u mnie. Podzieliłam się z nią doświadczeniem swojej wiary, która stała się najważniejszą wartością w jej życiu. Teraz Monika jest już samodzielna, ma własne mieszkanie i pracę, a lekarz powiedział, że może odstawić leki.

Wierzę, że pogłębiony wgląd w chorobę, praca nad sobą połączona z silną wolą i hartem ducha, a także wiara kogoś bliskiego w nasze wyzdrowienie potrafią sprawić, że „rany zamieniają się w perły” (cyt. za św. Hildegardą z Bingen), że staną się źródłem, z którego można czerpać. Dzięki nim tworzymy sztukę życia utkaną zarówno ze swoich mocnych stron, jak i ze słabości oraz cienia, który w końcu po przepracowaniu naszych doświadczeń jesteśmy w stanie zaakceptować.

MOJA DROGA DO ZDROWIENIA

W szkole średniej zaczęłam doświadczać problemów z regularnym snem, które nasiliły się w kolejnych latach mojego życia. Zmagałam się z cyklicznymi fazami bezsenności. Z tym problemem udałam się do internisty, a ten zalecił mi wizytę u psychiatry. Pamiętam, jak mnie to wtedy bardzo poruszyło i zezłościło. Byłam zirytowana i oburzona sugestią lekarza, nigdy więcej już do niego nie poszłam. Niestety skutki bezsenności się nasilały, co utrudniało mi codzienne funkcjonowanie. Pojawiły się problemy z koncentracją i pamięcią, czasami traciłam płynność wypowiedzi. Po dniach bezsenności przychodziły okresy nadmiernej senności. Miałam bardzo realistyczne koszmary senne. Budziłam się z krzykiem lub nie mogłam się wybudzić. Niekiedy doświadczałam paraliżu sennego, bałam się więc zasypiać. Wyczerpana takim stanem rzeczy postanowiłam, zgodnie z zaleceniem lekarza internisty, udać się do psychiatry. Otrzymałam lekarstwa, które miały mi pomóc. Farmakoterapia chwilowo zadziałała, ale nie stosowałam się w pełni do zaleceń. Jak czułam się lepiej, to nie brałam leków. Odwoływałam wizyty, na które się wcześniej zapisywałam. Na pewnym etapie farmakoterapii psychiatra stwierdził, że widzi potrzebę włączenia leczenia psychologicznego w postaci psychoterapii. Bardzo się wtedy zezłościłam na niego. Pomyślałam, że jest on nieskutecznym psychiatrą, skoro zaleca mi jakąś psychoterapię. Sądziłam wtedy, że na psychoterapię chodzą ludzie ciężko chorzy, a ja zmagam się przecież jedynie z bezsennością. Uznałam, że propozycja lekarza jest wręcz obraźliwa w stosunku do mnie i bezczelna. Wysłam z gabinetu poruszona. Zerwałam kontakt z tym lekarzem. Zaburzenia snu dawały mi się coraz bardziej we znaki. Udałam się do innego psychiatry, który także wprost mi zakomunikował, że farmakoterapia w moim przypadku nie wystarczy i że zaleca terapię psychologiczną. Znowu byłam zła, czułam się odrzucona i niezrozumiana. Po kolejnych dwóch latach przerywania farmakoterapii objawy się nasiliły. Pojawiały się stany subdepresyjne i hipomaniakalne.

Mój kryzys psychiczny objawiał się między innymi tym, że funkcjonowałam w różnych rzeczywistościach. Podzieliłam swój świat jakby na dwa

spektakle teatralne, w których to odgrywałam przeciwstawne role. Kiedy wychodziłam z mieszkania, wybierałam rolę nieustraszonej bohaterki własnego życia: wiecznie uśmiechniętej, radosnej, wszystko umiejącej kobiety. Kobiety, która powinna być zawsze nienagannie ubrana, szczupła, samowystarczalna, niepopołniająca błędów życiowych, pomocna, grzeczna, tak aby nie obarczać własnymi troskami innych ludzi. To była trudna rola. Wymagała ode mnie pełnego zaangażowania emocjonalnego, tak abym mogła uchodzić za autentyczną. Kiedy spektakl dobiegał końca i kiedy byłam we własnym mieszkaniu, wchodziłam w kolejną rolę. Grałam ją już tylko dla siebie, ukrywałam ją przed innymi. Była to rola smutnej kobiety zmagającej się z niepokojem o przyszłość. Kobiety, która czuje lęk i strach przed światem zewnętrznym, ponieważ odbiera go jako obce i zagrażające miejsce. Ta rola była zupełnie inna niż pierwsza. O ile w pierwszej roli tryskałam energią, humorem, witalnością i pewnością siebie, o tyle w drugiej byłam zupełnie bezsilna, zrezygnowana, zmęczona życiem, psychicznie i fizycznie. Patrząc w lustro, widziałam wtedy zaleknioną, małą dziewczynkę rozczerowaną życiem. Z każdym miesiącem moje role nabierały intensywności i wyrazistości, ale w pewnym momencie poczułam, że straciłam kontrolę nad miejscem ich odgrywania. Ich rozdział już nie był tak wyraźny jak wcześniej. Sprawiało mi to ogromny dyskomfort, bo „publiczność” zaczęła poznawać obie moje role. Taki stan rzeczy doprowadzał do coraz większej społecznej izolacji, ponieważ bałam się opuszczać mieszkanie. Moja naprzemiennność nastroju i zachowań wymknęła się spod kontroli. Uwewnętrzniła na tyle mocno, że wreszcie już sama nie wiedziałam, kim jestem, co czuję i którą z ról mam odgrywać.

W pewnym momencie zaczęłam myśleć nierealnie i symbolicznie. Odbierałam rzeczywistość jak nigdy wcześniej, traciłam poczucie realności tego, co widzę, słyszę i jak to interpretuję. Pojawiły się skojarzenia symboliczne w interpretacji mojej roli w świecie i wszechświecie. Czułam przemożny lęk i strach. Nie wiedziałam, jak mam to zahamować, nie mogłam spać, byłam nadmiernie pobudzona, ale też przerażona. Bałam się. Nie czułam się bezpiecznie we własnym mieszkaniu ani poza nim. Czułam się źle sama ze sobą, ale też nie potrafiłam przebywać wśród innych ludzi. Chciałam dokąś uciec, ale nie wiedziałam dokąd.

Postanowiłam pójść się do mojego lekarza psychiatry. Przyjął mnie poza kolejką i zalecił udanie się transportem medycznym na oddział stacjonarny szpitala psychiatrycznego. Rozpłakałam się, pomyślałam, że to koniec mojego życia. Jestem chora psychicznie i już tak zostanie, bo przecież choroby psychiczne są nieuleczalne. Myślałam: „Zmarnowałam swoje życie, co ja zrobiłam, to moja wina. Jestem słaba psychicznie, nie poradziłam sobie w normalnym życiu”. Nie mogłam zapanować nad płaczem. Pamiętam drogę do szpitala w karetce pogotowia. Byłam pogrążona w swojej bezsilności i bezradności. Pamiętam, jak ratowniczką medyczną wzięła mnie wtedy za rękę

i powiedziała, że wszystko będzie dobrze i że się mną zaopiekują w szpitalu, że nie muszę się bać. Do dziś pamiętam te słowa i to, jak wiele dla mnie wtedy znaczyły. W szpitalu zastosowano farmakoterapię i już pierwszej nocy spałam. Wciąż miałam koszmary wywołujące lęk, ale czułam się bezpieczniej. Na początku strach mieszał się z pewnego rodzaju ulgą. Doceniłam choćby to, że dostawałam posiłki. Gdy pierwszy raz otrzymałam obiad, pomyślałam sobie, że dawno nikt mi nic nie ugotował, że to miłe. Z każdym dniem było coraz lepiej, adaptowałam się do otoczenia. Spałam każdej nocy, codziennie miałam kontakt z personelem terapeutycznym. Z czasem zaczęłam brać udział w różnych formach terapii, na przykład w terapii zajęciowej, dzięki której mogłam się na chwilę odprężyć. Pierwszy raz od wielu lat coś sprawiało mi satysfakcję i zadowolenie. Zaczynałam także nawiązywać relacje z innymi pacjentami. Zobaczyłam, że nie tylko ja mam objawy. Uczestniczyłam w muzykoterapii i terapii z ciałem. Również podczas tych zajęć doświadczałam chwilowego odprężenia i satysfakcji. Mój pobyt na oddziale zbiegł się z okresem, w którym przyroda budzi się do życia, po zimie nastawała wiosna. Spacerzy z innymi pacjentami w przyszpitalnym parku stały się bardzo przyjemne. Śpiew ptaków oraz widok wiewiórek i kwiatków dawały mi poczucie relaksu i odprężenia.

Po pewnym czasie zaczęłam odczuwać chęć opuszczenia oddziału stacjonarnego. Zapragnęłam wrócić do swojego „życia”. Zakomunikowałam to personelowi, ale lekarz zalecił kontynuowanie pobytu. Znowu pojawiły się we mnie złość i irytacja. Byłam wręcz wściekła, co zostało zauważone przez personel terapeutyczny. Zachęcano mnie do rozmowy na temat tych uczuć. Wspólnie ustaliliśmy najkorzystniejszy dla mojego zdrowia moment opuszczenia szpitala. Poczułam ulgę, choć wciąż mieszała się ona ze złością. Na kilka dni przed planowanym terminem zapytano mnie, czy chcę opuścić szpital, ponieważ z ich strony nie ma przeciwwskazań. Początkowo się ucieszyłam, ale szybko moją radość zalały lęk, strach i przerażenie. W głowie kotłowały się myśli w stylu: „Jak ja sobie poradzę sama, co będzie, jak znowu przestanę spać?”. Wypowiedziałam moje myśli głośno i wtedy rozpoczęła się dyskusja o tym, jak zaplanować dalsze leczenie poza oddziałem stacjonarnym. I po raz kolejny, oprócz farmakoterapii, pojawiło się zalecenie psychoterapii.

Niedługo po opuszczeniu oddziału stacjonarnego udałam się na psychoterapię indywidualną. Gdy znalazłam się w gabinecie, usłyszałam, że to pierwsza z trzech wizyt zapoznawczych i dopiero po nich pani psychoterapeutka zadecyduje, czy będziemy kontynuować nasze spotkania. Na te słowa moja wściekłość i złość sięgnęły zenitu. Przyszło mi wtedy do głowy, że ta pani chyba sobie ze mnie żartuje. W końcu tyle lat się zbierałam, aby zacząć psychoterapię, a ona mi mówi, że „się zobaczy”. „To chyba kpina” – pomyślałam. Po wyjściu z gabinetu postanowiłam sobie, że zrobię wszystko, aby tylko móc kontynuować tę terapię. Zdecydowałam się być szczerą, mówić w miarę

otwarcie, jak na moje ówczesne możliwości. Kiedy w końcu usłyszałam, że psychoterapeutka zaprasza mnie do wspólnych cotygodniowych sesji, początkowo poczułam ulgę, która jednak szybko zniknęła. Pojawiły się strach, lęk i poczucie winy. Doszłam do wniosku, że muszę być bardzo chora, skoro zakwalifikowałam się do tej formy leczenia. Pogrążyłam się w smutku, sądziłam, że to koniec, że zamiast żyć jak inni zdrowi ludzie, będę chodzić na terapię, łykać jakieś leki. Myślałam: „To moja wina, jestem taka beznadziejna”. Pogrążyłam się w przygnębieniu i apatii. Postanowiłam jednak udać się za tydzień na tę „nieszczęsną” – jak wówczas myślałam – psychoterapię.

Psychoterapia indywidualna trwała kilka lat. Bardzo się bałam tego procesu, ale też chciałam przestać cierpieć. Z czasem to właśnie gabinet psychoterapeutyczny stał się pierwszym miejscem, w którym nie odgrywałam żadnych ról, zaczęłam stawać się sobą. Dzięki psychoterapii budowałam własną tożsamość. Poznawałam siebie na nowo, podejmowałam refleksję nad dotychczasowymi wyborami życiowymi i moimi zniekształceniami poznawczymi. Zaczynałam odkrywać „prawdy życiowe”, niby znane, oczywiste, ale jednocześnie bardzo mi obce, na przykład taką, że mam prawo być tym, kim chcę, nie muszę się wpisywać w oczekiwania innych. Wymagało to ode mnie wiele wysiłku, łez i konfrontacji z własnymi przeżyciami, traumami i doświadczeniami. To był czas tylko dla mnie, czas, w którym stałam się ważna dla siebie samej. W relacji terapeutycznej poczułam ogromną akceptację, zrozumienie i zaangażowanie. To było tak autentyczne i prawdziwe, że zaczęłam te uczucia przejmować i uwewnętrzniać. Aby je ugruntować, uczyłam się asertywności i świadomego stawiania granic, również samej sobie, na przykład w takich momentach, kiedy sobie szkodziłam i nie dbałam o siebie.

W trakcie terapii cały czas czułam przekonanie mojej psychoterapeutki, że zmiana mojego życia na lepsze jest możliwa, że warto dokładać starań i że jestem w stanie tego dokonać. Owa nadzieja była dla mnie bardzo budująca i motywująca. Oprócz terapii indywidualnej przebyłam także psychoterapię grupową. Okazała się ona niezwykle cenna w procesie zdrowienia. Zrozumiałam, że są ludzie, którzy nie tylko mają podobne objawy chorobowe i doświadczenia życiowe, ale też podobnie je przeżywają, interpretują. Podczas terapii otrzymałam wsparcie i akceptację od innych uczestników. Uczylałam się od nich, w jaki sposób wyrażać emocje w adekwatny sposób, jak regulować stany emocjonalne. Pomogło mi to również w końcu być sobą i dać się poznać innym taką, jaką jestem. Nie bałam się oceny, czułam się akceptowana.

Dziś, patrząc na cały proces mojego chorowania i zdrowienia, nie traktuję tego czasu jako przerwy w życiorysie. Zrozumiałam, że to był bardzo cenny i istotny okres. Na terapii trwającej wiele lat poświęciłam czas tylko sobie, skupiłam się na poszukiwaniu szczęścia, odkrywaniu własnej drogi życiowej i budowaniu tożsamości. Doszłam do takiego etapu, kiedy poczułam, że wiem, kim jestem. Dziś nie boję się żyć, nie mam objawów chorobowych, bo

zrozumiałam ich przyczyny. Nie doświadczam przemożnego poczucia lęku i zagrożenia. W moim słowniku „myślowym” nie dominują już sformułowania „muszę”, „powinnam”. Zrozumiałam, że nie trzeba bać się trudności, bo one są naturalną częścią życia każdego człowieka. Dziś nie uciekam przed nimi, nie wypieram ich z własnej świadomości. Dziś je pokonuję. Wiem, że inni ludzie nie są tylko źródłem cierpienia i rozczarowania. Czerpię ogromną satysfakcję z kontaktów społecznych. Nie boję się bliskości i zaangażowania w związku oraz intymności seksualnej. Czerpię z niej radość i przyjemność. W pracy zawodowej wykorzystuję własne doświadczenia dotyczące kryzysu psychicznego i procesu zdrowienia. Jestem asystentem zdrowienia w Stowarzyszeniu na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej oraz w Stowarzyszeniu „Otwórzcie Drzwi” w Krakowie. Należę też do zespołu terapeutycznego na Oddziale Diennej Rehabilitacji Psychiatrycznej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

Asystent zdrowienia to zawód związany z opieką psychiatryczną. Może go wykonywać osoba, która sama doświadczyła kryzysu psychicznego, a potem przeszła psychoterapię oraz specjalistyczne szkolenie. Moją rolą jako asystenta zdrowienia jest towarzyszenie pacjentom, wspieranie ich oraz dzielenie się z nimi własnym doświadczeniem kryzysu psychicznego i powrotu do zdrowia. W mojej pracy niezwykle ważna jest umiejętność mówienia o swoich przeżyciach związanych z kryzysem psychicznym i zdrowieniem. W ten sposób staram się pomagać personelowi terapeutycznemu lepiej zrozumieć pacjenta – jego ograniczenia, możliwości i potrzeby w całym procesie leczenia. Potrafię też spojrzeć na różne kwestie z perspektywy beneficjenta opieki psychiatrycznej. Moją najważniejszą rolą jako asystenta zdrowienia jest jednak dawanie nadziei i wiary w to, że kryzys psychiczny da się przezwyciężyć.

SERCE DO SERCA¹

Kiedy w młodości zdiagnozowano u niego schizofrenię, postanowił zostać psychiatrą. Doktor Daniel B. Fisher daje nam świadectwo chorowania i zdrowienia oraz opowiada o swojej metodzie wsparcia – emocjonalnej reanimacji.

Katarzyna Szczerbowska: Umówiliśmy się, że Pan Doktor sam się przedstawi.

Daniel B. Fisher: Jestem lekarzem psychiatrą, osobą z doświadczeniem kryzysu psychicznego, która wyzdrowiała ze schizofrenii. Prowadzę w Nowym Jorku National Empowerment Centre [Narodowe Centrum Wzmacniania]. Jego misją jest dawanie ludziom nadziei na wyzdrowienie i mówienie o tym, jak do niego doprowadzić.

K.S.: Może Pan opowiedzieć o swoim doświadczeniu chorowania i zdrowienia?

D.B.F.: Jak na ironię, zacząłem chorować, kiedy robiłem badania dotyczące chemicznej bazy schizofrenii, zaburzeń równowagi pomiędzy chemicznymi substancjami znajdującymi się w mózgu. Pracowałem wtedy w największym w Stanach Zjednoczonych instytucie zajmującym się zdrowiem psychicznym. Zaczęło się od tego, że nagle zobaczyłem w ludziach maszyny. Wydawało mi się, że wszyscy są robotami, które mnie kontrolują. Przestałem chodzić do pracy, mówić, jeść. Miałem trudności z poruszaniem się. Przestraszona rodzina zawiozła mnie do szpitala psychiatrycznego. To, co się ze mną działo, lekarze nazwali schizofrenią katatoniczną. W katatonii umysł cofa się w rozwoju, traci się płynność ruchu, zastyga w różnych pozycjach, człowiek czuje się jak sparalizowany. W głębi siebie nie widziałem sensu nawiązywania kontaktu z otoczeniem, żadnego celu w tym, żeby mówić. W szpitalu psychiatrycznym nie wiedzieli, co ze mną zrobić, jak nawiązać kontakt. Dali mi lekarstwa, ale nie zmieniało to mojego stanu. Lekarze i pielęgniarze zasypywali mnie pytaniami. Pytanie za pytaniem. Przyjechałem do szpitala przerażony, a to jeszcze bardziej mnie przestraszyło. Wśród personelu pomocniczego było kilku

¹ Pierwodruk: „Piękny Umysł”, wiosna 2021, nr 3, s. 7–8. Przedruk za zgodą redakcji.

młodych ludzi, którzy poszukali sposobu na dotarcie do mnie poza słowami. Zamiast pytać, czy chcę się napić wody, przynosili ją w szklance, zachęcając z uśmiechem, żebym wyciągnął po nią rękę. To, że poczułem ich wspierającą, uważną obecność, pozwoliło mi wyjść z lęku. Dotarli do mnie ludzie bez doświadczenia medycznego. Nie zadawali pytań, nie próbowali mnie naprawić, po prostu byli ze mną. Ci ludzie „dosięgnęli” mnie nie werbalnie, ale sposobem, w jaki na mnie patrzyli, uśmiechem, dobrą energią. Dzięki temu, że podzielili się ze mną swoim człowieczeństwem i autentycznością, odczułem, że nie każdy człowiek jest robotem, i zacząłem znowu mówić. Wtedy po raz pierwszy pomyślałem o zostaniu psychiatrą i stworzeniu metody wsparcia, która pozwoli docierać do człowieka doświadczającego głębokiego załamania zdrowia psychicznego. Kiedy po opuszczeniu szpitala podzieliłem się ze swoim psychiatrą tym planem, powiedział, że wierzy we mnie, wierzy, że jestem w stanie to zrobić, i pogratuluje mi, kiedy będę odbierał dyplom. To był fantastyczny lekarz. Jego rodzina pochodziła z Ukrainy i Polski. Czasami ludzie pytają, dlaczego chcę pomagać ludziom w Polsce. Wracam tu i chcę dzielić się swoim doświadczeniem między innymi dlatego, żeby odwdziżyć się za to, że on kiedyś mi pomógł, za wielką dobroć, którą mi okazał.

K.S.: Kiedy ktoś prosi, żebym opowiedziała, czym jest psychoza, zwykle mówię, że to śnienie na jawie, a cały wysiłek otoczenia skupia się na tym, żeby obudzić chorego z tego snu. Podoba mi się jednak to, co kiedyś usłyszałam od Pana, że psychoza jest sposobem na to, żeby ułożyć się na nowo, stanowi początek pewnego procesu.

D.B.F.: Byłem człowiekiem, który żył w głowie, który opierał się na swojej wiedzy, do wszystkiego podchodził intelektualnie. Doświadczenie psychozy otworzyło moje serce. Kryzys pozwolił mi bardziej czuć. Mogłem wrócić do ludzi otwarty na nich emocjonalnie, poczuć z nimi głęboką więź.

K.S.: Naprawdę można wyzdrowieć ze schizofrenii?

D.B.F.: Ja wyzdrowiałem. Nie jestem jedyny. Prawdopodobnie miliony ludzi wyzdrowiały. Większość psychiatrów nie widzi tych, którzy doszli do zdrowia, bo takie osoby wracają do życia, społeczeństwa, swoich spraw, celów. Większość nie chce mówić o doświadczeniu chorowania na schizofrenię, bo towarzyszy jej mnóstwo stereotypów; diagnoza schizofrenii wciąż jest piętnem. W Stanach Zjednoczonych profesor Courtenay Harding prowadziła obszerne, trwające 30 lat badania dotyczące tej choroby. Objęła nimi 261 pacjentów doświadczających tak głębokiego kryzysu, że nie byli w stanie opuścić szpitala psychiatrycznego, ciągle do niego wracali. Zadała pytanie, co by się stało, gdybyśmy uwierzyli, że ci ludzie poradzą sobie w społeczeństwie, i zastanawiała się, czego by potrzebowali, żeby wieść normalne życie w swoim środowisku. Stworzono dla nich mieszkania treningowe, gdzie otrzymywali wsparcie od pracowników socjalnych i ekspertów przez doświadczenie, czyli ludzi, którzy mieli za sobą doświadczenie kryzysu psychicznego. W ciągu

30 lat trwania tego badania 40% pacjentów wróciło do społeczeństwa, do pracy, budowania więzi z ludźmi. Ich sąsiedzi nie domyśliliby się, że mieszkają obok kogoś, kto ma za sobą poważne załamanie zdrowia psychicznego. Na podstawie zgromadzonych danych stwierdzono, że 28% zdrowiało głównie w swoim środowisku, co jakiś czas tylko doświadczając nawrotu choroby, co mogło się wiązać z krótkim pobytem w szpitalu. Okazało się, że aż 68% osób biorących udział w badaniu może normalnie żyć w społeczeństwie. Widać, jak dużym wsparciem w zdrowieniu jest życie w otoczeniu ludzi, którzy wierzą, że możesz wyzdrowieć. Ważne jest edukowanie środowisk zajmujących się pomaganiem w kryzysie przez pokazywanie, że istnieje możliwość zdrowienia, oraz przez tłumaczenie, jak budować relację z pacjentem, żeby mieć jak największą szansę powodzenia. Należy mówić o tym, jak bardzo istotne są akceptujące, oparte na zrozumieniu, wspierające podejście i wiara w pacjenta.

K.S.: Doktor zaczął zdrowieć dzięki spotkaniu ze wspierającymi ludźmi. Jak dalej wyglądała Pana droga do zdrowia?

D.B.F.: Miałem przez cały czas wokół siebie wielu ludzi, którzy wierzyli, że wyzdrowieję. Była wśród nich moja żona. Pytałem ją, czemu przy mnie została w tym trudnym okresie. Odpowiedziała, że nigdy nie widziała we mnie chorego. W zdrowieniu ważne jest również to, żeby mieć jakieś zajęcie, które cieszy, pomaga duszy. Właśnie po to, żeby mieć pracę, która daje radość, nadaje sens życiu, porzuciłem pracę w laboratorium i zostałem psychiatrą. Pomaga mi to, że mogę pomagać.

K.S.: Jaka terapia okazała się najbardziej wspierająca?

D.B.F.: Pomogła mi ich kombinacja: psychoterapia grupowa, indywidualna, psychodrama. Cenny był też kontakt z ekspertami przez doświadczenie. Epizod choroby pojawił się, kiedy miałem 25 lat. Sześć lat zajęło mi wychodzenie z niego. Często utożsamia się zdrowienie z zaprzestaniem brania leków. Wyzdrowienie jest możliwe przy zachowaniu farmakologicznego wsparcia. Zdrowienie definiuje się jako powrót do ról życiowych, do bycia w społeczeństwie, otwieranie się na ludzi. Z mojego doświadczenia wynika, że bardziej prawdopodobne jest to, że człowiek będzie brać lekarstwo, jeśli wie, że może zaprzestać jego zażywania. Pacjenci chętniej biorą leki, jeśli wiedzą, że one nie zaczną nimi rządzić. Ważne, żeby człowiek miał głębokie przekonanie, że to on decyduje o swoim życiu, a nie leki. Dając receptę, mówię: to lekarstwo spowoduje, że nie będziesz taki smutny, ale ty musisz wziąć udział w swoim wyzdrowieniu. Mówię również, że nie zawsze trzeba brać lekarstwa do końca życia. Niekiedy zajmuje to parę lat, ale może nadejść czas, kiedy już nie będą potrzebne. Wówczas pacjenci nie boją się, że dostają lekarstwo na całe życie. Ważne, żeby ludzie mieli świadomość, jakie leki biorą, żeby rozmawiali na ten temat z lekarzem. Lekarstwa są potrzebne, jeżeli ktoś jest tak zestresowany, że nie może funkcjonować. Mogą pomóc przywrócić człowieka do rzeczywistości. One jednak nie uzdrawiają. Człowiek sam musi się uzdrowić.

Kryzys można porównać z prowadzeniem samochodu, kiedy układ kierowniczy szwankuje. Musisz coś zrobić, żeby samochód jechał. Lekarstwa są jak płyn, który pozwoli kierowcy płynniej działać. Nie powiedzą jednak, jaką drogą masz jechać, w którą stronę skręcić. To powinno wyjść z twojego serca, wypłynąć od ciebie. Musimy poznać nasze serca, zrozumieć, co czujemy, żeby podejmować decyzje.

K.S.: Jak poznać swoje serce, jak je poczuć?

D.B.F.: Pytanie za 64 000 dolarów. To jest długi życiowy proces. Uważam, że metoda emocjonalnej reanimacji pomaga je poczuć.

K.S.: Mógłby Pan o niej opowiedzieć?

D.B.F.: Ludzie, którym udało się nawiązać ze mną kontakt, dotarli do mnie dzięki sercu. Na podstawie tego właśnie doświadczenia stworzyłem trening emocjonalnej reanimacji dla wszystkich, również dla lekarzy. Tak jak reanimuje się serce przy zawale, żeby mogło znowu bić, tak tu chodzi o emocjonalną pracę nad sercem osoby w kryzysie, żeby mogło się otworzyć, odczuwać, łączyć z innymi. Emocjonalna reanimacja składa się z trzech etapów. Pierwszy to nawiązanie kontaktu, wchodzenie w relację – od serca do serca. Drugim jest wzmocnienie, przekazywanie wsparcia. Myślę, że siła wypływa z emocji. Im bardziej swobodnie się czujemy, mówiąc o swoich uczuciach, tym lepiej budujemy własną tożsamość, poczucie wartości, swoją moc. Wyrażając uczucia, będąc autentycznym, najbardziej można pomóc. Ludzie doświadczający kryzysu nie potrzebują robota bez żadnych emocji na twarzy. Niestety tradycyjny trening uczy terapeutów i lekarzy, żeby być jak roboty, żeby nie pokazywać, co się czuje. Takie podejście jednak pozostawia osobę w kryzysie wycofaną, wyalienowaną. Ona chce się chować przed ludźmi, którzy nie pokazują uczuć. Na kursie emocjonalnej reanimacji uczymy, jak być sobą. Jak komuś pomagać, mówiąc z serca, z poziomu uczuć. W tym podejściu chodzi o to, żeby dzielić się z osobą w kryzysie tym, co czujemy. Jeśli czujemy smutek, wyrażmy to, mówmy o tym, na przykład: „Odczuwam smutek, kiedy mówisz o utracie pracy, ale jestem z tobą, jestem tutaj dla ciebie”. Kiedy dzielisz się tym, co odczuwasz, otwierasz drugiego człowieka. Odczuwanie uczuć w sercu przynosi siłę i nadzieję. Tu dochodzimy do trzeciego aspektu emocjonalnej reanimacji, którą jest rewitalizacja – ożywienie, przywrócenie do życia.

K.S.: Czasem ludzie w kryzysie wycofują się ze związków z ludźmi, nie chcą widzieć nawet najbliższych. Co zrobić, żeby wrócili?

D.B.F.: Zdarza się, że wpadamy w kryzys, bo potrzebujemy wycofać się z bolesnych relacji. Chcemy znaleźć się w świecie równoległym, we własnej rzeczywistości, żeby poczuć się bezpiecznie. Dlatego ważne jest bycie wśród ludzi, którzy nie oceniają, nie osądzają, nie wywierają presji. Psychoza często sprawia, że traci się różne cenne umiejętności, na przykład łatwość zapamiętywania, uczenia się. Czy da się wrócić do dawnej formy? Jak rozwiniesz

w sobie pewność siebie, mocne strony, zaczniesz sobie ufać, możliwy jest powrót do pełni zdrowia, do dawnej formy. Kiedy twoje serce jest w wielkim stresie, nie chcesz myśleć. Myślenie przypomina o bólu. Musiałem uzdrowić swoje serce, żeby zacząć myśleć. Mam 77 lat i cały czas zdrowieję. Jestem w tym procesie. Ostatnio nawet widzę, że jakość mojej pracy jest lepsza, że jestem bardziej efektywny. Nie martwię się o to, co się stanie. Żyję trwającą właśnie chwilą i czuję się w sobie coraz bardziej bezpiecznie. Szybciej podejmuję decyzje.

K.S.: Bliscy osób w kryzysie często są przerażeni chorobą, bezradni. Zdarza się, że pytają, jak leczyć bez zgody. Co Pan radzi bliskim?

D.B.F.: Ważne, żeby wiedzieli, że są alternatywy dla leczenia w szpitalu i szukali ich. Istnieją rozwiązania pozwalające na budowanie relacji z ludźmi. Wielkim zasobem są eksperci przez doświadczenie. Oni mogą być niezwykle pomocni zarówno dla osoby, która doświadcza kryzysu, jak i dla jej bliskich.

K.S.: Jak zadbać o tych, którzy nie mają bliskich i nie mają w sobie nadziei?

D.B.F.: Im też mogą pomóc eksperci przez doświadczenie. W Stanach Zjednoczonych mamy centra zdrowienia, gdzie można przyjść w ciągu dnia i dostać wsparcie.

K.S.: Jak prowadzić dialog z pacjentem, który rani słowami?

D.B.F.: Można do niego dotrzeć w sposób niewerbalny, gestami. Bywa, że konieczny jest ktoś do pomocy, żeby nas przy nim zmienił, bo bycie z osobą w kryzysie bez przerwy zabiera dużo energii. Pomagam w prowadzeniu otwartego dialogu. Przychodzi do mnie wtedy cała rodzina. Choć najbardziej widać problemy osoby, która doświadcza kryzysu, to przecież jakieś problemy mają wszyscy jej członkowie. Rozmawiamy o tym. Nie winimy nikogo. Uczę ich emocjonalnej reanimacji. Na jednym ze spotkań młody chłopak doświadczający kryzysu wstał i zaczął krzyczeć na rodziców. Powiedziałem mu: „Nie jesteś dzisiaj sobą, nie masz dzisiaj szacunku dla rodziców”. A wtedy on zaczął krzyczeć na mnie. Nie byłem przestraszony, patrzyłem na niego ze spokojem. Nagle zatrzymał się i powiedział: „A, ty też miałeś diagnozę schizofrenii”, po czym zaczął się uspokajać. Polecam pomoc osób z doświadczeniem kryzysu. Ci, którzy są w kryzysie i którzy przez to przeszli, najlepiej się zrozumieją.

FILOZOFIA COGITO – JEDNYM GŁOSEM¹

Co stanowi największą barierę w realizacji psychiatrii zorientowanej na osobę? Istotą naszej wspólnej pracy dzisiaj jest wytrwale zaangażowanie na rzecz reformy opieki psychiatrycznej poprzez budowanie społeczeństwa obywatelskiego, włączanie lokalnych samorządów do współodpowiedzialności, współdziałania i do solidarności w procesie przywracania osobom chorującym psychicznie ich podmiotowości, ich miejsca w życiu społecznym, pełnego w nim udziału i pełnych praw. Niestety, czas stereotypów, napiętnowania i wykluczania osób cierpiących z powodu choroby psychicznej jeszcze nie minął. One oczekują szacunku, oczekują, że zostaną przez nas dostrzeżone i że zostanie uznany ich własny, twórczy wkład w życie społeczne. Reforma opieki psychiatrycznej jest wezwaniem do wielkiej przemiany w nas samych, nas profesjonalistów, nas psychiatrów. Potrzebowaliśmy czasu, żeby sobie wyobrazić, że centrum opieki może przesunąć się z dużego szpitala psychiatrycznego, z łózkocentrycznej psychiatrii, do życia w środowisku.

Musimy też pokonać piętno strukturalne. Współudział w życiu społecznym i równoprawna obecność nie są utopijną wizją, ale obowiązującym prawem zapisanym w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego. Nie chodzi o preferowanie naszych pacjentów, a o egzekwowanie jednakowych praw dla wszystkich. Realizacja ich poprzez pilotaż jest teraz naszym wspólnym i solidarnym wysiłkiem. Jak bardzo potrzebujemy tej solidarności, uzmysławia nam dzisiaj każdy dzień walki z epidemią. Teraz lepiej rozumiemy, że budowane przez nas w pilotażach lokalne więzi i odpowiedzialność wyzwalają współpracę, wsparcie i pomoc, a nie konkurencję. Taki czas poważnej próby pomaga nam zrozumieć, że musimy zdobyć się na współdziałanie, na mówienie jednym głosem w gronie psychiatrów, ale przede wszystkim pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia, Ministerstwem Zdrowia i Pełnomocnikiem MZ do spraw reformy opieki psychiatrycznej. Nowy świat

¹ Pierwodruk: „Jednym Głosem dla Psychiatrii”, kwiecień 2020, nr 2, s. 12–13. Tytuł oryginału: *Jednym głosem. Prof. Andrzej Cechnicki o potrzebie współdziałania*. Przedruk za zgodą redakcji.

po epidemii jest też szansą na dokonanie przewartościowań; to czas refleksji i oddzielenia tego, co ważne, od tego, co nieistotne. Zobaczymy wówczas, jaką wartością jest sieć wsparcia płynącego od najbliższych i otoczenia, od lokalnej wspólnoty. A to jest istota psychiatrii środowiskowej.

Psychiatria jest bardzo czuła na kontekst społeczny, ponieważ to kontekst społeczny ma istotny udział w wybuchu kryzysu psychicznego, zaburzeń czy choroby psychicznej. Ten kontekst współkształtuje zaburzenie, decyduje o jego kierunku, o przebiegu, o szansach na zdrowienie. Optymalną sytuacją dla zdrowia psychicznego i procesu zdrowienia jest poczucie stabilności. Stabilne więzi, stabilne relacje, orientacja na troskę o drugiego człowieka. Bardzo istotna okazuje się więc wielopokoleniowa, orientacja na solidarność, na wspólnotę, na współpracę. A o te wartości w globalnym świecie, w jakim żyliśmy, było coraz trudniej.

Psychiatria odchodzi od leczenia, w którym centralne miejsce zajmował oddział stacjonarny dużego szpitala, na rzecz opieki w środowisku życiowym pacjenta. Przestaje być skupiona na opiece szpitalnej, chociaż łóżka ciągle pochłaniają u nas większość środków przeznaczonych na leczenie. Program pilotażowy, który jest realizowany w tej chwili w 27 regionach kraju, w najbliższym czasie obejmie 5,3 miliona dorosłych Polaków w 42 regionach. Program wymaga przewartościowania naszego myślenia o potrzebach osób leczonych i ich rodzin. Wymaga też nowej organizacji opieki psychiatrycznej, a nowa organizacja powiązana jest z odpowiedzialnością za lokalną wspólnotę.

Ten model zmienia również rolę pacjentów. Chodzi o to, by byli wyedukowani, kompetentni, by nabyli umiejętności rozumienia siebie, rozumienia swojej choroby. Żeby nabyli wiedzę na temat procesu leczenia, tego, co im pomaga zdrowieć. Żeby stopniowo radzili sobie z rozdarciem, konfliktami, zranieniami, ale też zdobyli informacje o lekach, o tym, jak rozmawiać ze swoim lekarzem prowadzącym, jakie cele sobie stawiać w życiu, czyli żeby odzyskali poczucie sensu życia, aby nabywali coraz większych kompetencji, aż do samopomocy włącznie.

Psychiatria w Polsce wymaga sojuszu ponad podziałami. Jest tylko jedna reforma opieki psychiatrycznej. Teraz oczy wszystkich środowisk zwrócone są na Narodowy Fundusz Zdrowia. Przyszłość reformy zależy od współpracy NFZ z Ministerstwem Zdrowia i Pełnomocnikiem MZ do spraw reformy opieki psychiatrycznej, zespołem MZ do spraw pilotażu, w którego składzie powinni znajdować się partnersko traktowani eksperci. Tylko taka współpraca zaowocuje rozszerzeniem pilotażu nie na podstawie urzędniczych dyrektyw, lecz dzięki dobrze przygotowanym środowiskowym centrom mogącym zmierzyć się z wykluczeniem strukturalnym pacjentów i opieki psychiatrycznej. **Musimy mówić jednym głosem.** To moim zdaniem najważniejsze wyzwanie na półmetku trwania pilotażu.

III. O NOWYCH RELACJACH I ROLACH PACJENTÓW

ROZWAŻANIA O NOWYCH ROLACH PACJENTÓW

Chorujący psychicznie nawiązał na nowo pogłębione więzi rodzinne, oparte na wzajemnym zrozumieniu i poszanowaniu, przezwyciężył początkową postawę regresywną, której wyznacznikiem jest zależność od swoich opiekunów, nauczył się pewnej samodzielności. Teraz zadanie przed nim najtrudniejsze: musi wejść w świat relacji społecznych.

Psychiatria środowiskowa uczy nas, żeby chorującego nie trzymać w całkowicie bezpiecznym kokonie – człowiek musi być odporny na ciosy, porażki oraz wiele nieprzyjemności, jakie niesie ze sobą życie w społeczeństwie. Co zapewni mu taką zbroję umożliwiającą przetrwać? Nowa rola, nowy zawód.

Osoba chorująca psychicznie staje się ekspertem od własnego doświadczenia przez to, że przeżyła bardzo traumatyczne i bolesne doświadczenie chorowania. Ale zanim to nastąpi, musi uzyskać wgląd we własną chorobę, odbyć terapię indywidualną, przepracować swoją chorobę i przejść szkolenia specjalistyczne, przygotowujące do nowego zawodu: asystenta zdrowienia.

Asystent zdrowienia jest pełnoprawnym członkiem zespołu terapeutycznego i jednocześnie stanowi pomost między personelem medycznym a pacjentami, którzy są w kryzysie. Dotychczasowe doświadczenie w pracy asystentów zdrowienia oraz badania pokazują, że pacjenci częściej otwierają się przed asystentami zdrowienia, których traktują w sposób quasi-koleżeński, aniżeli przed lekarzem czy innymi terapeutami.

Asystent zdrowienia musi jednak również pamiętać o dystansie między sobą a pacjentem, nie zapominać, że stał się profesjonalistą i jego pomoc jest tak samo fachowa oraz skuteczna jak pozostałej części zespołu terapeutycznego. W razie drastycznego pogorszenia stanu pacjenta, na przykład pojawienia się myśli samobójczych, należy zgłosić sprawę do lekarza oraz pozostałej części personelu medycznego, gdyż zawód asystenta zdrowienia ma również swoje ograniczenia: nie jest on kompetentny we wszystkich sprawach dotyczących pacjenta. Towarzyszy mu przede wszystkim w szpitalnej wędrówce przez chorowanie. Wspólnie spaceruje, wędkowanie, bajkoterapia, mecze koszykówki, rozmowy na świeżym powietrzu – to wszystko stanowi o sile i na-

dziei, jaką wlewa asystent zdrowienia w pacjenta, który doświadczając kryzysu, często ma wrażenie, że jego świat uległ zagładzie i nie da się go uratować.

Nowe zadanie pacjentów nie ogranicza się jednak do podejmowania roli asystentów zdrowienia, do której nie każdy, kto przeżył kryzys psychiczny, jest predestynowany. Dlatego tak ważna okazuje się swoista selekcja w doborze odpowiednich osób, właściwe ich sprofilowanie psychologiczne pod kątem wykonywanego zawodu. Ci, którzy selekcji nie przejdą pozytywnie, nie mają powodu do przygnębienia. Ich kompetencja może być bowiem całkowicie inna i również oni mogą pomagać w rozwiązywaniu trudnych kwestii dotyczących kryzysów psychicznych oraz chorowania.

Jedną z takich ról jest rola eksperta Cogito, pacjenta, który doświadczył co najmniej jednego kryzysu psychicznego i wykazuje szczególną aktywność w kampanii medialnej przeciwko stygmatyzacji oraz wykluczeniu osób chorujących psychicznie. Walka z piętnem strukturalnym okazuje się istotna w podejmowaniu przez pacjenta nowej roli, cenne jest jego wyczulenie na kontekst społeczny, tak ważny dla stworzenia stabilnych oraz przewidywalnych warunków dochodzenia do zdrowia. Dlatego tak istotna wydaje się pilotażowa reforma psychiatrii: odejście od wielkich szpitali, często kojarzonych z opresyjnością i zapinaniem w pasy, oraz przeniesienie leczenia do centrów zdrowia psychicznego oraz oddziałów dziennych, gdzie chorujący zdrowieje w warunkach niemal domowych. W pokoju może grać na pianinie, a w kuchni przygotowywać na obiad pyszny bigos, którym uraczy pozostałych pacjentów – swoich braci i siostry w chorowaniu.

Nowa rola pacjenta to jednocześnie wielka odpowiedzialność – nie tylko za siebie w tej roli, ale chyba przede wszystkim za tych, dla których dany ekspert Cogito czy asystent zdrowienia świadczy swoje usługi. Wówczas to, co było na początku piekłem chorowania, staje się kartą przetargową w podejmowaniu nowych zadań i szansą na rozjaśnienie swojego nieba, nieco zachmurzonego chorowaniem i smutnymi myślami, drogą do zdrowia, poprzez zupełnie nową kategorię: kategorię zawodowego sukcesu.

Pomieszczone w tej części niezwykle ciekawe i cenne teksty właśnie o tym traktują: jak dzięki odpowiednio wykształconym strukturom raz na zawsze wymazać piętno oraz zniwelować wykluczenie, tak często towarzyszące osobom, które przeszły kryzys. Nigdy nie można przestać wlewać nadziei w zbołałe serca.

ASYSTENT ZDROWIENIA – OCZEKIWANIA I PRZYGOTOWANIE¹

Osoby chorujące psychicznie od lat stopniowo wychodzą poza rolę pacjenta psychiatrycznego². Nowo przyjmowane role to między innymi rola edukatora, czyli osoby dzielącej się swoimi doświadczeniami choroby i jej pokonywania, rola badacza³, a ostatnio coraz częściej rola selfadwokata – rzecznika interesów swojej grupy. Taką rolę spełniają chociażby społecznicy działający na rzecz osób chorujących psychicznie zrzeszeni w Akademii Liderów Cogito czy reprezentanci ruchu działający w Zespole do spraw Pilotażu Programu Psychiatrii Środowiskowej w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP), a także osoby będące członkami Rady do spraw Zdrowia Psychicznego przy Ministerstwie Zdrowia oraz zatrudnione w Biurze do spraw Pilotażu NPOZP.

W ostatnim czasie konstituuje się zupełnie nowa rola – asystenta zdrowienia, którego można określić jako: towarzysza, mediatora, motywatora, pełnomocnika, rzecznika, mentora – pracownika wchodzącego w skład zespołów terapeutycznych pracujących z osobami chorującymi psychicznie.

W niniejszym krótkim tekście pragnę przedstawić, jakie są oczekiwania względem asystentów zdrowienia ze strony profesjonalistów i pacjentów, jakich lęków i obaw doświadczają oni w swojej pracy oraz – na przykładzie jednego z kursów – jak wyglądają przygotowania do pełnienia tej roli.

Autorem badania na temat tych oczekiwań jest Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej we współpracy ze Stowarzyszeniem „Otwórzcie Drzwi” oraz Zakładem Psychiatrii Środowiskowej Katedry

¹ Pierwodruk: „Psychiatra”, lato 2020, nr 29(2), s. 13–14. Przedruk za zgodą redakcji.

² A. Cechnicki, A. Liberadzka, *Nowe role osób chorujących psychicznie w leczeniu i zdrowieniu*, „Psychiatria Polska” 2012, nr 6, s. 995–1005.

³ Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”. *O barierach w zatrudnianiu i pracy – perspektywa beneficjentów*, red. J. Janik, K. Wroński, Oficyna Wydawnicza „Text”, Kraków 2008; A. Liberadzka, D. Kurbiel, *Potrzeby osób chorujących psychicznie w Małopolsce – raport z badań*, Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”, Kraków 2015.

Psychiatrii UJ CM. Celem było zebranie opinii, tak by móc rzetelnie przygotować się do przeprowadzenia kursu asystenta zdrowienia. Opracowano i przygotowano dwie ankiety – jedną skierowaną do profesjonalistów pracujących z osobami chorującymi psychicznie, drugą skierowaną do osób chorujących psychicznie.

Badanie jest jeszcze w toku, wciąż napływają odpowiedzi, ale wstępne wnioski, które sformułowano do tej pory, zostały wykorzystane przy konstruowaniu założeń kursu. Napłynęło do nas 47 ankiet od profesjonalistów i 50 ankiet od pacjentów. Wstępna analiza ankiet dla profesjonalistów wskazuje, że mają oni bardzo wysokie oczekiwania względem przyszłych asystentów zdrowienia. Według profesjonalistów asystenci zdrowienia powinni mieć następujące umiejętności i wiedzę:

1. **Związane ze zrozumieniem własnej choroby oraz zdrowieniem:** pełny wgląd w chorobę, znajomość jej objawów i sposobów leczenia (niealternatywnego!), wiedza na temat procesu chorowania i leków, znajomość jednostek chorobowych, znajomość podstaw psychologii, psychoterapii, terapii zajęciowej oraz szeroko rozumianej pomocy społecznej.
2. **Związane z umiejętnościami miękkimi, głównie skoncentrowane wokół komunikacji, nawiązywania więzi, relacji,** takie jak umiejętność współpracy z zespołem oraz osobami, które potrzebują pomocy, i ich rodzinami, umiejętność nawiązywania i podtrzymywania dialogu, umiejętność nawiązywania pozytywnej relacji oraz jej podtrzymywania, umiejętność przyjmowania postawy rozumiejącej, umiejętność przekonywania i osiągania kompromisu, tolerowanie i akceptowanie odmienności, radzenie sobie ze stresem, niesienie pomocy, ale też sięganie po nią, stawianie granic.
3. **Związane z nastawieniem do obowiązków w pracy i do współpracowników:** asertywność względem kadry, umiejętność pracy w zespole, szczerość w relacji z przełożonym, odpowiedzialność, rzetelność, wytrwałość, entuzjazm, stabilność, uczciwość, podejmowanie inicjatywy, umiejętność działania pod presją, obowiązkowość, kompetencja.

Profesjoniści mają także sporo obaw i lęków związanych z perspektywą zatrudniania asystentów zdrowienia. Najczęściej wymieniane to: ryzyko nawrotu choroby u asystentów zdrowienia, brak odporności psychicznej i dystansu, nieumiejętność stawiania granic. Wiele obaw dotyczy przyszłej pracy w zespole terapeutycznym. Jako potencjalnie trudne (dla zespołu) wymieniane są: nieumiejętność współpracy, konieczność „kontrolowania się” w rozmowach przy asystentach zdrowienia, niewiedza, jak przekazywać sobie informacje dotyczące danych wrażliwych i rokowania, trudności w wentylowaniu emocji przez personel w trakcie przerw. Obawy budzą się też w związku z niejasnością roli asystenta zdrowienia – pojawiają się one

u samego asystenta, w zespole oraz u pacjentów. Część psychoterapeutów mówi nawet o możliwym negatywnym wpływie na chorych. Wśród zagrożeń wskazują: możliwość nieprofesjonalnego prowadzenia pacjenta, nieumiejętność zdystansowania od własnych przeżyć, bagatelizowanie problemów podopiecznego czy propagowanie alternatywnych metod leczenia.

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

Jeśli chodzi o **oczekiwania pacjentów** względem asystentów zdrowienia, to także one są wysokie i w wielu miejscach zgodne z oczekiwaniami profesjonalistów. Najczęściej powtarzającym się postulatem było, aby asystent zdrowienia posiadał wiedzę o chorowaniu i sposobach zdrowienia, aby miał przepracowaną własną historię chorowania i zdrowienia i potrafił się nią dzielić z podopiecznym, rodziną i personelem placówki, w której będzie zatrudniony. Jeśli chodzi o rolę, jaką ma pełnić, to najczęstsze odpowiedzi wskazują, że powinien być towarzyszem oraz pośrednikiem między chorym a zespołem terapeutycznym i/lub rodziną. Pacjenci mają bardziej konkretne wyobrażenia, w czym asystent zdrowienia może pomóc, czym może się zajmować. Oczekują, że będzie pomagał zrozumieć chorobę, motywował do leczenia oraz potrafił przygotować plan na czas kryzysu i indywidualny program zdrowienia chroniący przed nawrotem choroby. Chcą, aby stał się wsparciem dla chorego i jego rodziny, znał działanie leków, aktywizował do różnych form aktywności (w tym do podjęcia pracy) oraz pośredniczył w różnych sprawach urzędowych. Wiele osób wymieniało zajęcia dla asystenta zdrowienia: prowadzenie prelekcji na temat zdrowia psychicznego, udział w terapii zajęciowej, rozmowy (najczęściej wskazywane zajęcia), spacer, wspólne gry, wsparcie pacjentów w rozwoju zainteresowań, towarzyszenie na wycieczkach organizowanych przez zatrudniającą placówkę.

Wśród pożądanых cech, którymi powinien odznaczać się asystent zdrowienia, pacjenci wymieniali: cierpliwość, empatię, mądrość, komunikatywność, rzetelność, umiejętność słuchania, inteligencję, życzliwość, spokój, opanowanie, łatwość w nawiązywaniu kontaktów, zaradność, pomysłowość, dystans.

Co ciekawe, pacjenci także mają lęki i obawy związane z wprowadzaniem profesji asystenta zdrowienia. Najogólniej można je podzielić na dwie grupy. Pierwsza grupa obaw skoncentrowana jest wokół pytania, czy asystent zdrowienia zasymiluje się z zespołem terapeutycznym, czy zespół go przyjmie i na jakich prawach. Było sporo wypowiedzi, w których wprost zostały wyrażone obawy o niechęć profesjonalistów do wprowadzenia do placówek asystentów

zdrowienia, obawy o potencjalny konflikt pomiędzy asystentami zdrowienia a profesjonalistami. Druga duża grupa obaw związana jest z wątpliwościami, czy asystenci zdrowienia podołają nowej roli, czy uniosą ciężar, czy sami nie doświadczą nawrotu choroby, czy nie będą się zbyt szybko wypalać i czy nie zapłacą za to zbyt wysokiej ceny, jaką jest utrata zdrowia.

Jak widać, niektóre oczekiwania profesjonalistów i pacjentów względem asystentów zdrowienia są spójne, na przykład to, aby asystent zdrowienia posiadał wiedzę o chorobie psychicznej i zdrowiu. Są jednak także wyraźne różnice w tych oczekiwaniach: dla pacjentów wystarczająca wydaje się wiedza opierająca się na własnym doświadczeniu asystentów zdrowienia, a terapeuci większy nacisk kładą na wiedzę wyuczoną, nabytą. Pacjenci ponad wiedzę książkową, kursową przedkładają odpowiednie nastawienie i takie cechy charakteru, jak cierpliwość, wytrwałość, wyrozumiałość, komunikatywność.

Pacjenci kładą większy nacisk na towarzyszenie, łatwiej niż profesjonalistom jest im sobie wyobrazić asystenta zdrowienia zatrudnionego w placówce, w której obecnie przebywają. Mają dla asystentów zdrowienia konkretne zadania i wiedzą, że pomoc takich osób w codziennym funkcjonowaniu może być realna. Podkreślają aspekt nadziei – „skoro im się udało, to dla mnie też jest szansa”. Zwracają uwagę, że asystenci zdrowienia mogą być obciążeniem dla zespołu terapeutycznego, czego zdają się nie zauważać terapeuci. Pomoc asystentów zdrowienia profesjonalisci bardziej przeżywają w kontekście dodatkowego obciążenia zespołu – oprócz opieki nad pacjentami potrzebna będzie opieka i superwizja dla asystentów zdrowienia.

Wyniki ankiet, które bardzo skrótowo zostały przedstawione powyżej, pomogły nam wzbogacić własne przemyślenia, obserwacje i wiedzę, co łącznie stało się bazą do merytorycznego przygotowania kursu. Postawiliśmy na pracę zespołową. Zespół złożony z profesjonalistów i osób z doświadczeniem choroby psychicznej w toku wielu spotkań, narad, a także wyjazdu do Szczawnicy wspólnie opracował główne założenia kursu oraz podstawy merytoryczne. Z wypracowanych i wdrożonych ustaleń najważniejsze wydają się te dotyczące rekrutacji oraz długości trwania kursu, jak również poszczególnych zagadnień merytorycznych. Jeśli chodzi o rekrutację, to uważamy, że jest ona bardzo ważnym elementem, i przykładamy do niej dużą wagę. Przyjęliśmy dwa podstawowe kryteria rekrutacji: (1) doświadczenie kryzysu psychotycznego i (2) minimum dwa lata psychoterapii własnej – oba kryteria powinny być udokumentowane na pierwszym etapie rekrutacji. Drugim etapem były rozmowy prowadzone w parach: profesjonalista psycholog i osoba z doświadczeniem kryzysu psychicznego. W trakcie rozmów zwracaliśmy uwagę na motywację, ale też na cechy osobowości, które naszym zdaniem predysponują do uprawiania tego nowego zawodu. Jeśli chodzi o czas trwania kursu i jego zakres merytoryczny, wspólnie ustaliliśmy, że będzie to 10 modułów dwudziestogodzinnych, a ich zakres obejmie takie zagadnienia, jak:

- **Komunikacja** nastawiona na nawiązywanie relacji i asertywność, komunikacja niewerbalna, czynniki warunkujące komunikowanie terapeutyczne, komunikacja z zespołem terapeutycznym, komunikacja z rodziną chorego, specyfika komunikowania się z osobami chorującymi psychicznie.
- **Wiedza o chorobie**, jej fazach, osobiste doświadczenie i sposoby radzenia sobie, droga do zdrowienia, wgląd w chorobę i problematyka piętna, konfrontacja z własnymi przeżyciami, identyfikacja własnych mocnych i słabych cech, stygmatyzacja i autostygmatyzacja – sposoby radzenia sobie; ponadto zniekształcenia poznawcze: czym są, jak wpływają na codzienne funkcjonowanie, przykłady najczęściej występujących zniekształceń poznawczych, sposoby radzenia sobie z nimi.
- **Zdrowienie** – sposoby rozumienia pojęcia „zdrowie”, zdrowienie jako proces, deinstytucjonalizacja i normalizacja procesu zdrowienia, etapy dochodzenia do zdrowia, czynniki sprzyjające zdrowieniu.
- **Współpraca** – czym ona jest, jak dobrze współpracować; współpraca z instytucjami w kontekście możliwości radzenia sobie z chorobą (od oddziałów stacjonarnych i dziennych poprzez środowiskowe formy rehabilitacji chorych do projektów pracy i zatrudnienia); ponadto współpraca w interdyscyplinarnym zespole terapeutycznym (między innymi zagadnienie ról zespołowych), współpraca ze społecznością zawodową, współpraca z pacjentem/klientem i rodziną.
- **Zagadnienia etyczne** – pojęcie etyki w kontekście pracy z drugim człowiekiem, Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, standardy etyczne w pomocy psychologicznej, tajemnica zawodowa, specyfika relacji terapeutycznej, rola rozwoju osobistego i podnoszenia kwalifikacji w praktyce zawodowej, zasady etyczne asystenta zdrowienia.
- **Samorzecznictwo** – od piątej edycji kursu dodaliśmy jedenasty moduł związany z samorzecznictwem – selfadwokaturą. Obejmuje on: wprowadzenie do samorzecznictwa (tło historyczne, wpływ psychiatrii środowiskowej, bieżący kontekst), autoprezentacja i wystąpienia publiczne – podstawowe zagadnienia, narzędzia i metody pracy, opowiadanie historii (ang. *storytelling*), etyczne aspekty, wyszukiwanie informacji, odpowiedzialność wobec odbiorców, tajemnica zawodowa.

Ważnym ustaleniem była też certyfikacja przyszłych asystentów zdrowienia. Dla uczestników kursów wystawiamy dwa rodzaje dokumentów. Pierwszy z nich to zaświadczenie o ukończeniu kursu, który otrzymują wszyscy z minimum 90% frekwencji na zajęciach. Po zebraniu doświadczeń wprowadziliśmy następujące kryteria uzyskania certyfikatu asystenta zdrowienia:

1. Obecność poniżej 90% musi być usprawiedliwiona – wymagana jest praca pisemna według ustalonych zaleceń, związana bezpośrednio z materiałem modułu.

2. Obecność nie może być mniejsza niż 60%.
3. Ocena arbitralna zespołu prowadzącego kurs asystenta zdrowienia jest wystawiana na podstawie udziału w zajęciach. Uwzględnia się:
 - a) aktywność na zajęciach (maksymalnie dwa punkty);
 - b) zrozumienie prezentowanego na kursie materiału (ocena prowadzących, maksymalnie dwa punkty);
 - c) samoświadomość – zdolność do adekwatnej oceny swojego zachowania i sytuacji (ocena prowadzących, maksymalnie dwa punkty);
 - d) umiejętność dzielenia się doświadczeniem choroby z zachowaniem własnych granic;
 - e) umiejętność pracy w grupie (ocena prowadzących, maksymalnie dwa punkty).

Po uzyskaniu oceny, której wspólnie dokonują wszyscy trenerzy prowadzący kurs, należy odbyć 100 godzin stażu w charakterze asystenta zdrowienia oraz dostarczyć opinię z przebiegu stażu. Wówczas można uzyskać certyfikat.

Na zakończenie wspomnę, że do tej pory przeprowadziliśmy pięć edycji kursu asystenta zdrowienia, szósta jest w toku, rekrutujemy osoby do siódmej edycji. Mamy nadzieję, że wyszkolimy kadrę, która będzie w stanie sprostać oczekiwaniom, jakie są wobec niej stawiane, i wyzwaniom, jakie niesie praca w tym zawodzie.

NA WŁASNYM PRZYKŁADZIE¹

Asystent zdrowienia może robić wszystko, co zbliży go do osoby w kryzysie, pozwoli nawiązać bliską relację oraz wesprzeć proces zdrowienia. „Wyobrażam sobie, że mogłoby to być wspólne wędkowanie” – mówi Ivan Sitsko, asystent zdrowienia pracujący w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Wolskim Centrum Zdrowia Psychicznego. „Chodzi przede wszystkim o towarzyszenie oraz wspieranie w powracaniu do zdrowia” – dodaje. Asystenci zdrowienia pojawili się u boku osób doświadczających kryzysu psychicznego niedawno, niespełna dwa lata temu. Są to ludzie, którzy pomagają innym przez własne, przepracowane doświadczenie chorowania na schizofrenię czy chorobę afektywną dwubiegunową. Mają za sobą pobyty w szpitalu psychiatrycznym. Wiedzą z własnego doświadczenia, co to psychoza, jądłowstręt, kłopoty z koncentracją i pamięcią, bezbrzeżny smutek, stany lękowe. Opanowali swoje kłopoty ze zdrowiem psychicznym, rozumieją ich mechanizm i specyfikę oraz skończyli odpowiedni kurs przygotowujący ich do pomagania tym, którzy trwają w kryzysie. Uczyli się, jak asertywnie rozmawiać, jak istotne w budowaniu relacji jest empatyczne słuchanie, jakie mogą być objawy nadchodzącego kryzysu, jak wspierać mocne strony – swoje i innych, jak dbać o zdrowie psychiczne. Ćwiczyli rozmowy zarówno z pacjentami, jak i z ich bliskimi, by lepiej dzielić się tym, co pomaga zdrowieć. Rozmawiali o etyce, o tym, w jaki sposób korzystać ze swojego doświadczenia chorowania i zdrowienia. Teraz pracują w centrach zdrowia psychicznego, środowiskowych centrach zdrowia psychicznego w Warszawie oraz Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Należą do zespołów na równi z lekarzami psychiatrami, psychologami, terapeutami, pielęgniarkami psychiatrycznymi.

Pomoc asystenta sprawdza się w relacji z osobami, które doświadczają kryzysu po raz pierwszy i nie wiedzą, co się z nimi dzieje ani dlaczego. Nie rozumieją ich nawet najbliższe osoby. Człowiek najlepiej zdrowieje, kiedy czuje się bezpiecznie. Asystent może pomóc osobie chorującej ośwoić się z sytuacją, w której się znalazła, i włąć w nią nadzieję, że można wyjść z kryzysu.

¹ Pierwodruk: „Piękny Umysł”, wiosna 2021, nr 3, s. 9–10. Przedruk za zgodą redakcji.

To pacjent odgrywa główną rolę w swojej drodze do zdrowienia. Im bardziej będzie się starał poradzić sobie z kryzysem, im aktywniej będzie przyjmował pomoc, tym łatwiej go opanuje.

Rodzinom i osobom bliskim asystent zdrowienia może wskazać, czego potrzebuje osoba chorująca, co będzie wspierające. Na przykład może powiedzieć, że lepiej jej nie wyręczać, nie rozmawiać jak z dzieckiem, nie mówić nieustannie o chorobie. Poza tym już sam fakt, że bliski ma szansę na kontakt z osobą, która opanowała kryzys, budzi nadzieję i wiarę w wyzdrowienie chorej żony, siostry, matki. Przy centrach zdrowia psychicznego powstają grupy wsparcia dla bliskich. Asystenci zdrowienia prowadzą je wraz z psychoterapeutą lub psychologiem.

Mogłoby się wydawać, że jedyne, czym dzieli się asystent, to doświadczenie kryzysu. Nic bardziej mylnego. Każde doświadczenie, pasja, hobby może być terapeutyczne dla pacjenta doświadczającego kryzysu, może stanowić sposób na to, żeby do niego dotrzeć, obudzić w nim chęć powrotu do życia, w którym ma szansę się spełniać i tworzyć szczęśliwe więzi. Ivan Sitsko pasjonuje się parzeniem herbaty i zaraża tym swoich pacjentów. Wspólne picie tego napoju jest dla niego sposobem na nawiązanie relacji. W każdy czwartek na oddziale całodobowym, gdzie pracuje, organizuje ceremonię parzenia herbaty – chińską, japońską, wietnamską. Rozmowa o smaku naparu zamienia się wymianę zdań na inne tematy. Poza tym prowadzi bajkoterapię, relaksację, zajęcia ruchowe, gry planszowe, bawi się improwizacją aktorską, uczy języka rosyjskiego, chodzi na spacer, robi zakupy, rysuje i składa origami z pacjentami.

„Lista czynności, które asystent może wykonywać z pacjentem, jest ograniczona przez niego i warunki, w jakich pracuje” – podkreśla Jakub Wacławek, asystent zdrowienia w Centrum Zdrowia Psychicznego w Koszalinie. Może wspierać pacjenta w codziennych czynnościach, na przykład robiąc z nim pranie czy szukając z nim mydła w szafce, żeby go skłonić do wzięcia prysznicu.

Co stanowi najtrudniejsze wyzwanie dla asystentów zdrowienia? Na pewno zawsze trudna jest sytuacja, gdy osoba, z którą pracują, zgłasza myśli samobójcze. Wówczas muszą szukać wsparcia u innych członków zespołu terapeutycznego i u lekarza prowadzącego pacjenta. Ale co wtedy, gdy osoba w kryzysie mówi im o tym w zaufaniu, prosząc o dyskrecję? Kiedy pojawia się zagrożenie życia, asystent nie może milczeć. Za to może przekonywać pacjenta, żeby o swoich myślach samobójczych powiedział lekarzowi w jego obecności. Ogromnym wyzwaniem wydaje się również praca na podstawie własnego bolesnego doświadczenia kryzysu – „praca w odsłonięciu”, jak nazywa ją profesor Katarzyna Prot-Klinger z Akademii Pedagogiki Specjalnej. Niełatwe okazuje się też odnalezienie się w zespole, co jest ogromnie ważne, ponieważ to praca zespołowa psychiatry, psychologa, terapeuty zajęciowego

oraz asystenta zdrowienia stanowi klucz do wyprowadzania pacjenta z kryzysu. Joanna Rogalska, asystentka zdrowienia z Centrum Zdrowia Psychicznego w Słupsku, mówi, że dla niej największym wyzwaniem są dojazdy do pracy – 110 kilometrów w jedną stronę, trzema środkami lokomocji.

Przeważnie asystenci pracujący na oddziałach całodobowych towarzyszą pacjentom w spacerach, terapii zajęciowej, zebraniach społeczności, czyli spotkaniach chorych z personelem. Zdarza się, że później z zespołami mobilnymi centrum zdrowia psychicznego odwiedzają pacjentów w domach, tak żeby osoby, które opuściły szpital, nadal miały ich wsparcie. Asystenci, podobnie jak psychoterapeuci, poddają swoją pracę regularnej superwizji, lecz praca asystenta w ogólnym założeniu tylko czasem przypomina pracę psychoterapeuty. „Asystent to dopełnienie usług pomocowych, ma w sobie trochę z adwokata, pracownika socjalnego i animatora zajęciowego, terapeutyzuje, ale czasem już samą swoją obecnością” – wyjaśnia Jakub Waclawek. „Psychoterapeuta ma wiedzę teoretyczną. Często może się tylko domyślać, co czuje pacjent. Asystent zdrowienia natomiast pomaga innym na bazie własnego doświadczenia zmagania się z chorobą. Zauważyłem, że pacjenci bardziej ufają asystentowi zdrowienia, mają mniejsze opory i obawy przed tym, by się przed nim otworzyć – bo wierzą, że wie, o czym mówi, przeżył podobną sytuację” – dodaje.

„Relacja między pacjentem a asystentem jest inna i bardziej równorzędna niż ta z psychoterapeutą czy psychiatrą” – wyjaśnia Joanna Rogalska. Mówi, że czasem między nią a osobą, którą wspiera, pojawia się duża zażyłość, przyjaźń. „Asystent zdrowienia ma prawo do okazywania ciepłych gestów, do zaproponowania pacjentowi przejścia na ty. Trzeba pamiętać, że nie jest mu potrzebny jeszcze jeden zdystansowany pracownik służby zdrowia, tylko zgoda ktoś inny, kto nie tylko rozumie w lot, co może czuć podopieczny, bo sam tego doświadczył, ale będzie wiedział, co może zachować tylko dla siebie, a co jest istotne dla procesu terapeutycznego” – dodaje Joanna Rogalska.

Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2019 roku zmieniającym Rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm. 2]) zarządza się, że od dnia 1 kwietnia 2020 roku do osób zatrudnionych w centrach zdrowia psychicznego w całej Polsce w ramach działalności podstawowej zaliczać się będzie asystentów zdrowienia (par. 1 pkt 10 lit. b).

ŻYCZLIWY PROFESJONALIZM¹

„Dajcie mi zdrowego psychicznie człowieka, a ja go wyleczę” – tak zapamiętałam słowa wypowiedziane przez Carla Gustawa Junga. Decydując się na ukończenie kursu „Ekspert przez doświadczenie” (ang. *Ex-In*), podjęłam ryzyko. Kurs i staż trwały półtora roku. Kiedy zaczynałam, byłam po długoletniej depresji. Miałam za sobą czas wyjęty z życiorysu. Niemożność podjęcia pracy skłoniła mnie do wzięcia udziału w szkoleniu i szukania zatrudnienia jako asystent zdrowienia. Wtedy wydawało się, że to walka z wiatrakami. W moim województwie tylko jedna placówka przekształciła się w pilotażowe Centrum Zdrowia Psychicznego. Defetystyczne nastroje, brak woli zatrudnienia asystenta zdrowienia, zamknięte na cztery spusty drzwi, trudności z dodzwonieniem się – cóż, początki awangardy pilotażu w lipcu 2018 roku okazały się trudne.

Pracowałam podczas praktyk organizowanych w ramach kursu, potem był rok wolontariatu, pracy społecznej z potrzeby serca. Zaangażowałam się w przedsięwzięcia w ochronie zdrowia psychicznego i praw osób niepełnosprawnych, animowanie oddolnej grupy samopomocowej. Moją życiową misją stała się idea promowania naszego zawodu: uświadamianie społeczeństwa, ludzi różnych profesji i studentów, oraz dawanie świadectwa, co wymagało odwagi i dojrzałości. Nawiązanie kontaktów z asystentami zdrowienia z kraju pozwoliło mi na zatrudnienie się w klubie samopomocy w Koszalinie w ramach projektu „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę” w podejściu otwartego dialogu opartego na stałym kontakcie z siecią społeczną. Na półtora roku trafiłam do profesjonalnego, wrażliwego zespołu i zamieszkałam u samotnej osoby dotkniętej ciężkim przypadkiem schizofrenii. Towarzystwo i wspieranie jej wiele mnie nauczyło i wyznaczyło kolejną życiową cezurę.

Profesjonalizm rozumiem jako nienaganność zasad, nieuchybianie procedurom, dystans i respektowanie granic w kontakcie. Czy fakt, że asystent zdrowienia może pozwolić sobie na pewną poufałość, ciepły gest czy inny profil wykształcenia, świadczy o braku zawodowstwa? Jestem asystentem

¹ Pierwodruk: „Dla Nas” 2021, nr 48, s. 15. Przedruk za zgodą redakcji.

zdrowienia i jestem profesjonalistką. Wiem, co do mnie należy, jak się zachować w określonych sytuacjach. Ale moimi wyróżnikami są wrażliwość, zdolność współodczuwania i historia samotnego radzenia sobie z niemocą psychiki. Wyłączenie osoby z doświadczeniem z grona profesjonalistów jest stygmatyzujące. Trialog to według mnie trójkąt równoboczny z udziałem asystent zdrowienia jako specjalisty. Tak pracowałam w Koszalinie.

Odwieczny dylemat filozofów nauki: co było pierwsze – praktyka czy teoria? Tworzysz model *a priori* i szukasz potwierdzenia w rzeczywistości – to dedukcja. Tworzysz teorię *post factum* – to indukcja. Studia wyższe ze specjalizacją trwają nawet 10 lat, ale ludzie, którzy zmagali się z granicznymi sytuacjami w przebiegu zaburzeń psychicznych, po późniejszym zaakceptowaniu i przemyśleniu swoich przeżyć, mają wiedzę z pierwszej ręki uzyskiwaną kilkakrotnie dłużej. Wiedzę konkretną, bolesną, naznaczoną poczuciem wieloaspektowej straty. Przetapiają szare na złote i będąc w stabilnej formie, dzielą się tymi zdobyczami, pomagając ludziom zmierzającym ku zdrowieniu. Czyż nie jest profesjonalistą człowiek, który nierzadko całe życie zмага się z chorobą i jej nawrotami lub przez lata próbuje nie dopuścić do kryzysu, a następnie mierzy się z nim, chcąc wyjść z sytuacji patowej? Życzyłabym sobie, by asystentów zdrowienia nazywano profesjonalistami. Takowym się czuję. Próby zrozumienia, co się ze mną dzieje, dlaczego nikt inny tego nie pojmuję, a obcy i bliscy piętnują, dlaczego nie pomagają medycyna i psychologia – to dostateczny kapitał i wyjątkowe doświadczenie nie do przecenienia. Chciałabym, by osoby leczące się psychiatrycznie miały większą sprawczość w decydowaniu o swoim leczeniu. By lokalni rzecznicy praw pacjenta uświadamiali ich sprawniej i byli *de facto* ich przedstawicielami, a nie przedstawicielami placówek leczniczych, przy których funkcjonują. By te nie zaprzedawały się koncernom farmaceutycznym. Asystenci zdrowienia powinni być kształceni w ramach państwowego budżetu. O ich istnieniu i roli warto informować już studentów, a nie dopiero absolwentów psychologii i medycyny.

Widzę też potrzebę prowadzenia warsztatów dla pracowników, by nie zapominali, że pracują wśród ludzi z osobowością zmienioną chorobowo i przez silne leki. Nierzadko pacjentów traktuje się z pogardą – jako zdrowych, leniwych manipulatorów i kłamczuchów. A jest to samoobrona przed nierozumieniem i brakiem empatii. Czuję się rzecznikiem chorujących. Od ponad dwóch lat pracuję w Centrum Zdrowia Psychicznego w Słupsku. Nieco bliżej domu, choć spędzam w podróży tyle czasu, co w pracy. Pacjenci są wdzięczni za moją obecność w ich życiu. Chcę czuć się potrzebna także w zespole – nie tylko z powodów formalnych. Brać udział w odprawach, zebraniach. Raportować w systemie swoje działania. Nie odbywać superwizji własnym sumptem. Powoli sytuacja zaczyna się zmieniać.

FENIKS Z POPIOŁÓW¹

Nazywam się Magdalena Skoczylas, pracuję jako asystent zdrowienia. Jest to nowy zawód związany z opieką psychiatryczną. Asystent zdrowienia to osoba, która ukończyła półroczny kurs oraz odbyła praktykę – staż w placówce zajmującej się zdrowiem psychicznym, na przykład w szpitalu psychiatrycznym, środowiskowym domu samopomocy, zespole leczenia środowiskowego czy stowarzyszeniu lub fundacji.

Asystent zdrowienia to osoba, która sama doświadczyła kryzysu zdrowia psychicznego, przeszła terapię własną oraz wykonała pracę polegającą na poddaniu się refleksji przeżyć, a więc przepracowała je. Ogromnym zasobem asystentów zdrowienia jest właśnie doświadczenie związane z chorobą oraz procesem zdrowienia. Dzięki temu atutowi mogą efektywnie pomagać innym ludziom. Są pomostem między lekarzem a pacjentem, potrafią mówić o swoich doświadczeniach związanych z chorobą i całym procesem zdrowienia. Potrafią doskonale słuchać, być, wspierać oraz asystować w drodze do zdrowienia – zarówno choremu, jak i jego bliskim, otoczeniu. Dają nadzieję, umacniają w walce oraz są przykładem na to, że warto podjąć często bardzo trudną walkę, by wyzdrowieć. Na różne sposoby starają się aktywizować chorych: przez wspólne rozmowy, zajęcia, spacer. Motywują do podjęcia oraz kontynuowania leczenia, jak również do zaangażowania się w proces wychodzenia z kryzysu. Oprócz tego do zadań asystenta zdrowienia zalicza się współpraca z ekspertami przez edukację, która jest tak bardzo istotna.

Sama zachorowałam w wieku 20 lat na zaburzenie afektywne dwubiegunowe (ChAD). Mój świat się zawalił. Studia, które miały cieszyć, stały się największą udręką. Na początku nie wiedziałam, co się ze mną dzieje. Stopniowo wycofywałam się z życia towarzyskiego. Z osoby lubianej, której wszędzie było pełno, stałam się istotą, która nie chciała istnieć, chciała zniknąć, miała poczucie, że życie przecieka jej przez palce. Która jest nic

¹ Praca powstała podczas modułu z samorzecznictwa na kursie asystenta zdrowienia prowadzonym przez Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej oraz Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”.

niewarta i gdy zniknie, nikt tego nawet nie zauważy. Pojawiały się problemy ze snem i jedzeniem, kłótnie z przyjaciółmi oraz brak zrozumienia z ich strony i ze strony rodziny. Rozstanie z partnerem. Świat nagle runął. Poczucie pustki w głowie. I pierwszy pobyt w szpitalu. Wyszłam stamtąd z diagnozą – z białą kartką, która była jak wyrok. Wtedy myślałam, że to koniec, że nigdy nie wyzdrowieję, nikt mnie nie pokocha. Niczego w życiu nie osiągnę. Brałam leki, ale stopniowo je odstawiałam, nie wiedząc, że ich zażywanie jest tak ważne.

Po czterech miesiącach wróciłam do szpitala jak bumerang. Z epizodem manii. To stan euforii, w którym myślałam, że mam moc zbawiania świata – że to moja misja. Czułam się wtedy jak F-16. Wszystko było ważne, a każdy człowiek wydawał się przyjacielem... czy to ktoś nowo poznany, czy pani ze sklepiku warzywnego. Ztracałam się, zapominając, kim jestem. Działo się to w latach 2011–2012, kiedy bałam się wrócić do domu rodzinnego, bo bałam się oceny. Łatki wariatki, wyzwick oraz patrzenia z litością i pogardą, jak na małe dziecko, które po raz któryś upada. Po pobycie w szpitalu obiecałam sobie, że zrobię wszystko, by moje życie miało sens i było na tyle zdrowe, na ile to możliwe. Zaczęłam terapię. Okazała się trudna, ale przyniosła dużo korzyści, zrozumienia i otworzyła mi oczy na pewne kwestie. Pozwoliła zrozumieć siebie. Dzięki mojemu wspianiałemu lekarzowi, terapeutce i rodzinie, która nigdy mnie nie zostawiła, udało mi się wyzdrowieć i zostać tym, kim jestem. Poznałam swoją miłość, realizuję się.

Najważniejszą rolę asystenta zdrowienia jest rola terapeutyczna. Leczenie towarzyszeniem osobie w kryzysie, przeżywanie z nią jej stanów, bycie i wsparcie. To relacja oparta na wzajemnym zaufaniu, szczerości, tolerancji, wspieraniu, akceptacji, nieocenianiu. Polega na byciu obok, byciu podporą, wysłuchiwanie, kiedy trzeba, wspieraniu oraz motywowaniu. Na mojej drodze ku zdrowieniu – dzięki nabytemu doświadczeniu – udało mi się pomóc kilku osobom... Podzieliłam się historią własnych przeżyć. Stanowiłam dowód na to, że da się z chorobą żyć i funkcjonować, rozwijać się, a nawet zakochać i być kochanym. Po prostu byłam z nimi, gdy inni odeszli. Na szczęście udało mi się namówić na leczenie osobę, która dziś ma wspianiałego męża i dwójkę dzieci. Realizuje się i podróżuje po świecie. A ja realizuję się, pomagając ludziom. Czy to mojej mamie, gdy chorowała na covid, czy przyjaciółce w stanach depresyjno-lękowych.

Ważne są rola i świadectwo asystentów zdrowienia. To nowe światło na te trudne czasy. Iskra nadziei, że ze słabości, jaką jest kryzys zdrowia psychicznego, może się zrodzić coś dobrego, wartościowego. Asystent zdrowienia, odrodziwszy się jak Feniks z popiołów, może pomagać innym oraz dawać im nadzieję na lepsze jutro.

Karolina Raczyńska

POSTAWA OTWARTOŚCI I DAWANIE NADZIEI PACJENTOWI W KRYZYSIE¹

Chcę przybliżyć kilka ważnych dla mnie opinii różnych psychiatrów i ekspertów przez doświadczenie, którzy pomogli mi pogłębić wiedzę na temat psychiatrii środowiskowej w czasie różnych seminariów i szkoleń. Będę odwoływać się do ich wypowiedzi, zapisując je czasami w formie cytatów, tak jak je zapamiętałam i uwewnętrzniałam.

O istocie psychiatrii środowiskowej. Doktor nauk medycznych Artur Kochański, psychiatra, kierownik Ośrodka Psychiatrii Środowiskowej i Psychoterapii Ex CORDIS w Lublinie, w rozmowie na temat zdrowia psychicznego w przestrzeni akademickiej w ramach programu „Przyjazny Uniwersytet” przybliżył istotę psychiatrii środowiskowej następująco:

Psychiatria środowiskowa to już dawno jest coś więcej niż psychiatria. Po pierwsze, mamy nadzieję na działania profilaktyczne, wczesne wykrywanie, po drugie – rehabilitacja, a nie tylko leczenie. Rehabilitacja w znaczeniu szerokim, bo nie tylko tych podstawowych funkcji psychicznych, ale też społeczna, zawodowa.

Na pytanie, czym w ogóle jest psychiatria środowiskowa, odpowiedział, zaczynając od przywołania słów profesora Klausa Dörnera, znanego psychiatry społecznego, który uważał, że psychiatria jest albo środowiskowa, albo żadna. Należy ją rozumieć jako psychiatrię lokalnej wspólnoty. To kompleksowa pomoc psychiatryczna dla osób zamieszkujących jakiś obszar, tworzących pewną wspólnotę. W ramach tej pomocy zapewnia się wszystko, co potrzebne do dobrego funkcjonowania, nie tylko psychicznie, ale i społecznie, również w aspekcie osobistym, wykraczającym poza samo zdrowie. W pomaganiu osobom z zaburzeniami psychicznymi powinniśmy zatem być zorientowani na ich środowisko życia, czyli wszystkie świadczenia dostępne

¹ Praca powstała na zaliczenie modułu z etyki na kursie asystenta zdrowienia prowadzonym przez Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej oraz Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”.

w ramach leczenia psychiatrycznego, proponowane ludziom należącym do lokalnej społeczności, zamieszkującym jakiś obszar.

System opieki psychiatrycznej w Polsce podlega działaniom reformatorskim. Obecnie w Ministerstwie Zdrowia realizowany jest program pilotażowy – Centra Zdrowia Psychicznego. Reforma ta nie zakłada zmniejszenia liczby szpitali psychiatrycznych. Ludzie potrzebują hospitalizacji psychiatrycznej, okresowo lub nawet bardzo często. Szczególnie wtedy, gdy choroba przejawia się w postaci agresji bądź autoagresji. W kontekście leczenia szpitalnego można wyróżnić jego dwie formy: leczenie w warunkach opieki całodobowej, kiedy pacjent musi trafić na łóżko szpitalne, oraz hospitalizację dzienną. Czasem zaś wystarczy hospitalizacja domowa – wówczas do domu pacjenta w sytuacji ostrego kryzysu psychicznego przyjeżdża lekarz, terapeuta środowiskowy lub pielęgniarz w celu monitorowania farmakoterapii oraz chronienia pacjenta przed jego niekorzystnym zachowaniem i podobnie niekorzystną reakcją ze strony otoczenia.

W dalszej części wykładu Artur Kochański przypomniał założenia dawnej psychiatrii, kiedy to dążono do tego, by osobę chorującą psychicznie jak najbardziej odizolować i odseparować od lokalnej społeczności. Niestety w niektórych regionach szpitala psychiatrycznego nie ma. Pacjent przebywa więc w szpitalu znacznie oddalonym od swojego naturalnego środowiska. Następnie po polepszeniu stanu zdrowia wraca do lokalnej społeczności i musi pokonać wiele barier i przeszkód, by na nowo się tam zaadaptować. Idea jest taka, żebyśmy nie musieli tworzyć dużych azylowych szpitali na obrzeżach miast, w odległych rejonach, tylko żeby osoba w ramach psychiatrii środowiskowej mogła być hospitalizowana blisko domu.

Centra zdrowia psychicznego mają być zrejonizowane i powinny współpracować z innymi placówkami czy instytucjami, które mogą zajmować się zdrowiem psychicznym. Naturalnymi partnerami dla centrum zdrowia psychicznego staną się chociażby lokalny ośrodek pomocy społecznej czy organizacje pozarządowe, zajmujące się leczeniem i rehabilitacją osób z zaburzeniami psychicznymi. Szkoły i uczelnie również mają być włączane do współpracy, do procesu wspierania osób uczących się i wymagających pogłębionej opieki psychiatrycznej i psychologicznej.

Rola otwartego podejścia w kwestii budowania pozytywnej atmosfery wokół tematyki zdrowia psychicznego. W budowaniu pozytywnej atmosfery wokół zdrowia psychicznego, przykładowo w środowisku uczelni (w kontekście postawy nauczycieli akademickich), ważna jest otwartość. Kochański uważa, że jeśli nie będziemy się obawiać zaburzeń psychicznych i kontaktu z osobą, która doświadcza jakiegoś kryzysu psychicznego, to nie oczekując zbyt wiele, pozwalając też działać profesjonalistom, możemy bardzo pomóc, wesprzeć czy ukierunkować dalszą pomoc takiej osoby. Według specjalistów psychiatria wciąż nie cieszy się dobrą sławą. Gdy osobie bardzo cierpiącej

z powodu zaburzeń psychicznych zaproponujemy wizytę u psychiatry, możemy ją zniechęcić i zablokować. Jeśli zaś uda nam się zdobyć jej zaufanie, damy do zrozumienia, że trudności, których doświadcza w życiu codziennym, mogą wynikać z gorszej kondycji psychicznej, wówczas okaże się to najprawdopodobniej „miękkim, łagodnym dotarciem do istoty problemu”. Niekoniecznie należy zakładać, że osoba, która ma problemy i jest przy tym smutna, zaleźniona, musi od razu cierpieć na zaburzenia psychiczne wymagające psychoterapii. Często może wystarczyć pochylenie się nad problemem, kilka empatycznych rozmów. Bez względu na stopień nasilenia kryzysu psychicznego dyskusja nad tym, co zrobić, jak pomóc takiej osobie, jest od wielu lat aktualna i niezmienna. Wcale nie jest tak, że osoby z cięższymi objawami chorobowymi (nerwicowymi bądź z zaburzeniami nastroju) mają w sobie otwartość oraz pełną gotowość do otrzymania pomocy, z kolei osoby ze schizofrenią zawsze będą się buntować. Bunt u jednostek chorujących psychicznie często ma przyczynę w długim oczekiwaniu na uzyskanie pomocy psychiatrycznej, przez co ich objawy stają się tak obciążające dla otoczenia, że podejmuje się decyzję o wdrożeniu przymusowego leczenia.

Czasami pomimo rozmów i prób „miękkiej” perswazji przymusowe leczenie jest nieodzowne. Chorzy mogą być tak zaburzeni, że będą stanowili zagrożenie dla siebie i otoczenia, a nierzadko też nie zaspokoją swoich podstawowych potrzeb życiowych. Jako asystenci zdrowienia musimy sobie uświadamiać, że jesteśmy odpowiedzialni za ciężko chorujące osoby i powinniśmy przekonywać je, żeby trafiły na leczenie, w ostateczności nawet w trybie sądowym. W przypadku bezpośredniego zagrożenia życia powinniśmy wezwać pogotowie ratunkowe, tak jak robimy wówczas, gdy u kogoś wystąpi niewydolność oddechowa czy krążeniowa. To jest tryb nagły i prawo umożliwia nam podjęcie takich działań. Nie powinniśmy się obawiać, że skrzywdzimy kogoś, wysyłając go do szpitala, bo o ewentualnej hospitalizacji i tak zadecydują specjaliści.

Są jednak przypadki bardziej wątpliwe, kiedy widzimy, że funkcjonowanie psychiczne i codzienne danej osoby jest bardzo zaburzone, a komunikacja z nią utrudniona, ale nie ma bezpośredniego zagrożenia życia. Możliwy jest wtedy tak zwany tryb wnioskowy. Rodzina albo pracownik pomocy społecznej może złożyć do sądu opiekuńczego wniosek o leczenie bez zgody. Do takiego wniosku dołącza się zaświadczenie od lekarza psychiatry bądź innego specjalisty, który orzeka o stanie zdrowia. Ponieważ nie chcemy uciekać się do środków ostatecznych, musimy próbować rozmawiać z chorym i uzyskać jego zgodę na umówienie wizyty lekarskiej w dogodnym terminie i miejscu. Trzeba pamiętać, że człowiek ciężko chorujący psychicznie nie jest pozbawiony praw obywatelskich ani zdolności do kierowania swoim postępowaniem czy wyrażania własnej woli.

Na pytanie, jakie są obawy związane z kontaktem z kimś chorującym psychicznie, Kochański odpowiedział:

Obawy te są głęboko zakorzenione i dotyczą bardzo wielu różnych problemów związanych z naszym funkcjonowaniem psychicznym. Dla większości z nas, nawet długo pracujących w psychiatrii, wiele z ludzkich zachowań pozostaje w dalszym ciągu może nie wiedzą tajemną, ale bardzo trudną do jednoznacznego opisanie i wytłumaczenia. Wkraczamy tu w tematykę całej złożoności naszego życia psychicznego. Okazuje się, że boimy się dlatego, że sami raczej nie doświadczamy poważnych kryzysów psychicznych. Ponadto lękamy się tego, co całe życie słyszmy o osobach chorujących psychicznie: że są one nieprzewidywalne, groźne, nieodpowiedzialne. Pierwotne skojarzenie, jakie mamy z osobą chorującą psychicznie, dotyczy przeświadczenia, że w sytuacji kontaktu z nią może spotkać nas coś złego.

Dalej wyjaśnił, że zachowania agresywne u takich osób występują rzadko. Natomiast agresja słowna z ich strony wynika z zagubienia, dezorganizacji, chaosu, jaki zapanował w ich psychice. Zapewniam, że nie musimy bać się osób z zaburzeniami psychicznymi. Im większą otwartość zaprezentujemy, im większą gotowość, żeby wysłuchać taką osobę, tym mniejsze staje się ryzyko agresji. Jeśli będziemy gotowi na przykład zapoznać się z troskami, skargami takiej osoby, napięcie zostanie rozładowane. Nasze zachowanie mimowolnie będzie miało wymiar terapeutyczny.

Psychiatrii towarzyszy wiele mitów. Kochański wylicza:

Kolejnym mitem jest przekonanie, że jeśli z osobą autoagresywną będziemy rozmawiać o jej myślach samobójczych, zwiększy się prawdopodobieństwo tego czynu. Poprzez możliwość dyskusji na temat tego, co skłania ją do myślenia o samobójstwie, dajemy szansę na to, żeby szukać rozwiązań, rozładować to napięcie i odwrócić uwagę od myśli, które prowokują chęć odebrania sobie życia. Następną ważną kwestią jest obawa, by nie skrzywdzić osoby w kryzysie i nie stracić poczucia własnego komfortu. W obawie, żeby nie zareagować w sposób niewłaściwy, mało profesjonalny, rezygnujemy z rozmowy i z kluczowej formy wsparcia. Każdy rodzaj rozmowy, każdy rodzaj okazji, jaki sobie dajemy, by spotkać się z człowiekiem, który ma kłopot, oraz gotowość, by o tych jego problemach porozmawiać, to ogromna pomoc, czasami nie do przecenienia.

Niekiedy zwykła rozmowa może być najlepszym lekarstwem. Najważniejszym celem jest nawiązanie kontaktu, relacja. Osoba chorująca psychicznie często nie potrafi znaleźć wsparcia w środowisku rodzinnym. Powinniśmy więc być zorientowani na wysłuchanie i ewentualnie próbę podzielenia się z nią naszymi refleksjami, a niekoniecznie na przekierowanie jej problemu do specjalistów. Trzeba postarać się rozmawiać z tą konkretną osobą, ewentualnie uzyskać jej zgodę na włączenie kogoś do układu. Wyjątek stanowi wspomniana wcześniej sytuacja pewnego zagrożenia. Wtedy możliwe jest zastosowanie radykalnych środków.

W celu wspierania zespołu terapeutycznego został powołany nowy zawód w psychiatrii – asystent zdrowienia. Mówi się, że wprowadza on empatię do szpitali oraz propaguje wspomnianą postawę otwartości.

Kim jest asystent zdrowienia? Zawód ten może wykonywać osoba, która doświadczyła kryzysu zdrowia psychicznego, a następnie odbyła wielomiesięczny, specjalistyczny kurs oraz staż w placówce psychiatrycznej. Jak czytamy na stronie Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia:

asystent zdrowienia stanowi pomost między pacjentem i jego rodziną a personelem terapeutycznym. [...] Dzięki doświadczeniu własnego kryzysu psychicznego pomaga personelowi lepiej zrozumieć pacjenta, jego ograniczenia, możliwości oraz potrzeby w całym procesie leczenia. Potrafi też spojrzeć na różne kwestie z perspektywy użytkownika opieki psychiatrycznej. Jest przykładem, że można pokonać kryzys, co daje pacjentowi nadzieję².

Asystenci zdrowienia pracują na oddziałach całodobowych, w domach samopomocy i w centrach zdrowia psychicznego, które powstają w Polsce w ramach nowego nurtu – psychiatrii środowiskowej.

Znaczenie przebytego kryzysu zdrowia psychicznego i jego potencjał do wspierania innych. Zdaniem prof. dra hab. n. med. Andrzeja Cechnickiego – wybitnego psychiatry, psychoterapeuty, członka zarządu Polsko-Niemieckiego i Polsko-Izraelskiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego – bardzo ważną rolę w psychiatrii zaczynają pełnić eksperci przez doświadczenie, czyli osoby po kryzysie zdrowia psychicznego, które zajmują się między innymi psychoedukacją i promowaniem higieny psychicznej. Koordynator programu „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi” często wspomina o postaci Daniela Fishera, który chorował na schizofrenię, a podczas pobytu w szpitalu psychiatrycznym otrzymał pomoc i wsparcie od swojego szwagra. Dało mu to przekonanie, że w procesie zdrowienia pomocne jest uzyskanie wsparcia od osób bliskich – troskliwych i rozumiejących proces chorobowy.

Następnie Fisher ukończył studia medyczne i został psychiatrą. Obecnie bierze udział w sympozjach naukowych na całym świecie (nierzadko również w Polsce). Uczy, jak umacniać ludzi w kryzysie, i pokazuje na swoim przykładzie, że proces zdrowienia jest możliwy. Udowadnia, że warto żyć w perspektywie nadziei.

Jego postawa pokazuje, że w dobie postępu psychiatrii człowiek chorujący może się dowiedzieć, że powinien nieustannie zwiększać swoje kompetencje, budować w sobie siłę, starać się zrozumieć siebie, swoją chorobę, swoje konflikty, rozdarcia, traumy, że powinien wziąć swój los w swoje ręce. W zrozumieniu przez chorego, że jest on w stanie przejąć kontrolę nad samym sobą

² Kim jest asystent zdrowienia, <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/kim-jest-asystent-zdrowienia> (dostęp: 15.09.2022).

i zadbać o swoje zdrowie, pomoc asystenta zdrowienia wydaje się nieoceniona.

Potrzeba zatrudniania asystentów zdrowienia. Asystent zdrowienia towarzyszy pacjentom w procesie powrotu do zdrowia. Jak mówi prof. dr hab. n. med. Jacek Wciórka, przewodniczący Rady do spraw Zdrowia Psychicznego przy Ministerstwie Zdrowia, jeden z inicjatorów rozwijania w Polsce leczenia środowiskowego: „Na świecie funkcjonują już asystenci zdrowienia. W zasadzie żaden rozwinięty system ochrony zdrowia psychicznego bez wprowadzenia asystentów do oferty leczniczej, do procesu terapii, już nie funkcjonuje”³. Słowa te podkreślają wagę wspomnianej kwalifikacji zawodowej.

Z kolei dr Joanna Krzyżanowska-Zbucka (lekarz psychiatra, ordynator oddziału zapobiegania nawrotom w stołecznym Instytucie Psychiatrii i Neurologii) wyjaśnia: „W psychiatrii podobny model od lat działa już w leczeniu uzależnień. Na przykład trzeźwi alkoholicy kończą kurs terapii uzależnień i pomagają innym uzależnionym. Wiemy więc, na czym to polega”⁴.

Specyfika relacji asystenta zdrowienia z pacjentem. Wspólne pole podobnych doświadczeń i dawanie nadziei osobie w kryzysie psychicznym. Asystentka zdrowienia Anna Olearczuk stwierdziła: „Rola asystentów zdrowienia jest rolą terapeutyczną, ponieważ każda relacja, która jest oparta na wzajemnym zaufaniu, jest wspierająca, akceptująca, nie ocenia, nie odrzuca, tylko jest obok, chce wysłuchać, wesprzeć, dowiedzieć się, jak może pomóc, to jest relacja terapeutyczna”⁵. Relacja asystenta zdrowienia z klientem należy do wyjątkowo specyficznych i nietypowych. Przez dzielenie wspólnego doświadczenia – kryzysu zdrowia psychicznego – tworzy się między nimi pewna płaszczyzna porozumienia i tym samym zostaje zmniejszony dystans.

Z chorobą psychiczną łączy się doznanie ogromnego bólu egzystencjalnego. Osoba w kryzysie często czuje się nierozumiana i nieakceptowana przez najbliższe otoczenie. Ma wrażenie wyobcowania, wyalienowania ze środowiska. Często próbuje opowiedzieć innym, co czuje, myśli, jak wygląda skomplikowany świat jej przeżyć i doznań, ale gdy widzi strach, przerażenie i zdezorientowanie słuchających, zamyka się, rezygnuje z dialogu i tym samym jeszcze bardziej zanurza się w swoich nierealnych fantazjach. Zaczyna odnosić się wrogo do członków rodziny oraz personelu. Osoba chora jest przekonana, że nikt już jej nie może pomóc, ponieważ nikt nie ma pojęcia ani wyobrażenia o tym, czego ona doświadcza. Czuje się więc jak na bezludnej

³ Cyt. za: M. Majewska, *Asystenci zdrowienia – pomost między pacjentem w kryzysie psychicznym a personelem terapeutycznym*, <https://pulsmedycyny.pl/asystenci-zdrowienia-pomost-miedzy-pacjentem-w-kryzysie-psychicznym-a-personelem-terapeutycznym-1002246> (dostęp: 15.09.2022).

⁴ Tamże.

⁵ Tamże.

wyspie, oddalona od najbliższych, od ludzi „normalnych”, do których traci zaufanie. Nie potrafi z nimi rozmawiać, odnajdywać w nich oparcia.

Czasem pytania zadawane chorym są tak nieadekwatne, niewłaściwe, nie-
trafne, że powodują jeszcze większą irytację, frustrację, złość. Ludziom zdro-
wym trudno pojąć złożone doznania wiążące się z psychozą. Jest to dla nich
całkowita abstrakcja, nonsens, absurd i niedorzeczność.

Wyobraźmy sobie jednak sytuację, w której z osobą chorującą zaczyna
rozmawiać asystent zdrowienia, człowiek po przebytym kryzysie, wypo-
sażony w wiedzę i umiejętności z zakresu wspierania innych w chorobie,
z wglądem w siebie i własną przepracowaną historią. Wystarczy kilka słów,
inteligentne i trafne pytanie, żeby chory zorientował się, że ma do czynienia
z kimś swoim, z tej samej bajki. To niezwykle ważna, przełomowa chwila,
która może wpłynąć na tak potrzebne otwarcie się osoby chorej na dialog,
dzielenie się światem swoich przeżyć.

Kolejnym istotnym momentem tej relacji jest podzielenie się przez
asystenta zdrowienia informacją o tym, że on sam także przeszedł kryzys
zdrowia psychicznego. Spotkanie z człowiekiem, który wprost mówi nam,
że przeżył to, co my, że kiedyś także cierpiał psychicznie, jest niezwykle tera-
peutyczne i przełamuje bariery. Co więcej, zaobserwowanie, że człowiek ten
dobrze wygląda, nieźle funkcjonuje w różnych sferach, realizuje się zawo-
dowo i społecznie, na pewno stanowi ogromną inspirację do podjęcia walki
o zdrowienie, walki o samego siebie. W głowie chorego pojawiają nieśmiałe
pytania: „A może mi także się uda?”, „Może ja też mam jeszcze szansę na
normalne życie, na pracę, miłość, szczęście?”. I ta nadzieja staje się czasem
pięknym pierwszym krokiem do zdrowienia, pokonywania swoich słabości
i ograniczeń.

Jak mówi profesor Cechnicki, „jednostka w kryzysie – katastrofie psy-
chicznej” musi przejść z etapu macierzyńskiej opieki, ciepła, ochrony do eta-
pu wsparcia ojcowskiego, symbolicznych postrzyżyn, czyli powinna nabyć
odporność na stres oraz nauczyć się „gry ze światem”. Bez względu na ekspre-
sję choroby „tabletki tego nie załatwi”. Dlatego też asystent zdrowienia może
uczestniczyć w terapii i na pierwszym etapie powinien okazać choremu sporo
empatii, zrozumienia, przyjaźni, następnie zaś wyposażyć pacjenta w umie-
jętności samodzielnego radzenia sobie z chorobą, przejścia odpowiedzialno-
ści za własne życie, nabrania sprawczości i autonomii.

Komplikacje wynikające z nawiązywania zbyt bliskich, przyjacielskich relacji asystenta zdrowienia z pacjentem. Ze względu na specyfikę relacji
osoby chorującej i asystenta zdrowienia należy zadać sobie pytanie, czy asy-
stent zdrowienia oznacza to samo, co przyjaciel. Według mnie pełnienie tej
roli zawodowej jak najbardziej może zawierać pewne elementy roli dobrego
przyjaciela, trzeba jednak pamiętać, że formalnie asystent zdrowienia nale-
ży do personelu, zespołu terapeutycznego, a nie do rodziny czy znajomych

pacjenta. Jeśli pracownik opieki psychiatrycznej wchodzi w zbyt przyjacielskie stosunki z chorym, pociąga to za sobą dalekosiężne skutki. Przyjaciół jest kimś, do kogo możemy zwrócić się w każdej sytuacji, z każdym problemem, nie tylko emocjonalnym, ale też na przykład finansowym. Udzielanie takiej pomocy może być obustronne, ale w kodeksie etycznym asystentów zdrowienia jest jasno napisane: „Asystent zdrowienia nie może wykorzystywać kontaktów z osobami, którym udziela wsparcia, dla własnych korzyści. Wszelkie formy bliskości seksualnej, nadużywania emocjonalnego lub materialnego wobec klienta są uznawane za nieetyczne”⁶.

Przyjęło się postrzegać przyjaciela jako osobę, do której mamy prawo telefonować o każdej porze dnia i nocy. Ponadto zazwyczaj spędzamy z nim czas wolny, wspólnie celebруем ważne uroczystości, święta, rocznice. Wszystkie te „powinności przyjaciela” zobowiązują do różnych działań i angażują do dbania o relację. Jestem przekonana, że taki wymiar relacji asystenta zdrowienia z pacjentem nie ma prawa zaistnieć. W pracy zawodowej stykamy się z bardzo dużą liczbą osób. Gdybyśmy chcieli dla każdej z nich być prawdziwym przyjacielem (z całą listą obowiązków), nie mielibyśmy czasu dla siebie i swoich najbliższych, przenosilibyśmy życie pacjentów na płaszczyznę naszego rodzinnego domu. Spowodowałoby to nasze przeciążenie i najpewniej szybkie wypalenie zawodowe. Czuliśmy się odpowiedzialni za pacjentów, także poza przestrzenią szpitala. Utracilibyśmy tym samym dystans i zdrowe podejście. Zbyt silne zaangażowanie emocjonalne mogłoby też zadziałać niekorzystnie na nasze zdrowie psychiczne.

Kolejne ryzyko związane z nawiązywaniem przyjaźni z pacjentem to już dylemat etyczny. Oto osoba chora zwierza się nam ze swoich najsłabszych sekretów, tajemnic, lęków i obsesji. Prosi jednak o dyskrecję. Może się też zdarzyć taka sytuacja, że dowiemy się, że nasz pacjent-przyjaciół nie bierze leków lub sygnalizuje myśli samobójcze. I w tym przypadku także prosi o zachowanie tych informacji dla siebie i nieprzekazywanie ich lekarzom. Powstaje zatem niemała trudność, jak należy postąpić. Jako pracownicy mamy obowiązek współdziałać z zespołem terapeutycznym oraz dzielić się ważnymi informacjami i spostrzeżeniami. Jako przyjaciele powinniśmy jednak być godni zaufania.

Już ten jeden dylemat pokazuje, jakie niebezpieczeństwa i komplikacje wynikają z wchodzenia w rolę przyjaciół pacjenta. Ponadto, gdybyśmy nawiązywali przyjaźnie z pacjentami, to jednocześnie trzeba byłoby się liczyć z tym, że mogliby oni zbyt opresywnie wchodzić w nasze życie, głównie w historię naszej choroby. Możliwe, że wymagaliby, czy też oczekiwali, że będziemy dzielić się z nimi intymnymi i wyjątkowo mocnymi treściami dotyczący-

⁶ *Kodeks etyczny asystentów zdrowienia*, <http://asystentzdrowienia.org/kodeks-etyczny/> (dostęp: 15.09.2022).

mi nas samych, o istotnych doświadczeniach, przeżyciach, doznaniach. To zaś już bardzo krótka droga do przekroczenia granic.

Podsumowując, warto zaznaczyć, że asystenci zdrowienia, którzy rozpoczynają swoją drogę w tym zawodzie, powinni być otwarci na innych, pełni empatii, ciepła i dobra. Powinni też jednak pamiętać, że są pełnoprawnymi pracownikami szpitala i że mając doświadczenie kryzysu zdrowia psychicznego, nie muszą wchodzić w rolę pacjenta czy pozwalać na zaburzanie ich sfery prywatnej. Ważna jest także ich świadomość w tym względzie. Nawet jeśli okazują życzliwość i przyjaźń, to wcale nie są zobowiązani do czuwania nad pacjentem „dzień i noc” i wspierania go także poza przestrzenią szpitalną.

Dobry, profesjonalny asystent zdrowienia będzie potrafił znaleźć balans między chęcią bycia przyjaznym dla osób chorych a zachowaniem swojej odrębności i niezależności. Moim zdaniem taka neutralna, wyważona postawa sprzyja nawiązaniu właściwej, zdrowej relacji z pacjentem i działa na korzyść jego procesu dochodzenia do zdrowia i emocjonalnej stabilności. Najważniejsza i najbardziej terapeutyczna jest obecność – obecność, która leczy.

PIĘTNO I JEGO POKONYWANIE¹

Na początku czerwca 2019 roku w Warszawie odbył się II Kongres Zdrowia Psychicznego. Poruszono na nim wiele istotnych tematów. Po raz drugi – zjednoczeni we wspólnym dążeniu do polepszenia sytuacji osób w kryzysie psychicznym i z niego wychodzących – spotkali się pacjenci, ich rodziny, profesjonaliści pomagający w procesie powrotu do zdrowia (między innymi psychiatrzy, psychologowie, psychoterapeuci) i wszyscy zaangażowani w proces zdrowienia. Do tego grona dołączyli również asystenci zdrowienia, czyli osoby, które doświadczyły własnego kryzysu psychicznego, a po odbyciu specjalistycznego przeszkolenia pomagają innym wejść na drogę zdrowienia i nią podążać. Mówiono między innymi o reformie całego systemu opieki, pomocy i wsparcia dla osób w/po kryzysie, o psychiatrii środowiskowej, o pilotażu centrów zdrowia psychicznego, które powinny powstać w całym kraju. Prelekcje dotyczyły psychiatrii dzieci i młodzieży, profilaktyki i promocji zdrowia, ekspertów przez doświadczenie i asystentów zdrowienia, systemu oparcia społecznego, w tym roli pomocy społecznej, środowiskowych centrów zdrowia psychicznego, standardów opieki psychiatrycznej, psychiatrii sądowej, znaczenia rodziny w drodze zdrowienia, a także innych tematów, bardzo ważnych w kontekście zmiany całego systemu. Powiedziano również dużo o piętnie i jego wymazywaniu. Jednym z bardzo poważnych wyzwań dla nas wszystkich jest zmierzenie się piętnem ciążyącym na osobach z problemami zdrowia psychicznego, na ich rodzinach, bliskich, a często również na tych, którzy pomagają w zmaganiach z kryzysem, chociażby (co wydaje się wręcz nieprawdopodobne) na lekarzach psychiatrach.

Nie powinno dziwić, że w dzisiejszym świecie osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego nadal najczęściej ukrywają je przed otoczeniem, również przed bliskimi osobami, ponieważ boją się, że przestaną być postrzegane jako osoba, jako pełnoprawny członek rodziny i społeczeństwa, że przeważy piętno „chorego psychicznie”, czyli nieprzewidywalnego, trudnego do zrozumienia, mówiącego i/lub zachowującego się nietypowo, często agresywnego

¹ Pierwodruk: „Dla Nas” 2019, nr 43, s. 5–7. Przedruk za zgodą redakcji.

osobnika, od którego najlepiej trzymać się najdalej, jak tylko się da. Ukrywamy naszą diagnozę psychiatryczną przed potencjalnymi pracodawcami, obawiając się, że poinformowanie o niej na etapie rekrutacji spowoduje, że będziemy postrzegani stereotypowo i nieważne stanie się to, jakie mamy kompetencje, wykształcenie, doświadczenie, bardziej istotny okaże się fakt, że jesteśmy „chorzy psychicznie” i z tego powodu, niezależnie od stanu faktycznego, niezdolni do pracy. To przekonanie jest tak silne, że również my sami mu ulegamy, uwewnętrzniamy piętno i często nawet nie zdajemy sobie sprawy, jak sami siebie postrzegamy i traktujemy. Prowadziłam kiedyś blog dotyczący choroby afektywnej dwubiegunowej. Gdy starałam się o pracę w instytucji finansowej, skasowałam go. Przeważał we mnie strach przed negatywną oceną ze względu na ChAD. Często też używamy określenia, że ktoś „przyznał się” do choroby psychicznej, „przyznał się”, że choruje. „Przyznanie się”. Tak jakby problemy ze zdrowiem psychicznym były czymś wstydlivym, do czego się z trudem przyznajemy. A tak nie powinno być.

W pracy zawodowej dotyka nas również piętno systemowe. Nie do końca przemyślane sposoby przełamywania piętna mogą prowadzić do jego przekształcania. Dzieje się tak, gdy przestajemy patrzeć na człowieka indywidualnie, nadmiernie skupiając się na zrealizowaniu jakiegoś sztywnie, odgórnie założonego planu w stosunku do określonej grupy ludzi. Czasami zdarza się (chyba coraz rzadziej), że projekty ukierunkowane na aktywizację zawodową osób po kryzysie psychicznym skupiają się na znalezieniu człowiekowi jakiegokolwiek pracy, a nie pracy właściwej dla niego, umożliwiającej wykorzystanie jego atutów. Wygląda to tak, jakby ktoś z góry założył, że człowieka po kryzysie psychicznym należy aktywizować zawodowo, przy czym nie nadaje się on już do żadnej, choćby trochę skomplikowanej pracy, zwłaszcza wymagającej myślenia. Że zostają nam już tylko prace fizyczne, nawet jeżeli się do nich kompletnie nie nadajemy.

Znam osoby, które mogłyby się jeszcze realizować zawodowo i płacić podatki, ale w żadnej firmie sprzątającej czy ochroniarskiej się nie utrzymują. Sprzątać profesjonalnie też trzeba umieć. To nie jest praca dla nich, mają zupełnie inne kompetencje. Żeby to dostrzec, trzeba zobaczyć człowieka ze wszystkimi jego zasobami, a nie tylko deficytami. Człowieka, który doświadczył kryzysu psychicznego. Trzeba przestać widzieć tylko osobę bierną zawodowo czy bezrobotną, chorującą psychicznie.

Co może być symbolem piętna i utrudniać funkcjonowanie w społeczeństwie? Na przykład negatywne postrzeganie niektórych naszych zachowań, chociażby wynikającego ze stosowanych leków dreptania w miejscu, czy innych objawów będących skutkiem ubocznym leczenia. W żaden sposób nie wpływają one na nasze umiejętności, natomiast na to, jak jesteśmy postrzegani oraz traktowani przez innych – w zasadniczym stopniu. Efektem jest również sposób postrzegania siebie przez nas samych. Piętnowanie językiem,

którym się posługujemy na co dzień, i co często robimy również w sposób nieuświadomiony, jest bardzo istotne. Piętnem zakrywamy człowieka, sprawiamy, że przestajemy go postrzegać jako równego nam, mającego prawo do szacunku, do godnego życia, a w sytuacji skrajnej – w ogóle do życia. Piętnowanie wcale nie dotyczy tylko osób z zaburzeniami psychicznymi. Dotyczy każdego przypadku, kiedy poniżany jest drugi człowiek.

Gordon Allport, XX-wieczny psycholog amerykański, profesor Uniwersytetu Harvarda, opracował tak zwaną piramidę nienawiści. Pokazuje ona, jak szkodliwe mogą być niewłaściwa komunikacja, złe słowa. Najniższa warstwa piramidy to mowa nienawiści. Zaczyna się od poniżających, depczących godność, nienawistnych komentarzy i określeń, piętnowania słowem. Potem następuje kolejny, wyższy poziom – unikanie i izolowanie. Następnym stopniem jest dyskryminacja, kolejnym przemoc fizyczna, a na samym szczycie piramidy, jak upiorna wisienka na torcie nienawiści, znajduje się eksterminacja. W przeszłości osoby chore psychicznie już takiego stopniowego piętnowania doświadczyły, łącznie z masową zagładą w trakcie II wojny światowej. Akcja T4 to nazwa programu realizowanego w III Rzeszy, polegającego na fizycznej, jak to określano, „eliminacji życia niewartego życia”. Uważa się, że w latach 1939–1945 przez rozstrzelanie, zagazowanie lub otrucie zabito ogółem około 200 000 ludzi mających różnego rodzaju choroby i zaburzenia psychiczne oraz neurologiczne.

Określenie „życie niewarte życia” to klasyczny język nienawiści. Niezwykle ważną rolę w pokonywaniu piętna i niedopuszczaniu do jego powstawania odgrywa czwarta władza. Media, środki masowego przekazu, ze względu na ich powszechną obecność i zasięg, kształtują język, jakim posługujemy się na co dzień. A używane słownictwo wpływa na to, co i jak myślimy. Napiętnowanie osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego jest bardzo łatwe. Nagminnie używane są w sensie pejoratywnym określenia, takie jak „schizofrenik”, „psychiczny”, „psychotyk”, „szpital dla chubków”, „Tworci”, „wariat”, „szalencie”. Niektóre przekonania, chociażby to, że ktoś sobie zmarnował życie, bo zawarł związek małżeński z osobą z doświadczeniem schizofrenii, również są bardzo groźne.

Piętnowanie może przybierać także inną formę. Niedawno w jednym z artykułów przeczytałam, że ktoś, kto się dopuścił przemocy fizycznej, „leczył się psychiatrycznie i był wcześniej agresywny”. Bez dokładniejszych danych nie oznacza to kompletnie nic, ale stanowi jednoznaczne naznaczenie i podkreślenie, że leczący się psychiatrycznie to osoba agresywna, co jest oczywiście nieprawdziwym, raniącym uogólnieniem. Uwypuklanie, że ktoś, kto popełnił przestępstwo, leczyl się psychiatrycznie, stygmatyzuje wszystkich leczących się oraz związanych z psychiatrią w różny sposób. W ludziach mających z nią niewiele wspólnego, mało wiedzących na jej temat, może z kolei wywoływać strach oraz wzmacniać chęć odcięcia się od tych „wszystkich wariatów”, któ-

rych „powinno się pozamykać w psychiatrykach”. I zgodnie z piramidą Allporta płynnie – i dla wielu niezauważalnie – przechodzimy od złego języka do prób unikania oraz izolacji osób określonych jako chore psychicznie.

To właśnie od dziennikarzy w dużym stopniu zależy, czy będziemy się po tej piramidzie wspinać dalej, czy wprost przeciwnie – damy radę odwrócić ten trend. Dlatego niezwykle ważne jest, by ci, których orężem jest słowo, używali go we właściwy sposób, mając na celu wzmacnianie pozytywnych procesów w społeczeństwie, a nie tych, które nas dzielą. Na szczęście jest wiele przykładów świadczących o dużej wrażliwości i rzetelności dziennikarskiej. To budzi nadzieję. Jestem przekonana, że można wygasic piętnowanie osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, ich rodzin, opiekunów, psychiatrów i całej psychiatrii. Wymaga to jedynie zmiany sposobu myślenia, skupienia się na procesie zdrowienia człowieka, jego rodziny i całej sieci społecznej.

Do przezwyciężenia piętna strukturalnego bardzo potrzebne są działania edukacyjne. Ogromną rolę odgrywa edukacja zdrowej części społeczeństwa, w tym prowadzona przez nas, ekspertów przez doświadczenie, w większości skupionych w różnych organizacjach pozarządowych. Dzielimy się naszym doświadczeniem i staramy przełamywać tabu, jakie towarzyszy mówieniu o problemach psychicznych, pokazywać, że sprawy związane z psychiatrią są czymś, o czym należy rozmawiać. Potrzebne są szybkie zmiany systemowe. Aby w pełni funkcjonować w przestrzeni prywatnej i publicznej, bez piętna, bez odrzucenia, potrzebujemy pomocy państwa. Brak zdecydowanego wzrostu poziomu finansowania psychiatrii zablokuje możliwość kontynuowania rozpoczętej reformy. Brak dobrych aktów prawnych również może do tego doprowadzić. Teraz potrzeba koordynacji na najwyższym szczeblu, ponieważ kolejny brak, czyli brak konstruktywnej i kreatywnej współpracy międzyresortowej, może zniszczyć wszystko, co do tej pory zostało zrobione, wypracowane, osiągnięte, zniszczyć wysiłek wielu ludzi i odebrać nam wszystkim szansę na zdrowienie. Dlatego zadawajmy pytania politykom, co i jak chcą robić, jak chcą nas wspomagać.

Gdy piszę ten artykuł, jesteście jeszcze przed wyborami, zresztą wybory są co kilka lat. Tak więc, niezależnie od nich, bądźmy jak najbardziej aktywni społecznie w sposób mądry, to znaczy działajmy bez niepotrzebnych, nadmiarowych emocji, ale dążąc do osiągnięcia optymalnego rozwiązania. Bądźmy aktywni lokalnie – to też jedno z założeń psychiatrii środowiskowej. Mówmy o naszych potrzebach, sami proponujemy rozsądne rozwiązania i angażujemy się w ich wdrażanie. Wymagajmy od państwa, żeby nas zauważano, słuchano i z nami rozmawiano. Żeby traktowano nas z szacunkiem. Ale wymagając, dajmy jednocześnie to, co sami mamy najlepszego. Odkrywajmy nasze mocne strony, nie skupiajmy się tylko na tym, co negatywne. Aktywizujmy siebie wzajemnie, wracajmy do naszych rodzin, do pracy, do zabawy, do radości. Wejdźmy na drogę zdrowienia i świadomie nią podążajmy. Bo ten

krok wypływa z naszej własnej decyzji. Nikt jej za nas nie podejmie. Osoby pomagające, leczące i wspierające mogą nam stworzyć warunki, refundować leki, zbudować system, w którym pomoc będzie udzielana bardzo szybko. Ale w dalszym ciągu, jeżeli nie będziemy współpracować, nikt na siłę nas nie uzdrowi.

Pamiętajmy, że mamy prawo pytać lekarzy o to, co się z nami dzieje, jak i czym jesteśmy leczeni, rozmawiać i ustalać takie postępowanie, które nam faktycznie pomoże. Bądźmy aktywnymi uczestnikami własnego procesu zdrowienia. To my sami musimy zadbać chociażby o regularne przyjmowanie leków. Postarać się jak najlepiej dbać o siebie, jeżeli chodzi o takie sprawy, jak sen, wypoczynek, jedzenie, ale też aktywność fizyczna, spotkania z ludźmi, zainteresowania i praca (jeśli jesteśmy w stanie ją podjąć). Wiadomo, że praca to nie tylko źródło zarobku. To kontakt z ludźmi, możliwość realizacji samego siebie, jeden z symptomów zdrowienia. Liczę, że jeżeli każdy z nas zacznie działać i coraz więcej osób wokół każdego z naszych bliskich, przyjaciół, znajomych, sąsiadów itd. wesprze nas w umiejętny sposób, będziemy coraz lepiej funkcjonować i współpracować. Tylko to ma sens.

Aby zlikwidować piętno strukturalne, potrzebne są wielotorowe działania. Jestem przekonana, że reforma systemu, sposobu opieki psychiatrycznej, przeniesienie głównego ciężaru na psychiatrię środowiskową i coraz szersze włączanie do kadr asystentów zdrowienia, to krok w bardzo dobrą stronę. W tej chwili wiele osób zaczyna swoją drogę leczenia od łóżka szpitalnego, które powinno być ostatecznością, gdy wszystkie inne działania zawodzą. Skuteczna psychiatryczna opieka środowiskowa, połączona z działaniami między innymi pomocy społecznej oraz wsparciem lokalnych środowisk, to zarówno odciążenie stacjonarnych i dziennych oddziałów psychiatrycznych, jak i kształtowanie nowego wizerunku osoby, która doświadczyła kryzysu psychicznego. Jeżeli będziemy mogli chorować i zdrowieć we własnym domu, wśród bliskich, sąsiadów, przy wsparciu profesjonalistów respektujących nasze indywidualne potrzeby, wtedy – bardzo w to wierzę – wszyscy oswoimy problemy zdrowia psychicznego i przestaniemy się obawiać osób zmagających się z nimi. A wówczas, liczę na to bardzo, piętno zacznie zanikać, bo kwestie związane ze zdrowiem psychicznym staną się czymś – celowo użyję tego słowa – normalnym.

SCHIZOFRENIA JEST NIE TYLKO CHOROBA¹

Schizofrenia jest nie tylko chorobą. Jeżeli stawiamy taką tezę, to musimy wcześniej założyć, że jest ona chorobą, co jednak nie zawsze musi być oczywiste, gdyż zależy od podejścia w medycynie². Bez wchodzenia w polemikę przyjmijmy, że schizofrenia jest chorobą nie do końca poznaną, jeżeli chodzi o mechanizmy jej powstania, dotykającą wielu wymiarów życia człowieka. Z punktu widzenia chorego można ją uznać za szczególny sposób egzystencji, w której za pozornym chaosem, rozbiciem i rozszczepieniem istnieje wyraźna sensowna struktura. Schizofrenia nie niszczy osobowej warstwy człowieka; niekiedy utrudnia jej przejawianie się i rozwój, ale czasem ów rozwój wspomaga, stając się impulsem do przemiany osobowego życia w stronę wartości i sensu³. Można powiedzieć, że istnieje tyle schizofrenii, ile schizofrenicznych światów osób chorujących na schizofrenię.

Profesor Kępiński pisał, że w świecie przeżyć osób dotkniętych schizofrenią widać w katastroficznych rozmiarach wszystkie cechy egzystencji ludzkiej. Schizofrenia dotyka całej złożoności człowieka, a zatem znacząco wpływa na kształt egzystowania w trakcie epizodów chorobowych oraz modyfikuje sposób postrzegania świata i oddziaływanie na środowisko zewnętrzne w trakcie remisji i dochodzenia do zdrowia. Ponieważ znacząco dotyka relacji osobowych, możemy ją potraktować jako zjawisko społeczne, wpływające na funkcjonowanie nie tylko jednostek, ale także społeczeństwa, przede wszystkim poprzez rodzinę jako najmniejszą komórkę społeczną. Choroba psychiczna stawia otoczenie przed możliwością różnorodnej reakcji na zaistniałą sytuację. Miarą dojrzałości społeczeństwa w jego *stricte* ludzkim aspekcie jest traktowanie osób, które potrzebują pomocy, wsparcia, są ułomne, kalekie lub bezradne i bezbronne. W dobie komercjalizacji i utylitarnych sukcesów stanowi to duże wyzwanie.

¹ Pierwodruk: „Dla Nas” 2010, nr 21, s. 4. Przedruk za zgodą redakcji.

² J. Morasiewicz, *Schizofrenia jest chorobą*, „Dla Nas”, grudzień 2009.

³ Zob. M. Opoczyńska, *Kim jestem? Doświadczenie choroby psychicznej a stawianie się sobą*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.

Przez lata w społeczeństwie pokutował pogląd, że chorzy psychicznie są niebezpieczni i wymagają izolacji. Miało to swoje uzasadnienie w ówczesnym stanie wiedzy medycznej i farmakologicznej. Dzisiaj to już przeszłość, ale pozostały uprzedzenia, lęki, stygmatyzacja i tendencje do wykluczania ze świata zdrowych. Te kwestie szukają nadal rozwiązania, a nowe kierunki w psychiatrii dają chorym dużą nadzieję. Problem z chorobą psychiczną nie kończy się jednak wraz z ustaniem ewidentnych oznak zaburzenia. Pozostaje czasem długotrwały proces dochodzenia do zdrowia. Trzeba przystosować się do nowej sytuacji, przezwycięzać słabości i nowe, nieznane dotychczas ograniczenia, budować z mozołem pozytywne relacje i pomimo pokusy odcięcia się od świata nie alienować się. Powracać do życia, w czym obecnie pomaga psychiatria środowiskowa z jej różnorodnymi formami aktywizowania osób po kryzysach i kompetentną kadrą.

Kryzys w chorobach z kręgu schizofrenii bardzo często łączy się z cierpieniem, które jest nieporównywalne z dotychczasowymi przeżyciami. Towarzyszy ono chorym, gdy doświadczają swej bezsilności wobec granic, na jakie natrafiają, granic wyznaczanych przez prawa natury, życia i śmierci, granic, jakie niesie ze sobą poczucie absolutnej pustki, samotności i zagubienia w czasie i przestrzeni, wtedy, gdy toczą walkę z sobą, gdy analizują swe życie, które wydaje im się zupełnie bez sensu, gdy bez skutku pragną realizacji najważniejszych dla siebie wartości⁴.

Cierpienie i trudne doświadczenia związane z chorobą mogą być postraktowane w życiu jako dar, jako okazja do ujrzenia siebie, swojego miejsca w świecie i celu egzystencji w innym świetle. Choroba odkrywa nowe wymiary, niesie przewartościowanie i ukierunkowuje na nowe tory, często bardziej altruistycznego podejścia do życia, pogłębionej wiary religijnej i duchowości. Dezintegracja przeradza się w nową jakość, w zwrócenie się ku transcencji. To, czym ta choroba tak naprawdę jest, w dużej mierze zależy od nas samych, ludzi, którzy przez nią przechodzą. Nie jesteśmy zdeterminowani, jesteśmy wolni, chociaż ograniczeni realiami. Możemy nadal kreować nasze życie, dokonując wyborów i biorąc za nie odpowiedzialność. Czasem okazuje się to trudne, powiedziałabym nawet: heroiczne, podczas gdy dla zdrowych jest zwykłą codziennością. Schizofrenia to nie tylko choroba, to nasz los, nasza forma istnienia.

W niniejszych rozważaniach o schizofrenii nie jest najważniejsze skupienie się na tym, czym ona jest, ani rozpatrywanie jej w kategoriach jednostki chorobowej. Dla człowieka dotkniętego kryzysem psychicznym najistotniejsze wydaje się to, co on sam później zrobi z doświadczeniem, które go dotknęło. Czy uzna je i przyjmie jako najgorsze zło, czy patrząc głębiej, afirmując je, dostrzeże w nim załążek konstruktywny. To, czy choroba nas

⁴ Tamże.

zdruzgocze, zdegeneruje jako człowieka, zależy w dużej mierze – w obszarze samej najgłębszej esencji człowieczeństwa – wyłącznie od nas. W wolności, która stanowi atrybut człowieka, możemy zdecydować: co dalej z tobą, chorobą psychiczną?

Po latach (mówię to z własnego doświadczenia) może się bowiem okazać, że kryzys psychiczny to dar, talent otrzymany od Boga. Talent z przypowieści biblijnej można zakopać albo pomnożyć. Ten talent również. Bo przecież schizofrenia i inne zaburzenia psychiczne to nie fatum, to nie złośliwy demiurg czyhający na radość i szczęście naszego istnienia. W egzystencję ludzką zostało wpisane cierpienie, doświadczanie zła jako konsekwencji grzechu pierworodnego wprowadzającego zranienia i nieuporządkowanie w naturze ludzkiej. Nasze życie, można by powiedzieć, jest dziełem sztuki zadany nam do wykonania przez Stwórcę, który pragnie doprowadzić nas do pełni doskonałego zjednoczenia z Nim w Królestwie Niebieskim. Przez chorobę psychiczną nie jesteśmy gorsi w swym pięknie, do którego zostaliśmy powołani. Choroba może posłużyć nam do wzniesienia się wzwyż jak trampolina. Od nas zależy, czy spróbujemy ją wykorzystać do odbicia się, czy położymy się na niej i sprawimy, że będzie bezużyteczna.

„Nie unikanie cierpienia ani ucieczka od bólu uzdrawia człowieka, ale zdolność jego akceptacji, dojrzewania w nim, prowadzi do odnajdywania sensu przez zjednoczenie z Chrystusem, który cierpiał z nieskończoną miłością⁵. Człowieczeństwo ma zawsze szansę realizacji, ale to, czy w chorobie psychicznej nie ulegnie degradacji, deformacji i skałowaceni, w dużej mierze zależy od uwarunkowań medyczno-społecznych. I o to walczymy. O prawo do realizacji naszego człowieczeństwa.

⁵ Benedykt XVI, *Encyklika „Spe Salvi”*, Wydawnictwo Pallottinum, Poznań 2022, s. 37.

*Joanna Michorowska-Duś, Izabela Kieres, Magdalena Pliszak, Agata
Dębska-Sobiech, Tomasz Pankau, Wioletta Głowa, Weronika Szala,
Gabriela Ziaja*

REFLEKSJE UCZESTNIKÓW PO KURSIE ASYSTENTA ZDROWIENIA

„Choroba.
Myśli, słowa, dźwięki.
Przychodzą, odchodzą – pamiętam.
Letarg jest męczący – psychikę wyczerpujący.
Bywa pustkę w głowie pozostający.
W umyśle to się dzieje,
jednak to wszystko jest przemijające”.

Coala, asystent zdrowienia

Jesteśmy grupą asystentów zdrowienia, którzy poznali się podczas III edycji kursu organizowanego przez Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej oraz Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”. Ukończyliśmy go w lipcu 2021 roku. W całości był on prowadzony online. Pragniemy się podzielić naszymi historiami chorowania i zdrowienia, a także opowiedzieć o naszych wrażeniach z udziału w kursie i naszym spotkaniu parę miesięcy po jego zakończeniu w Krakowie.

Joanna Michorowska-Duś. Jestem pedagogiem z wykształcenia i zamiłowania, skończyłam pedagogikę opiekuńczo-wychowawczą na Uniwersytecie Jagiellońskim. Po studiach zajmowałam się głównie pracą administracyjno-biurową, skończyłam też studia podyplomowe na UJ z administracji publicznej. Moim marzeniem była od zawsze psychologia, wierzę, że uda się jeszcze wrócić do niej i ukończyć ten kierunek. Siedemnaście lat temu pojawił się u mnie pierwszy kryzys psychiczny. Poprzedził go wyjazd za granicę, a wywołał stres wynikły z długiego poszukiwania pracy i rozłąki z bliskimi. Pierwsza diagnoza to ostre zaburzenia psychotyczne. Przebywałam na oddziale zamkniętym. Po kilku latach okazało się, że to choroba afektywna

dwubiegunowa. Mam za sobą łącznie dwie hospitalizacje, trzy pobyty na oddziale dziennym i terapię indywidualną.

Kiedyś przypadkiem trafiłam na artykuł o zawodzie asystenta zdrowienia. Od razu poczułam, że to może być coś dla mnie. Zaczęłam zgłębiać temat i dowiedziałam się o kursie w Krakowie prowadzonym przez Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi” wraz ze Stowarzyszeniem na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej. Z powodu pandemii był on w całości prowadzony na platformie Zoom, co na początku rodziło pewne obawy. Rozwiały się one już po pierwszym zjeździe. Okazało się, że wszystkie zajęcia, również warsztatowe, odbywały się bardzo sprawnie, co było niewątpliwie dużą zasługą prowadzących.

Bardzo szybko poczułam bliskość z koleżankami i kolegami z kursu. Bez trudu mogłam rozmawiać z nimi o najbardziej bolesnych i intymnych zagadnieniach związanych z moim chorowaniem. Czułam się bezpiecznie, wiedziałam, że mogę zaufać zarówno uczestnikom, jak i prowadzącym. Z każdym modulem coraz lepiej rozumiałam, jak bardzo ważna jest rola asystenta zdrowienia w zaszczepieniu w każdym pacjencie nadziei na wyleczenie. Jak ważne są szacunek, empatia, cierpliwość, otwartość dla każdego człowieka, a także walka ze stygmatyzacją i autostygmatyzacją. Ważnym modulem był ten o zdrowieniu, ale tak naprawdę każdy moduł wносił coś bardzo ważnego do mojego życia.

Kurs otworzył mi drogę do wszystkiego. Podczas jego trwania zaczęłam uczestniczyć w zebraniach Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi”, a po sześciu miesiącach zostałam jego członkinią. Zrzesza ono osoby po kryzysach psychicznych oraz profesjonalistów: lekarzy, psychologów, pracowników socjalnych i sympatyków psychiatrii środowiskowej w Krakowie. Na początku byłam obserwatorką szkoleń edukacyjnych dla studentów krakowskich uczelni, później sama zaczęłam edukować. Sprawia mi to ogromną satysfakcję i spełniam się w tej roli.

Wcześniej, kiedy kilka lat nie pracowałam zawodowo, czułam się wręcz wykluczona z rynku pracy. Były to dla mnie bardzo trudne lata, wiele starań, setki wysłanych CV. Szukałam zajęcia wymagającego nawet o wiele niższych kwalifikacji, niż wskazywało moje wykształcenie. Może potencjalni pracodawcy obawiali się, że osoba z długą przerwą w zatrudnieniu może się okazać problematyczna. Po zakończeniu kursu rozpoczęłam staż w Środowiskowym Domu Samopomocy przy ulicy Olszańskiej 5 w Krakowie. Jakie były moje zadania, obowiązki? Towarzystwo w wyjściach w sezonie lato/jesień, głównie do parku. Graliśmy razem w badminton, bule, piłkę nożną czy koszykówkę. Czasem po prostu spacerowaliśmy i rozmawialiśmy. W październiku rozpoczęły się zajęcia w hali sportowej, gdzie ćwiczyliśmy podzieleni na zespoły/grupy. Raz w tygodniu towarzyszyłam w wyjściach kulturalnych, z czasem zostałam zaproszona do uczestniczenia w obradach Rady Domu. Planowali-

śmy wspólne wyjścia do muzeów, galerii, kin. Oczywiście każdy dzień rozpoczynało zebranie społeczności. Każdy dzielił się tym, co robił dnia poprzedniego, zadawaliśmy pytania, był czas na komentarze do każdej wypowiedzi.

Miałam też okazję współuczestniczyć w zajęciach z psychoedukacji. Omawialiśmy między innymi zniekształcenia poznawcze, ćwiczyliśmy uważność, rozpisywaliśmy myśli automatyczne. Każde takie zajęcie rozpoczynała rundka, podczas której dzieliliśmy się trzema przyjemnymi doznaniem z całego poprzedniego tygodnia, a później – również z poranka przed zajęciami. Czasem psychoedukacją był trening funkcjonowania w życiu codziennym.

W listopadzie 2021 roku odbyło się spotkanie uczestników III edycji kursu asystenta zdrowienia w hotelu U Pana Cogito. Po raz pierwszy zobaczyliśmy się na żywo. Mieliśmy okazję się przekonać, jak bardzo zżytą grupą jesteśmy. Rozmawialiśmy, jakbyśmy znali się od lat. Wymienialiśmy się doświadczeniami – wszystko to okazało się niezwykle inspirujące.

Izabela Kieres. Kryzys psychiczny... nie wybiera. Może pojawić się w każdym okresie życia, zdarza się zarówno osobom bardzo młodym, jak i dojrzałym. Kiedy trafiło na mnie, zadałam sobie pytanie: „Dlaczego ja?”. Długo nie mogłam poradzić sobie z nową sytuacją. Skończyłam studia, miałam plany na przyszłość. Z perspektywy czasu wiem, że nie należy tłumić emocji, lepiej je wykrzyczeć, wypłakać, niż zamknąć się w skorupie na wiele lat. Czas jednak powoduje, że nowa rzeczywistość nabiera innych kształtów. Wstałam, poprawiłam koronę i zaczęłam żyć dalej. Zachorowałam we Włoszech, gdzie uczestniczyłam w wolontariacie europejskim. Nierozwiązane problemy osobiste oraz emocjonalne spowodowały silną psychozę. Myślałam, że występuję w programie *Big Brother*. Miałam stawiane różne diagnozy, po konsultacjach z psychiatrą postawiono następującą: psychoza schizoafektywna.

Przyjaciółka powiedziała mi, że w psychiatrii pojawił się nowy zawód: *Ex-In* – asystent zdrowienia. Asystent poprzez swoje doświadczenie pomaga osobom po kryzysach psychicznych. Jego zapewnienie „Rozumiem cię” należy rozumieć dosłownie. Swoją kryzys psychiczny mogłam przekuć w coś dobrego. W zeszłym roku rozpoczęłam kurs asystenta zdrowienia organizowany przez Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi” we współpracy ze Stowarzyszeniem na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej w Krakowie. W trakcie kursu poznałam osoby z całej Polski – z Sandomierza, Krakowa, Opola, Łukowa, Gdańska, Gorzowa Wielkopolskiego, Wrocławia, Koszalina, Warszawy, Wieprza. Podpisaliśmy kontrakt grupowy, w którym zawarliśmy zasady uczestnictwa w kursie.

Na pierwszym spotkaniu omawialiśmy swoje atuty, mocne strony, opowiadaliśmy, co udało nam się osiągnąć pomimo choroby. Ja podzieliłam się swoimi osiągnięciami. Obiecałam sobie, że nauczę się jazdy konnej oraz pływania, i chociaż w trakcie nauki miałam ochotę zrezygnować, to jednak osiągnęłam swoje cele. Moim powodem do dumy jest uczestnictwo w Ogól-

nopolskim Nocnym Maratonie Pływackim „Otyliada”. Przeplętnęłam cztery kilometry w cztery godziny. Ważnym elementem kursu była wiedza o chorobie, o zwiastunach i objawach. Dowiedziałam się, na co zwrócić uwagę, kiedy pojawiają się symptomy choroby. Na jednym z kolejnych spotkań poznaliśmy zniekształcenia poznawcze, takie jak generalizacja, myślenie czarno-białe, wyolbrzymianie lub umniejszanie. Na kursie omawialiśmy kwestię zdrowienia. U mnie istotne okazało się wsparcie rodziny, przyjaciół. Gdy w moim życiu pojawiła się córka, miałam motywację do szybkiego powrotu do zdrowia. Bardzo ważne dla mnie były również książki psychologiczne, o samorozwoju, a także historie osób, które doświadczyły kryzysu psychicznego.

W trakcie kursu, w maju 2021 roku, rozpoczęłam pracę w Centrum Zdrowia Psychicznego w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dorosłych w Kielcach. Poznawałam osoby po kryzysach psychicznych, odwiedzałam je w domu. Następnie powstał Klub Pacjenta. Myślę, że jest to miejsce, gdzie można porozmawiać o swojej chorobie; nikt nie jest oceniany, za to otrzymuje pomoc w aktywizacji społecznej, zawodowej. Pacjenci uczestniczyli w warsztatach surrealistycznych, graficznych oraz ceramicznych, zwiedzali muzea. W Klubie Pacjenta można również się zintegrować, grając w różnego rodzaju gry planszowe, szachy albo piłkarzyki.

W maju 2021 mieliśmy wizytację z ministerstwa. Pamiętam słowa kierowniczki powiedziane na forum – stwierdziła, że asystenci zdrowienia wniesli „powiew świeżości w CZP”. Kontrola wyszła pozytywnie, nasza kierowniczka mówiła o autonomii, do jakiej powinno dążyć Centrum Zdrowia Psychicznego. W listopadzie 2021 asystenci zdrowienia z naszego kursu spotkali się w Krakowie w hotelu U Pana Cogito. Hotel ten jest prowadzony przez osoby, które doświadczyły kryzysu zdrowia psychicznego. Pięknym prezentem od jednej uczestniczki dla każdego była bransoletka z niepowtarzalnym kawałkiem kamienia. Bardzo miło wspominam to spotkanie, dobrze jest spotkać się na żywo, porozmawiać, pośmiać się, podzielić wrażeniami dotyczącymi naszej pracy.

Magdalena Pliszak. Moje życie przed kursem to przede wszystkim nieustanne budowanie relacji z Bogiem i codzienne obowiązki w domu: sprzątanie, gotowanie itp. Na kursie asystenta zdrowienia poznałam ciekawych ludzi – prowadzących i kursantów. Dla mnie były to rewelacyjna psychoterapia w pigułce oraz niezwykle interesujące zajęcia pełne solidnej wiedzy z zakresu psychologii, etyki i psychiatrii. Jestem teraz na etapie szukania pracy w zawodzie asystenta zdrowienia w Centrum Zdrowia Psychicznego w Nowej Dębie, do którego należy filia w Kolbuszowej, gdzie mieszkam.

Agata Dębska-Sobiech. Jestem prawie 52-letnią kobietą, żoną i matką trzech wspaniałych nastoletnich chłopców. Najmłodszy ma rozpoznanie autyzmu. Trzydzieści lat temu, będąc na studiach, doświadczyłam kryzysu psychicznego. Ukończyłam inne studia, ale zmagając się z autostygmatyzacją.

cją, nie podjęłam próby szukania pracy w zawodzie. Ponieważ dostawałam pieniądze z ZUS-u, nie byłam zmotywowana, aby szukać jakiejkolwiek pracy poniżej kwalifikacji. Kilka lat poświęciłam na rehabilitację syna, pracowałam dorywczo. Od kilku lat pracuję zawodowo jako pracownik fizyczny. W wolnym czasie śpiewam w chórze parafialnym i gram w teatrze amatorskim, działającym przy domu kultury. Oprócz tego uczestniczyłam w wolontariacie. Kurs asystenta zdrowienia pomógł mi zdobyć nowy zawód. Dzięki temu pracuję w Centrum Zdrowia Psychicznego w Radzynie Podlaskiej na Oddziale Dziennym Szpitala Psychiatrycznego.

Bogactwo tematów poruszanych na kursie pomogło mi w zdrowieniu. Wreszcie odnalazłam sens swojej choroby. Przeszłam przez kryzys, aby finalnie po kursie asystenta zdrowienia pomagać i dawać nadzieję na wyzdrowienie. Prowadzę zajęcia grupowe w ramach społeczności, a także psychoedukację z pacjentami. Posiłkuję się materiałami z kursu. Na razie pracuję na pół etatu. Biorę również udział w zajęciach kulinarnych, chodzę na spacer, uczestniczyłam w przygotowaniach wigilii i sylwestra, prowadzę zajęcia z medytacji i gimnastykę, planuję wystawienie sztuki teatralnej. Na zjeździe w Krakowie wreszcie mogliśmy się poznać, podzieliliśmy się wrażeniami z naszej pracy jako asystentów zdrowienia. Poczułam jeszcze większą więź z uczestnikami kursu, nie było między nami żadnych barier, mamy dobry kontakt. Planujemy spotkanie na wiosnę w innym miejscu. To się nazywa szczęście: po kursie... znalazłam pracę, realizuję się. Poznałam fantastycznych ludzi.

Tomasz Pankau. Jestem osobą z rozpoznaniem zespołu paranoidalnego od 10 lat. Moja podstawowa rehabilitacja po epizodzie trwała trzy lata. W sprawnym dochodzeniu do formy pomagały mi bliskie osoby, jak również próby powrotu do hobby – sportu, turystyki oraz muzyki. Po tym okresie zacząłem pracę jako zaopatrzeniowiec w rodzinnej firmie w Słupsku. W pewnym momencie firma zaczęła się rozpadać, a ja przeprowadziłem się do Gdańska, gdzie mieliśmy rodzinne mieszkanie. Można powiedzieć, że zacząłem swoją ścieżkę zawodową od nowa, bo zatrudniłem się jako sprzątac w tutejszej stoczni. Po kilku miesiącach na moją prośbę zostałem przeniesiony do obiektu w Pruszczu Gdańskim. Pracując, rozpocząłem kurs asystenta zdrowienia. Kurs wspominam bardzo dobrze. Poznałem wspaniałych ludzi, z którymi łączyło mnie nie tylko doświadczenie choroby, ale również chęć poznania siebie i swoich przeżyć. Celem było przekucie kryzysu w atut. I tak się stało w moim przypadku. Po kursie porzuciłem pracę w firmie sprzątającej i zostałem zatrudniony w Centrum Zdrowia Psychicznego w Słupsku. Jako asystent zdrowienia wszedłem w skład Zespołu Leczenia Środowiskowego. Jestem wdzięczny Zespołowi za miłe przyjęcie. W zamian starałem się odwdziżyć tym samym, dokładając sumienną pracę w zawodzie, którego tak naprawdę dopiero się uczyłem. Dziękuję osobom udzielającym mi cennych wskazówek co do postępowania z pacjentami.

Obecnie jestem w trakcie przenosin do Centrum Zdrowia Psychicznego w Kościerzynie, gdzie chciałbym z podobnym zaangażowaniem pracować jako asystent zdrowienia.

Pragnę jeszcze w paru zdaniach odnieść się do spotkania asystentów zdrowienia III edycji kursu, które odbyło się pod koniec listopada zeszłego roku w Krakowie. Mogę powiedzieć, że było wspaniale. Zarówno organizacja (głównie za sprawą Asi Michorowskiej-Duś), jak i atmosfera panująca podczas spotkania były wręcz wymarzone. Przebieg pewnie przedstawi sama organizatorka, ale moje osobiste odczucie każe mi napisać, że wszystko przebiegało w atmosferze „kontrolowanego luzu” (jak zwykł mawiać profesor Cechnicki).

Wioletta Głowa. Obecnie mieszkam w Koszalinie, od roku pracuję jako asystent zdrowienia w Środkowopomorskim Centrum Zdrowia Psychicznego MEDiSON. Moja historia choroby i zdrowienia ma około 16 lat. Pierwszy kryzys psychiczny wystąpił w momencie, kiedy mieszkalam i pracowałam w Poznaniu. Była to ciężka depresja, wymagająca czteromiesięcznej hospitalizacji. Postawiono wówczas diagnozę: choroba afektywna dwubiegunowa. Po opuszczeniu szpitala i utracie pracy postanowiłam wrócić do Koszalina i zamieszkać z rodzicami. Zamknęłam się w domu, zerwałam wszelkie kontakty i przez około dwa lata zupełnie izolowałam się od ludzi. Po pewnym czasie wystąpił u mnie epizod maniakałny i trafiłam do szpitala psychiatrycznego w Koszalinie. Następnie zaczęłam uczęszczać na spotkania z psychologiem i z grupą wsparcia. Dzięki tym oddziaływaniom powoli wracałam do kontaktu z ludźmi – najpierw z rodziną. Później szukałam różnych form edukacji, dzięki czemu miałam sposobność poznawania nowych osób. Ukończyłam kurs pedagogiczny, kursy języka angielskiego i niemieckiego, dołączyłam do Koła Teologicznego Fides et Ratio. Niestety po kilku latach znowu wystąpił u mnie stan psychotyczny i potrzebna okazała się ponowna hospitalizacja. Tym razem postawiono mi diagnozę schizofrenii paranoidalnej. Pojawiły się lęki i urojenia związane z korzystaniem z internetu. Nowa diagnoza była dla mnie trudna do zaakceptowania.

Pracę asystenta zdrowienia rozpoczęłam w styczniu 2021 roku, a w lutym dołączyłam do kursu przygotowującego do pełnienia tej roli. Prowadziły go Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii Środowiskowej i Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi” z Krakowa. Zajęcia odbywały się online i miały bardzo wszechstronny charakter. Wprowadzono nas w zagadnienia komunikacji, etyki zawodowej, wiedzy o chorobie – mówiono, czym są zniekształcenia poznawcze, wgląd w chorobę i zdrowienie oraz jakie są możliwe formy współpracy. Niewątpliwie kurs miał wartość merytoryczną, ale oprócz tego znacząco wpłynął na zmianę podejścia do historii chorowania i zdrowienia u uczestników. Kursanci zyskiwali coraz większą swobodę w poruszaniu tematów do tej pory dla nich trudnych i bolesnych. Staliśmy się zwartą i od-

ważną grupą ludzi. Choroba nie jest już dla nas przeszkodą, ale zasobem życiowym, z którego wszyscy mogą czerpać wiedzę i uzyskać różne formy wsparcia.

Po roku pracy na stanowisku asystenta zdrowienia mogę powiedzieć, że czerpię z niej niesamowitą satysfakcję. Prowadzenie grup wsparcia oraz rozmów indywidualnych z podopiecznymi w szpitalu czy podczas wizyt w ich domach uświadamia mi, jak bardzo osoba w kryzysie potrzebuje ciepła i życzliwości oraz jak żywo reaguje na kogoś, kto dobrze sobie radzi w życiu pomimo pojawiania się u niego różnych zaburzeń psychicznych. Pracując jako asystent zdrowienia, uczestniczyłam w wielu oddziaływaniach mających wpływ na poprawę stanu psychicznego naszych podopiecznych i na powrót do takiej formy funkcjonowania społecznego, która jest zadowalająca dla wszystkich stron zaangażowanych w terapię. W najbliższym czasie planuję podnosić swoje kwalifikacje poprzez uczestnictwo w kursie terapeuty środowiskowego.

Weronika Szala. Mam 39 lat i mieszkam w Strzelcach Opolskich w województwie opolskim. W lipcu zeszłego roku ukończyłam kurs asystenta zdrowienia organizowany przez Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi” z Krakowa. Wcześniej w moim życiu wiele się działo: nauka w liceum, studia w Opolu, pierwsza praca w banku, którą przerwał wybuch choroby psychicznej. Choruję na schizofrenię już 12 lat.

Zaczęłam pracę jako asystent zdrowienia około czterech miesięcy przed rozpoczęciem kursu. Taka propozycja pojawiła się ze strony personelu oddziału dziennego w Opolu, gdzie wcześniej kilkakrotnie sama podejmowałam terapię. Zaczynałam z dużą niepewnością, gdyż moje poprzednie stanowiska były bardziej związane z pracą biurową. W dodatku stanowisko asystenta zdrowienia dopiero pojawiło się w naszym szpitalu i była to zupełna nowość dla nas – asystentów, a także personelu czy pacjentów. Wspólnie z kolegą asystentem i personelem szpitala zaczęliśmy się rozglądać za odpowiednim szkoleniem. Ostatecznie zostaliśmy zakwalifikowani na kurs w Krakowie, jego III edycję. Miałam duże obawy, ale też ciekawiło mnie, jak będzie wyglądać szkolenie, czy pomoże mi w wykonywaniu pracy. Ze względu na panującą pandemię wszystkie zajęcia przeprowadzono zdalnie. Kurs składał się z 10 modułów. Spotykaliśmy się w weekendy. Byłam i nadal jestem pod wrażeniem tego szkolenia. Mimo jego wirtualnego charakteru kurs prowadzono w formie warsztatowej. Aktywność i zaangażowanie – moje i pozostałych uczestników – były wysokie, a prowadzący mieli dużą wiedzę oraz doświadczenie w zakresie prezentowanych zagadnień.

Bardzo cenne okazało się również poznanie uczestników kursu. Ludzi, którzy podobnie jak ja zmagają się z kryzysem psychicznym, ale mimo to potrafią dalej żyć z chorobą i spełniać swoje marzenia. Myślę, że zgraliśmy się jako grupa, polubiliśmy się i nawzajem wymienialiśmy się swoimi doświad-

zeniami choroby i życiowymi. Było to niezwykle pomocne, często przejmujące i wzruszające, ale też bardzo cenne. Kurs wydawał się dość intensywny, nieraz trudny, ale myślę, że stanowił również dla nas rodzaj terapii. W swojej pracy wykorzystuję nabytą wiedzę, nauczyłam się dużo z zakresu komunikacji, współpracy, etyki. Zapoznałam się z zagadnieniami zniekształceń poznawczych i zdrowienia, poszerzyłam swój wgląd w chorobę oraz poznałam sposoby radzenia sobie z nią. Nadal pracuję na w Centrum Zdrowia Psychicznego na oddziale dziennym w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Świętej Jadwigi Śląskiej w Opolu. Uczestniczę tam w zajęciach razem z pacjentami i personelem. Gramy razem w gry planszowe, z chętnymi prowadzę rozmowy indywidualne. Staram się pomagać, wspierać oraz aktywizować osoby znajdujące się w kryzysie. Uświadamiać je oraz pokazywać, że mimo choroby można normalnie żyć, pracować, uprawiać sport czy pielęgnować swoje hobby. W zeszłym roku odbyliśmy wraz z panią terapeutką oddziału dziennego trzy wycieczki rowerowe nad Jezioro Turawskie. Wyjazdy te cieszą się zainteresowaniem wśród obecnych i byłych pacjentów szpitala. Mam nadzieję, że również w tym roku uda nam się razem popedałować na rowerach.

Pracuję też w Punkcie Zgłoszeniowo-Koordynacyjnym wspomnianego szpitala. Niedawno został tam utworzony Zaulek Pacjenta, czyli miejsce, do którego mogą podejść lub zadzwonić osoby zainteresowane rozmową z asystentami zdrowienia lub osoby czekające na rozmowę z psychologami.

Wracając do kursu asystentów: niezwykle ciekawym wydarzeniem było spotkanie z większością uczestników w Krakowie, tym razem na żywo. Nocowaliśmy w słynnym pensjonacie U Pana Cogito, który zatrudnia osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego. Mieliśmy okazję poznać się bliżej, porozmawiać oraz ponownie wymienić się swoimi doświadczeniami z pracy i nie tylko. Planujemy już kolejny miting w tym roku, dlatego myślę, że znajomości zawarte na kursie zostaną ze mną na długo.

Kaja. Mam 50 lat i przeszedłam cztery kryzysy psychiczne, pierwszy z nich w czasie studiów medycznych, a ostatni 21 lat temu. W okresie tej długiej remisji zajmowałam się wychowywaniem syna, prowadziłam dom, jednocześnie udało mi się ukończyć Studium Turystyczne i Studium Rodziny przy Papieskiej Akademii Teologicznej, zdobyłam też kwalifikacje w zawodzie opiekuna medycznego. Już w trakcie nauki w szkole dla opiekunów medycznych podjęłam pracę w zawodzie, później zdecydowałam się na kontynuowanie tego zajęcia za granicą. Przez prawie trzy lata wyjeżdżałam do Wielkiej Brytanii. Przypadkiem dowiedziałam się, że istnieje taka profesja jak asystent zdrowienia. Pomyślałam, że to praca dla mnie. Dostałam się na kurs dla asystentów zdrowienia, ukończyłam go i otrzymałam pozytywną rekomendację prowadzących. Skontaktowałam się z tarnowskim Centrum Zdrowia Psychicznego i zostałam przyjęta do pracy. Sam kurs był dla mnie wielką bezpieczną przestrzenią, w której mogłam podzielić się tym, co trud-

ne. Poznałam osoby takie jak ja, po kryzysach, a jednak pełne empatii. Moje koleżanki i koledzy z kursu to osoby wrażliwe i inteligentne.

Wielkie podziękowania należą się osobom prowadzącym i zaangażowanym w przebieg kursu. Dziękuję Wam za bogactwo merytoryczne i profesjonalizm. Obecnie swoje obowiązki asystenta zdrowienia wykonuję na oddziale stacjonarnym (dwa dni w tygodniu), w punkcie zgłoszeniowo-koordynacyjnym oraz w środowisku. W trakcie licznych rozmów z pacjentami dzielę się tym, co sama przeżyłam, staram się dawać im nadzieję, mówię, że choroba, pobyt w szpitalu czy ograniczenie samodzielności to czas przejściowy oraz że ważne jest, aby podjęli walkę o swoje zdrowie i uwierzyli w siłę, którą mają w sobie.

Gabriela Ziaja (Gabi). Jestem matką 23-letniego syna i 13-letniej córki. Przez całe życie pozostawałam czynna zawodowo. Niestety, nie zawsze mogłam się oddać pracy w 100%, gdyż utrudniały mi to problemy ze zdrowiem. Złe diagnozy doprowadziły do przeżycia ciężkiego kryzysu psychiatrycznego (leczenie padaczki bez rozpoznania tętniaka mózgu, nieustający stres spowodowany napadami). Mimo to nie poddaję się, chociaż nieraz jest mi trudno. Kochałam swoją rodzinę, dzieci i męża, ale wszystko prysnęło jak bańka mydlana podczas trudnych przeżyć i zmagania się z chorobami. Dziś stawiam nowe kroki, próbując zrozumieć zawiłość świata i ludzi. Staram się wydobyć z siebie empatię i obdarzyć nią najbardziej potrzebujących.

Przeżywając chorobę w odręczeniu, totalnej izolacji, czując się jak osoba zarażona trędem, zepsuta zabawka, którą należało odstawić, wyrzucić, zrozumiałam, że problem ludzi cierpiących na schorzenia psychiatryczne jest bardzo duży. Nikt niczym nie zasłużył sobie na pogardę i odręczenie – dlatego wyzwoliła się we mnie chęć niesienia pomocy innym, zrozumienia ich cierpienia i współodczuwania ich bólu. Tylko tyle i aż tyle mogę zrobić dla ludzi dotkniętych takim problemem. Kurs po chorobie wlał we mnie nadzieję, przypomniał mi zdanie usłyszane podczas terapii indywidualnej – porównanie do statku, który podpłynął na bezludną wyspę, gdzie przebywałam sama podczas chorowania. Uwierzyłam, że ludzie, którzy doświadczyli problemów zdrowotnych, mogą mieć wpływ na zmianę w polskiej psychiatrii. Więc wsiadłam na statek i płynę. Nie wiem, co mnie jeszcze w życiu spotka, ale jestem pełna nadziei i wiary w lepsze jutro. W międzyczasie w Centrum Zdrowia Psychicznego w Gorzowie Wielkopolskim złożyłam podanie wraz z dokumentem potwierdzającym zdobyte uprawnienia do wykonywania zawodu asystent zdrowienia. W naszym mieście jestem pierwszą i obecnie jedyną osobą z takimi uprawnieniami. Niebawem podejmę pracę na umowę zlecenie w CZP w Gorzowie Wielkopolskim, gdyż kadra nim kierująca zdaje sobie sprawę, jak bardzo potrzebny jest asystent zdrowienia w procesie terapii i leczenia osób z problemami. Tak więc podejmę nowe wyzwania, a doświadczeniami będę mogła podzielić się na nieco późniejszym etapie. Zjazd w Kra-

kowie. Wspaniała przygoda. Jestem dumna, że odbyło się to w hotelu U Pana Cogito, o którym słyszałam dużo wspaniałych rzeczy podczas promowania pracy dla osób po kryzysach i nadziei na uzyskanie wiary w siebie przez profesora Cechnickiego. W 2021 roku z uwagą słuchałam reportaży *Pan Cogito idzie do pracy*. Od razu zapragnęłam pojechać do tego pensjonatu i zobaczyć, jak tam jest. Byłam bardzo ciekawa tego magicznego miejsca, które aktywizuje ludzi, pozwala znaleźć to, czego każdy człowiek potrzebuje: akceptację, spokój i wiara w swoje umiejętności. A może Pan Cogito wybrałby się w podróż do innych miast i rozrósłby się, to znaczy poszerzył zakres działalności? Utworzył filie... Oj, piękne marzenie... gdyby można było odwiedzić go w innych ośrodkach. Pomysłów nie brakuje, ludzi pragnących pracy też nie, a ważny cel naszej obecności w życiu społecznym byłby osiągnięty.

Podsumowanie. Tak wyglądają nasze historie. Każda z nich jest inna, ale łączą nas nie tylko doświadczenie choroby i wspólny kurs. Wierzymy, że jako asystenci zdrowienia możemy zmienić oblicze polskiej psychiatrii. Asystent zdrowienia pokazuje osobom z doświadczeniem kryzysu psychicznego i ich bliskim, że można wyjść z nawet najbardziej trudnych stanów. Bo dajemy im to, co najważniejsze – nadzieję, że zdrowienie jest możliwe.

Michał Piętniewicz

DO ZDROWIA PRZEZ EDUKACJĘ

Zachorowałem w wieku 20 lat, będąc na drugim roku studiów polonistycznych, ze specjalnością wiedza o kulturze na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie. Mojemu chorowaniu od początku towarzyszyła wytężona praca intelektualna. Zawsze bardzo lubiłem i nadal bardzo lubię czytać i uczyć się. Próbowałem też swoich sił w pisaniu, co zaowocowało obronionym doktorem (literaturoznawstwo ze specjalnością krytyka literacka na polonistyce UJ w Krakowie), opublikowaniem przeszło 200 artykułów w rozmaitych, często prestiżowych pismach literackich i naukowych, wydaniem ośmiu książek, przyjęciem do Stowarzyszenia Pisarzy Polskich, Oddział Kraków, a także zatrudnieniem na stanowisku adiunkta Uniwersytetu w Białymstoku. Niestety drugi wybuch psychozy, po 15 latach (złożyło się na to kilka czynników: rozstanie z narzeczoną, z którą mieszkalem przez sześć lat, nadmierne spożywanie alkoholu, zmniejszona dawka leku, a potem całkowite jego odstawienie, jak również stres związany z otrzymaniem nowego, bardzo prestiżowego stanowiska), skutecznie pokrzyżował moje plany pracownicze i kontynuowanie rozwoju intelektualnego w kierunku, w którym spodziewałem się pójść, czyli wyłącznego zajmowania się literaturą, pojmowaną przede wszystkim jako nauki filologiczne. Skierowałem się w stronę krytyki literackiej, co zresztą zaakceptowali moi przełożeni na UwB. Od razu po wyjściu ze szpitala mieszczącego się przy ulicy Kopernika udałem się na wieczór autorski promujący moją pierwszą książkę krytycznoliteracką pod tytułem *Lektury z biblioteki osiedlowej*, prowadzony przez znakomitego literaturoznawcę z UJ, profesora Wojciecha Ligęzę. Następnie zacząłem prowadzić spotkania literackie w Krakowie w ramach działalności Biblioteki Kraków oraz Stowarzyszenia Pisarzy Polskich. Publikowałem też różne artykuły krytycznoliterackie w czasopismach internetowych oraz papierowych (takich jak „Topos”, „Pisarze.pl”, „Rewiry”, „Twórczość”, „Arcana”). Na jakoś mojego zdrowienia szczególnie wpłynęły jednak wizyta na ulicy Olszańskiej w Krakowie, gdzie mieści się oddział dzienny, i zaproszenie profesora Andrzeja Cechnickiego do Antykwariatu Abecadło na wieczór poświęcony zagadnieniom chorób psychicz-

nych, w tym głównie schizofrenii. Było to wydarzenie niezapomniane. Wzięły w nim udział osoby ze Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi” w Krakowie i redakcji czasopisma „Dla Nas”, między innymi Barbara Banaś, Monika Syc, Dorota Dużyk-Wypich, Anna Liberadzka. Oczywiście głównym opowiadającym był profesor Cechnicki. Ja moderowałem ten wieczór, zadawałem pytania – z autentycznej ciekawości. Trzeba bowiem przyznać, że po pierwszym epizodzie chorobowym nieco o swoim chorowaniu zapomniałem i odnosiłem się do swojej choroby wręcz z pewną nonszalancją i dezynwolturą, na co ona w końcu ostro zareagowała, uśpiona przez długi czas i jednocześnie obudzona tym, że ją tak zaniedbywałem i nie dokładałem starań, aby dalej dobrze jej się spało... (proszę wybaczyć nieco kolokwialne i dziecinne żarty).

Po drugim epizodzie, jeśli mogę tak to ująć, poczułem wydatnie, że choroba jest ze mną. Postanowiłem zatem z nią w jakiś sposób porozmawiać, zapytać, kim ona jest... Zapisalem się na terapię indywidualną i grupową, zostałem sekretarzem czasopisma „Dla Nas”, uczestniczyłem w akcjach edukacyjnych na Rynku w Krakowie, inicjowałem związane z wychodzeniem z chorób psychicznych wydarzenia w Antykwariacie Abecadło, zacząłem nagrywać filmiki i zamieszczać je na moim kanale *Lektury z biblioteki osiedlowej* (o czym jeszcze wspomnę), brałem udział w szkoleniach dla terapeutów środowiskowych wspólnie z profesorem Cechnickim. Moja aktywność na polu edukacji została uhonorowana przyznaniem mi certyfikatu Eksperta Cogito na Forum Psychiatrii Środowiskowej w Krakowie, z czego bardzo się cieszyłem i z czego byłem dumny.

Nie lubię bawić się w statystyki i zestawienia księgowe, ale pora chyba na podsumowanie tego, co wspólnymi siłami udało nam się do tej pory dokonać. Otóż do moich działań w dziedzinie edukacji należy przeprowadzenie wspólnie z profesorem Cechnickim kilku spotkań w Antykwariacie Abecadło w Krakowie. Bohaterką jednego z nich była Natalia de Barbaro, autorka *Czułej przewodniczki*, której to publikacji dotyczyła ożywiona dyskusja w Antykwariacie. Odbyły się również spotkania z Anną Bielańską, autorką książki *Teatr, który leczy* (dotyczącej Teatru Psyche, gdzie grają osoby po kryzysach psychicznych) oraz Krzysztofem Rogożem, reżyserem tego teatru. Oprócz tego nagrałem i zamieściłem na swoim kanale *Lektury z biblioteki osiedlowej* filmiki dotyczące tematyki chorób psychicznych – między innymi właśnie o książce Anny Bielańskiej *Teatr, który leczy*, o pracy Jerzego Ządęckiego zatytułowanej *Ja we wczesnej schizofrenii*, o pierwszej części *Umacniania i zdrowienia*, o wspomnieniach z chorowania Aleksandry Waclawik *Zbudź się, kukielko*, o książce Natalii de Barbaro *Czuła przewodniczka*, o publikacjach Arnhild Lauveng *Byłam po drugiej stronie lustra* oraz *Niepotrzebna jak róża*, a także o książce Anety Pawłowskiej-Krać pod tytułem *Głośnik w głowie. O leczeniu psychiatrycznym w Polsce*. Na moim kanale znajduje się 96 filmików o różnej tematyce – od literatury przez filozofię, teologię i duchowość

chrześcijańską po, rzecz jasna, psychiatrię. Prowadzenie tego kanału to moja pasja... Prowadzę również *Kwadrans poetycki* w internetowym Radiu Underground. Mam już na swoim koncie 15 audycji.

A teraz czas na to, co moja lekarka nazwała robotą wglądową. Otóż podczas pierwszego epizodu psychotycznego, jeśli można tak powiedzieć, „tańczyłem” całkowicie sam, byłem wycofany, odizolowany. Pierwszy epizod nauczył mnie otwartości na świat, o czym chyba najlepiej opowiada mój tomik poetycki pod tytułem *Na oścież* z posłowiem Adama Zagajewskiego, wydany przez „Zeszyty Literackie” w 2014 roku. To była ciekawa droga, którą nazwałbym rekonstrukcją rozbitego, postpsychotycznego „Ja”. Drugi epizod nie był w stanie zmieścić tego, co tak mozolnie, cierpliwie i wytrwale budowałem przez te 15 lat... Nadwyrężył moją łajbę, że tak powiem, ale jej nie zatopił, płynę dalej. Nie piję alkoholu od trzech lat, pracuję jako sekretarz w czasopiśmie „Dla Nas”, bardzo dużo czytam, uczę się, piszę, zgłębiając różnorodną wiedzę, co daje mi poczucie sensu. Jestem też aktywnym członkiem Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi”. Uczestniczyłem w akcji Human Week na Rynku w Krakowie w ramach Tygodnia Zdrowia Psychicznego – pytaliśmy przechodniów o to, czym jest dla nich zdrowie psychiczne. Oprócz tego uczestniczyłem w Marszu Żółtej Wstążki, podczas którego również zwracaliśmy się do przechodniów z pytaniami o sprawy związane ze zdrowiem psychicznym i dobrym samopoczuciem. Co jakiś czas przygotowujemy wysyłkę czasopisma „Dla Nas” w hotelu U Pana Cogito, gdzie pracują osoby po kryzysach. Cieszę się, ponieważ lubię ten hotel i lubię akcję wysyłkową. Czuję wtedy, że uczestniczę w ważnym procesie, który ma przede wszystkim uzmysłwić ludziom, że choroba psychiczna nie jest ani czymś strasznym, ani czymś nadzwyczajnym, ale jest po prostu częścią życia, tak jak każda inna choroba i jak umieranie, immanentnie wpisane w to, co nazywamy życiem. Biorę część egzemplarzy i zanoszę je najpierw do Antykwariatu Abecadło, a potem do mojej ulubionej kawiarni w Krakowie, Vis-à-Vis, gdzie odbywają się zebrania społeczności lokalnej, do której należę.

Odnoszę wrażenie, że publiczne mówienie o swojej chorobie psychicznej nadal uchodzi za coś wstydliwego. A może warto byłoby o niej pomyśleć w duchu tego, co kiedyś powiedziała Barbara Banaś na naszym pierwszym spotkaniu w Antykwariacie Abecadło w Krakowie – jako o błogosławieństwie czy szczególnym darze od Boga, nawet łasce? Przecież naznaczenie czymś nie musi oznaczać ani napiętnowania, ani szczególnego wybrania, to po prostu może być znak, że jest się kimś innym, swoistym, o własnej, oryginalnej, specyficznej wrażliwości. Kimś, komu również należy się miłość za to, że jest, jaki jest.

Jak napisałem na początku, zawsze bardzo lubiłem czytać i uczyć się. Moi promotorzy, recenzenci i przełożeni często mówili o „bardzo chłonnym umyśle”, „ogromnym potencjale intelektualnym” bądź „potężnej wyobraźni inter-

pretacyjnej”. Oczywiście, jestem z tych opinii bardzo zadowolony, niemniej myślę, że najważniejsze w życiu jest jednak to, w jaki sposób odnosimy się do drugiego człowieka: czy z miłością, czy ze wzgardą? Kiedyś od jednej z poetek młodego pokolenia usłyszałem, że nie kocha się kogoś za coś, ale pomimo czegoś. Moim zdaniem w takim kierunku powinno iść nasze życie społeczne, a idzie w zupełnie przeciwnym: kochamy przede wszystkim za zasługi. Czy ktoś kocha kogoś za jego słabość, kruchość?

A przecież ta słabość może być początkiem wspaniałej drogi...

Korzystając z okazji, chciałbym gorąco podziękować całej ekipie pracującej w strukturach psychiatrii środowiskowej, w szczególności mojej lekarce, doktor Irenie Ostrowskiej, która wyprowadziła mnie na prostą, moim terapeutom i profesorowi Andrzejowi Cechnickiemu – za to, że powołał do życia te struktury, tak bardzo potrzebne, bo ludziom po kryzysach czasem z wielkim trudem przychodzi znalezienie pracy, są po prostu osłabieni i wyczerpani chorowaniem.

Myślę, że kluczem do dobrego chorowania jest niepoddawanie się, dzielność i walka do końca. W tym też bardzo pomagają (mnie na pewno) rodzina oraz przyjaciele. Słowem wsparcia, przyjaźni, obecnością, nawet kiedy nie rozumieją zbyt dobrze, co akurat w danej chwili się we mnie dzieje. Dziękuję im za to, że są. Niezwykle istotnym elementem mojego dochodzenia do zdrowia okazały się również wiara w Boga, regularna spowiedź święta, przyjmowanie sakramentów, służba liturgiczna w kościele Świętej Katarzyny w Krakowie, słuchanie audycji religijnych, w tym głównie ojca Adama Szustaka OP i innych dominikanów oraz księdza Piotra Pawlukiewicza, a także obfita lektura rozmaitych książek z zakresu duchowości chrześcijańskiej.

I na koniec Freud: kluczem do zdrowia wydają się praca oraz miłość. W moim wypadku praca edukatora oraz miłość, którą moim zdaniem powinniśmy obdarzać się za darmo, bo uśmiech i dobre słowo nic nie kosztują, a są bezcenne.

PSYCHIATRIA JEST BARDZO CZUŁA NA KONTEKST SPOŁECZNY¹

Andrzej Dziurdzikowski: Jest Pan członkiem zarządu Polsko-Niemieckiego i Polsko-Izraelskiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego, a także ogólnoeuropejskiej sieci badającej usługi społeczne i psychiatryczne – ENMESH. O czym dziś mówią psychiatrzy na międzynarodowych spotkaniach?

Andrzej Cechnicki: Niedawno w Hamburgu rozmawialiśmy o sprawach fundamentalnych dla psychiatrii europejskiej, ale też i każdego z naszych krajów. W Europie od około 40 lat przeprowadzana jest największa reforma opieki psychiatrycznej i społecznej po wojnie. Ma ona oczywiście różne tempo w różnych krajach. Możemy się więc inspirować rozwiązaniami, które są już sprawdzone. Gdybyśmy na przykład chcieli zobaczyć, jak może być zorganizowana opieka w dużym mieście, to moglibyśmy pojechać do Werony i tam się przekonać, jak te rozwiązania są bliskie naszemu pilotażowi i środowiskowemu modelowi opieki psychiatrycznej, który opiera się na odpowiedzialności za określony powiat/dzielnice w tak zwanych centrach zdrowia psychicznego. Okazuje się, że równolegle rozwijają się myśl reformatorska psychiatrii w Europie i reforma psychiatrii w Polsce.

A.D.: Psychiatria zmienia się, żeby odpowiedzieć na wyzwania współczesnego świata?

A.C.: Psychiatria jest bardzo czuła na kontekst społeczny, ponieważ to on ma olbrzymi udział w wybuchu kryzysu psychicznego, zaburzeń czy choroby psychicznej. Ten kontekst współkształtuje zaburzenie, decyduje o jego kierunku i przebiegu, o szansach na zdrowienie. A dziś otoczenie bardzo się skomplikowało. Optymalną sytuacją dla zdrowia psychicznego i dla procesu zdrowienia jest stabilność. Stabilne więzi, stabilne relacje, orientacja na troskę o drugiego człowieka. Bardzo istotne są więc wielopokoleniowa i orientacja na solidarność, na wspólnotę, na współpracę. A we współczesnym świecie o to najtrudniej. Coś, co wydaje się dobre dla gospodarki, okazuje się niedo-

¹ Pierwodruk: „Świat Lekarza”, 22.07.2019, nr 6, s. 16–17. Przedruk za zgodą redakcji.

bre dla ludzkich więzi. Następuje więc ich rozluźnienie. Wielkim problemem psychiatrii jest narastająca samotność ludzi. Na przykład w Hamburgu około 50% młodych ludzi żyje samotnie. Na kim więc można się oprzeć, jaką terapię rodziny i sieci zaproponować? Indywidualizm, orientacja na konsumpcję, na własny rozwój stwarzają wielkie problemy. Młodzi ludzie unikają zobowiązań, odczuwają lęk przed odpowiedzialnością, często nie robią dalekośiężnych planów, nie podejmują obowiązków, które jednoznacznie kojarzą się z dorosłością. Obok rodzinnych i pozarodzinnych relacji to praca daje ludziom stabilność. Zakorzenia człowieka w jakimś miejscu, buduje poczucie własnej wartości, odpowiedzialności, daje poczucie siły, godności, wzmacnia samoocenę. Jest bardzo ważna w procesie zdrowienia. A w zmieniającym się świecie praca przestaje już być stabilna, stała, dająca poczucie bezpieczeństwa i zakorzenienia.

A.D.: Kryzysy zaczynają się dziś już bardzo wcześnie, u dzieci, u młodzieży...

A.C.: Związane jest to choćby z zalewem zbędnych, śmieciowych informacji dostępnych dla dzieci już od najmłodszych lat, kiedy jeszcze nie wykształciły się umiejętności selekcji tego, co wartościowe. Kruszą się i gubią autorytety, wzorce do pozytywnej identyfikacji. Te zjawiska wymagają coraz większej troski o dzieci i młodzież, uwagi, obecności, rozmowy, a rodzice mają coraz mniej czasu, ponieważ angażują się w rozwój kariery albo poszukiwanie pracy – na przykład za granicą, jak to bywa w wielu polskich rodzinach.

A.D.: Psychiatria odchodzi od leczenia szpitalnego na rzecz opieki w środowisku życiowym pacjenta?

A.C.: Tak, to oczywiste. Psychiatria przestaje być skupiona na opiece szpitalnej, na łózkach, chociaż ciągle pochłaniają one u nas większość środków przeznaczonych na leczenie. Program pilotażowy, realizowany w tej chwili w 27 regionach kraju i obejmujący niestety tylko 3 miliony osób, wymaga przewartościowania naszego myślenia o potrzebach osób leczonych i ich rodzin. Wymaga też nowej organizacji opieki psychiatrycznej. Ta nowa organizacja wiąże się z odpowiedzialnością za lokalną wspólnotę. Pomoc musi być dostarczona szybko. Musi dotyczyć zarówno pacjenta, jak i jego rodziny. Musi być zorientowana na leczenie, na psychoterapię, rehabilitację społeczną i zawodową, musi być zintegrowana, kompleksowa. Pacjent sam może wybrać miejsce leczenia, a my nie możemy mu odmówić pomocy blisko jego miejsca życia. Tak więc poradnia, zespół leczenia domowego, oddziały dzienne, a dopiero kiedy to konieczne – oddział psychiatryczny i leczenie całodobowe. Radykalnie zrywamy z dotychczasowym wymaganiem, aby łóżka w szpitalu były zapełnione, gdyż inaczej szpital straci swój budżet. Ta nowa organizacja w centrach zdrowia psychicznego wymaga nie, jak dotychczas, rywalizacji między instytucjami, lecz sprawnej koordynacji i współpracy. To

zresztą jest ogólnym dążeniem w Europie od drugiej połowy lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku.

A.D.: Nowoczesne leki też w tym pomagają?

A.C.: Farmakoterapia zrobiła olbrzymi postęp. Jednak nawet coraz lepsze leki nie rozwiążą problemu braku relacji, więzi, samotności, nie dadzą kompetencji, umiejętności, także umiejętności radzenia sobie z chorobą i zapobiegania nawrotom, nie przysporzą wiary w siebie, poczucia sensu życia ani nie zorganizują pracy. Dlatego tak ważny jest model opieki środowiskowej.

A.D.: Ten model stawia również w nowej roli pacjentów.

A.C.: Chodzi o to, żeby byli wyedukowani, kompetentni, by nabyli umiejętności rozumienia siebie i swojej choroby. Żeby uzyskali informacje na temat procesu leczenia, żeby wiedzieli, co im pomaga. Żeby lepiej zrozumieć i rozwiązywać swoje rozdarcia, konflikty, zranienia, ale też zdobyli wiedzę o lekach, o tym, jak rozmawiać ze swoim lekarzem prowadzącym, jakie cele sobie stawiać w życiu, czyli żeby odzyskali poczucie sensu życia. Doświadczeni przez fakt kryzysu psychicznego – tak nazywają siebie w całej Europie (ang. *peers, Ex-In*) – są zarazem ekspertami od tego doświadczenia.

Pacjenci stanowią dużą siłę, która pomaga w zmianie systemu opieki. Centralna rola lekarza staje się powoli przeszłością, pacjentem zajmuje się duży zespół – psychologowie, pedagodzy, terapeuci zajęciowi i środowiskowi, terapeuci sztuką, pracownicy socjalni, pielęgniarki. To całe środowisko pomaga człowiekowi w podjęciu różnych ról życiowych, w orientowaniu się na zdrowienie, a nie na chorowanie. Chodzi o to, żeby pacjent zaczął nabywać coraz większych kompetencji, aż do samopomocy włącznie. To jest podobnie jak w leczeniu cukrzycy – pacjent musi prowadzić zdrowy tryb życia, wysypiać się, stosować odpowiednią dietę, być aktywny fizycznie, musi wiedzieć, jak działają jego leki, musi sam sobie zrobić zastrzyk z insuliny itp. Powinniśmy nauczyć pacjentów unikania stresu i radzenia sobie z nim.

A.D.: Jeśli chodzi o rozumienie modelu nowoczesnej opieki, jesteśmy więc blisko osiągnięć europejskich. Czego brakuje w naszym kraju?

A.C.: Potrzeba, żeby Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Biurem do spraw Pilotażu wzmacniało i rozszerzało pilotaż. Potrzebna jest jedna osoba jako pełnomocnik Ministra Zdrowia do spraw Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na wzór ustanowionego niedawno pełnomocnika do spraw kadr medycznych. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego powinien być programem priorytetowym dla rządu. Doraźnie Ministerstwo Zdrowia powinno uzgodnić z NFZ finansowe wzmocnienie poprzez ciągłe rozszerzanie pilotażu i rewaloryzację jego finansowania. Dziś sprawą kluczową jest sprawiedliwy, niestygmatyzujący naszych pacjentów i całej psychiatrii podział budżetowych środków na zdrowie. Wszystko zaczyna się od niesprawiedliwego od wielu lat ich dzielenia. W krajach europejskich na psychiatrię przypada średnio około 8–10% budżetu ochrony

zdrowia, w Niemczech ostatnio 14%, a u nas ciągle 3,4%. Ogólny budżet na zdrowie w Niemczech jest tak duży, że 14% to 45 miliardów euro, suma dla nas niewyobrażalna, gdyż my dysponujemy 3 miliardami złotych. Różnica w finansowaniu opieki psychiatrycznej między Polską a Niemcami jest trzydziestokrotna. To znaczy, że psychiatria w Polsce musi być zaniedbana. Trzeba więc bić na alarm.

A.D.: To niedofinansowanie skutkuje między innymi brakiem kadr.

A.C.: Uważam, że sytuacja jest dramatyczna. Ratuja nas jeszcze stare kadry, często koledzy renciści. W ostatnich latach wyjechało z Polski około 1000 psychiatrów, znakomicie wykształconych specjalistów, wyjeżdżają również pielęgniarki. Nikt ich nie zastąpi. W Europie patrzą na nas i nie rozumieją, jak taki odpływ kadr jest możliwy, ponieważ wszędzie psychiatria stała się priorytetem. W Polsce też to wiemy, że – obok onkologii i kardiologii – psychiatria jest niezwykle ważna, ponieważ problemy, którymi się zajmuje, dotyczą 25% naszego społeczeństwa – osób z chorobami psychicznymi i ich rodzin, osób z depresją, młodzieży, dzieci, osób uzależnionych, seniorów, osób wymagających wieloletniej opieki.

A.D.: Na początku czerwca [2019] odbył się II Kongres Zdrowia Psychicznego. Wzięło w nim udział 1300 osób, wszystkie zaangażowane środowiska z całego kraju. Efektem pierwszego kongresu był program pilotażowy. A teraz?

A.C.: Psychiatria w Polsce wymaga sojuszu ponad wszystkimi podziałami. Teraz, w drugiej Deklaracji warszawskiej, wręczonej przedstawicielom rządu, parlamentu i NFZ na zakończenie Kongresu, powiedzieliśmy już wyraźnie, że chodzi o środki finansowe i rozszerzanie modelu opieki środowiskowej, rozszerzanie pilotażu. Ciągłe liczymy na współpracę z NFZ, bo tylko ona pozwoli zmierzyć się z wykluczeniem strukturalnym dotyczącym i pacjentów, i opieki psychiatrycznej.

IV. REFORMA W OCZACH PACJENTÓW I PROFESJONALISTÓW

Michał Piętniewicz

ROZWAŻANIA O REFORMIE W OCZACH PACJENTÓW I PROFESJONALISTÓW

Cóż to za partia polityczna, ta psychiatria środowiskowa? W niniejszej części staramy się odpowiedzieć na to pytanie. Chorujący psychicznie poprzez rozpoczęcie pełnienia pewnych ról społecznych odnajduje się na nowo w świecie. Na początku jest to rola pacjenta, potem rola syna, córki, brata, a wreszcie asystenta zdrowienia, edukatora, eksperta Cogito czy eksperta przez doświadczenie. Właśnie przebyte doświadczenie chorowania definiuje na nowo rolę chorującego psychicznie w społeczeństwie. Chorowania, które staje się kartą przetargową niekiedy sporego sukcesu zawodowego. Nasuwa się nieco naiwne pytanie, czy gdyby nie choroba, ów człowiek byłby może mniej ciekawy, mniej głęboki, mniej doświadczony? Doświadczenie chorowania czyni chorującego silniejszym w dialogu ze światem.

Aby dialog był możliwy, potrzebne są jednak odpowiednio do tego powołane struktury. Stąd początkowe, nieco żartobliwe pytanie dotyczące psychiatrii środowiskowej jako partii politycznej. Chorujący w swoim doświadczeniu epizodu psychotycznego okazuje się zupełnie nagi, bezbronny, nie ma pancerza, kostiumu, maski ani roli, nie potrafi grać. Jego jedynym językiem staje się język psychozy, który wyklucza go ze świata wspólnego sensu. Aby chorego na nowo nauczyć języka, że tak to górnolotnie ujmę, konieczne są odpowiednie struktury, w których działają profesjonaliści. Dzięki tym strukturom chorujący zaczyna lepiej rozumieć siebie i to, co stało za przeżywanym przez niego kryzysem psychicznym, mozolnie odbudowuje swój rozbity psychozą świat wewnętrzny, opierając się na aktywności w strukturach zewnętrznych. Aby pełne i wartościowe uczestnictwo było możliwe, trzeba nadal wdrażać reformę opartą na odejściu od wielkich szpitali, często kojarzonych (niestety słusznie) z opresją, ku małym placówkom – centrom zdrowia psychicznego i oddziałom dziennym, gdzie chorujący psychicznie mógłby poczuć się bezpiecznie (prawie jak w domu), gdzie w jednym pokoju chorujący na schizofrenię gra na fortepianie, a w drugim ktoś inny przyrządza „schizofreniczny” bigos.

Dlatego tak ważny jest na przykład prężnie działający w Krakowie hotel U Pana Cogito, zatrudniający osoby po kryzysach psychicznych. Dostał on trzy gwiazdki od profesjonalnych hotelarzy. Goście przyjezdni jedzą, że tak żartobliwie to określe, tę schizofreniczną zupę oraz kotlety czy sznycle i bardzo im owe potrawy smakują – są nawet lepsze od dań w restauracjach prowadzonych przez „zdrowych”.

Ważna jest również dalsze wsparcie państwa, choćby takich przedsięwzięć instytucjonalnych jak Teatr Psyche działający w Krakowie, w którym osoby po kryzysie psychicznym rozmawiają ze swoją chorobą poprzez przydzieloną im rolę. Stają się niejako aktorami swojej choroby – aktorami, dodam, niezwykle interesującymi oraz przekonującymi. Niestety żenujący wręcz poziom finansowania psychiatrii w porównaniu z innymi krajami europejskimi, traktowanie tej gałęzi medycyny po macoszemu, sprawia, że psychiatria środowiskowa wciąż boryka się z narastającymi problemami finansowymi oraz brakiem środków, aby swoją działalność skutecznie rozwinąć – choćby przez stworzenie sieci hoteli U Pana Cogito w różnych ośrodkach w kraju.

O reformę opieki psychiatrycznej walczymy w Polsce od lat. Walczymy o finansowanie, które pozwoli na bardziej ludzkie i godne warunki leczenia, walczymy o centra zdrowia psychicznego, o dobre warunki opieki nad chorującymi dorosłymi, dziećmi i młodzieżą. Robimy to ramię w ramię – profesjonaliści wraz z osobami chorującymi: wspólnie występując na konferencjach, rozmawiając z decydentami czy krocząc w Marszach Żółtej Wstążki. Historycznym zapisem tego, co już się udało, są Deklaracje warszawskie z trzech kolejnych Kongresów Zdrowia Psychicznego.

Nie tylko odpowiednio dobrane leki są potrzebne, aby zdrowieć; potrzebne jest odpowiednie myślenie, skierowane ku dobru wspólnemu, o co tak zabiega psychiatria środowiskowa. Chodzi o to, aby ludzie, którzy doświadczyli kryzysu psychicznego, poczuli się w świecie jak w domu, a nie jak w więzieniu. Dlatego żądamy reformy!

Maria Załuska

JAKIEJ REFORMY PSYCHIATRII OCZEKUJEMY?

Słowo „psychiatria” razi, kojarzy się z piętnem i odrzuceniem. Słowo „opieka” też nie zawsze brzmi dobrze, zwłaszcza gdy oznacza brak samodzielności, pozostawanie pod czyjąś kuratelą. „Poradnia zdrowia psychicznego” brzmi łagodniej niż „poradnia psychiatryczna”. W szpitalu wielospecjalistycznym, gdzie pracuję, przyjęła się nazwa „poradnia zdrowia”. Pacjent mówi „poradnia zdrowia”, a rejestratorka wie, do jakiej poradni ma go zapisać. Czy rzeczywiście o to nam chodzi, aby tę nazwę ukryć?

Podziwiam ekspertów przez doświadczenie (*Ex-In*), którzy zabierają publicznie głos i mówią o swojej chorobie psychicznej, używając określeń „schizofrenia”, „epizody psychotyczne”. To oni są prawdziwymi reformatorami psychiatrii. Bo reforma zaczyna się od zmiany świadomości, myślenia i sądzenia. A taką zmianę łatwiej uzyskać przez doświadczenie i dzielenie się nim. Kontakt z osobą, która doświadczyła choroby psychicznej, która, zdrowiejąc i poddając refleksji to doświadczenie, zdobyła umiejętność twórczego, konstruktywnego dzielenia się nim z innymi, rewolucjonizuje myślenie rozmówcy. A więc pierwsze oczekiwanie wobec reformy psychiatrii jest następujące: **w każdym Centrum Zdrowia Psychicznego zatrudniani są obowiązkowo jako członkowie zespołów terapeutycznych eksperci przez doświadczenie, asystenci zdrowienia.** Oczywiście odpowiednio przeszkoleni, z możliwością dalszego doskonalenia zawodowego oraz korzystania z superwizji. Na wydziałach kształcących lekarzy, psychologów i pielęgniarki powinny być prowadzone zajęcia z ekspertami przez doświadczenie.

Reformę często utożsamiamy z unikaniem hospitalizacji, jednak najdalej idące hasła likwidacji szpitali psychiatrycznych nie mają dziś racji bytu. Wiadomo, że choroba psychiczna, tak jak każda inna, może wystąpić w formie ostrej, wymagającej diagnozy i leczenia w warunkach szpitalnych. Tylko to rzeczywiście powinny być warunki szpitalne. A więc oddział w szpitalu ogólnym lub wielospecjalistycznym z 24-godzinny dostępem do konsultacji specjalistycznych i diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej, bakteriologicznej i innych, według potrzeb. Także z dostępem do zabiegów ratujących życie

w razie nagłego zagrożenia (zespół reanimacyjny, OIOM). Drugie oczekiwanie brzmi zatem następująco: **każde centrum zdrowia psychicznego ma możliwość umieszczenia pacjenta w stanie ostrym na oddziale psychiatrii zlokalizowanym w szpitalu ogólnym, wielospecjalistycznym (powiatowym, wojewódzkim).**

Przypomnijmy, że pierwsze leki psychotropowe skutecznie redukujące objawy psychotyczne (Fenactil) i depresyjne (Imipramina) zostały wprowadzone do leczenia w latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku. Od tego czasu możliwości leczenia w psychiatrii powiększyły się o kilka generacji skutecznych leków, co diametralnie zmieniło przebieg chorób psychicznych i standardy ich leczenia. Szpitale psychiatryczne, budowane według XIX-wiecznej koncepcji azylu służącego wieloletniej izolacji chorych, nie są przystosowane do współczesnych potrzeb leczenia ostrych stanów psychiatrycznych. Współcześnie psychiatryczne leczenie szpitalne może i powinno trwać krótko. Jego celami są: wykluczenie lub potwierdzenie somatycznego podłoża objawów psychiatrycznych, zdiagnozowanie i leczenie chorób towarzyszących, wprowadzenie lub zmodyfikowanie farmakoterapii w warunkach bezpieczeństwa somatycznego. Wymaga to monitorowania, diagnozowania i leczenia ewentualnych objawów niepożądanych lub powikłań somatycznych w placówce z dostępem do zaplecza diagnostycznego i wielospecjalistycznego, a takiego nie ma w dużym szpitalu psychiatrycznym.

Zaobserwowano, że przedłużający się pobyt na zamkniętym oddziale szpitalnym prowadzi do wyuczonej bezradności. Opisano „chorobę szpitalną” z objawami zaniku aktywności, inicjatywy i motywacji, powstającymi w wyniku długotrwałego pobytu w szpitalu. Liczne badania dostarczyły naukowych dowodów i argumentów za ograniczeniem leczenia szpitalnego na rzecz leczenia w środowisku.

Systemowa reforma psychiatrii zaczęła się w Polsce na przełomie lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych. Zwrócono uwagę na szkodliwość długotrwałych hospitalizacji i niehumanitarnego traktowania chorych w szpitalach, a także na prawa chorych do osobistej wolności, do odmowy leczenia lub zgody na nie, do udziału w życiu rodzinnym, społecznym i publicznym. Już wówczas celami reformy były:

1. Ograniczanie liczby łóżek w dużych szpitalach do 350 oraz tworzenie małych szpitali psychiatrycznych i oddziałów psychiatrii w szpitalach ogólnych.
2. Zmniejszenie liczby łóżek psychiatrycznych oraz zmniejszenie liczby i czasu trwania hospitalizacji; likwidacja oddziałów chronicznych przez przenieśnięcie chorych do środowiska lub do oddziałów subrejonowych.

3. Utworzenie sieci poradni zdrowia psychicznego, powiązanych z oddziałami subrejonowymi (ostrymi) oraz tworzenie oddziałów dziennych.

W rezultacie pomiędzy rokiem 1970 a 1990 liczba łóżek psychiatrycznych w Polsce zmalała ogółem o 20%. Było to możliwe dzięki utworzeniu sieci poradni zdrowia psychicznego zintegrowanych z oddziałami subrejonowymi oraz dzięki tworzonemu oddziałom dziennym. Dość szybko jednak okazało się, że zasoby istniejących placówek pozaszpitalnych nie są wystarczające do zapewnienia opieki wszystkim chorym wypisywanym ze szpitali. Prowadziło to do szybkich powrotów do szpitala, zjawiska „obrotowych drzwi”. W latach osiemdziesiątych, wzorem zachodnim, zaczęto tworzyć pierwsze zespoły leczenia środowiskowego (ZLS), lecz nie miało to charakteru zmiany systemowej i nie mogło istotnie wpłynąć na opisaną sytuację.

Przełomowe zmiany przyniosła – uchwalona w roku 1994, w ślad za demokratyzacją państwa – Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Były to:

- przejęcie zadania tworzenia oparcia społecznego dla chorych psychicznie w środowisku przez ośrodki pomocy społecznej;
- włączenie organizacji pozarządowych i innych podmiotów do realizacji zadań z zakresu oparcia społecznego dla chorych psychicznie jako zadań zleconych w ramach pomocy społecznej;
- utworzenie sieci środowiskowych domów samopomocy A i B (dziennych i całodobowych) oraz specjalistycznych psychiatrycznych usług opiekuńczych w domach chorych, z zapewnieniem finansowania z budżetu państwa jako zadania zleconego w ramach pomocy społecznej;
- początki ruchów samopomocowych i konsumenckich;
- powołanie rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego;
- regulacja prawna stosowania przymusu w psychiatrii;
- poprawa warunków w domach opieki przejętych przez sektor pomocy społecznej;
- możliwość tworzenia przez różne podmioty warsztatów terapii zajęciowej finansowanych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Zmiany finansowania służby zdrowia w 1999 roku okazały się mniej sprzyjające reformie psychiatrii. Narodowy Fundusz Zdrowia stał się płatnikiem wszystkich świadczeń leczenia psychiatrycznego, a płatność została związana z wykonaniem określonej liczby zakontraktowanych świadczeń (ang. *fee for service*). Ponadto zaniżono wycenę kosztów leczenia psychiatrycznego. Powstał mechanizm nacisku ekonomicznego na mnożenie świadczeń niekoniecznych, ale opłacalnych, takich jak osobodzeń w szpitalu. Sprzyjało to zatrzymywaniu chorych w szpitalu dłużej w celu uzyskania wyższego przychodu i zmniejszenia wydatków generowanych przez przyjęcie nowego pacjenta. W opiece ambulatoryjnej system płatności za zakontraktowane świadczenia

prowadził do zanikania świadczeń potrzebnych, ale niestanowiących produktu kontraktowego, takich jak opieka czynna, koordynacja opieki, świadczenia pielęgniarские. Konieczność wykonania zakontraktowanej liczby porad prowadziła do ścisłego wypełniania grafiku pracy lekarza i psychologa, bez pozostawienia wolnego miejsca na przypadki nagłe. Niedoszacowanie przez NFZ kosztów świadczeń pociągało za sobą niskie zarobki personelu i jego odpływ do sektora prywatnego.

Możliwości kontraktowania świadczeń przez nowe placówki były ograniczone. W ten sposób lata 2000–2010 przyniosły zahamowanie tworzenia nowych placówek pozaszpitalnych: oddziałów dziennych, poradni zdrowia psychicznego i zespołów leczenia środowiskowego. Ograniczono przenoszenie łóżek z dużych szpitali psychiatrycznych do szpitali ogólnych, a niektóre z tych oddziałów, podobnie jak niektóre poradnie, zostały zlikwidowane z powodu nierentowności lub braku personelu. Nastąpiło pogorszenie dostępności do leczenia ambulatoryjnego, a wydłużające się kolejki oczekujących na wizytę skutkowały sięganiem przez chorych do świadczeń prywatnych. Doszło do „stomatologizacji psychiatrii”.

W tej sytuacji środowisko psychiatrów zainteresowanych kontynuacją reformy podjęło starania na rzecz powołania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Po jego uchwaleniu sformułowano pierwszy program na lata 2010–2015, z założeniem, że lokalne samorządy przejmą odpowiedzialność za zdrowie psychiczne miejscowej społeczności, planując zasoby kadrowe i lokalowe dla zintegrowanej opieki nad zdrowiem psychicznym jako przygotowanie do reformy systemowej. Program zakończył się fiaskiem, gdyż jego twórcy, przesuwając odpowiedzialność na samorządy, nie przyznali im odrębnego budżetu. Przygotowano jednak grunt pod reformę systemową. Kolejnym krokiem był Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022. Do jego istotnych elementów należały pilotaż centrów zdrowia psychicznego (CZP), wprowadzony początkowo w latach 2018–2022, oraz realizacja unijnych projektów „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę”, testujących nowe rozwiązania w opiece psychiatrycznej. Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 roku zakontraktowano pierwszych 27 pilotażowych CZP celem testowania tego modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej przed jego systemowym wdrożeniem w całym kraju. W założeniu centrum powinno zapewniać zintegrowaną opiekę psychiatryczną (całodobową, dzienną, środowiskową, ambulatoryjną) dla wszystkich mieszkańców jednostki terytorialnej obejmującej 50 000–200 000 mieszkańców. Powinno też posiadać odrębny budżet wypłacany jako ryczałt obliczony według stawki kapitałowej na jednego mieszkańca. Autonomia budżetowa i organizacyjna centrum powinna dawać możliwość dowolnej alokacji kadry i środków w zależności od potrzeb. Każde centrum powinno udzielać świadczeń na oddziale szpitalnym całodobowym z punktem pomo-

cy doraźnej, na oddziale dziennym, w poradni zdrowia psychicznego z punktem zgłoszeniowo-koordynacyjnym (PZK), przez zespół leczenia środowiskowego i w hostelu terapeutycznym (fakultatywnie).

Świadczenia powinny być natychmiastowe w przypadku stanów nagłych w punkcie zgłoszeniowo-koordynacyjnym i w punkcie pomocy doraźnej, a w stanach pilnych – w okresie do 72 godzin. Centrum powinno zapewnić kompleksowość i ciągłość opieki oraz opiekę czynną i koordynowaną z indywidualnym planem terapii. Powinno działać, współpracując z innymi placówkami opieki zdrowotnej, oparcia społecznego, aktywizacji zawodowej, ośrodkami pomocy społecznej, samorządem i organizacjami pozarządowymi. Centrum powinno zatrudniać określoną liczbę personelu (lekarzy, psychologów, pielęgniarek, terapeutów środowiskowych), stosownie do populacji objętej opieką, oraz zatrudniać asystentów zdrowienia (AZ). Efektem pracy centrum powinno być ograniczanie hospitalizacji stacjonarnych na rzecz terapii w środowisku. Oceny i analizy pracy centrów po pierwszych dwóch i trzech latach wypadły pozytywnie.

W 2021 roku przejście od programu pilotażowego do systemowego wdrożenia centrów w całej Polsce (w każdym powiecie) wydało się jednak niepewne, gdyż nagle nastąpiła zmiana na stanowisku kierownika biura pilotażu. Minister Zdrowia (MZ) odwołał program reformy, przewodniczącego Rady do spraw Zdrowia Psychicznego i kilku jej członków związanych z dotychczasową realizacją projektu, rozwiązał Zespół do spraw Programu Pilotażowego przy MZ, powołując w jego miejsce nową Komisję do spraw Kontynuacji Reformy. Wszystkie te zmiany budziły niepokój.

Decyzje o przedłużeniu programu pilotażowego na rok 2023 i powołanie kolejnych CZP do łącznej ich liczby 75 wskazują na chęć kontynuacji. Wdrożenie w Polsce sieci około 300 CZP jako jedynej formy podstawowej opieki psychiatrycznej wymaga jednak przygotowania i wprowadzenia innych zmian, a przede wszystkim zmiany funkcjonowania dużych szpitali psychiatrycznych. Szpitalom tym w zreformowanym systemie opieki psychiatrycznej przypadłaby realizacja programów specjalistycznych (drugi poziom referencyjny). Reforma zakłada również świadczenia III poziomu w klinikach uniwersyteckich i ośrodkach naukowo-badawczych.

Pojawia się pytanie, czy w obecnej sytuacji niewątpliwego kryzysu i ujawniających się konfliktów interesów ograniczenia finansowe i dążenie do szybkiego przeprowadzenia reformy nie doprowadzą do odstąpienia decydentów od pierwotnej koncepcji standardów funkcjonowania CZP.

Obawy dotyczą szczególnie:

- zachowania finansowania psychiatrii na poziomie 6% budżetu na zdrowie;
- zachowania progresji stawki kapitałowej dla CZP na poziomie równoważącym inflację;

- zabezpieczenia autonomii finansowej i organizacyjnej CZP;
- zabezpieczenia medycznego leczenia ostrych zachorowań psychiatrycznych na oddziałach psychiatrii w szpitalach ogólnych;
- zahamowania odpływu kadry specjalistycznej psychiatrów, psychologów klinicznych, psychoterapeutów, pielęgniarek z CZP do sektora prywatnego;
- wdrożenia 300 CZP w Polsce, co z kolei wymaga utworzenia co najmniej kilkudziesięciu nowych oddziałów dziennych, zespołów leczenia środowiskowego, poradni i oddziałów psychiatrii przy szpitalach ogólnych, a tym samym zaplanowania finansowania i trybu realizacji inwestycji;
- nierozwiązanych problemów administracyjno-prawnych podziału terytoriów niektórych miast na obszary działania poszczególnych centrów.

Aktualna sytuacja wymaga przywrócenia dialogu wewnątrz środowiska psychiatrii oraz pomiędzy środowiskiem a decydentami (Ministrem Zdrowia, Biurem do spraw Pilotażu, Komisji Zdrowia w Sejmie, Rady do spraw Psychiatrii). Niepokoi wykluczenie z dialogu liderów reformy i twórców koncepcji CZP. Należy mieć nadzieję, że dialog zostanie przywrócony.

STANDARDY TERAPII W CENTRACH ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Polska psychiatria przechodzi obecnie przez trudny proces reformy i przekształceń w duchu sformułowanych już przed laty zasad Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Od 2018 roku trwa pilotaż centrów zdrowia psychicznego (CZP), który po trzech latach zakończył z sukcesem testowanie przekształceń organizacji opieki psychiatrycznej opartej na dużych szpitalach w dostosowany do potrzeb pacjentów i rodzin model środowiskowy. Powstały Biuro do spraw Pilotażu oraz Zespół do spraw Pilotażu przy Ministerstwie Zdrowia, kierowane do 2021 roku przez ministra Marka Balickiego. Osoby z Akademii Liderów Cogito (ALC), naszego ogólnopolskiego ruchu pacjentów, od początku były zaangażowane w ten proces: Barbara Banaś jako członek Zespołu do spraw Pilotażu przy MZ (do czasu jego rozwiązania w 2021 roku), a Katarzyna Szczerbowska nieprzerwanie jako rzeczniczka biura (również po jego reorganizacji w 2021 roku).

Równolegle do standardów organizacyjno-finansowych przygotowanych przez biuro od marca 2019 roku ALC podjęła prace nad sformułowaniem oczekiwań pacjentów wobec leczenia psychiatrycznego. Dyskutowaliśmy nad standardami terapii, której jesteśmy nie tylko beneficjentami, ale też współtwórcami. Pracowaliśmy nad tym tematem warsztatowo podczas zjazdów w Centrum Edukacji o Zdrowieniu i Pokonywaniu Piętna – w hotelu U Pana Cogito w Krakowie. Po trzech latach przedstawiamy podsumowanie prac.

Odpowiadając na pytanie: „Po co nam standardy terapeutyczne?”, wskazujemy na potrzebę jak najlepszej opieki nad osobą z doświadczeniem kryzysu psychicznego. Standardy pozwolą też na wprowadzenie – obok farmakoterapii – koniecznych dla procesów zdrowienia psychoterapeutycznych i społecznych interwencji w zorientowanym środowiskowo systemie opieki psychiatrycznej w Polsce.

Należy pamiętać, że istnieją dwa powiązane, współzależne i wzajemnie przenikające się rodzaje standardów: organizacyjne oraz terapeutyczne. Standardy organizacyjne, obok zapewnienia sieci placówek i odpowiedniej kadry,

obejmują gwarancje finansowania, aby docelowo uzyskać dla psychiatrii minimum 6% w budżecie służby zdrowia. Standardy terapeutyczne mają zagwarantować spójne, kompleksowe, ciągłe wsparcie dla osób w kryzysie i po jego ustąpieniu oraz odpowiednie programy terapeutyczne w każdej strukturze organizacyjnej.

Budujemy w ten sposób całą filozofię integracji leczenia powiązanego z systemem wsparcia i integracji zawodowej oraz zagwarantowania ich bliskiej współpracy. Standardy terapeutyczne są podstawą leczenia dostosowanego do potrzeb osób, tak aby pomagały im zdrowieć. Dla nas centrum zdrowia psychicznego to coś więcej niż tylko leczenie farmakologiczne – to holistyczne podejście do pacjenta jako osoby.

W naszej pracy istotną rolę odegrała stanowiąca dla nas inspirację publikacja Europejskiej Sieci Usługodawców Psychiatrii Środowiskowej EUCOMS kierowanej przez doktora René Keeta we współpracy z europejskimi ekspertami – *Konsensus w sprawie podstawowych zasad i kluczowych elementów środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego* (2017). Keet opisuje, jak wygląda dobra środowiskowa ochrona zdrowia psychicznego oparta właśnie na filozofii zdrowienia i holistycznego podejścia do osób doświadczających problemów ze zdrowiem psychicznym, optymalizująca ich szanse na odzyskanie zdrowia. *Konsensus...* zawiera sześć perspektyw i składowych tak rozumianej psychiatrii: etykę, zdrowie publiczne, zdrowienie, skuteczność, środowiskową sieć opieki oraz ekspertyzę rówieśniczą. Mając wszystko to na uwadze, chcemy zarekomendować konkretne rozwiązania dla placówek środowiskowych w naszym kraju.

Standardy organizacyjne

Struktura organizacyjno-finansowa została przedstawiona w projekcie *Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w Centrum Zdrowia Psychicznego* i opublikowana w 2021 roku przez Biuro do spraw Pilotażu NPOZP pod kierownictwem doktora Marka Balickiego. Popieramy to, co zostało stworzone w pilotażu w latach 2018–2021, i zgadzamy się z założeniami organizacyjnymi, zwłaszcza finansowaniem kapitałowym liczonym na populację, gdyż nie chcemy, żeby finansowanie opierało się na wskaźniku ilościowym (żeby brano pod uwagę tylko liczbę wizyt). Ogólna ocena CZP musi być tworzona przede wszystkim na podstawie oceny jakościowej. Chcemy szczególnie podkreślić kilka obszarów organizacji centrów, formułując nasze rekomendacje.

Rekomendacja 1 – personel CZP. Działania CZP wynikają z potrzeb populacji związanych ze zdrowiem psychicznym w jego obszarze działania.

CZP zapewnia odpowiednią liczbę personelu stosownie do obszaru działania, umożliwiając realizację swoich zadań z należytą starannością.

Rekomendacja 2 – struktura CZP. Struktura CZP obejmuje minimum: oddział całodobowy, oddział dzienny, poradnię zdrowia psychicznego, punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny oraz zespół leczenia środowiskowego. W jego skład powinny wchodzić jeszcze inne komórki, na przykład mieszkanie chronione, projekt pracy, klub pacjenta, pracownie i zespoły dla celów różnorodnej arteterapii, kultury fizycznej i turystyki, działalności publicystycznej oraz samopomocowej, sprzyjających terapii i rozwojowi pacjentów.

Rekomendacja 3 – godziny otwarcia CZP. CZP jest dostępne całą dobę. Punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny i poradnia zdrowia psychicznego są czynne co najmniej od poniedziałku do piątku, poza dniami ustawowo wolnymi od pracy, w godzinach od 8.00 do 18.00. Oddział dzienny działa minimum w godzinach od 9.00 do 14.00, zespół leczenia środowiskowego pracuje minimum 7 godzin w dni powszednie z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy, oddział stacjonarny i izba przyjęć – całą dobę. Pacjenci mają w ten sposób zapewniony pełny dostęp do opieki w CZP.

Rekomendacja 4 – rola koordynatora opieki w CZP. Koordynator czuwa nad opieką terapeutyczną i społeczną, współpracując z lekarzami i innymi profesjonalistami oraz uczestnicząc w układaniu indywidualnych planów leczenia. Pośredniczy w kontaktach między pacjentem a osobami i instytucjami, łącząc plan zdrowotny z systemem wsparcia i planem zawodowym. Monitoruje ruch pacjentów, aby eliminować niebezpieczeństwo nieudzielenia właściwej pomocy czy „wypadnięcia” osoby z leczenia. Na swoim terenie działania koordynator, we współpracy z całym zespołem, opiekuje się osobami niezmotywowanymi, które trudno jest zaangażować w leczenie. Koordynator może wspierać osoby chorujące w sprawach urzędowych czy zachęcać je do uczestnictwa w lokalnych wydarzeniach kulturalnych, edukacyjnych i sportowych.

Rekomendacja 5 – asystent zdrowienia. CZP zapewnia obligatoryjnie minimum trzy pełne etaty asystentów zdrowienia, których godziny pracy są ustalane indywidualnie i którzy pracują w każdym elemencie struktury CZP. Bardzo ważne jest, aby asystent zdrowienia w pełni uczestniczył w pracy całego zespołu centrum i w ten sposób był równoprawnym ogniwem jego wielodyscyplinarnej struktury, współpracując z innymi profesjonalistami.

Rekomendacja 6 – informacja o dostępności CZP. CZP informuje o dostępności opieki zdrowotnej swoich jednostek na tablicach ogłoszeniowych budynków, w ogłoszeniach znajdujących się w jednostkach CZP, przez bezpośrednie kontakty z lokalnymi instytucjami oraz na swojej stronie internetowej i w mediach społecznościowych, tak by instytucje lokalne i mieszkańcy mieli szeroki dostęp do informacji o działalności CZP na swoim terenie.

Standardy terapeutyczne

Dobrze działająca i spójna struktura centrów będzie umożliwiała optymalne wsparcie i oddziaływania terapeutyczne, oferowane osobom korzystającym z pomocy w celu pokonania kryzysu zdrowia psychicznego. Obszar, na którym skupiliśmy się podczas naszej wielomiesięcznej pracy warsztatowej, jest ważny, by naszą perspektywę odbiorcy leczenia wykorzystać w sformułowaniu rekomendacji i oczekiwań od terapii w centrach zdrowia psychicznego.

Rekomendacja 1 – prawa pacjenta. CZP musi przestrzegać praw pacjenta oraz wszystkich zapisów, w tym praw zawartych w Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, między innymi prawa do podmiotowego traktowania czy godnego życia pacjentów. CZP ma też obowiązek pełnego informowania pacjentów o ich o prawach. Pacjentom objętym opieką CZP należy zapewnić bezpośredni kontakt z Rzecznikiem Praw Pacjenta (na terenie CZP) celem uzyskania respektowania swoich praw.

Rekomendacja 2 – szybka pomoc. Osoba zgłaszająca się do centrum po pomoc trafia najpierw do punktu zgłoszeniowo-konsultacyjnego, gdzie przeprowadzana jest rozmowa, aby wstępnie ustalić potrzeby zdrowotne pacjenta. Komórka ta ma kluczowe znaczenie, gdyż tutaj, na samym początku, przy pierwszym kontakcie, rozpoczyna się cała terapia. Wywiad musi dotyczyć kwestii zdrowotnych i objawów, jak również historii życia i doświadczeń zgłaszającej się po pomoc osoby.

Rekomendacja 3 – kompleksowość i psychoedukacja. CZP zapewnia leczenie farmakologiczne oraz konsultacje i leczenie współistniejących chorób somatycznych. Należy zapewnić pełny i niezwłoczny dostęp do różnych form psychoterapii nie tylko pacjentom centrum, lecz także ich rodzinom i bliskim. Spotkania psychoedukacyjne dla pacjentów i ich rodzin są nieodzownym elementem terapii w centrach. Spotkania te powinny być prowadzone przez zatrudnionych w nich asystentów zdrowienia i przez pozostałych specjalistów.

Rekomendacja 4 – włączenie pacjentów w program leczenia. Pacjent CZP współuczestniczy w tworzeniu i zmianach planu leczenia oraz w jego realizacji. Relacje między pacjentem a pracownikami centrów są partnerskie. Współpracują oni na równych prawach w procesie leczenia. Pacjent współdecyduje o jego etapach, ponosząc również odpowiedzialność za jego przebieg.

Rekomendacja 5 – program pomocy rodzinie. CZP włącza rodzinę i bliskich pacjenta w proces leczenia i terapii od samego początku. Pracownicy centrum są otwarci i chcą poznać punkt widzenia rodziny oraz uzyskać od jej członków wszelkie istotne informacje na temat zdrowia i historii pacjenta, a także jego otoczenia. Stanowi to kluczowy kontekst dla informacji i doboru metod terapii. Centrum zapewnia prowadzone przez personel, w tym przez

asystentów zdrowienia, regularne zajęcia psychoedukacyjne dla rodzin oraz możliwość psychoterapii rodzinnej.

Rekomendacja 6 – edukacja i działania antystygmatyzacyjne. CZP prowadzi działalność edukacyjną, profilaktyczną, z uwzględnieniem psycho-profilaktyki uzależnień, oraz promocję zdrowia psychicznego przy wsparciu społecznym i współpracy z innymi podmiotami lokalnymi. Działalność ta ma na celu przeciwdziałanie stygmatyzacji i wykluczeniu osób po kryzysie psychicznym. CZP współpracuje z osobami z doświadczeniem kryzysu psychicznego jako edukatorami.

Rekomendacja 7 – szkolenie i zwiększanie kompetencji. CZP dba o zwiększanie kompetencji, podwyższenie kwalifikacji i kształtowanie umiejętności kadry, gdyż przekłada się to bezpośrednio na jakość i skuteczność pomocy udzielanej pacjentom.

Rekomendacja 8 – współpraca. CZP współpracuje z instytucjami, organizacjami pożytku publicznego (polskimi i zagranicznymi), pozostałymi CZP, mediami, samorządem i instytucjami kulturalnymi. Dzięki temu wychodzi naprzeciw potrzebom pacjentów i ich rodzin. CZP zapewnia wsparcie w powrocie do pełnienia ról społecznych i zawodowych przy współpracy instytucji pomocy społecznej i rynku pracy w celu zagwarantowania możliwości rozwoju, zarówno osobistego, jak i społeczno-zawodowego, oraz osiągnięcia pełni zdrowia w zakresie pełnionych ról życiowych.

Sformułowane przez nas (czyli odbiorców procesu leczenia i wsparcia) powyższe oczekiwania wobec nowych centrów zdrowia psychicznego wynikają z wiedzy opartej na doświadczeniach własnego procesu zdrowienia i korzystania ze świadczeń pomocowych. Doświadczenia te zbiegają się z dowodami płynącymi z nauki i wpisują w humanistycznie zorientowaną koncepcję przemian systemów psychiatrii współczesnego świata.

Izabela Ciuńczyk

CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO W KOSZALINIE – DOBRA PRAKTYKA

Reforma opieki psychiatrycznej w Polsce

Sukcesem reformy opieki psychiatrycznej w Polsce jest przede wszystkim to, że została rozpoczęta. Już w uchwalonej w 1994 roku Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego w art. 3 pkt 3 znalazł się zapis o „zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej, w tym w **ramach Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP)**, oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym, rodzinnym i zawodowym”. Działania różnych środowisk użytkowników psychiatrii, ich rodzin i ekspertów doprowadziły do podjętej w 2018 roku decyzji Ministra Zdrowia o utworzeniu pierwszych pilotażowych CZP. Do 31 grudnia 2018 roku utworzono 27 takich Centrów w 15 województwach; w następnych latach powstawały kolejne. Obecnie (w 2022 roku) funkcjonuje 41 CZP, w tym dwa centra typu B (bez stacjonarnego oddziału psychiatrycznego w strukturze organizacyjnej). Do końca 2022 roku mają powstać kolejne 34. Wszystkie centra do końca bieżącego roku obejmą opieką 1/3 dorosłych obywateli naszego kraju. Opieka psychiatryczna sprawowana przez CZP jest pierwszym podstawowym poziomem opieki w trójstopniowym zreformowanym systemie. Drugi poziom referencyjny dotyczy programów zdrowotnych, na przykład dla osób z lekoopornymi zaburzeniami nieafektywnymi i afektywnymi, zaburzeniami osobowości, trzeci natomiast – ośrodków klinicznych – uniwersyteckich.

Centrum Zdrowia Psychicznego w Koszalinie

Centrum Zdrowia Psychicznego MEDiSON w Koszalinie funkcjonuje od 1 września 2018 roku. Obejmuje opieką wszystkich dorosłych zamieszkałych w Koszalinie i powiecie koszalińskim, dokładnie 144 tysiące i 205 osób. Można się odwołać do kilku istotnych wskaźników, które obrazują, jak zmieniały się niektóre wartości liczbowe opisujące zmianę opieki psychiatrycznej w latach 2018–2022 w CZP:

Dwukrotnie wzrosła liczba osób korzystających z pomocy CZP. Podobnie wzrosła dwukrotnie – zgodnie ze wzrostem udzielanej opieki – liczba osobodni dla osób wymagających pomocy w całodobowym oddziale psychiatrycznym. Natomiast dzięki opiece w środowisku liczba osób hospitalizowanych w oddziale stacjonarnym w CZP zmalała o niemal połowę. Równocześnie prawie sześciokrotnie wzrosła liczba osób leczonych w zespołach leczenia środowiskowego CZP. Liczba porad/wizyt/interwencji w środowisku domowym osób z kryzysem psychicznym w CZP wzrosła pomiędzy 2018 a 2022 blisko dwunastokrotnie.

Źródła sukcesu CZP – zmiana organizacji opieki i sposobów jej finansowania

Opisane zmiany, świadczące o dynamicznym sukcesie leczenia oferowanego przez CZP, były możliwe do uzyskania, ponieważ psychiatria w Koszalinie i w powiecie mogła działać, opierając się na kluczowych elementach programu pilotażowego, takich jak:

- podstawy prawne;
- zmiana zasad finansowania;
- odpowiedzialność terytorialna;
- autonomia CZP;
- środowiskowy model opieki psychiatrycznej dla lokalnej wspólnoty;
- zintegrowana struktura organizacyjna;
- opieka kompleksowa i dostosowana do potrzeb osoby w kryzysie;
- interdyscyplinarny zespół terapeutyczny;
- włączenie asystentów zdrowienia;
- standardy organizacyjne i rekomendacje/wytyczne terapeutyczne.

Podstawy prawne

CZP funkcjonuje w oparciu o Ustawę o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 roku z późniejszymi zmianami i Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 roku w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego z kolejnymi zmianami. Powyższe akty prawne porządkują funkcjonowanie i organizację CZP. Wyzwaniem jest konieczność wprowadzenia kolejnych zmian w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego i innych aktach prawnych, w których CZP będzie miało podstawy do działania systemowego, a nie pilotażowego.

Zmiana zasad finansowania

Wprowadzenie wyżej wymienionych elementów było możliwe tylko dzięki rewolucyjnej zmianie, jaką była zmiana zasad finansowania. Do 1 września 2018 roku obowiązywała umowa między CZP Koszalin a Narodowym Funduszem Zdrowia według zasady *fee for service*. Struktura procentowa tego kontraktu z NFZ powodowała, że około 80% środków przeznaczanych było na lecnictwo stacjonarne, a na przykład Zespół Leczenia Środowiskowego (ZLS) był prawie niewidoczny w budżecie. Taka struktura kontraktu wymuszała przede wszystkim dbałość o liczbę wykonywanych usług, bo rozmiar budżetu zależny był od „**wyrobienia limitu usług**”, a ponieważ największy kontrakt dotyczył usług w oddziale psychiatrycznym stacjonarnym, więc najdłużej i najczęściej udzielano pomocy osobom w kryzysach w ramach hospitalizacji w takim oddziale. Dominowała psychiatria zorientowana na zapewnienie łóżek. W 2018 w ramach programu pilotażowego wprowadzono rewolucyjną zmianę – budżet globalny. Jest on wyliczony na podstawie liczby dorosłej populacji na obszarze odpowiedzialności CZP i stawki ryczałtowej – 52,32 PLN na 6 miesięcy (stawka ustalona na 2022 rok). Została ona wyliczona w taki sposób, żeby 6% budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia przeznaczone było na opiekę psychiatryczną. W 2021 roku było to 3,4% ogólnego budżetu NFZ. W pierwszym półroczu 2022 budżet w ramach umowy pilotażowej dla CZP Koszalin wynosił 7 492 485,60 PLN na 6 miesięcy (143 205 tys. mieszkańców x 52,32 PLN). Zgodnie z §24 Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w Centrach Zdrowia Psychicznego „przekazywane przez Fundusz środki w ramach umowy o realizację pilotażu mogą być rozliczone z zastrzeżeniem możliwości wykorzystania ich **wylączenie na:** pokrycie bieżących kosztów funkcjonowania centrum związanych z udzielaniem świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, a także zapewnieniem gotowości ich udzielania na rzecz populacji objętej pilotażem;

wyposażenie, budowę, rozbudowę, utrzymanie i modernizację infrastruktury jednostek i komórek organizacyjnych wchodzącym w skład centrum”.

Tak zdefiniowany budżet CZP daje możliwość zadbania o jakość opieki psychiatrycznej, przesunięcie opieki psychiatrycznej z oddziału do środowiska domowego osoby w kryzysie psychicznym oraz wprowadzenie wymienionych powyżej podstaw CZP. Zagrożeniem jest uzależnienie wysokości ryczałtu od liczby osób objętych opieką przez CZP, może to spowodować, że w CZP leczyć się będą tylko pacjenci wymagający pomocy krótkoterminowej, bo oni najszybciej będą podwyższać grupę osób leczonych przez CZP, a przez to i budżet.

Odpowiedzialność terytorialna

Dzięki odpowiedzialności terytorialnej CZP każdy mieszkaniec wie, gdzie najbliższe miejsca zamieszkania może szukać pomocy. Każdy może wybrać miejsce, w którym chce się leczyć, ale CZP musi być tak zorganizowane, żeby pomagać najlepiej jak to możliwe osobom zamieszkującym obszar pilotażowy. Wyzwaniem będzie ustalenie zasad funkcjonowania CZP niemających określonego obszaru odpowiedzialności z powodu braku kodów terytorialnych, tak jak w Lublinie czy też Szczecinie. Problematiczne będą też obszary sporne pomiędzy różnymi CZP.

Autonomia CZP

Autonomię CZP opisano w standardach organizacyjnych stworzonych przez Biuro do spraw Pilotażu w 2020 roku następująco:

CZP jest **wyodrębnioną samobilansującą się** częścią podmiotu leczniczego (prowadzącą księgi rachunkowe i sporządzającą samodzielne sprawozdanie finansowe). CZP jako zakład leczniczy jest jednostką lokalną w rozumieniu ustawy o statystyce publicznej, dla której sporządza się **odrębny bilans**. Podmiot leczniczy, w którego skład wchodzi CZP, sporządza łączne sprawozdanie finansowe, będące sumą sprawozdania finansowego tego podmiotu leczniczego i CZP.

Dzięki autonomii liderzy CZP mogą dostosować funkcjonowanie, zespół terapeutyczny, strukturę organizacyjną i strukturę wydatkowania budżetu Centrum do potrzeb populacji objętej opieką psychiatryczną. Wyzwaniem dla wielu Centrów jest brak autonomii lub jej hamowanie przez dyrekcję i/lub właścicieli szpitali wielospecjalistycznych lub monoprofilowych, w skład których wchodzi CZP. Kolejnym wyzwaniem jest brak regulacji wymuszających

autonomię CZP oraz opór kadry zarządzającej CZP przed podjęciem odpowiedzialności.

Psychiatria środowiskowa

Dzięki temu, że psychiatria środowiskowa rozumiana jest w reformie jako psychiatria lokalnych społeczności, CZP w Koszalinie stało się widocznym punktem na mapie lokalnych instytucji publicznych. Szybko doceniono korzyści z tego nowego postrzegania psychiatrii w lokalnym środowisku, gdyż to reformatorskie podejście przeciwdziało wykluczeniu społecznemu osób w kryzysie psychicznym i umożliwiło stworzenie sieci różnych instytucji współpracujących ze sobą w celu ustalenia optymalnego planu zdrowienia dostosowanego do potrzeb osób w kryzysie.

CZP Koszalin zaistniało w społeczności lokalnej dzięki organizacji licznych akcji skierowanych do wszystkich mieszkańców Koszalina i powiatu koszalińskiego, między innymi w czasie pikników, Marszu Żółtej Wstążki, mikołajek dla uczniów szkół podstawowych. Na budynku Poradni Zdrowia Psychicznego w maju 2021 powstał mural inspirowany ochroną zdrowia psychicznego. Mural znalazł się na mapie murali koszalińskich i jest atrakcją turystyczną miasta, a przy okazji skłania do spojrzenia na tablicę CZP i zainteresowania się jego funkcjonowaniem, a przede wszystkim punktem zgłoszeniowo-koordynacyjnym.

W Centrum zostały też zorganizowane warsztaty dla osób reprezentujących różne zawody zaufania publicznego (pracownicy socjalni, służby mundurowe, nauczyciele, kuratorzy, pracownicy urzędów publicznych, lekarze rodzinni, pielęgniarki środowiskowe, ratownicy medyczni). W sumie w warsztatach wzięło udział 1221 osób z 44 instytucji. Przeprowadzono 477 godzin szkoleniowych. Celem warsztatów było przeciwdziałanie stygmatyzacji osób w kryzysach psychicznych. Wartością dodaną warsztatów było nawiązanie relacji interpersonalnych, które teraz służą współpracy.

Struktura organizacyjna CZP

W skład CZP typu A wchodzi: punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny, poradnia zdrowia psychicznego, zespoły leczenia środowiskowego, oddział dzienny psychiatryczny i oddział psychiatryczny. W innych miejscach w Polsce w CZP typu B nie ma oddziału psychiatrycznego. Taka struktura umożliwia zaoferowanie skoordynowanej, kompleksowej i dostosowanej do potrzeb pomocy dla osoby w kryzysie psychicznym. Nowatorską komórką organizacyj-

ną w CZP jest **punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny (PZK)**, który działa od poniedziałku do piątku od 8.00 do 18.00. Do punktu może się zgłosić każda potrzebująca pomocy osoba z obszaru objętego pilotażem. Nie jest wymagane żadne skierowanie, nie ma listy oczekujących. Jest to możliwe dzięki ryczałtowi, który zapewnia gotowość personelu do udzielania usług na rzecz populacji objętej pilotażem, a nie budżetowi za wykonane usługi. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego zadaniem PZK jest:

- udzielanie informacji o zakresie działania centrum i możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej;
- przeprowadzenie wstępnej oceny potrzeb zdrowotnych osób zgłaszających się i uzgodnienie wstępnego planu postępowania terapeutycznego oraz udzielenie możliwego wsparcia w zakresie ustalonych potrzeb;
- uzgodnienie terminu przyjęcia i wskazanie miejsca uzyskania niezbędnego świadczenia psychiatrycznego, w przypadkach pilnych nie później niż 72 godziny od zgłoszenia;
- w przypadkach tego wymagających wskazanie miejsca uzyskania niezbędnego świadczenia z zakresu pomocy społecznej;
- udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W CZP Koszalin w 2021 roku do punktów zgłoszeniowo-koordynacyjnych zgłosiło się 2397 osób. W punkcie działa **całodobowa infolinia** obsługiwana przez psycholożki/psychologów, pielęgniarki/pielęgniarzy, terapeutki/terapeutów środowiskowych. W ciągu 2021 roku przeprowadzono 1425 rozmów.

Opieka kompleksowa i dostosowana do potrzeb osoby w kryzysie

Wyzwaniem dla wielu CZP będzie ustalenie właściwej współpracy międzyresortowej w celu zapewnienia kompleksowej pomocy dla osób w kryzysach. Zapewnienie pracy, mieszkania, dochodu i realizacja innych podstawowych potrzeb są niezbędnymi czynnikami zdrowienia. Ustalenie zasad współpracy CZP z opieką społeczną, organizacjami pozarządowymi i innymi będzie sprzyjać zdrowieniu pacjentów. Ustalenie zasad współpracy z innymi jednostkami ochrony zdrowia w celu zapewnienia pomocy specjalistycznej w zakresie innych specjalizacji medycznych jest również niezbędnym elementem sprzyjającym zdrowieniu, zwłaszcza że średnia życia osób w kryzysach psychicznych jest niższa niż osób bez zaburzeń psychicznych.

Zespół terapeutyczny

Pilotaż pozwolił na rozbudowę interdyscyplinarnego zespołu. W CZP Koszalin nastąpił wzrost zatrudnienia z 87 osób w 2018 do 168 osób w 2021, czyli o **51,7%**. Są tu zatrudnione osoby o nowych specjalizacjach – dietetyk, doradca zawodowy, pracownik socjalny, terapeuta środowiskowy. Umożliwia to stworzenie planu terapii i zdrowienia dostosowanego do potrzeb osoby w kryzysie. Praca w CZP sprzyja rozwojowi zawodowemu. Pracownicy mają zapewnione szkolenia terapeuty środowiskowego, psychoterapeuty i asystenta zdrowienia.

Asystenci zdrowienia

Wyodrębniam specjalnie tę nową grupę zawodową w CZP – osoby, które mają doświadczenie kryzysu psychotycznego i wyszkoliły się w pomaganiu innym osobom w kryzysie. Asystenci zdrowienia dają nadzieję na wyzdrowienie, jakiej nikt inny osobie w kryzysie dać nie może. Są trwałą częścią zespołu terapeutycznego CZP w Koszalinie.

Standardy organizacyjne i wytyczne/rekomendacje terapeutyczne

Cztery lata funkcjonowania pilotażu pozwoliły na zdobycie wielu doświadczeń, zarówno pomagających lepiej funkcjonować CZP, jak i takich, które utrudniają i uniemożliwiają wprowadzenie CZP jako rozwiązania systemowego. Wyzwaniem jest stworzenie **„Przewodnika po CZP”** dla nowo powstających centrów na podstawie doświadczeń pilotażu, badań naukowych z zakresu psychiatrii środowiskowej i doświadczenia systemów ochrony zdrowia psychicznego w innych krajach. **Doświadczenia pilotażu z punktu widzenia CZP Koszalin, opisane sukcesy i wyzwania dają podstawę do przeprowadzenia zmiany systemowej i utworzenia centrów zdrowia psychicznego w każdym powiecie w Polsce.**

Zagrożenia

Zagrożenia przedstawiam tylko skrótowo. Wymagają one ogólnopolskiej dyskusji w gronach ekspertów, gdyż są wystarczająco niepokojące, aby praktyczne dokonania ostatnich lat mogły zostać zahamowane. Najważniejsze to:

- wynagrodzenia niekonkurencyjne w stosunku do sektora prywatnego – ryzyko zmniejszenia finansowania;
- odpływ kadry do sektora prywatnego;
- odpływ kadry do innych krajów, o wyższym poziomie finansowania, a w rezultacie brak kadry – lekarzy, pielęgniarek, psychoterapeutów i psychologów klinicznych;
- zagrożenie dla autonomii CZP – brak gwarancji ustawowych;
- brak szkoleń i zahamowanie rozwoju zawodowego.

Wymienione zagrożenia mogą zadecydować o zahamowaniu rozwoju reformy, którą obecnie można ocenić jako wielki sukces. To jednak temat na odrębny artykuł.

Tomasz Szafrński, Marek Balicki, Andrzej Cechnicki, Jacek Wciórka

POLSKIE TOWARZYSTWO PSYCHIATRII ŚRODOWISKOWEJ¹

Jakie są cele Towarzystwa?

Polskie Towarzystwo Psychiatrii Środowiskowej stawia sobie za cel działanie na rzecz rozwoju psychiatrii środowiskowej w Polsce – rozwój i upowszechnianie osiągnięć nauk z zakresu zdrowia psychicznego, inicjowanie i wspieranie badań naukowych, popularyzację wartości, dobrych praktyk i dowodów naukowych związanych z ochroną zdrowia psychicznego w lokalnych środowiskach społecznych.

Dlaczego Towarzystwo powstaje właśnie w 2022 roku?

Członkowie założyciele Polskiego Towarzystwa Psychiatrii Środowiskowej są przekonani, że publiczny system ochrony zdrowia psychicznego w Polsce wymaga głębokiej i długofalowej reformy. Powodzenie tej zmiany, mierzone poprawą jakości i stopniem równości w dostępie do świadczeń publicznej opieki zdrowotnej nakierowanych na ochronę zdrowia psychicznego, zależy od:

- przebudowy systemu organizacji opieki psychiatrycznej, uwzględniającej zasady deinstytucjonalizacji, decentralizacji i odpowiedzialności terytorialnej za określoną populację;
- zmiany systemu finansowania opieki psychiatrycznej na podstawie budżetu kapitałowego na populację w Centrach Zdrowia Psychicznego w całym kraju;
- radykalnej poprawy finansowania psychiatrii, czyli doprowadzenia stopniowo, w kolejnych latach, do finansowania opieki psychiatrycznej

¹ Pierwodruk: „Psychiatra” 2021, nr 4. Przedruk za zgodą redakcji.

w wysokości minimum 6% budżetu przeznaczonego na opiekę zdrowotną,

- wprowadzania systemowych zmian dotyczących przyjęcia i realizacji standardów diagnostyki i terapii kryzysów psychicznych.

Skuteczna reforma modelu funkcjonowania opieki psychiatrycznej w Polsce, jak każda zmiana systemowa, jest możliwa tylko wtedy, gdy zmiany będą wprowadzane w konsekwentny, zaplanowany sposób, uwzględniający długoterminową perspektywę, zdefiniowaną przez niezaspokojone potrzeby w obszarze publicznej ochrony zdrowia psychicznego. Skalę tych potrzeb dokumentują badania EZOP I (2012) i ogłoszone w listopadzie 2021 wyniki badania EZOP II.

Każda głęboka zmiana systemowa natrafia na opór różnych instytucji i osób odpowiedzialnych za sferę zdrowia psychicznego. Zmiana nie może się dokonać bez naruszenia dotychczasowego *status quo* i w naturalny sposób napotyka bariery artykułowane przez różne środowiska: reprezentujące zarówno profesjonalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym, jak i płatnika (NFZ) czy władze realizujące politykę zdrowotną i społeczną państwa. Polska pozostaje krajem o wysokim stopniu stygmatyzacji i niezrozumienia problemów dotyczących zdrowia psychicznego.

Polskie Towarzystwo Psychiatrii Środowiskowej stawia sobie za zadanie jasne przedstawianie – zarówno w środowisku profesjonalistów, jak i wobec władz państwowych i płatnika – argumentów na rzecz wprowadzenia w Polsce środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej.

Dlaczego w tym momencie?

Działania na rzecz reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce zaczęto podejmować dopiero w ostatnich latach. Plany zgodne z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego zmaterializowały się w roku 2018 w formie wprowadzania pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego dla dorosłych, jak również nowej organizacji systemu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.

Należy podkreślić, że przez ostatnie dekady XX i XXI wieku w Polsce nie prowadzono żadnej aktywnej polityki w zakresie zdrowia publicznego zmierzającej do zapewnienia dzieciom, młodzieży i dorosłym obywatelom równości w dostępie do świadczeń mających na celu ochronę zdrowia psychicznego i poprawy jakości tej ochrony. Osoby w kryzysie psychicznym doświadczają i doświadczają dyskryminacji systemowej w obrębie publicznej służby zdrowia. Wśród wielu jaskrawych przejawów tej dyskryminacji przykładami mogą być załamanie i niewydolność systemu opieki psychiatrycznej dla

dzieci i młodzieży lub brak zabezpieczenia bezpośredniego i niezwłocznego dostępu do diagnostyki i leczenia chorób somatycznych w wielu oddziałach i szpitalach psychiatrycznych.

W ostatnich miesiącach 2022 roku Ministerstwo Zdrowia podjęło działania zadeklarowane jako przyspieszenie reformy psychiatrii dziecięcej, jak również psychiatrii dorosłych. W ramach tych działań powołano zespół do spraw kontynuacji reformy, złożony głównie z urzędników MZ, NFZ i AOTMiT (Agencji Technologii Medycznej i Taryfikacji), powołano nowego kierownika Biura do spraw Pilotażu, rozwiązano (nie przedłużono jego kadencji) zespół do spraw pilotażu przy MZ, odwołano przewodniczącego oraz niektórych (zaangażowanych w realizację pilotażu) członków Rady do spraw Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia oraz ostatnio Konsultanta Krajowego do spraw Psychiatrii Dzieci i Młodzieży. W pełni rozumiejąc prawo Ministra Zdrowia do podejmowania decyzji personalnych, a jednocześnie biorąc pod uwagę tryb prac i już ujawnione pierwsze decyzje dotyczące dalszej realizacji reformy psychiatrii w Polsce, wspomniane decyzje można odczytać jako wyraźną zmianę kierunku polityki zainicjowanej w ostatnich latach.

Nowa polityka MZ może prowadzić do spowolnienia lub zablokowania realnych zmian, jest obliczona na doraźne, krótkotrwałe i niepewne korzyści krótkoterminowe, mające charakter działań głównie wizerunkowych, koncentrujące się na pozyskaniu środków z Unii Europejskiej przeznaczonych na deinstytucjonalizację psychiatrii. Równocześnie prowadzona jest polityka pozbawiona determinacji we wprowadzaniu zmian realizowanych w ostatnich trzech latach, a tym samym pojawia się zagrożenie, że użyte środki nie zostaną spożytkowane na rzeczywistą zmianę systemową. Obecna polityka MZ odstępuje od odważnego kontynuowania reformy systemu na rzecz podejścia, którego skutkiem będzie zakonserwowanie istniejących struktur (pod inną nazwą), rozmycie zmian i wynegocjowanie połowicznych rozwiązań zaspokajających oczekiwania różnych grup interesariuszy, ze szczególnym uwzględnieniem perspektywy płatnika publicznego (NFZ). Konsekwencją będzie utrwalenie nierówności w dostępie do publicznej ochrony zdrowia psychicznego, dotyczące przede wszystkim osób z najbardziej nasilonymi, przewlekłymi chorobami psychicznymi. Brak radykalnej zmiany finansowania publicznej opieki psychiatrycznej lub fragmentaryczna zmiana systemowa nie zatrzymają niekorzystnych zjawisk i nie powstrzymają postępującego procesu erozji kadr i odchodzenia specjalistów z publicznego systemu ochrony zdrowia.

Najważniejsza z działających w Polsce organizacji pozarządowych, skupiająca profesjonalistów działających w obszarze zdrowia psychicznego – Polskie Towarzystwo Psychiatryczne – nie zajęła jednoznacznego i zdecydowanego stanowiska wobec aktualnych działań MZ, odbierając Ministrowi szansę dostrzeżenia innych perspektyw i rozwiązań. Zgodnie

z duchem społeczeństwa obywatelskiego Polskie Towarzystwo Psychiatrii Środowiskowej powstaje po to, aby w jasny i stanowczy sposób artykułować potrzeby dotyczące obecnego i przyszłego kształtu opieki psychiatrycznej w Polsce i jednoznacznie dążyć do wprowadzenia reformy pozwalającej faktycznie realizować założenia nowoczesnego modelu psychiatrii środowiskowej dostępnego bezpłatnie dla wszystkich obywateli objętych publicznym systemem opieki zdrowotnej.

Jak Towarzystwo zamierza działać?

Polskie Towarzystwo Psychiatrii Środowiskowej pragnie aktywnie uczestniczyć w kształtowaniu psychiatrii środowiskowej w Polsce poprzez konsultowanie projektów aktów prawnych i innych dokumentów, opracowywanie raportów i ekspertyz, prowadzenie i wspomaganie prac badawczo-rozwojowych. Zamierza realizować swoje cele poprzez organizowanie zjazdów Towarzystwa, konferencji, seminariów i innych spotkań o charakterze naukowym lub popularnonaukowym, współdziałanie z władzami państwowymi i samorządowymi, instytucjami i organizacjami naukowymi w kraju oraz prowadzenie współpracy międzynarodowej.

Chce rozwijać i upowszechniać etyczne standardy działalności naukowej i profesjonalnej, działać na rzecz podnoszenia kwalifikacji zawodowych i naukowych swoich członków. Zamierza prowadzić wielotorową aktywność na rzecz rozwijania świadomości zdrowotnej społeczeństwa i destygmatyzacji zaburzeń psychicznych. Przed nami pierwsza Konferencja PTPŚ w Warszawie, która odbędzie się w dniach 9–10 września 2022 roku.

Kto będzie mógł zostać członkiem Towarzystwa?

Członkostwo w nowym Towarzystwie jest otwarte dla psychiatrów, psychologów, pielęgniarek lub osób mających kwalifikacje w dziedzinie, którą Zarząd Główny Towarzystwa uzna za związaną z ochroną zdrowia psychicznego. Jednocześnie członek zwyczajny powinien spełniać przynajmniej jeden z następujących warunków: posiadać stopień lub tytuł naukowy, publikować artykuły w czasopismach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego punktowanych przez MEiN lub mieć osiągnięcia dla rozwoju myśli i praktyki środowiskowej w ochronie zdrowia psychicznego.

Polskie Towarzystwo Psychiatrii Środowiskowej, zgodnie z duchem i zasadami psychiatrii środowiskowej, zakłada interdyscyplinarny charakter swoich działań, uwzględniających głos ekspertów z różnych dziedzin,

w tym również podkreślający szczególną wartość udziału i obecności ekspertów przez doświadczenie. Dlatego członkiem stowarzyszonym będzie mogła zostać każda osoba deklarująca chęć udziału w pracach Towarzystwa i realizacji jego celów statutowych, nawet jeżeli nie spełni warunków członkostwa zwyczajnego.

Katarzyna Szczerbowska

JAK EKSPERCI PRZEZ DOŚWIADCZENIE WPŁYWAJĄ NA ZMIANĘ OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ W POLSCE?

Dziękuję, że mogę napisać o sobie oraz o moich siostrach i braciach z doświadczeniem kryzysu psychicznego. Przeżyłam tego rodzaju kryzys, trzy psychozy, trzykrotnie trafiłam do szpitala. Nic nie pamiętałam, nie mówiłam, nie chciałam jeść. Dużo czasu spędzałam przypięta pasami do łóżka, żeby nie wyrwać wenflonu, żeby się nie rozbierać do naga i nie zaczepiać ludzi, żeby sobie nie moczyć włosów pod kranem. Nadal czuję te pasy na moich rękach i nogach. Wpadałam w katatonię, czułam się sparaliżowana. Leki są potrzebne, o ile mają pomagać w kontakcie z innymi ludźmi, gdy nie ma innej drogi do zdrowienia, w rozsądnych dawkach i tylko tak długo, jak trzeba. Z moich doświadczeń wynika jednak, że tym, co leczy, są relacje, kontakt z osobami gotowymi ofiarować nam przyjaźń, miłość, wspólne działania. Są one konieczne do zdrowienia, odzyskania autonomii i przejęcia odpowiedzialności za swoje życie – celów w wychodzeniu z kryzysu psychicznego. Największym mitem utrudniającym zdrowienie jest ten, że nie można wyzdrowieć z choroby psychicznej. Można – ja jestem na to dowodem, jak również wielu moich przyjaciół. Zdrowym być to „**umieć kochać i pracować**”, jak mówił Freud. I ja pracuję i kocham, i jestem kochana. Chcę się przyczynić do tego, by moje siostry i bracia w chorobie zyskali zdrowie.

Osoby, które doświadczają kryzysu, są podatne na zranienie. Najczęściej chorują ci najbardziej wrażliwi. Potrzebują troski. Pomoc nie płynie jednak w jedną stronę – oni też mogą pomóc zdrowym, ucząc, co znaczy być człowiekiem i czym jest człowieczeństwo. W szpitalu psychiatrycznym odbyłam najwięcej głębszych i pięknych rozmów o miłości. To inni pacjenci byli dla mnie największym wsparciem i pomogli mi walczyć z lękami i o siebie. Trzymali mnie, kiedy wydawało mi się, że unoszę się nad ziemią. Nie mówili: „nie unosisz się nad ziemią”, tylko po prostu chwyтали mnie mocno, żebym nie odleciała. Kilka osób podbiegło, żeby mnie trzymać. Teraz, kiedy mam siłę,

mogę ją dawać innym, żeby poczuli siłę w sobie. Robię to z wdzięczności, między innymi za tamtą chwilę. Za wspólne śpiewanie piosenek, za taniec, za dzielenie się jedzeniem. Chcę przyczynić się do uwolnienia z różnych zależności ludzi, którzy chorują. Chcę im pomóc zdobyć pracę, dostęp do mieszkań i wakacji w pięknym miejscu, pomóc przejść odpowiedzialność za swoje życie.

Asystent zdrowienia

Kilka razy w czasie rozmów z kimś ciężko chorującym dostrzegałam, jak zaczyna się rodzić jego nadzieja na zdrowienie. To pokazało mi, jak ważna i potrzebna jest rola asystentów zdrowienia. Ukończyłam w Krakowie kurs przygotowujący do tej roli, prowadzony przez Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii Środowiskowej i Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”. Uważam, że każdy głos człowieka w kryzysie, każdy szept „jestem”, przyczynia się do zmiany kulturowego, niesprawiedliwego obrazu doświadczenia choroby psychicznej.

Aktywność obywatelska

Eksperci przez doświadczenie działają aktywnie na rzecz bardziej dostępnej, ludzkiej, przyjaznej ochrony zdrowia psychicznego. Ich inicjatywy są ważne, gdyż przypominają, jak wiele osób cierpi z powodu kryzysu psychicznego w ukryciu, z obawy przed utratą pracy i reakcją otoczenia. Chcemy, żeby nasz głos został usłyszany. Osoby doświadczające kryzysu psychicznego muszą być widziane, a ich głos słyszany. Im szybciej otrzymają pomoc, im lepiej będzie ona dostosowana do ich potrzeb, tym szybciej dostaną szansę na pokonanie kryzysu. Dzięki temu będą miały lepszy scenariusz dalszego życia. Być może kryzys już się nie powtórzy. Statystyki są przerażające. Blisko połowa chorych na schizofrenię traci pracę po otrzymaniu diagnozy. Kolejna fala zwolnień zbiega się z drugim epizodem choroby.

Choć w Polsce doświadcza, doświadczył lub doświadczy kryzysu co czwarty z nas, to choroba psychiczna wciąż jest tematem tabu. Odsłonięcie twarzy wymaga ogromnej odwagi. Ważne, żeby milczenie osób w kryzysie stało się krzykiem. Tak, żebyśmy doszli do głosu i zostali wysłuchani. Bo kryzys może się zakończyć samobójczą śmiercią albo wycofaniem z życia, węgetacją w samotności i pograżaniem w smutku choroby. Smutku, o którym Antoni Kępiński pisał: „Nie jest to smutek czarnej czeluści, lecz spalonego stepu, wymarłego miasta, pozbawionej życia planety. W pustce może się nic

nie działać, ale może też być ona zapełniona fantastycznymi urojonymi postaciami i scenami. Mogą w niej występować wybuchy lęku, gniewu, ekstazy, niemniej pozostaje ona zawsze pustą przestrzenią”¹.

Ważnym przykładem naszej aktywności jest Marsz Żółtej Wstążki.

Marsz Żółtej Wstążki

Eksperti przez doświadczenie co roku organizują Marsz Żółtej Wstążki – marsz solidarności z osobami doświadczającymi kryzysu psychicznego. W marszu tym uczestniczą pacjenci, ich bliscy, przyjaciele, osoby, które pomagają.

W 2022 roku w Warszawie szła w nim między innymi studentka socjologii z doświadczeniem kryzysu psychicznego Lea Atter, która sprawiła, że na Uniwersytecie Warszawskim będzie funkcjonowało Centrum Zdrowia Psychicznego. Celem jego działalności jest leczenie i zapobieganie kryzysom, pomoc młodym ludziom – szczególnie podczas sesji egzaminacyjnych, kiedy pojawiają się dwaj wrogowie zdrowia psychicznego: brak snu i stres.

Eksperti przez doświadczenie, związani ze Stowarzyszeniem „Otwórzcie Drzwi” i Stowarzyszeniem na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej w dniu marszu rozmawiają z mieszkańcami na krakowskim Rynku w ramach wieloletniego projektu „Jesteśmy częścią tego miasta”. Spotkania z okazji marszu odbywają się też w Koszalinie i Poznaniu. Celem Marszu Żółtej Wstążki jest upublicznienie postulatów pacjentów, zapisanych w Deklaracjach (patrz Aneks) trzech kolejnych Kongresów Zdrowia Psychicznego w ostatnich latach:

- aby wsparcie dla osób w kryzysie było szybkie i dostosowane do potrzeb;
- aby wszyscy mieszkańcy Polski mieli równy dostęp do pomocy, by nie było na mapie białych plam, gdzie leczenie jest niedostępne;
- aby rozwijało się leczenie środowiskowe oparte na centrach zdrowia psychicznego, tworzonych dotąd w pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego;
- aby rozwijały się działania zapobiegające ogromnemu wzrostowi samobójstw;
- aby psychiatria została właściwie dofinansowana, a lekarze i psychoterapeuci nie przechodzili do prywatnego sektora;
- by z oddziałów psychiatrycznych zniknęło przypinanie pacjenta pasami do łóżka – są inne formy opanowania go, wymagające jedynie

¹ A. Kępiński, *Schizofrenia*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1974, s. 91.

poprawy standardów panujących w szpitalu, zatrudnienia większej liczby personelu i zaaranżowania przestrzeni szpitalnej w odpowiedni sposób;

- aby osoby doświadczające kryzysu psychicznego miały taki sam dostęp do leczenia problemów ze zdrowiem somatycznym jak inni pacjenci;
- aby wspierano przyszłych lekarzy w wybieraniu specjalizacji psychiatrycznej, a na studiach medycznych wprowadzono obowiązkowo zajęcia z komunikacji z pacjentem;
- aby studentom wybierającym specjalizację psychiatryczną zapewnić zajęcia, na które będą zapraszani eksperci przez doświadczenie;
- aby pacjent doświadczający kryzysu psychicznego i jego bliscy byli otoczeni szacunkiem przez osoby pracujące w ochronie zdrowia psychicznego, żeby służyli im wsparciem i informacjami pomagającymi przejść przez to doświadczenie;
- aby osoby doświadczające kryzysu nie były dyskryminowane i żeby same się nie dyskryminowały, pozbawiając się prawa do nauki, pracy czy miłości;
- aby powstawały kampanie społeczne na temat zdrowia psychicznego, aby zmieniać kulturowy wizerunek osoby doświadczającej kryzysu, a w szkołach rozwijały się programy, szkolenia, warsztaty wspierające dzieci i młodzież w dbaniu o zdrowie psychiczne;
- aby utworzono w Polsce oddziały, na których przy doświadczających kryzysu dzieciach mogli być stale rodzice, tak żeby cała rodzina używała wsparcia;
- aby w Polsce został utworzony choć jeden oddział dla kobiet w ciąży doświadczających kryzysu psychicznego;
- aby rozwijała się rola asystentów zdrowienia – osób po opanowanym kryzysie psychicznym i odpowiednim przeszkoleniu do wspierania ludzi w kryzysie i ich bliskich, żeby byli zatrudniani w centrach zdrowia psychicznego, ZOL-ach, DPS-ach, w pomocy społecznej i ośrodkach dla bezdomnych;
- aby rozwijały się: stosowanie nowoczesnych i skutecznych metod psychoterapeutycznych, psychoterapia indywidualna i grupowa, psychoedukacja, podejście otwartego dialogu czy reanimacja emocjonalna.

Psychiatria środowiskowa i reforma systemu

Działamy na rzecz rozwoju psychiatrii środowiskowej, ponieważ jest to psychiatria oparta na relacjach i mocnych stronach człowieka w kryzysie, a z własnego doświadczenia wiemy, że kontakt z ludźmi, praca i wspieranie mocnych

stron pomagają odzyskać zdrowie i je utrzymać. Pomoc w środowisku pozwala wesprzeć pacjenta nie tylko w radzeniu sobie z objawami choroby, ale też w przywracaniu i utrzymywaniu zdrowia, powrocie do pracy i nauki, do ról społecznych, budowania więzi z ludźmi, do samodzielności i samostanowienia.

Wspieramy pilotaż i reformę systemu opartą na Centrach Zdrowia Psychicznego integrujących leczenie i pomoc w interdyscyplinarnych zespołach terapeutycznych: psychiatrów, psychologów, terapeutów, asystentów zdrowienia, terapeutów zajęciowych, pracowników socjalnych, arteterapeutów i trenerów zawodowych. CZP organizują zespoły jeżdżące do domów. Dają możliwość budowania w domach kultury, bibliotekach, na uczelniach sieci wsparcia dla pacjenta, których finansowanie pozwala na elastyczne zapewnianie wsparcia dostosowanego do potrzeb, dostępnego natychmiast, bez wykluczenia ekonomicznego i terytorialnego.

W wielokrotnych petycjach o wsparcie rozwoju leczenia środowiskowego w centrach zdrowia psychicznego, o przedłużeniu ich pilotażu do końca 2022 roku, by potem stworzyć je w każdym powiecie, apelowaliśmy:

Szanowny Panie Ministrze Zdrowia, my, pacjenci z doświadczeniem kryzysu psychicznego, jesteśmy grupą ludzi, którzy zwykle milczą, którzy starają się być niewidzialni w obawie przed reakcją tych, którzy mogą dowiedzieć się o naszych zaburzeniach. Grupą, z którą skleja się wiele krzywdzących stereotypów. Jedną z najbardziej wykluczonych, jeśli nie najbardziej. Pan Minister może stać się naszym głosem, stanąć w naszej obronie, wesprzeć w naszych staraniach o to, żebyśmy nie byli spychani na margines życia. Skazani na litość i lęk, które budziemy. Pana głos może przyczynić się i do tego, że będziemy mieli szybką, skuteczną, przyjazną, środowiskową pomoc w Centrach Zdrowia Psychicznego, ale i do tego, by zmieniał się nasz społeczny wizerunek.

Edukacja i popularyzacja wiedzy

Edukacja i popularyzacja wiedzy prowadzone są przez ekspertów przez doświadczenie w wielu ośrodkach w kraju. Fundacja eFkropka z Warszawy organizuje regularne szkolenia „Wbrew stereotypom” – o tym, czym jest kryzys, jak rozmawiać osobą w kryzysie, jak dbać o zdrowie psychiczne. Odbyły się już warsztaty dla policjantów, operatorów numeru alarmowego, pielegniarzy, dziennikarzy. Podczas warsztatu przedstawiane są doświadczenia choroby oraz przykłady pokonywania kryzysów psychicznych. Prowadzący odczarowują powszechne stereotypy na ten temat. Prezentuje się profilaktykę zdrowia psychicznego oraz objawy, leczenie, rodzaje chorób. Warsztat ma pomóc zrozumieć perspektywę osoby chorującej, ponieważ jest prowa-

dzony – wspólnie ze specjalistą psychiatrą bądź terapeutą – przez osoby, które mają za sobą kryzysowe doświadczenia.

Podobne szkolenia od lat prowadzą eksperci przez doświadczenie w Krakowie, uczestniczący, co jest szczególnie ważne, w Centrum Edukacji w Cognito w regularnych zajęciach ze studentami medycyny piątego roku studiów, z przyszłymi lekarzami. Spotkania odbywają się od niemal 20 lat we wspólnym bloku szkoleniowym o psychiatrii środowiskowej, który prowadzi kierowany przez profesora Andrzeja Cechnickiego Zakład Psychiatrii Środowiskowej UJ CM wspólnie z członkami Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi”.

Krakowscy eksperci z tego stowarzyszenia od lat, wspólnie z profesjonalistami ze Stowarzyszenia na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, prowadzą kursy dla asystentów zdrowienia. Po odpowiedniej kwalifikacji i zaliczeniu kursu uczestnicy muszą odbyć staże i po egzaminie otrzymują certyfikat asystenta zdrowienia.

Czasopismo „Dla Nas”

Krakowskie stowarzyszenie ekspertów przez doświadczenie „Otwórzcie Drzwi” jest samodzielną organizacją. Wspólnie ze Stowarzyszeniem na rzecz Rozwoju Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji wydaje „Dla Nas”, czasopismo o zasięgu ogólnopolskim. Na jego łamach rejestruje procesy pomagające zdrowieniu z perspektywy pacjentów, rodzin i profesjonalistów, domaga się psychoterapii, asystuje nowym rolom społecznym pacjentów i towarzyszy najważniejszym wydarzeniom w reformie opieki psychiatrycznej. W 54 wydanych dotychczas zeszytach zapisana jest historia ostatnich lat zmagania w naszym kraju o powszechność psychiatrii zorientowanej na osobę. Ekspertci związani z tym stowarzyszeniem są uczestnikami i współorganizatorami konferencji krajowych i zagranicznych o tematyce psychiatrycznej. Corocznie współorganizują Forum Psychiatrii Beneficjentów, Rodzin i Profesjonalistów w Krakowie oraz Dni Solidarności z Osobami Chorującymi Psychicznie. Współpracują z podobnymi stowarzyszeniami w Polsce i w Europie. Środki na działalność statutową stowarzyszenie pozyskuje poprzez wygrane granty.

Kongresy Zdrowia Psychicznego

Ekspertci przez doświadczenie współorganizują Kongres Zdrowia Psychicznego, podczas którego wspólnie z profesjonalistami upominają się o reformę opieki psychiatrycznej w duchu profesora Antoniego Kępińskiego. Inicjatorami kongresu są profesor Andrzej Cechnicki, profesor Jacek Wciórka

i doktor Marek Balicki. Jest to spotkanie osób, które doświadczyły kryzysu psychicznego, ich bliskich, lekarzy, psychologów, pracowników fundacji wspierających osoby chorujące psychicznie i polityków. Organizacja Kongresu stanowi dobrą praktykę, przykład współpracy warszawskiej Fundacji eFkropka, warszawskiego Wolskiego Centrum Zdrowia Psychicznego, krakowskiego Stowarzyszenia na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, Fundacji Rozwoju Społecznego „Leonardo” oraz Lubelskiego Stowarzyszenia Ochrony Zdrowia Psychicznego. Kongres odbywa się co dwa lata, gromadzi ponad tysiąc uczestników i służy wymianie informacji, doświadczeń, refleksji, pomysłów. Jego celem jest dążenie do reformy systemu i zbudowanie jak najbardziej przyjaznej, dostępnej i różnorodnej opieki psychiatrycznej i terapeutycznej w Polsce. Dotąd odbyły się trzy kongresy; miały one duży oddźwięk poza granicami kraju, a jego ambasadorami byli: Elyn R. Saks, Arnhild Lauveng, Katarzyna Grochola, Cleo Ćwiek, Mika Urbaniak, Irvin D. Yalom, Marek Kamiński, Daniel Fisher, Bogdan Frymorgen, Tomasz Jastrun, Tomasz Kozłowski i Jakub B. Bączek.

W Warszawie jako wydarzenie towarzyszące Kongresowi Zdrowia Psychicznego powstał „Mural solidarności z osobami doświadczającymi kryzysu”, na którym przedstawieni są pacjenci i studenci medycyny chcący zostać psychiatrami oraz profesor Antoni Kępiński. Profesor, który sam przeżył epizod psychotyczny, uważał, że rolą lekarza jest towarzyszenie pacjentowi i że osoby chorujące trzeba leczyć, tworząc z nimi wspólnotę. Na muralu zamieszczono jego słynny cytat „**Nie ma pacjenta, jest człowiek**”.

Działalność medialna i konferencyjna

Udzieliśmy kilkuset wywiadów w mediach lokalnych i ogólnopolskich o swoim doświadczeniu kryzysu i potrzebie bycia akceptowanym i rozumianym. Na konferencjach poświęconych zdrowiu psychicznemu wypowiadamy się obok profesjonalistów. Bierzymy udział w Forach Psychiatrii Środowiskowej, konferencjach dla kierowników zreformowanych Centrów Zdrowia Psychicznego. Podczas pandemii COVID-19 eksperci przez doświadczenie organizowali bezpłatne, dostępne w internecie webinary poświęcone zdrowiu psychicznemu.

Akademia Liderów Cogito

Od sześciu lat funkcjonuje w Krakowie Akademia Liderów Cogito, która skupia liderów osób chorujących psychicznie z całej Polski. Zorganizowała ją i koordynuje Anna Liberadzka. Przez te lata uczestniczyli w niej przedstawiciele takich organizacji jak: Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi” z Krakowa, Lubelskie Stowarzyszenie JESTEŚMY, Fundacja eFkropka z Warszawy, nieformalna grupa Wolni Razem z Warszawy, Fundacja Wspierania Rozwoju Psychiatrii Środowiskowej im. Profesora Andrzeja Piotrowskiego z Warszawy, Fundacja Polski Instytut Otwartego Dialogu z Wrocławia, a także działający jeszcze bez oparcia na własnym stowarzyszeniu liderzy ekspertów przez doświadczenie ze środowiska katowickiego, pomorskiego i wielkopolskiego. Formą docenienia najbardziej zaangażowanych ekspertów jest certyfikat eksperta Cogito przyznawany przez uznanych specjalistów w zakresie ochrony zdrowia psychicznego na wniosek Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi” i Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej. Z grona osób, które twórczo działają i od lat edukują, publikują, występują publicznie, wprowadzają nowy wizerunek osób po kryzysach w przestrzeń publiczną, wybieramy ekspertów Cogito.

Nowe role społeczne pacjentów i uczestnictwo w gremiach decyzyjnych

Walczyliśmy o swoje prawa na spotkaniach z politykami i przychodząc na spotkania komisji sejmowej zajmującej się zdrowiem psychicznym. Katarzyna Parzuchowska i Ewa Piskorska występowały razem z profesorem Andrzejem Cechnickim na posiedzeniach Narodowej Rady Rozwoju i Narodowej Rady Zdrowia, konferencji „Nic nowego bez nas. W poszukiwaniu modelu skutecznego wpływu pacjentów na system ochrony zdrowia w Polsce”, która odbyła się w Belwederze i której patronował Pan Prezydent RP Andrzej Duda. Pan Prezydent powiedział wówczas, że „podmiotem, podkreślam: podmiotem służby zdrowia, są pacjenci, chorzy. To właśnie pacjenci, chorzy są uzasadnieniem tego, dlaczego lekarze i cała medycyna istnieją – dla służby ludziom, dla przywracania do zdrowia, dla ratowania życia”.

Barbara Banaś reprezentowała ekspertów przez doświadczenie w Radzie do spraw Zdrowia Psychicznego przy MZ, a Monika Syc – w inicjatywie Rzecznika Praw Obywatelskich „Nasz rzecznik”.

Kiedy piszę ten artykuł w 2022 roku, istnieje 41 centrów zdrowia psychicznego. W ich zespołach terapeutycznych pracuje wraz z profesjonalistami 70 asystentów zdrowienia. Ich rekomendowany zakres zadań w CZP to

udzielanie wsparcia pacjentom poprzez: uczestniczenie w spotkaniach z lekarzem, wysłuchiwanie, rozmowę, dzielenie się osobistym doświadczeniem związanym z chorowaniem i zdrowieniem, dzielenie się praktyczną wiedzą na temat przezwyciężania kryzysu, postaw i działań pomocnych w odzyskiwaniu zdrowia; uczestniczenie w zajęciach terapeutycznych, warsztatowych i edukacyjnych poprzez prowadzenie, współprowadzenie lub towarzyszenie uczestnikom, motywowanie pacjentów do udziału w tych zajęciach; współpracę z profesjonalistami. Szczególnie ważne jest udzielanie wsparcia rodzinom pacjentów przez pokazywanie perspektywy osoby chorującej, podstawową psychoedukację, dzielenie się doświadczeniem chorowania i zdrowienia; uczestniczenie w zajęciach klubu pacjenta poprzez: prowadzenie lub współprowadzenie go, motywowanie do udziału oraz towarzyszenie uczestnikom w zajęciach; prowadzenie i/lub współprowadzenie grupy wsparcia dla pacjentów i rodzin; uczestniczenie w spotkaniach zespołu CZP, dzielenie się swoimi spostrzeżeniami z zespołem terapeutycznym; towarzyszenie pacjentowi na oddziale w wyjściach indywidualnych lub grupowych; informowanie pacjenta o zakresie możliwości uzyskania pomocy ze strony profesjonalistów z różnych dziedzin, zatrudnionych w ramach CZP. Celem jest wspieranie i motywowanie pacjenta, ale nie wyręczanie go w codziennych obowiązkach; dokumentowanie wykonywanych czynności pomocowych w sposób uzgodniony z kierownikiem CZP.

Partnerska relacja

Działamy na rzecz budowania partnerskiej relacji pacjenta z lekarzem opartej na wzajemnym szacunku, zaufaniu i wspólnym podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia. Lekarz jest towarzyszem w podróży pacjenta – zgodnie ze słowami profesora Antoniego Kępińskiego. Ten wybitny psychiatra witał pacjentów słowami: „dziękuję, że pan przyszedł/ dziękuję, że pani przyszła”, co natychmiast budowało atmosferę bezpieczeństwa, otwartości i wsparcia. Regularnie zapoznajemy nasze środowiska z pracami amerykańskiego psychiatry z doświadczeniem schizofrenii Daniela Fishera i Arnhild Lauveng pracującej na Uniwersytecie w Oslo. W Warszawie uczymy się nowoczesnych i skutecznych form pomagania, na przykład emocjonalnej reanimacji opracowanej przez doktora Daniela Fishera. W całym kraju wielu z nas studiuje psychologię, pogłębia swoje umiejętności pomagania na szkoleniach terapeutów środowiskowych i w podejściu otwartego dialogu.

Współpraca międzynarodowa

Dzięki udziałowi w krakowskim XVII Forum Psychiatrii Środowiskowej, na którym gościli René Keet, prowadzący European Community Mental Health Service Providers (EUCOMS), wraz zarządem reprezentującym liczne europejskie organizacje dostarczycieli usług w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, Niels Mulder z European Assertive Outreach Foundation (EAOF), Sean Russell kierujący International Initiative Mental Health Leadership (IIMHL), przedstawiciele European Network for Mental Health Service Evaluation (ENMESH), rozwijamy współpracę międzynarodową. To wspaniała okazja do pokazania, w jak różny sposób można wspierać osoby doświadczające kryzysu. Wykłady, panele, prezentacje systemu opieki zorganizowanego w Krakowie prowadzili eksperci przez doświadczenie z dużym udziałem asystentów zdrowienia (ang. *Ex-In, peers, Ex-Co*).

Moje przesłanie

Wspierajmy siebie nawzajem. Relacje, więzi leczą. Razem możemy otaczając nas rzeczywistość zmienić na lepszą, obudzić społeczeństwo do odpowiedzialności za siebie i innych oraz do troski o zdrowie. Osobno jesteśmy kroplami, razem jesteśmy oceanem.

Kamila Łabędzka-Słowik, Ovidiu Oniciuc

XVII FORUM PSYCHIATRII ŚRODOWISKOWEJ I EUCOMS W KRAKOWIE. KRAKÓW, 27–28 MAJA 2022 ROKU

Corocznymi organizatorami Forum Psychiatrii Środowiskowej w Krakowie, które tym razem odbyło się w dniach 27–28 maja 2022, są Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej oraz Zakład Psychiatrii Środowiskowej CM UJ wraz z Sekcją Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji PTP, Polskim Towarzystwem Psychiatrii Środowiskowej, Stowarzyszeniem Centrów Zdrowia Psychicznego przy współpracy wielu lokalnych organizacji i instytucji. W tym roku do uczestnictwa w forum zarząd stowarzyszenia zaprosił organizację European Community Mental Health Service Providers (EUCOMS) w celu odbycia debaty nad kondycją psychiatrii środowiskowej w Europie. Nazwę EUCOMS należy rozszyfrować jako Europejską Sieć Dostawców Usług w zakresie Zdrowia Psychicznego. Jej przewodniczącym jest doktor René Keet. Wydarzenie odbywało się w zabytkowym budynku Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Tak więc w Forum, oprócz strony polskiej, wzięło udział 22 przedstawicieli EUCOMS z 14 krajów europejskich. Psychiatrzy, pracownicy socjalni, a także *peer experts* poznawali wzajemnie swoje doświadczenia i dyskutowali o opiece nad zdrowiem psychicznym w Polsce i o tym, jak można poprawić systemy psychiatrii środowiskowej w swoich krajach. Powszechnie wiadomo, że tylko działając wspólnie, można się rozwijać. Była ku temu szansa podczas Forum. Sieć współpracy jest cenna dla wszystkich uczestników, bo pozwala na przenikanie dobrych praktyk pomiędzy organizacjami specjalizującymi się w opiece psychiatrycznej.

Profesor Andrzej Cechnicki i profesor Dominika Dudek wraz ze współpracownikami gościli przedstawicieli EUCOMS w hotelu U Pana Cogito na krakowskich Dębnikach. Miejsce znane jako Centrum Zdrowienia i Edukacji to przede wszystkim pensjonat i restauracja U Pana Cogito, które powstały w czerwcu 2003 roku. To miejsce pracy i aktywizacji zawodowej, stanowiące wzór przedsiębiorstwa, które łącząc ekonomię społeczną z aspektami edukacyjnymi, prowadzi skuteczną rehabilitację osób chorujących psychicznie. Ekonomia społeczna to profesjonalna działalność gospodarcza, z której zysk przeznaczony jest na cele społeczne, w tym dla osób wymagających wsparcia.

Jest to działalność mająca istotny wpływ na rozwiązywanie ważnych problemów społecznych, łącząca w sposób trwały cele ekonomiczne i społeczne.

W pierwszym dniu Forum, 27 maja 2022 roku, przedstawiciele EUCOMS mieli okazję odwiedzić wszystkie ośrodki działające pod auspicjami Stowarzyszenia na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej i Oddziału Klinicznego Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego i rozmawiać z pracującymi tam terapeutami o metodach wdrażania dobrych praktyk w obszarze ochrony zdrowia psychicznego. Grupa spędziła większość dnia w ośrodkach przy ulicy Olszańskiej 5 w Środowiskowym Domu Samopomocy (ŚDS), Ośrodku Dziennym Leczenia Psychoz, w Zespole Leczenia Środowiskowego/Domowego (ZLS), w oddziałach dziennych i w Centrum Seniora dla osób chorujących psychicznie od 45 roku życia.

Po wizycie studyjnej w ośrodkach zorganizowano seminarium i goście wysłuchali prelegentów reprezentujących cały przekrój zawodów i instytucji powiązanych w Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego im. Profesora Antoniego Kępińskiego: Moniki Żwirskiej i Charlotte Bisping z oddziałów dziennych, Marty Cichońskiej z ZLS, Piotra Błądzińskiego, który opowiadał o swojej pracy lekarza z perspektywy Zakładu Psychiatrii Środowiskowej, Przemysława Stankiewicza z ŚDS – koordynatora spotkania, asystentki zdrowienia Anny Monczki z Centrum Seniora i sekretarza redakcji „Dla Nas” Michała Piętniewicza. W otwierającym wykładzie Przemysław Stankiewicz, psycholog i terapeuta w Środowiskowym Domu Samopomocy, prezentował historię 50 lat systemu psychiatrii środowiskowej w Krakowie.

Po seminarium i wizytach studyjnych przedstawiciele EUCOMS udali się na krakowski Kazimierz, do Żydowskiego Muzeum Galicja, w którym odbyło się spotkanie zarządu ich organizacji. Po omówieniu planów i żywych dyskusjach przedstawiciele EUCOMS ponownie dołączyli do gospodarza Forum Psychiatrii Środowiskowej – Stowarzyszenia na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej wraz z pozostałymi uczestnikami Forum w Galerii Miodowa. Na miejscu kuratorka Galerii Małgorzata Bundzewicz przedstawiła terapeutyczną misję oraz historię Galerii, która łączy warsztaty terapii zajęciowej z malarstwem z klasyczną funkcją artystyczno-wystawienniczą.

Drugiego dnia Forum, 28 maja, w godzinach przedpołudniowych odbyła się debata naukowa na temat przyszłości psychiatrii środowiskowej w Europie. Eksperci z Polski i EUCOMS szczegółowo omawiali kondycję opieki psychiatrycznej we własnych krajach. Ze strony polskiej głos zabrały profesor Maria Załuska – prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrii Środowiskowej, przedstawiając szczegółowy obraz dotychczasowej reformy opieki psychiatrycznej w Polsce, oraz doktor Izabela Ciuńczyk, która opowiedziała o reformie opieki psychiatrycznej z perspektywy Centrum Zdrowia Psychicznego w Koszalinie, którego jest dyrektorką. Żywą reakcję gości wzbudził list pro-

fesora Jacka Wciórki, przewodniczącego Rady Naukowej Polskiego Towarzystwa Psychiatrii Środowiskowej.

Profesor Załuska podkreśliła, że decyzja o powołaniu towarzystwa deklarującego wybór wartości, myśli i praktyk zaangażowanych w pomoc osobom dotkniętym kryzysem zdrowia psychicznego nie pojawiła się ani nagle, ani niespodziewanie, ale wykrystalizowała się w ciągu ostatnich kilkunastu lat naznaczonych wysiłkiem reformy zacofanego i niewydolnego polskiego systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Oceniała, że sukces pilotażowego projektu konsekwentnie wprowadzającego centra zdrowia psychicznego do krajobrazu polskiego leczenia psychiatrycznego ujawni i uaktywni opór sił przyzwyczajonych do jego systemowej niewydolności wynikającej z faktu, że psychiatria nie jest priorytetem w oczach rządzących. Dotychczas deficytowe nakłady powodowały brak dostępności, niski standard opieki i organizacji, ignorowanie potrzeb pacjentów i pracowników, którzy w rezultacie coraz częściej opuszczają publiczną służbę zdrowia i przenoszą się poza zasięg niepłatnych gwarancji publicznych. Wydaje się, że obecnie doszło do zakwestionowania podstaw reformy, chociaż oficjalnie głosi się jej kontynuację i przyspieszenie.

Wrażenia z pobytu przedstawili w swoich wystąpienia profesor Niels Mulder oraz przewodniczący EUCOMS René Keet.

Profesor Muldner powiedział:

Jestem psychiatrą, profesorem psychiatrii na Uniwersytecie Erazma w Rotterdamie w Holandii, a także przewodniczącym Holenderskiej Fundacji Psychiatrycznej oraz EAOF (European Assertive Outreach Foundation). Podczas spotkania w ramach EUCOMS dyskutowaliśmy na temat sposobu organizacji europejskich służb zdrowia psychicznego. Pierwszego dnia Forum odbyliśmy spotkania z naszymi krakowskimi kolegami, którzy opowiedzieli nam o organizacji w Krakowie i o tym, jak w ciągu 50 lat udało im się zbudować bardzo zintegrowany system ochrony zdrowia psychicznego, w którym zarówno służby medyczne, jak i społeczne współpracują ze sobą, poczynawszy od opieki środowiskowej, poprzez opiekę kliniczną, po mieszkania chronione i pracę chronioną. I jak udało im się współpracować, aby zapewnić pacjentom tę opiekę w zintegrowany sposób. Byłem bardzo zaskoczony, że udało się to osiągnąć i że ten zintegrowany system istnieje od 50 lat.

Zamykając te dwa bardzo owocne dni, René Keet powiedział:

Spędziłem dwa dni w Krakowie wraz z delegacją EUCOMS. Uczestniczyliśmy w Forum Psychiatrii Środowiskowej organizowanym przez Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej. Nie ukrywam, iż jestem pod wrażeniem standardu opieki psychiatrii środowiskowej w Polsce. Wiele rzeczy, które opisujemy w wizji EUCOMS, widzieliśmy tutaj, w codziennej praktyce. Świadomość, jak ważna jest rola opieki środowiskowej w psychiatrii, wzrasta cały czas. Łączymy siły w celu stworzenia zwartego, decyzyjnego nurtu na rzecz popra-

wy usług zdrowia psychicznego. Widzieliśmy podejście do zdrowia publicznego, w którym cały region pracuje razem. Spotkałem podczas forum wielu asystentów zdrowienia. Widzieliśmy także podejście zorientowane na powrót do zdrowia i dobrą współpracę. Jest to przykład dla innych krajów, tak samo jak dla nas. Możemy się od nich wiele nauczyć. Wróciliśmy do domu w bardzo pozytywnym nastroju, ale także z pewnymi obawami, ponieważ nic nie jest oczywiste. I również rozwój środowiskowej opieki nad zdrowiem psychicznym w Polsce nie jest czymś oczywistym. Dlatego tak ważne jest, aby ten silny rozwój dobrych praktyk trwał nadal, bo zdrowie psychiczne jest ważne i ma przed sobą przyszłość.

Profesor Andrzej Cechnicki, zamykając obrady Forum, przyjął propozycję ze strony gości z organizacji europejskich, aby w roku 2025 zorganizować w Krakowie Europejską Konferencję Psychiatrii Środowiskowej.

SZUKAM SPOSOBU, JAK PSYCHIATRIĘ WYJĄĆ Z WOJNY I ZROBIĆ WSPÓLNYM INTERESEM¹

Katarzyna Bielas: W 1987 roku do Polski przyjechała duża grupa niemieckich psychiatrów. Dlaczego?

Andrzej Cechnicki: Żeby odwiedzić szpitale psychiatryczne, w których w czasie wojny mordowano też niemieckich pacjentów. Ich wizyta była następstwem międzynarodowego sympozjum „Wojna – okupacja – medycyna”, które odbyło się dwa lata wcześniej w Krakowie, w 40. rocznicę wyzwolenia obozu Auschwitz. Zorganizował je wybitny chirurg żydowskiego pochodzenia profesor Józef Bogusz, który znał środowisko niemieckich psychiatrów. Młodzi Niemcy w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych XX wieku postanowili zreformować tamtejszą psychiatrię, odejść od wielkich szpitali na rzecz życia we wspólnocie, w której chorzy powinni mieć pełny udział. Był to okres, kiedy Niemcy pytali ojców, co robili w czasie wojny, przyjrzeni się też losom chorych w czasach nazizmu. Profesor Bogusz zaprosił do Krakowa Klausa Dörnera, autora książki *Krieg gegen der psychisch Kranken* (Wojna przeciw chorym psychicznie), w której odsłonił on los pacjentów w czasie wojny. W Niemczech i w krajach Europy Środkowo-Wschodniej zamordowano pół miliona osób chorujących psychicznie i im dalej na wschód, tym częściej mordowano też personel. Zginęła połowa polskich psychiatrów.

Klaus Dörner namówił niemieckie szpitale do organizacji wystaw, dyskusji, nagłaśniania tematu. Sam, jak wielu młodych psychiatrów tego pokolenia, opuścił uniwersytet i rozpoczął pracę w dużym szpitalu psychiatrycznym w Gütersloh, żeby być bliżej pacjentów. Kilkuset chorych wypisał, zapewnił im mieszkania chronione, pracę w środowisku. Wydał książkę *Ende der Grossanstalt* (Koniec dużego szpitala). Przed wystąpieniem Dörnera na Uniwersytecie Jagiellońskim wszyscy oczekiwali typowego naukowego wykładu, a on zaczął opowiadać o swoim losie człowieka pochodzącego z rodziny esesmanów, zmagającego się z poczuciem odpowiedzialności. Był członkiem

¹ Pierwodruk: „Duży Format”, 29.10.2018, s. 14. Przedruk za zgodą redakcji.

Hitlerjugend, kochał Hitlera i płakał po jego śmierci. O ile wiem, był jednym z dzieci poczętych w podarunku dla Führera. Na sympozjum przyjechali wybitni niemieccy profesorowie i młodzi Niemcy, studenci, psychiatrzy z Europy, byli tam też więźniowie obozów. Wykład wzbudził olbrzymie emocje. Byłem na sali, pamiętam kompletną ciszę, która po nim zapadła. Miałem 35 lat, pracowałem jako psychiatra. Podziwiałem Klausea za to, że zdobył się na taką odwagę.

K.B.: Po dwóch latach odbyła się ponowna wizyta niemieckich psychiatrów w polskich szpitalach.

A.C.: Nie tylko psychiatrów. Towarzyszyli im historycy, pastory, psycholodzy, pracownicy socjalni, pedagodzy społeczni i dziennikarze. To było wydarzenie historyczne. Niemiecka telewizja nakręciła film. Pierwszy raz po wojnie do Polski przyjechała tak duża grupa Niemców. Zorganizowaliśmy im wizyty w Międzyrzeczu, Warcie, Gnieźnie, gdzie mordowano niemieckich pacjentów. Chcieli się zmierzyć z nazistowską przeszłością. Mieszkańcy tych miejsc mówili, że ostatni raz tylu Niemców widzieli w mundurach.

K.B.: Wcześniej wymordowano polskich pacjentów tych szpitali.

A.C.: Żeby zrobić miejsce dla tych z Niemiec. Na początku mordowano pacjentów w Niemczech, ich rodziny dostawały informację, że umarli na zapalenie płuc. Okazywało się czasem, że zmarła pacjentka była na przykład siostrą esesmana. Rodzina zaczynała się interesować jej losem, dociekać. W społeczeństwie niemieckim pojawił się niepokój o członków rodzin, więc aby uniknąć problemu, chorych wywożono do odleglejszych miejsc na terenie dzisiejszej Polski.

K.B.: Jak przyjmowano odwiedzających Niemców w latach osiemdziesiątych?

A.C.: Ci, którzy myśl o spotkaniu z nimi odrzucali, po prostu nie przychodzili. To były inne czasy. Dzisiaj być może staliby z transparentami albo ściągali telewizję, dziennikarze szukaliby mieszkańców, którzy doznali krzywd, robiliby alternatywne wywiady. Nas, psychiatrów, którzy grupę niemiecką gościli, różni prominentni koledzy też pytali: „Co wy z tymi Niemcami? Czego od nich chcecie? Po co tu przyjeżdżają?”. Wiadomo, „nie będzie Niemiec pluł nam w twarz”. Ale ja nie miałem uprzedzeń, bywałem w Niemczech, znałem język. Podobnie moi koledzy. Nawiazały się bliskie kontakty, przyjaźnie, wtedy zaczęła się trwająca do dziś ścisła polsko-niemiecka współpraca w dziedzinie psychiatrii, wspólne sympozja, projekty.

Wcześniej, w latach sześćdziesiątych, wybitny krakowski psychiatra profesor Antoni Kępiński prowadził w Klinice Psychiatrycznej w Krakowie badania oświęcimskie, w których brali udział moi nauczyciele, między innymi Adam Szymusik, Maria Orwid, Aleksander Teutsch. Powstało TONo, Towarzystwo Opieki nad Oświęcimiem, które współpracowało z Maximilian-Kolbe-Werk, niemiecką organizacją pomagającą polskim więźniom obozów

koncentracyjnych. Wysyłała młodych Niemców do Auschwitz, żeby tam pracowali, poznawali przeszłość, prowadziła szeroką działalność edukacyjną w Niemczech, ale też realnie pomagała materialnie, jej członkowie działali na rzecz pojednania.

K.B.: Kiedy się zaczęła Pana osobista przygoda z Niemcami?

A.C.: Jeszcze w szkole, przez kontakty rodzinne. Dziadek wysłał mnie w ramach edukacji na wakacje do znajomych w Niemczech, zwiedzałem Jenę, Drezno, Weimar, do dziś pamiętam napis na grobie Schillera: „Młodość przemija, cnota pozostaje”. Zacząłem na tyle dobrze mówić po niemiecku, że choć nie byłem harcerzem, wyjechałem na obóz z niemiecką młodzieżą jako tłumacz. Mój wuj, farmakolog z Krakowa, był zaprzyjaźniony z profesorem Handkem, farmakologiem z Jeny, a ja bardzo zaprzyjaźniłem się z jego synem Thomasem, odwiedzaliśmy się.

Thomas i jego przyjaciele strasznie cierpieli w NRD, byli alternatywni, słuchali jazzu i cały czas myśleli, jak uciec do Niemiec zachodnich. Ja przyjeżdżałem z kraju na swój sposób wolnego, gdzie można było opowiadać polityczne dowcipy. U nich było jedno wielkie donosicielstwo, do tego pruski dryl i sowiecka bezmyślność, bano się słuchać zachodniego radia. Thomas i ja poszliśmy na medycynę. W 1967 roku, kiedy byłem na pierwszym roku, zadzwonił, że przyjeżdża z przyjaciółmi do Krakowa, a potem chcą uciekać na materacach do Szwecji. Oczywiście rozmowa była podsłuchiwana i tej samej nocy wszystkich aresztowano, a mnie przesłuchiwało SB przy placu Wolności, wzięto odciski palców. Maglował mnie jakiś magister historii, który wyznał, że mnie rozumie. O wszystkim opowiedziałem kolegom, asystentom, rodzinie, trąbiłem na prawo i lewo. O przyjaciółach z NRD długo nic nie wiedziałem.

K.B.: Co się z nimi stało?

A.C.: Poszli na kilka lat do więzienia. Potem zostali wykupieni przez zachodnioniemieckich adwokatów, za 10 tysięcy marek można było wtedy w NRD człowieka wykupić. Po kilkuletniej ciszy nagle zacząłem dostawać kartki z Japonii, Izraela i innych krajów, do których się rozjechali. Thomas na koniec wylądował w Berlinie Zachodnim, został okulistą. Oczywiście do niego pojechałem. Pamiętam jak dziś, budzę się rano, a przy łóżku leży w koperce tysiąc marek. Pytam, co to, a Thomas się śmieje i mówi: „To dla ciebie, baw się!”. Nieźle, co? W tamtych czasach. Potem handlowaliśmy pięknymi polskimi plakatami, które kupowałem od Krzysia Dydy (który prowadzi teraz w Krakowie Galerię Plakatów), plakat za 20 groszy sprzedawałem za 5 marek. Dobry zarobek jak na lata siedemdziesiąte.

K.B.: Medycynę wybrał Pan ze względu na tradycję rodzinną? Pana ojciec był snym pediatrą.

A.C.: Pasjonowałem się historią, socjologią, teatrem, ale wybrałem racjonalnie, chyba pod wpływem dziadka. Miałem wtedy 17 lat. Podobało mi się,

jak tata leczył dzieciaki pod hasłem: „Więcej słońca i piersi dla dzieci”, wystawiał je na słońce, zalecał karmienie tylko piersią. Miał prywatny gabinet w naszym domu w Konstancinie-Jeziornie koło Warszawy, ale pracował też w wielu przychodniach, działał na rzecz okolicznej wspólnoty, został honorowym obywatelem Konstancina. Nazywano go Doktor Judym. Po studiach rozważał, czy nie zostać psychiatrą, spędził rok w szpitalu psychiatrycznym w podwarszawskich Tworkach. Od razu po wojnie działał też pod Krakowem, tworzył ośrodki zdrowia, walczył o to, żeby dzieci miały dobry wzrok, proste kręgosłupy, zdrowe zęby, opiekował się całymi rodzinami. I tu, i tam mieliśmy dużą rodzinę. Poszedłem na medycynę w Krakowie, ale nie porzuciłem swoich zainteresowań, w szczególności teatru, który był jedną z odtrutek na rzeczywistość. Dla teatru zrobiłem nawet rok przerwy w studiach. W 1967 roku założyliśmy z kolegami Teatr Akademii Medycznej „Tam”.

K.B.: Występował Pan?

A.C.: Tak, a nawet byłem kierownikiem. Klub Znak udostępnił nam pomieszczenia, skrzyknąłem bliskich ludzi, przyszli do nas Tadeusz Huk, Leszek Świgoń. Ula Kenar robiła scenografię... *Spiritus movens* teatru został Ryszard Major, student polonistyki i reżyserii teatralnej. Założył potem teatr polonistów Pleonazmus, z którym poszedł w stronę eksperymentów z językiem.

K.B.: Co graliście?

A.C.: Adaptacje Różewicza, Peipera, Białoszewskiego, Bursy. Chcieliśmy opowiadać o ludzkich przeżyciach, uczuciach językiem, który w centrum zainteresowań miał zderzenie jednostki z grupą, jej nonkonformizm. Nie chcieliśmy być jednoznaczni, publicystyczni, to nie był teatr faktu, ale obrazu, ekspresji, poezji. Najmocniej wyraziło się to w spektaklu *Niech żyje król i królowa*, w którym mówiłem: „Wodę sprowadzamy z gór, ale ciągle mamy deficyt”, i cała sala doskonale wiedziała, że chodzi o pragnienie wolności. Wtedy wszystko było dwuznaczne. Kiedy w Teatrze STU Mietek Franaszek mówił: „A wszystko to działo się na uniwersytecie... – tu następowała długa pauza – ...berlińskim”, to wszyscy wiedzieli, że chodzi o UJ albo UW. W tamtym czasie nie było innej możliwości zmanifestowania swojej postawy niż poszukiwanie alternatywnego miejsca w świecie. To był przejaw naszej niezgody.

Zawsze interesowałem się teatrem. W czasach licealnych oglądałem wszystko, co się dało, chodziłem do Teatru Żydowskiego, widziałem *Idę Kamińską*. W wojsku w Lidzbarku Warmińskim przekonałiśmy oficerów politycznych, że przedstawienie dla okolicznych mieszkańców na 22 lipca będzie największą zasługą Wojska Polskiego. Zgodzili się, w nagrodę dostałem pięć dni urlopu i mogłem pojechać do żony.

K.B.: W Środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego im. Profesora Antoniego Kępińskiego od lat wykorzystujecie teatr w celach leczniczych.

A.C.: Dramaterapia to jest nasze *spécialité de la maison*, jedno z najważniejszych narzędzi terapeutycznych dla osób ciężko chorujących psychicznie. Najczęściej sięgamy do Szekspira. Trzy lata przebywał u nas Volkmar Sippel, który zrobił w Hamburgu doktorat o tej metodzie.

K.B.: Na czym ona polega?

A.C.: Osoby, które przeżyły traumy, rozdarcia, zranienia, popadły w ciężką chorobę, mogą się zmierzyć ze swymi historiami nie poprzez osobistą opowieść, ale poprzez rolę. Grają kogoś innego, ale dobrze, jeśli rola dotyczy ich problemu, na przykład ktoś doświadczył zdrady, a gra postać, która ma konflikt lojalności. To reaktywuje jego osobistą traumę, lecz nie jest to jego historia. Albo osoba, która nie akceptuje swojego ciała, siebie jako kobiety, boi się więzi, bliskości, gra na scenie kochankę.

Nasi pacjenci ćwiczą miesiącami, a nawet latami, najpierw występując w chórze, potem grając małą rolę, na koniec główną. Cały czas są w strukturze, która zapewnia im poczucie bezpieczeństwa. Chodzi o to, żeby pokonali trudności i odnieśli zwycięstwo, którym jest wystawienie spektaklu i oklaski publiczności. Osoba chorująca angażuje się czasem na kilka lat, długo przygotowuje się spektakl, potem grany latami. Jest kilka grup pracujących w różnym tempie, kilka osób stanowi trzon, dochodzą nowe, role są dublowane. Ważne jest, żeby chory w ogóle przyszedł i uczestniczył. Często dopiero dzięki temu decyduje się na psychoterapię. Grupa teatralna spotyka się co poniedziałek, na pięć godzin, od 30 lat.

K.B.: Mówmy o ciężko chorych?

A.C.: Tak, bardzo ciężko chorych. Ale zdrowi też by się mogli tego nauczyć.

K.B.: Wracając do czasu studiów, jakie miał Pan inne odtrutki?

A.C.: Po zajęciach w prosekutorium szliśmy grupą do kościoła Świętej Anny na wieczorną mszę, nawet w tygodniu. Odprawiał ją ksiądz Adam Boniecki, był w duszpasterstwie akademickim, kiedyś powiedział: „Przyjdźcie do mnie do domu”. Mieszkał u Anny i Jerzego Turowiczów na Lenartowicza, potem chodziliśmy tam regularnie raz w tygodniu. Czytało się Ewangelię, rozmawiało o nadawaniu sensu życiu i o tym, co Boniecki ma powiedzieć na kazaniu następnego dnia. On mówił, że to jest pomoc dla niego. Do dziś zresztą to robi. Dyskutowaliśmy też o literaturze, teatrze, Boniecki czytał wiersze Tuwima, Gałczyńskiego, robił to świetnie. Od razu stał mi się bliski przez swoje głębokie, społeczne widzenie rzeczywistości. To była otwarta, tolerancyjna społeczność, ludzie mówili: „Szukam Boga, do mnie jeszcze nie przemówił”, byli też niewierzący.

K.B.: A Pan? Pana rodzina?

A.C.: Byłem wierzący, ale niezbyt gorąco. Dom nie był przesadnie religijny, aczkolwiek po stronie mamy mieliśmy zaprzyjaźnionego z Karolem Wojtyłą księdza Andrzeja Bazińskiego, mojego wujka. Na przykład taka sy-

tuacja w Konstancinie: dziadek reperuje auto, klocek, na którym stało, nagle się wysuwa, mało brakowało, a samochód by go przygniótł. Dziadek mówi do mnie: „Kłękamy, pomodlimy się”. A więc jesteśmy pod okiem Opatrzności, ktoś patrzy? Czy staramy się być dobrzy czy źli? Ja chciałem być dobry.

W czasach wizyt u Bonieckiego szukałem Boga, pogłębienia wiary, odpowiedzi na pytanie, czy jestem dobrym człowiekiem, chrześcijaninem i z czym jest mi trudno, bo chrześcijaństwo jest wymagające. Żyliśmy wtedy z przyjaciółmi życiem alternatywnym, na pograniczu budzącym wątpliwości. Noce spędzaliśmy w teatrze, nie żyliśmy świątobliwie. Moja wewnętrzna religijność stawiała różne znaki zapytania. Kiedy w czasie studiów poznałem moją przyszłą żonę, dużo o tym rozmawialiśmy, ona była wtedy niewierząca, ale chcieliśmy oprzeć życie na religijnych wartościach. Czułem, że dwie tablice mają głęboki sens w życiu.

K.B.: Po studiach pracował Pan w dużym szpitalu psychiatrycznym.

A.C.: Zacząłem w wielkim Szpitalu im. Doktora Józefa Babińskiego w Kobierzynie i miałem poczucie, że taki szpital to opresja. Przyszedłem z teatru, ze wspólnoty, podczas praktyki wakacyjnej otarłem się o alternatywą w stosunku do reszty psychiatrycznego krajobrazu Klinikę Antoniego Kępińskiego. Na szczęście dalej mogłem tam bywać, po pracy w szpitalu jechałem na oddział dzienny prowadzony przez profesora Jerzego Aleksandrowicza, siedziałem tam do wieczora.

W Klinice były diametralnie inne warunki pracy – mała grupa pacjentów, 12 osób, skupianie się na człowieku, historii jego życia, myślenie w kategoriach psychoterapeutycznych. W szpitalu w Kobierzynie też próbowałem rozpychać się po swojemu, zrobiłem kawiarnię, zwoziłem gazety ilustrowane, żeby pacjenci zaczęli czytać. Szpital to była etatowa praca, Klinika – wolontariat. Żyłem w dwóch światach.

K.B.: Nie mógł Pan pracować tylko w Klinice?

A.C.: W tamtych czasach Klinika Psychiatryczna w Krakowie to było małe, zamknięte, elitarne grono. Przychodziło się tam dopiero, kiedy ktoś z kolegów odszedł do innego świata. Niosło się trumnę i wchodziło na jego miejsce. Ja poniosłem trumnę Olka Teutscha, wróciłem wtedy specjalnie ze Szwajcarii. Bogdan de Barbaro dostał etat po zmarłej Małgosi Dominik. Jurek Zadęcki kilka lat pracował jako salowy, był też taki wariant.

K.B.: Co Pan robił w Szwajcarii?

A.C.: Najpierw dorabiałem jako kelner w knajpie w Bazylei. Miałem już żonę, dwoje dzieci, kończyły się moje studia doktoranckie. W 1979 roku miałem dostać pracę pokojowego w szpitalu psychiatrycznym w Pfäfers, ale wysłałem papiery i zatrudniono mnie jako asystenta. Dostałem mieszkanie 200 metrów kwadratowych, 2000 dolarów pensji i dodatek za rozłąkę. Szeffem był Polak doktor Kazimierz Bieliński, który przyszedł z armią Andersa do Szwajcarii i został tam. Znalazłem się w niezwykłym dla mnie świecie,

szpital był wprawdzie aż na 300 łózek, ale dyrektor dwa razy w tygodniu go obchodził, każdemu pacjentowi podawał rękę, zwracał się po nazwisku, można było się poskarżyć, wyżalić. W Szwajcarii chodziłem na wykłady w dawnej klinice Bleulera, poznawałem psychiatrię środowiskową, której uczyłem się w Zurychu u profesora Uchtenhagena. Widziałem, jak wielki psychiatra Luc Ciompi tworzy Soterię w Bernie, jak ludzie zdrowieją tam pod wpływem obecności innych. To była potężna dawka inspiracji.

K.B.: W Soterii leczono obecnością?

A.C.: Czasem trochę wspomagano się lekami. Pokój, białe ściany, materace, sześcioro terapeutów na sześcioro pacjentów, często też wolontariusze towarzyszący pacjentom w jedzeniu, myciu się, uczący się bycia z nimi, obecności. W Szwajcarii zobaczyłem struktury pozaszpitalne, mieszkania chronione, hostele, pracę z rodzinami, programy edukacyjne. Były w to wciągnięte gminy, lekarze rodzinni, pracownicy społeczni, księża, niepracujący mieszkańcy. Marzyłem, żeby tak działać w Polsce. Kiedy na studiach zetknąłem się z bardzo postępową wtedy kliniką Kępińskiego, panował tam rodzinny klimat, atmosfera szacunku, ale dalej stosowano elektrowstrząsy, były sale, gdzie robiono kuracje insulinowe – pacjent dostawał insulinę, po której zapadał w sen.

K.B.: Elektrowstrząsy nadal stosuje się w szpitalach?

A.C.: Tylko ze wskazań. Nawet w trybie ambulatoryjnym – pacjent po zabiegu idzie do domu. Nigdy nie zostały potępione w czambuł, ale zmieniła się kultura leczenia, teraz stosuje się je w ściśle określonych warunkach, w uśpieniu.

K.B.: A kuracje insulinowe? Po co?

A.C.: Sen to zdrowie, bo sen leczy. Wybudzało się pacjenta za pomocą słodkiego syropu – sen i słodycz, ale żeby w tym śnie, podczas którego się pościł, nie dostał na przykład zapalenia płuc, cały czas musiał ktoś przy nim być, wycierać go, być w kontakcie z jego ciałem, postępować jak z niemowlakiem. Potem Anglicy napisali książkę *A Landmark in Psychiatric Progress? The Role of Evidence in the Rise and Fall of Insulin Coma Therapy*, dawali pacjentom zamiast insuliny leki nasenne i mieli takie same efekty. Wycofano się z niej, zrozumiano, że to kontakt, obecność, dotykanie, wyciszenie, sen powodują, że dysharmonia dopaminy w układzie limbicznym ulega harmonizacji tak jak przy podawaniu insuliny. Psychiatrzy pomyśleli: „Będziemy tworzyć taki klimat”, i stworzyli Soterię – *soter* znaczy zbawca.

Muszę jednak powiedzieć, że widziałem spektakularne efekty działania insuliny, leczyło się w ten sposób ciężkie psychozy, schizofrenię, nie nerwice.

K.B.: Nie żał było Panu wyjeżdżać ze Szwajcarii?

A.C.: Szwajcaria miała nie tylko dobre oblicze. Przy wielkich swobodach politycznych miałem tam poczucie opresyjności społecznej. Odwrotnie niż w Krakowie. Wszystko zostało tam uregulowane, było dokładnie wiado-

mo, gdzie pies może zrobić siusiu, jak może się poruszać krowa w Alpach. W moim kantonie, jeśli ktoś poszedł do kościoła, ale nie przystępował do komunii, to cały kościół się w jego stronę odwracał, bo były dwie możliwości: albo coś wczoraj ukradł, albo cudzołożył. Jeśli cudzołożył, sąsiad miał prawo zadzwonić po policję.

K.B.: Odnalazł się Pan w krakowskiej Klinice? Antoni Kępiński już nie żył, zmarł w 1972 roku.

A.C.: Przyszedłem tam dwa lata później i zastałem Klinikę w depresji, bo śmierć dotyka nie tylko ludzi, ale też instytucje. Kępiński był charyzmatyczną postacią, wszyscy byli bardzo smutni, nie mogli przeżyć traumy jego odejścia, po jego śmierci kilku pacjentów podjęło próbę samobójczą nad jego grobem. Przyszedłem do Kliniki z Bogdanem de Barbaro; ściągnęliśmy gromadę młodych pracowników, pełnych energii ludzi nastawionych na rodziny, dzieci, zabawę. Zaczęliśmy tańczyć, śpiewać, łamaliśmy ten smutek. Pacjentów zabieraliśmy w góry. To dawało efekty.

K.B.: Mówił Pan o nawiązanych w latach osiemdziesiątych przyjaźniach z niemieckimi psychiatrami i trwającej do dziś współpracy. Jak to było?

A.C.: Jest wieczór w Krzysztoforach, spotykają się wszyscy uczestnicy sympozjum, stoję sobie z boku, nagle ktoś zagaja mnie całkiem niezłą polszczyzną, to Fryderyk Leidinger, asystent Klausa Dörnera, znający świetnie historię polską i nie tylko, geniusz językowy. Ja odpowiadam mu po niemiecku. Przychodzi do mnie do domu na Grottgera, pijemy wódeczkę, gadamy całą noc, okazuje się, że podobnie myślimy. Uznajemy, że na tym nasza znajomość nie może się skończyć, musimy współpracować. Takie wnioski jednocześnie wyciągnęły też inne osoby, w innych mieszkaniach, bo polska strona zdecydowała, że goście nie będą mieszkać w hotelach, tylko w prywatnych domach. Leidinger przyszedł do mnie, a Klaus Dörner – do Adolfa Gawalewicz, autora książki *Refleksje z poczekalni do gazu. Ze wspomnień muzułmana*. Usiedli razem do kolacji. Dzieci katów z wizytą w świecie ofiar. Nie wiedzieli, jak będą przyjęci, byli poruszeni, że ich wysłuchano. Potem Leidinger przetłumaczył Gawalewicza na niemiecki ze wstępem premiera Raua.

K.B.: Co was łączyło?

A.C.: Stosunek do człowieka i pomysł na psychiatrię. Przyjechali do nieznanego, odciętego kraju, przychodzą na oddział dzienny w Klinice, który wygląda jak moje mieszkanie, fortepian na środku salonu, pacjent chory na schizofrenię coś sobie podgrywa, w kuchni gotuje się bigos. Mówią: „Oddział w środku miasta to jest ta psychiatria, o którą chodzi! Niesamowite. Wy też tak robicie!”. My: „Tak, w tym pokoju w każdą środę rozmawiamy z rodzinami”. „Naprawdę? Wy tak samo jak my napisaliście o uwolnieniu rodziny od poczucia winy za chorobę bliskich. To wy nie inspirowaliście się nami?!”. Myślenie równoległe, oni pierwszy raz usłyszeli o Kępińskim, a my

na przykład o Karlu Peterze Kiskerze, psychiatrze z Hanoweru. My więcej wiedzieliśmy o nich, oni o nas nic.

Ale były też różnice zdań, my nie wierzyliśmy w Jaruzelskiego i nie lubiliśmy, jak obrażało się naszego papieża. Fryderyk Leidinger mówił: „Ja bym chętnie wymienił Kohla na Jaruzelskiego”. A ja, że bardzo chętnie, i dodawałem: „Ty kupujesz sobie 20 płyt, a mnie ledwo stać na jedną, troszkę mnie to irytuje”. To byli lewicowcy, w części nawet komunizujący. Fryderyk, ateista, nigdy nie miał nic wspólnego z wiarą katolicką, choć ze względu na drugą żonę, Irankę – pierwsza była Polką – wziął ślub w meczecie. Typowy Niemiec uciekający od niemieckości.

Rezvan, jego żona, jest psychiatrą i lgną do niej pod opiekę Polacy; ma w sobie coś ciepłego i opiekuńczego. Kiedy w tamtych czasach dyskutowaliśmy o psychiatrii środowiskowej, mówiłem: „U nas to chyba trzeba robić psychiatrię parafialną, bo jedyną strukturą administracyjną, która łączy, wiąże ludzi, gdzie są za siebie współodpowiedzialni, spotykają się w jednym miejscu, są parafie. Musimy nauczyć księży, jak mądrze postępować. Tak zresztą jest w Szwajcarii, gdzie ksiądz, pastor należy to teamu, wraz z pracownikiem socjalnym i przedstawicielem szkoły; razem troszczą się o sytuację społeczną w gminie”.

K.B.: Nie dziwili się?

A.C.: Dziwili, ale siedzieli cicho. Robiliśmy im polityczną edukację nie przez gadanie, ale przez dobry przykład. Mówiłem: „Idziemy na dziewiętnastkę do Dominikanów”. Na mszę na godzinę 19. Taka edukacja – Oświęcim, a potem msza u Dominikanów. Pytają: „I co tam zobaczymy?”. Ja: „10 tysięcy studentów, którzy się modlą, śpiewają”. Szli, patrzyli i nie mogli zrozumieć, bo u nich były puste kościoły. Przez lata zabierałem na dziewiętnastkę kolejne grupy, żeby zrozumieli, że są różne konteksty, wrażliwości, trzeba się szanować.

K.B.: Stosuje Pan terapię teatrem, pana zdaniem religia też leczy?

A.C.: Pacjenci zaangażowani religijnie, a jest takich wielu, szukają w religii otwarcia na drugiego człowieka, ufności. Jeśli zdobywają dojrzałą wiarę, ale nie w Boga, który jest surowy, okrutny, odrzucający i straszy piekłem, tylko w Boga pełnego miłości, który jest dla nich oparciem, to ta wiara ma olbrzymią siłę leczącą. W naszym systemie opieki i leczenia oprócz psychiatrów są księża, wspólnie dyskutują, jak rozwiązywać problemy chorych, co jest dla nich najodpowiedniejsze. Profesor de Barbaro razem z jezuitą księdzem profesorem Antonim Jarnuszkiewiczem, naszym przyjacielem z jednego rocznika na medycynie, od 15 lat prowadzi wspólne seminarium dla psychiatrów i księży, na którym porusza się też sprawę egzorcyzmów.

K.B.: Akceptujecie egzorcyzmy?!

A.C.: W Polsce blisko połowa pacjentów, jeśli ma problemy psychiczne, zwraca się do księdza. Jeśli przychodzi z poważniejszymi zaburzeniami, to

często rozważane są różnego rodzaju egzorcyzmy, poczynawszy od uzdrawiającej modlitwy, przez uzdrawiające msze, które też są formą egzorcyzmu, do egzorcyzmów *sensu stricto*. Na ogół o ich przeprowadzenie proszą osoby bliskie, rodzina, czasem sami chorzy. Liczba egzorcystów w Europie, w Polsce bardzo się ostatnio powiększyła.

Dyskusja o tym, czy ze względu na przeżywanie, religię, kontekst rodzinny jest to słuszna interwencja, jak powinna być łączona z interwencją psychiatryczną, jak te języki, nie wykluczając siebie nawzajem i zachowując swoją odrębność, mają współpracować, jest bardzo poważną sprawą. Na przykład w wypadku psychozy są absolutne przeciwwskazania. W Polsce Kościół jest ciągle partnerem, z którym my, psychiatrzy, terapeuci powinniśmy umieć rozmawiać. A księża powinni przechodzić szeroko rozumianą edukację.

K.B.: Czyli?

A.C. Bardzo często zdarzają się powołania osób poważnie zranionych. Powinny one przez okres formacji, nowicjatu nauczyć się mówić o tych zranieniach, o swoich uczuciach, być ich świadome, żeby potem nie uciekać, kiedy słyszą o podobnych doświadczeniach w konfesjonale czy w zwykłej rozmowie. Jeśli tacy księża sobie ze sobą nie poradzą, mogą nie chcieć czegoś słyszeć, od pewnych tematów się odwracać, mówić, że to do nich nie należy, nie dać osobie, która przysłała w zaufaniu, poczucia, że została wysłuchana. Księża muszą być empatyczni, przybliżyć się do czyjegoś życia, przeżywania, w żadnym wypadku nie oceniać. Powinni umieć wyczuć, co na przykład jest u ich penitentów patologicznym poczuciem winy, na granicy kompulsywności. I umieć ich skierować do profesjonalisty.

Często wystarczy jedna ważna, udana rozmowa, po której ludzie mówią: „Otworzyła mi się nowa perspektywa”. Czasem rozmowa, która się kiedyś nie odbyła, byłaby skuteczniejsza niż późniejsza długa psychoterapia. Coraz więcej księży i zakonnic kończy psychologię, mają certyfikat psychoterapeutyczny. Jezuici prowadzą taką formację, salezjanie. Mamy wspólnych pacjentów. Ale to ciągle za mało.

K.B.: Wróćmy do reformy psychiatrii. Jak się udała w Niemczech? Co jest u nas? Uczestniczy Pan czynnie w forsowaniu zmian prawnych.

A.C.: W latach osiemdziesiątych opowiadaliśmy sobie z Niemcami o podobnym pomysle na psychiatrię zbudowaną na kontakcie, relacji, zespole terapeutycznym, alternatywnych sposobach leczenia, buncie wobec instytucji. Niemieckim psychiatrom udało się przekonać polityków. Za zgodą czterech głównych partii została powołana komisja do spraw zbadania sytuacji niemieckiej psychiatrii. Przyjrano się wielkim szpitalom, zresztą od dawna prowadzono już badania, które pokazały, że przez swoją bezosobowość, izolowanie pacjentów działają przeciwko zdrowiu, powodują tak zwaną chorobę szpitalną. Sprawa stała się publiczna, głośna, prezydent Weizsäcker powiedział, że obecność i współudział chorych psychicznie w życiu i nasz stosunek

do nich są papierkiem lakmusowym wartości życia społecznego. Na reformę psychiatrii przeznaczono olbrzymie pieniądze, była to największa po wojnie reforma społeczna w Niemczech.

K.B.: A gdzie my jesteśmy z psychiatrią, z reformą?

A.C.: Ciągłe daleko od celu. Ciągłe dyskutujemy, co jest jądrem relacji, co gwarantuje więzi, co je niszczy, kiedy budujemy zaufanie. Żeby jednak o to zadbać, musimy wielką, zuniformizowaną instytucję przekształcić w wiele rodzinnych, funkcjonalnych, bliskich życia ośrodków. W Krakowie to robimy. Środowiskowe Centrum im. Profesora Antoniego Kępińskiego łączy w jedną wspólnotę 14 instytucji, w tym Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego, organizacje pozarządowe pacjentów i rodzin, nieprofesjonalistów. Nacisk położony jest na życie poza murami, w środowisku, pomaga pacjentom, rodzinom, chorym.

Symbolem są dwa hotele U Pana Cogito, gdzie od 15 lat osoby chorujące na schizofrenię we współpracy z profesjonalistami prowadzą trójgwiazdkowy pensjonat nagrodzony przez hotelarzy. Mieszkali tam nie tylko goście z całej Polski, ale też turyści z 45 krajów, jedli tę schizofreniczną zupę, smakowała im, wracali, polecali innym. To ma nieprawdopodobną funkcję edukacyjną, przełamuje mity, uprzedzenia. Ale to kropla w morzu potrzeb. Aby przeprowadzić zmianę w skali kraju, psychiatria musi się stać dziedziną priorytetową w polityce państwa, potrzebna jest zmiana prawa i wcielenie go w życie.

K.B.: Jaki jest stan na dziś?

A.C.: Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 roku zabezpieczała rzecz fundamentalną, czyli prawa pacjentów, ale nie reformę ani jej finansowanie. W 2008 roku pojawił się Narodowy Program Zdrowia Psychicznego, ale bilanse z lat 2011–2015, podsumowania, ocena NIK-u pokazały, że reforma udała się tylko w 10–30%, w zależności od gminy.

Teraz mamy nową ustawę, od października 2018 roku weszło rozporządzenie i wreszcie zaczyna się reforma, choć na razie na próbę. Przewidzianych jest 29 pilotaży, które obejmą 3 miliony obywateli. Za chwilę będziemy mieli ich 41. Będziemy przekształcać model psychiatrii w Polsce w kierunku, o którym cały czas opowiadam, na przykład zastępować szpitale psychiatryczne oddziałami w szpitalach ogólnych lub te już istniejące przekształcać w dużym stopniu na specjalistyczne i lepiej wykorzystywać. Ważne, żeby te nędzne środki, które były do tej pory przyznawane psychiatrii, zwiększały się i ważne jest zahamowanie odpływu kadr. Przez olbrzymie, wieloletnie zaniedbania w Polsce jest o 30% psychiatrów za mało, tysiąc wyjechało do pracy za granicą, jesteśmy pod tym względem na szarym końcu, gorzej jest tylko w Bułgarii. Chodzi o to, żeby psychiatria nie była stygmatyzowana, marginalizowana, żeby była traktowana na równi z medycyną somatyczną, a tak nie jest.

K.B.: Przez dziesięć lat prowadził Pan program – kampanię „Schizofrenia, otwórzcie drzwi”.

A.C.: Byłem koordynatorem krajowym akcji WHO w latach 2000–2010. Ich kampania opierała się na krytyce – jesteście niedobrzy, odrzucacie, nie widzicie, nie akceptujecie, a ja powiedziałem: „Popatrzmy na to, co dobre” – pracodawca zatrudnił chorego, świetnie, zobaczcie, jak znakomicie można wspólnie robić teatr, oglądać malarstwo. Postawiliśmy na opowiadanie o dobrych praktykach, na włączenie pacjentów i rodzin we wspólny program edukacji społecznej. Trzeba łączyć ludzi w tym, co mogą robić ponad podziałami, różnice i tak będą, nic nie zlikwiduje odrębności, bo jest ona genetycznie i kulturowo wpisana w historię człowieka.

K.B.: Pracował pan jako psychiatra w Niemczech. Czy Niemcy mają problemy inne niż Polacy?

A.C.: Problemy ludzkie są uniwersalne, kontekst społeczny tylko częściowo określa człowieka, nie demonizujemy go. Jeśli mój pacjent czy pacjentka ma problem z samotnością, to jest on uniwersalny, choć może w Niemczech jest on nasilony. Kiedy pytam: „Kiedy pan ostatnio zjadł obiad z rodziną?”, mogą usłyszeć, że 20 lat temu. W Polsce taka odpowiedź zdarza się rzadziej. U nas osoby chorujące psychicznie w większości żyją w rodzinach, to też jest różnica, w Niemczech opieka jest zinstytucjonalizowana. Kiedy przeprowadzano tam reformę, zorganizowano wielką liczbę mieszkań, w których chorzy zamieszkują po kilka osób, dochodzi do nich pracownik socjalny. Był okres, że w Hesji przeznaczono na ten cel 4 tysiące mieszkań.

K.B.: Czy jako psychiatra Pan wie, co robić z faszystami? Z ONR-em?

A.C.: Cały czas rozmawiać. Nie widzę innej drogi w życiu społecznym niż dialog. Przerwanie rozmowy jest katastrofą. Psychiatryzy wiedzą, że trzeba rozmawiać na siedząco, w małej grupie, że tłum nie stwarza dobrej sytuacji do rozmowy. Rozumieją, że zło może być nawet w sercu człowieka, który stoi po słusznej stronie. Człowiek jest bardzo skomplikowany, zbudowany na sprzecznościach, które nim targają. Jeden człowiek stara się postępować raczej dobrze niż źle, a inny się nie stara, ale to nie znaczy, że ten pierwszy jest tylko dobry, że jest aniołem. Jeśli widzimy tylko belkę w oku drugiego, to sytuacja zaczyna być krytyczna.

Wiemy, że w społeczeństwie jest 1–2% ludzi z dużym potencjałem agresji. Taki człowiek w pewnym kontekście może się stać najemnikiem na jakiejś wojnie, sadystą w rodzinie, pedofilem niszczącym życie dzieci. Jak postępować z takimi ludźmi, to jest prawdziwy problem, ale nie jest tak, żeby grupa samych takich osób ułożyła się w ONR albo jakiś inny R. Ona układa się w ten sposób najczęściej w strukturach mafijnych, podziemnych, terrorystycznych. I tutaj rzeczywiście społeczeństwa mają problem, jak kontrolować ich agresję. Te pozostałe 98% społeczeństwa też jest skażone złem, ale to inny potencjał wyjściowy i inna debata.

K.B.: Zawsze trzeba szukać tego, co łączy. To trudne, ale można szukać wspólnych celów. Nie chcę szukać wspólnych celów z kimś, kto bije cudzoziemców na ulicy.

A.C.: Na to muszę odpowiedzieć tak: „Ja też nie chcę z nim mieć do czynienia, aczkolwiek może przyjść do mnie jako pacjent”. To są poważne problemy etyczne. Moja przyjaciółka Ala Elczewska, emigrantka '68, prowadzi w Kopenhadze centrum dla Palestyńczyków strauatyzowanych przez Żydów. To jest dopiero łamigłówka. Dotykamy tu delikatnej sprawy. Przekonanie, że jest tylko jedna racja, to katastrofa.

Bardzo martwią mnie podziały w Polsce, szukam sposobu, jak psychiatrię wyjąć poza nawias wojny i zrobić wspólną sprawą, dobrem narodowym, takim jak na przykład gospodarka energetyczna. Psychiatrzy powinni być rozjemcami, nie mogą się wikłać w spory jako strona. Moją partią polityczną jest psychiatria środowiskowa.

V. SOLIDARNOŚĆ W DZIAŁANIU – POMIMO PANDEMII COVID-19, TRAUMY I WOJNY

Michał Piętniewicz

ROZWAŻANIA O SOLIDARNOŚCI W DZIAŁANIU – POMIMO PANDEMII COVID-19, TRAUMY I WOJNY

Dwie rzeczy zaskoczyły nas – chorujących psychicznie: wybuch pandemii i, w późniejszym czasie, wybuch wojny w Ukrainie 24 lutego 2022 roku. O ile pandemia nauczyła nas nowych form komunikacji, mimo bardzo stresującej izolacji i braku kontaktów towarzyskich, o tyle wojna była dla nas przerażającym ciosem, wywołującym lęk o własne domostwo. Czasopismo „Dla Nas” zareagowało na te dwa fakty stosownym komentarzem. Dla mnie, jako chorującego, były to bardzo trudne doświadczenia, choć w każdej, najgłębszej nicości, można zobaczyć jakieś światło. Niektóre sprawy, mimo swoich okropieństw, zyskują jakby inny, dodatkowy sens w dalszej perspektywie. Jako Redakcja czasopisma „Dla Nas” oraz jego wydawcy, czyli Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi” i Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, wyrażamy głęboką solidarność z narodem ukraińskim i niezwykle współczujemy mu sytuacji wojny. Na pewno utrata z dnia na dzień dobytku całego życia, nagła zmiana życia wywołuje ogromny stres, który odbija się na psychice. Jest to sytuacja zgoła nierealna, a jednocześnie wywołująca bardzo realny, dojmujący ból. W Polsce zorganizowany jest wolontariat dla uchodźców z Ukrainy, w którym pracują również osoby po kryzysach psychicznych; dodam, że jest to praca bardzo ciężka i wyczerpująca.

Nasza pomoc dla chorujących psychicznie Ukraińców i ich psychiatrów ma długą solidarnościową tradycję. Polska psychiatria środowiskowa jest w kontakcie z psychiatrią ukraińską, od wielu lat świadcząc sobie wzajemne wsparcie. Również polskie państwo oferuje Ukrainie wszelaką pomoc – w tym darmowe leczenie dla osób chorujących. Trwają zbiórki leków i artykułów pierwszej potrzeby dla wewnętrznych uchodźców na Ukrainie (w Krakowie transporty organizowane są przy współpracy Bractwa Kurkowego), a dla uchodźców z Ukrainy działają punkty zgłoszeniowo-koordyna-

cyjne, w których mogą porozmawiać o swoich problemach z psychologiem czy psychoterapeutą.

COVID-19 znów przybiera na sile. Być może znów grozi nam izolacja. Będzie to szczególnie dotkliwe dla samotnych, chorujących psychicznie osób. Pomimo pandemii należy jednak starać się zachować zimną krew i nie reagować histerycznie na kolejne doniesienia medialne, które podnoszą tylko temperaturę i ciśnienie; media bowiem od lat karmią nas negatywnymi informacjami, które niestety są najchętniej i najczęściej oglądane.

Nam, chorującym psychicznie, pozostaje w tej sytuacji stać w pozycji wyprostowanej i pomimo wszystko patrzeć ufnie w przyszłość, albowiem dzielność zmagania się ze swoją chorobą znajduje bezpośrednie przełożenie na dzielność postawy wobec rzeczywistości, czego wszystkim chorującym psychicznie z całego serca życzę. Nie poddawajmy się ceniom!

Dodam, że ostatnio obowiązującą lekturą w naszych stowarzyszeniach stał się list Stanisława Lema do Michaela Kandla, amerykańskiego sławisty i tłumacza literatury polskiej, w którym Lem pisze o „ekstremalnej zaciekłości Rosjan”. Barbarzyństwo rosyjskich żołnierzy, ujawniające się w zwierzęcych zachowaniach wobec niewinnej ludności cywilnej, jest widoczne także dzisiaj, w trakcie trwającej wojny w Ukrainie. *Historia magistra vitae est* – tak, to prawda, ale czy na pewno wszyscy wyciągamy wnioski z jej niekiedy bardzo ponurych lekcji?

Monika Syc

W OBLICZU TRAGEDII I ŚMIERCI. STANOWISKO OSÓB CHORUJĄCYCH PSYCHICZNIE W SPRAWIE ZABÓJSTWA PREZYDENTA PAWŁA ADAMOWICZA¹

Autorka zabiera głos w imieniu Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi” w Krakowie i Akademii Liderów Cogito, która zrzesza osoby z doświadczeniem choroby psychicznej z całego kraju. Akademia powstała, by poprzez działalność edukacyjną, medialną i publicystyczną wspólnie przeciwdziałać stygmatyzacji i wykluczeniu osób chorujących.

Chcę zwrócić uwagę na kwestię i temat choroby psychicznej w kontekście niedawnej tragedii i śmierci prezydenta Gdańska – Pawła Adamowicza, ugodzonego nożem w czasie finału Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy 13 stycznia 2019 roku. W mediach bardzo nośna stała się informacja, ujawniona przy okazji omawiania tego nieszczęśliwego zdarzenia, że zabójca jest chory na schizofrenię. Nie była to wiadomość oficjalnie potwierdzona, lecz przeciek dziennikarski.

Jaki jest cel informowania opinii publicznej o podejrzewanej schizofrenii u sprawcy? To wyraźne skojarzenie schizofrenii z agresją. Automatycznie uruchamia nagonkę na osoby chorujące psychicznie. Uważamy, że w mediach nie powinno się identyfikować choroby z zabójstwem. Pamiętajmy, że śledztwo w tej sprawie dopiero się zaczęło, a tymczasem często słyszymy wyrok: „Wiecie Państwo, to jest schizofrenia...”. Bardzo mały odsetek ludzi chorujących psychicznie popełnia przestępstwa, co jest faktem i czego dowodzą statystyki. Czy jeśli sprawca byłby chory na serce i leczył się kardiologicznie, należałoby mówić i pisać, że ma na przykład ciężką wadę serca, i sugerować korelację tego problemu zdrowotnego z popełnieniem zbrodni? Przecież to

¹ Pierwodruk: „Dla Nas” 2019, nr 40, s. 3. Przedruk za zgodą redakcji.

byłoby absurdalne. Dlaczego więc pisząc i mówiąc o zbrodni (nie tylko tej z 13 stycznia 2019 roku), podaje się w formie sensacji fakt chorowania na schizofrenię czy inną chorobę psychiczną?

Mamy poczucie, że wynika to z niewiedzy o objawach i leczeniu zaburzeń psychicznych (leczeniu często bardzo skutecznym), a co za tym idzie – ze stereotypów i uprzedzeń krążących wśród społeczeństwa, zatem również ludzi mediów. Przecież schizofrenia nie musi być i najczęściej nie jest przyczyną przemocy. Statystyki mówią, że spośród osób skazanych za przestępstwa mniej niż 1% to osoby chorujące psychicznie. Widać więc wyraźnie, że 99% przestępców to osoby psychicznie zdrowe. Prawda jest taka, że znacznie częściej osoby chorujące psychicznie są ofiarami przestępstw lub są autoagresywne (mają myśli i podejmują próby samobójcze).

Ponadto z chorobą psychiczną utożsamia się powszechnie występujące w społeczeństwie zaburzenia (co dotyczy 25% każdej populacji), a szczególnie zaburzenia osobowości, które nie są tym samym co choroba psychiczna. Określenia typu „wariat z nożem” pojawiające się w doniesieniach medialnych są nie do przyjęcia i bardzo nas, osoby chorujące psychicznie, ranią i krzywdzą, gdyż generalizują i przenoszą problem przestępczy nielicznych jednostek na całą grupę osób chorujących psychicznie, zwłaszcza na schizofrenię. **Osoby publiczne, w tym ludzie mediów, muszą być świadomi odpowiedzialności za swoje słowa.** Aby mogli rzetelnie informować, potrzebna im jest wiedza. Nie powinni używać schizofrenii do porażania odbiorców sensacją. To tworzy, a właściwie wzmacnia, istniejący już przecież od stuleci, a coraz bardziej nieprzystający do współczesnej wiedzy, stanu i możliwości psychiatrii, negatywny i odpychający obraz osoby chorującej psychicznie. Krzywdzące jest pisanie czy mówienie o schizofrenii sprawcy w sposób sensacyjny i jawnie sugerujący jego chorobę jako przyczynę mordu. Jest tak krzywdzące jak „mowa nienawiści”, tak dzisiaj poważny i bolesny problem w sferze więzi społecznych.

Jeszcze raz pragniemy podkreślić, że mniej niż 1% przestępców to chorujący psychicznie. Nieodpowiedzialne jest tworzenie komunikatów w stylu „sprawca, który zabił, był chory”, co *de facto* oznacza: „sprawca zabił, bo był chory”. Komunikat taki dociera do mnóstwa ludzi, do szerokiej rzeszy społeczeństwa, które często ma nikłą wiedzę o chorobach psychicznych, o ich przyczynach, przebiegu, rokowaniach. W ten sposób ta niewiedza, stereotypy i uprzedzenia są potęgowane, pogłębia się izolacja i wykluczenie osób chorujących ze społeczności. Komunikaty takie budują strach przed chorymi. Oczywiście najdotkliwiej uderza to nie tylko w osoby chorujące psychicznie, z czego 1% to osoby chorujące na schizofrenię, a 10% ocenia się jako poważnie chorujące psychicznie, ale we wszystkie osoby z zaburzeniami psychicznymi, a powtórzmy, że stanowią około 25% społeczeństwa naszego kraju. Trudniej im będzie do niego po wyzdrowieniu wrócić, gdyż spotkają się z jesz-

cze większą niechęcią części otoczenia, a ludzie nie będą chcieli mieć z nimi cokolwiek do czynienia. To będzie też miało dalsze skutki. Wielu chorych może nie zgłosić się po pomoc do psychiatry czy psychologa ze strachu przed oceną i etykietką ludzi niebezpiecznych, morderczych, złych i agresywnych. Co więcej, zostanie zaniedbane korzystanie z pomocy psychiatrycznej, która jest niezbędna, gdyż leki i psychoterapia leczą choroby psychiczne, pacjenci wracają do sił i mogą wrócić do społeczeństwa, do rodziny, nauki, pracy i na prawdę stać się wartościowymi i potrzebnymi ludźmi w społeczeństwie.

Proszę Państwa, sprawa jest poważna, nie można robić kozłów ofiar-nych z osób chorujących na schizofrenię. My również potrzebujemy otwar-tości, akceptacji, kontaktu i dobrych więzi z innymi. Jesteśmy pełnoprawnymi obywatelami, ludźmi, którzy potrzebują pomocy i leczenia (jak w przypadku wszystkich chorób), by zdrowieć, wracać do sił i móc żyć pełnią życia, reali-zować się na różnych polach.

Nie mówmy o schizofrenii tylko w kontekście czynów kryminalnych i przemocy. Trzeba podjąć dyskusję o tym, jak wygląda psychoza, jaki jest jej przebieg, przyczyny, jak można z niej zdrowieć, jak można z nią w sposób satysfakcjonujący żyć, bo to wszystko można! **Nie bójcie się**, nie bójmy się tematu choroby psychicznej w całym jego spektrum, nie tylko w incydental-nym kontekście przemocy.

PSYCHIATRIA W CZASIE PANDEMII¹

Redakcja „Integracji”: Dzisiaj chyba cała nasza uwaga skupia się wokół walki z pandemią?

Andrzej Cechnicki: Tak, jesteśmy obecni przy naszych pacjentach i przy osobach niosących im pomoc. Wierzę, że postawa troski i walki z cierpieniem na długo zapiszą się w naszej pamięci i będą miały wpływ na kształtowanie postaw, zwłaszcza młodego pokolenia. Uczymy się przez obserwacje i naśladownictwo, zwłaszcza w godzinach próby, a to, co przeżywamy w tej pandemii, jest dla wszystkich pokoleń doświadczeniem granicznym i wyzwaniem, które odcisnie się na lata życia.

R.I.: Coraz więcej dowiadujemy się o grupach ryzyka, jak te zjawiska związane z pandemią postrzega psychiatra?

A.C.: Psychiatrzy, i nie tylko oni, gdyż całe środowisko pracujące w psychiatrii ma do odegrania istotną rolę, zarówno na pierwszej linii w leczeniu chorych na COVID-19 pacjentów psychiatrycznych, jak i poprzez udzielanie psychologicznego wsparcia naszym kolegom. Obserwujemy, że obok ryzyka, jakim są niewątpliwie wiek i poważne schorzenia somatyczne, istotną rolę w zachorowaniu odgrywa natężenie stresu wpływające na spadek naszej odporności. Osoby chorujące psychicznie to osoby wrażliwe, bardzo podatne na stres i często przez wcześniejsze lata życia, na długo przed pandemią, doświadczające go w sposób chroniczny. Tak więc obecna sytuacja jest dla nich szczególnym obciążeniem. A kiedy myślimy o unieruchomieniu zwłaszcza chorujących seniorów przebywających w DPS-ach, to wszyscy jesteśmy świadomi, że oni stanowią szczególne grupy ryzyka i często heroiczne wyzwanie dla opiekunów. Tu zdajemy egzamin z naszej solidarności.

R.I.: Jak się udaje nam zdawać ten egzamin?

A.C.: Rozmawiam z moimi kolegami z krakowskiej Kliniki Psychiatrii, w której na zakaźnym oddziale COVID-19 przebywają właśnie potrzebujący hospitalizacji pensjonariusze z DPS w Bochni, gdzie z kolei siostry domini-

¹ Wywiad Wywiad Egzamin z człowieczeństwa udzielony redakcji czasopisma „Integracja” 10 czerwca 2020 roku. Pierwodruk: „Integracja” 2020, nr 2, s. 23–25. Przedruk za zgodą redakcji.

kanki z księdzem opiekują się pozostałymi w domu 29 osobami. Nie możemy się nie zastanowić, czytając, czy też dowiadując się od przyjaciół o sytuacji w domach pomocy we Włoszech i Hiszpanii, w których pensjonariusze zostali często pozbawieni pomocy, nad naszym stosunkiem do człowieka starego, nad naszym stosunkiem do życia i nad szukaniem odpowiedzi na pytanie: „Kim jest człowiek?”

R.I.: Ta dyskusja nie zna granic, jest ważna dla nas wszystkich.

A.C.: Tak, i w tym kontekście nie mogę nie myśleć o przetaczającej się przez Europę dyskusji, która toczy się niejako w tle pandemii i jest może trochę przysłonięta przez codzienne zmagania. Niemiecki Federalny Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 26 lutego 2020 roku uznał, że karalność zachowań polegających na udzielaniu pomocy w samobójstwie jest niezgodna z niemiecką konstytucją. Trybunał wskazał, że ustawodawca, konstruując przepisy prawnokarne, musi zapewnić wystarczającą przestrzeń dla jednostek do korzystania z prawa do samostanowienia o śmierci i podjęcia decyzji o zakończeniu życia na własnych warunkach. A przed kilkoma dniami Zakład Bioetyki i Prawa Medycznego UJ poinformował o wyroku holenderskiego Sądu Najwyższego z dnia 21 kwietnia 2020 roku, który dopuścił eutanazję wobec pacjentów z zaawansowaną demencją. Człowiek obdarzony wolnością zarządza światem często wbrew boskiej ekonomii. Proroczo o współczesnych czasach pisał Czesław Miłosz w wierszu *Oeconomia divina*. Zachęcam do uważnej lektury.

R.I.: Od lat mówiło się o tym, że polska psychiatria znajduje się w stanie zapaści. Jak w takim razie radzi sobie ona w czasie pandemii?

A.C.: Jest światło w tunelu. Polska psychiatria przed pandemią zaczęła bardzo mocno dźwigać się z tej zapaści, przygotowując i wdrażając kompleksowy program przekształcenia opieki psychiatrycznej, czyli Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. W najbliższych latach, po zakończeniu trzyletniego okresu pilotażu (od tego roku w 41 ośrodkach) nastąpi stopniowe rozszerzanie Centrów Zdrowia Psychicznego na cały kraj. Leczenie w CZP jest szybko dostępne, w pobliżu miejsca zamieszkania, w modelu kapitacyjnym, czyli w powiązaniu z odpowiedzialnością za mały przejrzysty dla opieki rejon. Opieka jest zapewniana w oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych, zapewniających troskę o stan somatyczny i następnie ciągłość przez oddziały dzienne i ambulatoryjne. Szczególną formą składającą się na CZP są zespoły leczenia środowiskowego rozwijające leczenie w domu pacjentów przy współpracy z rodziną. Równolegle powstał i jest wdrażany program rozwoju bardzo zaniedbanej do tej pory psychiatrii dzieci i młodzieży, której personel heroicznie zmaga się z brakiem kadry i zaplecza.

R.I.: Czy działania, o których Pan mówił, dają szansę na poprawę sytuacji?

A.C.: Wygląda na to, że wysiłek resortu zdrowia, a także zespołów zajmujących się reformą psychiatrii zapoczątkował zmiany. Doświadczenia

działających dziś Centrów Zdrowia Psychicznego pokazują, że ta forma opieki psychiatrycznej przynosi wiele korzyści. Pacjenci mają szybki dostęp do specjalistów i całościowej opieki niedaleko ich miejsca zamieszkania. Przez to zmniejsza się potrzeba hospitalizacji w zamkniętych placówkach. Jak ta zmiana była konieczna, pokazuje nam sytuacja pandemii. Dzięki niej udało się, choć części pacjentów, udzielić pomocy w sytuacji, gdy szpitale przechodzą kwarantannę lub zostały przekształcone w szpitale zakaźne. Dlatego im bardziej rozbudowana jest opieka psychiatryczna poza szpitalem, tym lepiej dla pacjentów. Każdego dnia obserwujemy i analizujemy bariery w realizacji reformy, aby zaraz po ustąpieniu nasilenia pandemii dokonać podsumowania i przedstawić Panu Ministrowi wnioski.

R.I.: Czy w ślad za pandemią koronawirusa może Polskę nawiedzić epidemia zaburzeń psychicznych?

A.C.: Uczymy się, kiedy naprawdę konieczna jest hospitalizacja, a ile problemów ze zdrowiem psychicznym możemy rozwiązać poza leczeniem szpitalnym, jak najbliżej domu osoby, która potrzebuje pomocy, tak aby mogła później aktywnie wrócić do życia społecznego. To, że musimy odejść od psychiatrii opartej na wielkich instytucjach, uzmysławia nam właśnie sytuacja w Domach Pomocy Społecznej. Gdyby zamiast nich funkcjonowały małe, zdecentralizowane placówki, nastawione bardziej na autonomię ich mieszkańców, to łatwiej byłoby im pomagać, gdy w takim miejscu pojawi się osoba zarażona i przez to cały DPS musi zostać poddany kwarantannie.

R.I.: Podobnie osoby chorujące psychicznie powinny być leczone na oddziałach w szpitalach wielospecjalistycznych?

A.C.: Dyskusję na ten temat mamy już za sobą, i to od kilkadziesiąt lat. Panuje konsensus co do tego, że leczenie psychiatryczne i równoległa opieka somatyczna oraz wsparcie w powrocie do nauki i pracy powinno być udzielane możliwie najbliżej miejsca zamieszkania. Niestety szpitale psychiatryczne często nie są do takiego kompleksowego programu jeszcze przygotowane, co jest spowodowane nierównym rozmieszczeniem na terenie kraju i złą organizacją oraz niewystarczającym finansowaniem psychiatrii. Pamiętajmy, że ostry epizod chorobowy to tylko epizod w życiu człowieka. Potem jest życie z chorobą i ono toczy się już poza szpitalem. I dlatego potrzebna jest praca z pacjentem, która pozwoli mu wrócić do życia w społeczeństwie, zbudować kompetencje do radzenia sobie stresem i uniknąć nawrotu choroby. To wszystko po to, by przerwać sytuację, w której życie pacjenta przypomina drzwi obrotowe prowadzące od jednego kryzysu do następnego i od jednej hospitalizacji do następnej.

R.I.: Bardzo ciekawa metafora. Mnie ona przywodzi na myśl kondycję współczesnego człowieka, który żyje od jednego kryzysu do drugiego, co bardzo uwidoczniła pandemia. Jak wpływa ona na nasze zdrowie psychiczne?

A.C.: Na pewno wiąże się z kumulacją stresu. A stres ma niejedno oblicze i przychodzi do nas z bardzo wielu źródeł. Różnimy się stopniem odporności, a kompetencji w radzeniu sobie ze stresem nabieramy przez lata. Składa się na to cała historia naszego życia. To, jak uda nam się przejść przez ten trudny czas, zależy od tego, jakie mamy zasoby psychiczne, jak nauczyliśmy się sobie radzić w sytuacjach trudnych, ale też od tego, jaką sieć kontaktów zbudowaliśmy i czy mamy korzystne warunki w swoim otoczeniu. Tu mogę podać taki przykład – jeżeli ktoś, założywszy mieszka ze wspierającą się rodziną na wsi i ma możliwość wyjścia z domu, pracy w ogrodzie, to łatwiej mu będzie poradzić sobie ze stresem podczas epidemii. Jeżeli ktoś ma wypracowaną umiejętność radzenia sobie ze stresem i odpowiednie do tego warunki, to doświadczenie epidemii będzie trudne, ale uda mu się z niego wyjść obronną ręką.

R.I.: A jeśli nie posiada tych kompetencji i warunków?

A.C.: Jeżeli nie będziemy mieli dookoła siebie różnych źródeł oparcia – a wręcz będziemy przebywali w nieżyczliwym, może nawet wrogim środowisku, wśród osób, od których przez lata chcieliśmy się izolować, to może wystąpić ryzyko dekompensacji psychicznej związane z pogłębiającym się stresem. Szczególnie narażone są osoby, które już przed epidemią znalazły się w dramatycznej dla siebie sytuacji – rozvodu, utraty pracy, choroby, śmierci bliskiej osoby czy też doświadczające przemocy.

R.I.: Nasuwa się myśl, że najbardziej zagrożoną grupą są single pracujący na umowach śmieciowych i żyjący w wynajętych mieszkaniach z dala od rodziny.

A.C.: Dodałbym jeszcze – zabijający samotność alkoholem i narkotykami. Ta grupa bez wątpienia narażona jest na rozchwianie zdrowia psychicznego. Ale nie ona jedna. To również szczególnie trudny czas dla osób w wieku dojrzewania. Jest to okres zwiększonej niestabilności psychiki. Przeżywa się wtedy trudności z określeniem samego siebie, bunt i liczne emocje, które trudno jest zharmonizować. Teraz na te wszystkie trudności nakłada się przymus izolacji, ograniczenia kontaktów, także z rówieśnikami, uprawiania sportu i innych form rozładowania napięcia. Kolejną grupą są seniorzy. Często są schorowani, samotni, pozbawieni kontaktu z dziećmi. Bardzo mocno cierpią przez poluzowanie więzów rodzinnych, brak oparcia ze strony najbliższych i brak towarzystwa. Jak Pan wie, setki tysięcy polskich kobiet opiekują się takimi seniorami w krajach zachodniej Europy – ale przez to nie mogą zająć się swoimi dziadkami czy rodzicami. Są też dramatyczne grupy ryzyka – jak choćby osoby bezdomne. Pozbawione nie tylko naturalnego oparcia psychicznego, jakim jest dom, ale też dostępu do odpowiedniego pożywienia czy opieki medycznej.

R.I.: Czy istnieje jakiś sposób na załagodzenie psychologicznych skutków epidemii?

A.C.: Jednym z nich jest na pewno prawdziwy wybuch solidarności społecznej, aktywność wielu organizacji pozarządowych. Ludzie pomagają sobie, kupują jedzenie pracownikom ochrony zdrowia, opiekują się osobami potrzebującymi pomocy i tak dalej. Pacjenci też pomagają sobie wzajemnie. Widzę wiele tego typu inicjatyw – coraz więcej mówi się o tym, jak można pomagać sobie nawzajem. Zmieniła się też narracja mediów – choćby dlatego, że negatywnych informacji jest tak wiele, że atrakcyjnym newsem stał się dziś ten pozytywny. Epidemia jest czasem na to, byśmy przemyśleli, co w naszym życiu jest ważne, jakie cele powinniśmy sobie stawiać. Jakie znaczenie mają dla nas przyjaciele, rodzina i co jest sensem naszego życia. Być może przekonamy się, że nie jest nim telewizor na połowę ściany czy wycieczka zagraniczna, ale dobre relacje z innymi ludźmi.

R.I.: Może zamiast jeździć po świecie, docenimy jeziora mazurskie czy bieszczadzkie połoniny. Jeść będziemy raczej twaróg z pobliskiej mleczarni czy rzodkiewkę od lokalnego producenta, a nie produkty wiezione w chłodniach tysiące kilometrów z odległych stron świata. Może docenimy najbliższe otoczenie. W rozmowie przed wywiadem użył Pan słowa „lekcja”. A z lekcjami jest tak, że niektórzy odrabiają je na piątkę, a inni wcale. Powstaje pytanie, czy odrobimy tę lekcję jako społeczeństwo.

A.C.: Przyznam, że dla mojego pokolenia i pokoleń młodszych bardzo ważna jest kwestia zmian klimatycznych. Mówi się wręcz o depresji klimatycznej spowodowanej lękiem przed katastrofą ekologiczną.

Ludzie mają różny stopień świadomości. Można tu zadać pytanie o nasz wpływ na środowisko naturalne i o to, jak odbieram zmiany w naturze. Bardzo lubię jeździć na Spisz. W drodze z Krakowa mija się Bukowinę i skręca w lewo. I nagle ze świata krzykliwych reklam, jazgotu, harmidru wjeżdża się w przestrzeń zieloną, cichą i czystą. Nagle trafia się do świata żyjącego w zgodzie z naturą.

Dla kontrastu mogę podać walczący od 30 lat o obwodnicę Kraków. Do mojego miasta przyjeżdżają dziennie setki tysięcy aut, na co jest ono kompletnie nieprzygotowane. Uważam, że potworne zanieczyszczenie z pewnością powiązane jest z odpornością, a ostatecznie z większą podatnością na zakażenia wirusami. Kraków odwiedzają też miliony turystów, przez co jest on coraz bardziej zatłoczony i ponad miarę zagęszczony. A teraz, podczas pandemii, gdy miasto jest niemal puste, niebo zrobiło się czyste i nagle pojawiła się przestrzeń do życia, jakiej nie było tu od pięciu dekad. To wszystko skłania do zadania pytania o granice ludzkiej troski o najbliższe otoczenie. Pewnie też zachłanności i konsumpcyjnego stylu życia, o czym już wspominaliśmy w rozmowie. Mieliśmy według Biblii czynić sobie ziemię poddań, ale chyba źle zrozumieliśmy to poddaństwo. Być może świadomość kryzysu klimatycznego i epidemia przyczynią się do samoograniczania i zdamy sobie sprawę, że nasza władza nad światem jest niepełna i pozorna.

Psychiatria od zawsze dotyczyła tego, że człowiek pragnie harmonii. Jednak by mieć ją wewnątrz siebie, trzeba ją mieć także na zewnątrz. I na odwrót – nasz wewnętrzny porządek kształtuje świat dookoła nas. Jeśli więc pragniemy żyć w harmonii, to musimy żyć w harmonijnym świecie i taki świat dookoła siebie tworzyć. Tymczasem naszą harmonię niszczą między innymi niestabilność, hałas, nieporządek, stres. Dlatego nasze zdrowie psychiczne wymaga, byśmy zadbali o środowisko życia, by było czyste, zdrowe i harmonijne.

Luiza Kula

ŚWIATŁO W CIEMNOŚCI – NADZIEJA W CZASACH ZARAZY¹

Pandemia sprawiła, że zwykły porządek rzeczy, bycie-w-świecie zostały zagrożone. Gorzkie doświadczenie, które dotknęło cały świat, ten przełomowy czas, sprawiły że ludzkość zaczęła jakby budzić się ze snu. Trudna sytuacja, w której wszyscy się znaleźliśmy, wywróciła na nice naszą codzienność. Pojawił się w sercach niepokój, wywołany starciem z czymś, czego gołym okiem zobaczyć nie można, a co stanowi śmiertelne dla nas zagrożenie. Pada więc pytanie: „Co robić?”. I prosta odpowiedź: „Żyć tak, jak żyć należy”. Co to jednak znaczy? Jak mamy zatem żyć?

Nagle codzienność stała się konfrontacją ze śmiercią. Zawsze nią była, jest i będzie, ale w dobie pandemii stało się to przecież tak wyraźne. Napór rzeczywistości na jednostkę jest na tyle silny, że pojedynczy człowiek, doznając tej dziwnej mieszanki strachu, samotności i nadziei, jest bezradny. Powstaje więc kolejne pytanie: „Jak uleczyć siebie ze strachu?”. Znany świat pękł, pojawiła się nowa przestrzeń, przestrzeń do myślenia na nowo, albowiem epidemia dała nam wielkie pole do refleksji, do zadania fundamentalnych pytań, których aktualność nie przebrzmiała: kim jesteśmy, dokąd zmierzamy, jakie cele sobie stawiamy?

Kwarantanna pokazała, jak ważna jest dla nas perspektywa przyszłości – człowiek jest bowiem wychylony ku niej, jak pisał Martin Heidegger. Do czegoś musi zmierzać, musi planować, ponieważ wartość odpowiedzialności, zobowiązań moralnych zależy od horyzontu przyszłości. Poprzez to wychylanie się ku przyszłości stajemy się bowiem pełnijsi, chcemy dzięki temu los ośwoić, ośwoić nas samych. Konfrontując się ze śmiercią, podobno uprawia się prawdziwą filozofię. Śmierć uświadamia nam horyzont naszego istnienia. Dlatego egzystencję człowieka trzeba za Heideggerem określić jako „bycie-ku-śmierci”. Olga Tokarczuk zaś pisze: „Wirus przypomniiał nam przecież to,

¹ Pierwodruk: „Dla Nas” 2020, nr 45, s. 3–4. Przedruk za zgodą redakcji.

co tak namiętnie wypieraliśmy – że jesteśmy kruchymi istotami, zbudowanymi z najdelikatniejszej materii. Że umieramy, że jesteśmy śmiertelni”².

Widać więc, że kres naszej tymczasowości stale nam towarzyszy i jest w nas obecny, nawet jeżeli tłumimy w sobie myśl o nim. Dlatego bezwarunkowo akcent powinniśmy położyć na „dziś”. Dzisiaj jest bowiem przystankiem na odcinku czasu, którego biegu nie da się zawrócić. Kiedy śmierć staje się faktem, burzy całkowicie iluzję poczucia bezpieczeństwa, ponieważ staje się niewątpliwą rzeczywistością. Poczucie bezpieczeństwa, w którym żyliśmy, prysnęło jak bańka mydlana, i to, co było tabu, nie jest już spychane w przepaść, nie jest już przesłonięte. *Amor fati*, pogodzenie się z przeznaczeniem, jest tym, co przynosi wyzwolenie. Skończoność człowieka jest granicą, cezurą ograniczającą światło istnienia mrokiem, w którym nikną wszystkie utrośnane drogi i zaczyna się tajemnica. Jeśli Platon w *Fedonie* powiada, że całe życie filozofów jest komentowaniem śmierci, to oczywiście nie chce przez to powiedzieć, jakoby filozofowie myśleli ustawicznie o swojej ostatniej godzinie. Chodzi przede wszystkim o to, że przyszłość naszego końca określa chwilę obecną, odciska na niej swą pieczęć, która wyraża się w niemożliwości powtórzenia chwili i nieodwracalności przebiegu linii czasu.

Chwila ma więc kwalifikację wyraziciela naszej skończoności. Śmierć zaś, będąc znakiem naszej skończoności, nie rozwiązuje wszystkich więzi, w jakich żyjemy, działamy, jesteśmy, świadomość, że ona jest, pobudza do tego, byśmy uwikłani w troskę o ten świat łączyli się z nim w kochaniu, widzeniu, czuciu. Życie i nasza działalność powinny stać nam przed oczyma na podobieństwo wału ochronnego przeciw napierającemu morzu. Dlatego w tym trudnym dla nas wszystkich czasie nie wolno nam oddać pola lękom, lecz musimy zadbać o konstruktywne jego przeżywanie. Wtedy otwierają się przed nami perspektywy, które skłaniają do skupienia, więc zastanowienia nad podstawą, celem i sensem istnienia – aby czas nie zaczął ciążyć, lecz by był szansą na odnowienie intymnych relacji z najbliższymi, rozmowy z nimi przy wspólnym stole, szukania dróg porozumienia z nimi czy odbudowywania więzi na łonie rodziny. Spokój wewnętrzny bowiem nie polega jedynie na dojściu do jakiegoś celu, a więc na osiągnięciu jakiegoś stanu, lecz na szukaniu. Tym, kogo możemy teraz spotkać, jest człowiek w swej jedyności i niepowtarzalności. Nie trzeba więc zastygać w bezruchu, który najczęściej wywołany jest lękiem, lecz należy wejść na duchową ścieżkę, na niej znaleźć można bowiem przesłanie wolności i odwagi. To przesłanie daje poczucie jedności, ponieważ nie sami idziemy, lecz z innymi.

² Wywiad z Olgą Tokarczuk pt. *Solidarność i samotność*, „Tygodnik Powszechny” 2020, nr 19, s. 14. Rozmowę przeprowadził Michał Okoński.

Płynące z głębi ducha chęć niesienia pomocy i współpraca są w czasie zarazy działaniami fundamentalnymi. Tak bowiem realizuje się esencja naszego istnienia, gdyż dobro dąży do dzielenia się sobą, do pomnażania.

Solidarność w czasie zarazy polega na zdolności jednoczenia się i trzymania się mocno, tak by dobro się nie zatrzymało – by niwelowało poczucie wyobcowania i izolacji. Jesteśmy bowiem zanurzeni w nieuniknionej sieci wzajemności, jesteśmy nićmi jednej tkaniny. I nawet jeśli jest nam trudno, warto w sobie pielęgnować myśl nie tylko o własnej przyszłości, lecz także myśl dotyczącą tego, co wspólne.

Jeśli światło świeci najjaśniej w najgłębszych ciemnościach i jeśli jesteśmy jego nosicielami, nie pozostaje nic innego, jak zapewnić mu schronienie w nas, ponieważ jesteśmy razem i razem przez doświadczenie pandemii przechodzimy, wspierając się, pocieszając, służąc sobie nawzajem. Tym samym tworzymy duchową przestrzeń, która niesie w sobie nowe możliwości, nie wykluczające nikogo, a włączające wszystkich. I nawet jeśli doświadcza się realności bólu i codziennego zmagania, można w tej codziennej trosce o życie zobaczyć szerszą perspektywę, która zawiera przecież ciągle odradzającą się w nas siłę.

URYWKI Z PANDEMII¹

W czasie pandemii mam paradoksalnie mniej czasu. Dzień płynie mi błyskawicznie. Może dlatego, że późno chodzę spać i późno wstaję.

Próbowałem zaglądać na dno mojego serca. Widziałem tam umysł, który płatał mi figle, byłem przerażony moim umysłem. Biorę leki przeciwpsychotyczne, ale pewna tęsknota za tamtym światem, za tamtą lekkością, jest u mnie spora. Pisanie przychodzi mi z dużymi oporami. Uczestniczyłem w Triduum Paschalnym u dominikanów w Łodzi, w transmisjach internetowych.

Co tydzień odbywam terapię na Skype. Staram się również cały czas pracować naukowo – idzie mi ta praca raz lepiej, raz gorzej. Jestem bardzo samotnym człowiekiem, ponieważ rozstałem się z partnerką, z którą byliśmy kiedyś nierozłączni. To ona ode mnie się wyprowadziła. Żyję i mieszkam sam już długi czas. Całe szczęście mam stały kontakt z ludźmi – telefoniczny, jak również na Skype – z rodzicami i dziadkiem przede wszystkim. Przed pandemią spotykałem się z kolegami na kawę i do kina, i chodziłem do kawiarni Vis-à-Vis. Mam wrażenie, że jestem ogołocony. Z emocji, z uczuć, z przeżywania. Ale to może wynik depresji popsychotycznej, która jeszcze u mnie trwa.

Oprócz pracy naukowej, mam inne zainteresowania i hobby. Bardzo dużo, praktycznie codziennie, słucham ojca Szustaka i innych dominikanów w Łodzi na kanale Langusta na Palmie. To dodaje mi jakiejś, powiedzmy, wewnętrznej krzepy. Mamy też kawiarenkę na Skype – Tagastę, dla ludzi związanych z duchowością augustiańską. Kilka razy w tygodniu uczestniczę we mszy świętej na Facebooku.

Oprócz książek do nauki, mam książki, które czytam dla przyjemności. Ostatnio *Kamienie pachnące szafranem* Łukasza Marcińczaka, o Lublinie, cadykach, tropach lubelskich Brunona Schulza, które uruchomił lubelski badacz Schulza, Władysław Panas, o Nałęczowie, Prusie i Sienkiewicz, ogólnie o przecinaniu się różnych pisarskich oraz intelektualnych szlaków. Pracuję teraz nad szkicem o Świętym Janie od Krzyża, to również dodaje mi krzepy.

¹ Pierwodruk: „Dla Nas” 2020, nr 45, s. 8–9. Przedruk za zgodą redakcji.

Z pewnym bólem wychodzę na zakupy – bo też wiele rzeczy sprawia mi go – im mniej ich jest do zrobienia, tym większy ból mi sprawiają, taki paradoks.

Nie mam wglądu we własną psychikę. Nie wiem, czy ktokolwiek ma w nią wgląd. Każda chwila to kolejna walka o dobry dzień, często walka przegrana, bo dzień za dniem po prostu rozlatują się i odchodzą do studni niebytu.

Gdyby nie praca naukowa, porozkładane książki, dawno bym się rozpadł. Tak przynajmniej czuję sens i cel w moim działaniu. Każda rzecz, którą mam zrobić, sprawia mi ból. Jeśli mam być szczery, najchętniej bym cały dzień przespał i tak długo, aż nie obudzę się w jakimś nowym, lepszym świecie – gdzie jest lekko – lekko jak w psychozie...

Rozumiem jednak ciężar bytowania ziemskiego. Maria Magdalena po zmartwychwstaniu chwyciła Chrystusa za nogi, to też dla mnie symboliczne – pomimo innego ciała naszego Pana, wskazanie jednak na ziemię, że to z niej jest początek, z niej bierze się wszystko – na niebie, jak i na ziemi.

W psychozie tańczyłem lekko z moim światem – choć to była ułuda, jakże jednak dla mnie przekonująca. Dzisiaj czuję, jakbym miał jakieś bardzo ciężkie buty na stopach, dźwigał wielki ciężar i sam był przy tym niezmiernie ociężały... Jak tu tańczyć? Nie da się tańczyć ze światem w takim stanie, można tylko dreptać pomalutku w swoim wewnętrznym rytmie.

I tak rytm dla wszystkich w świecie stał się niemal taki sam. Czy to nie dziwna, w pewnym sensie „psychotyczna” sytuacja? W każdym razie dla nas wszystkich nowa. Z ciekawością i dużym smutkiem ją śledzę, starając się pomimo wszystko, z dużą dozą bólu, wypełniać moje codzienne obowiązki.

Tomasz Haręza

ASYSTENT ZDROWIENIA. JEGO ROLA I PRACA W CZASIE PANDEMII¹

Mam na imię Tomasz i od półtora roku pracuję jako asystent zdrowienia w Centrum Zdrowia Psychicznego w Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie. Asystent zdrowienia to osoba, która sama doświadczyła kryzysu psychicznego i po jego przepracowaniu stara się pośredniczyć w procesie zdrowienia między pacjentami a zespołem terapeutycznym. Daje ona przykład i przede wszystkim nadzieję, że kryzys psychiczny jest możliwy do pokonania i warto podjąć wspólne starania, by tego dokonać.

Właśnie zdrowienie i robienie małych, ale jakże ważnych kroków w tym kierunku jest dla mnie sensem działania. Wierzę, że połączenie terapii farmakologicznej i psychologicznej daje dobre efekty. Mnie takie wsparcie pomogło – opieka lekarza psychiatry, psychologów, pielęgniarek zarówno na oddziale psychiatrycznym całodobowym, jak i szczególnie na oddziale dziennym psychiatrycznym, rozmowy z innymi pacjentami. Terapia poprowadziła mnie ku zdrowiu; doprowadziła do momentu w moim życiu, w którym obecnie się znajduję – do pomagania i wspierania innych osób doświadczających kryzysu psychicznego.

Jako asystent zdrowienia na co dzień jestem członkiem zespołu leczenia środowiskowego i razem z lekarzem, pielęgniarką lub psychologiem odwiedzam w domach pacjentów w czasie wizyt środowiskowych. Moja obecność jest świadectwem dla chorych, że nawet osoby po kryzysie psychicznym mogą wrócić do codziennych obowiązków.

Ta obecność asystenta zdrowienia w tym trudnym czasie pandemii jest szczególnie ważna zarówno dla pacjentów, jak i ich bliskich. Obserwuję, że obecna sytuacja wzbudza dodatkowy niepokój i niepewność wśród naszych podopiecznych. Część z nich korzystała z pomocy oddziału dziennego psychiatrycznego. Działalność oddziału została chwilowo zawieszona, więc pa-

¹ Pierwodruk: „Dla Nas” 2020, nr 45, s. 14. Przedruk za zgodą redakcji.

centów pozbawiono nie tylko treningu umiejętności społecznych i życia codziennego, ale także kontaktów z innymi chorującymi.

Czas pandemii wymusił zmiany w naszej codziennej pracy, głównie w zakresie zachowania zasad bezpieczeństwa epidemiologicznego. W kontaktach z pacjentami stosujemy wszystkie zalecane środki ochrony indywidualnej, które nie pozostają bez wpływu na jakość kontaktu. Nie bez znaczenia jest częstotliwość wizyt w domach pacjentów, która musiała zostać zredukowana do minimum. Noszenie maseczek utrudnia kontakt – nie jesteśmy w stanie odczytać wielu emocji. Nie możemy również zbyt długo przebywać wspólnie w jednym pomieszczeniu i często nasza rozmowa jest ograniczona czasowo.

Uważam, że czas pandemii jest szczególnie trudny dla osób chorujących psychicznie, dlatego pomimo krótkich rozmów staram się je wspierać, opowiadam o swoich doświadczeniach oraz o swoim procesie leczenia i zdrowienia. Przekonuję do brania leków oraz do szukania dobrych rozwiązań. Pomimo tego pacjenci nie zawsze chcą współpracować, są nieufni. Dotyczy to zwłaszcza nowych osób, które po hospitalizacji na oddziale kontynuują leczenie w środowisku. Jest to zrozumiałe, więc cały zespół zachowuje zasady bezpieczeństwa epidemiologicznego podczas wizyt, co jest ważne dla pacjentów. Wzbudzenie zaufania wymaga częstego kontaktu z naszej strony i wspólnej pracy całego zespołu, co tym bardziej mobilizuje nas do wizyt, większej czujności, bardziej troskliwej opieki.

Pomimo tych czasowych utrudnień praca w charakterze asystenta zdrowienia daje mi wiele satysfakcji. Poruszam się w niej samochodem służbowym, bo zawsze lubiłem jazdę autem (wcześniej byłem przedstawicielem handlowym). Cenię swoją pracę i mam nadzieję, że moi podopieczni to czują.

Cieszę się, że mogę pomagać ludziom znajdującym się w sytuacji, której sam doświadczyłem. Jestem przekonany, że poprzez swoją pracę przyczyniam się do zmniejszenia stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

OKIEM PSYCHOLOGA. PANDEMIA 2020¹

Gdy w marcu 2020 roku zamknięte zostały w całej Polsce szkoły i inne jednostki systemu oświaty, wiele osób zrozumiało, że sytuacja pandemiczna stała się poważna. Niespodziewanie, nieomal z dnia na dzień, znacząco zmieniła się rzeczywistość, w której do tej pory żyliśmy – oprócz szkół zamknięto biura, nalegając, by pracownicy podjęli swoje obowiązki zdalnie, zamknięto restauracje i bary, ograniczono możliwą liczbę pasażerów w środkach komunikacji miejskiej, zamknięto kina, siłownie, kluby i galerie handlowe, a co najważniejsze – zalecono, byśmy wszyscy zostali w domach. I zostaliśmy – na kilka długich tygodni – jedni zupełnie sami w swoich czterech ścianach, inni wprost przeciwnie – w towarzystwie licznych domowników, z którymi do tej pory przywykli spędzać głównie wieczory i weekendy. Tak długotrwała, niecodzienna sytuacja musiała przynieść różnorodne konsekwencje dla zdrowia psychicznego. Nie pretendując do omówienia wszystkich, w swoim krótkim artykule pragnę przedstawić niektóre z nich.

Kiedy rozważam psychologiczne konsekwencje pandemii, jako pierwsze przychodzi mi na myśl negatywy, a wśród nich stres. Doświadczenie stresu w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia wielu ludzi – w tym zdrowia/życia naszego oraz naszych bliskich – jest pierwszą, zupełnie naturalną i adekwatną reakcją ludzkiego organizmu. Dodajmy do tego lęk czy niepokój niezwiązane bezpośrednio z samym zachorowaniem na COVID-19, ale z wywołanym przez chorobę stanem wyjątkowym – koniecznymi do przeprowadzenia zmianami życiowymi, obawą przed utratą pracy, poczuciem zagubienia w dynamicznie zmieniającej się sytuacji, by łatwo przewidzieć wyraźny spadek dobrostanu (poczucia spełnienia i zadowolenia z życia) wielu osób. Pojawiające się w tym czasie objawy, takie jak: wzmożenie/utrata apetytu, kłopoty ze snem, drażliwość czy spadek nastroju, przy utrudnionym dostępie do specjalistów (w tym psychologów i psychiatrów), stały się znaczącym obciążeniem dla dużej części społeczeństwa. Sytuacji z pewnością nie poprawiał docierający zewsząd nawał informacji – nowe zalecenia rządu, opinie eks-

¹ Pierwodruk: „Dla Nas” 2020, nr 45, s. 7–8. Przedruk za zgodą redakcji.

pertów i pseudoekspertów, gdybania oraz wróżby dziennikarzy i publicystów dotyczące możliwych kierunków rozwoju pandemii. Oprócz oszołomienia liczbą przykrych wiadomości (warto pamiętać o tendencji negatywnej, czyli zjawisku łatwiejszego zauważania i zapamiętywania informacji negatywnych), zmagamy się także – w zależności od sytuacji życiowej – ze zmianą dotychczasowych relacji społecznych. Wspominałam o tym już na wstępie – ta część społeczeństwa, która dotychczas żyła samotnie, a kontakty społeczne nawiązywała poza domem, nagle została od nich odcięta. Osoby posiadające rodziny bądź partnerów wpadły w sam środek rodzinno-domowego zamieszania. W każdej z tych sytuacji znacząco ograniczone zostały wypracowane do tej pory schematy zwykłych, codziennych kontaktów: rozmowy z sąsiadką na ulicy, na kawie z przyjaciółmi czy podczas weekendu z dalszą rodziną. Ich osłabienie – a wręcz ograniczenie do rozmów telefonicznych / rozmów online – dla wielu osób poskutkowało poczuciem osamotnienia, bezsilności i trudnej do przezwyciężenia nudy. Będąc narażonymi na wszystkie opisane konsekwencje pandemii, wiele osób zaczęło zmagać się z dojmującym poczuciem zagubienia – wyrwani z dotychczasowego rytmu codzienności stracili poczucie bezpieczeństwa.

Czy pandemia przyniosła jednak wyłącznie negatywne konsekwencje dla zdrowia psychicznego? Z pewnością poprzedni akapit zaledwie zarysował problemy, z którymi wszyscy się zmagaliśmy i zmagamy, jednak niesłuszne byłoby twierdzić, że w obecnej sytuacji nie można dostrzec kilku potencjalnie pozytywnych możliwości. Już sama sytuacja izolacji stała się przyczynkiem do czerpania satysfakcji – satysfakcji z wypełniania obywatelskiego obowiązku, podejmowania odpowiedzialności za wspólne zdrowie. Z dumą i w poczuciu solidarności oglądaliśmy zdjęcia wyludnionych centrów miast, pustych alejek parkowych czy galerii handlowych. Pozytywnych emocji dostarczało nam także włączanie się w nawet drobną pomoc międzyludzką, korzystanie z niej oraz obserwowanie najróżniejszych jej przejawów – miejscowe grupy „Widzialnej ręki”, zrzeszające na Facebooku lokalną społeczność gotową do pomocy potrzebującym mieszkańcom, były rekordy popularności. Na drzwiach klatek schodowych i rogach ulic spontanicznie pojawiały się kartki z ofertą pomocy sąsiedzkiej dla tych osób, które z jakichś względów mogły jej potrzebować – od robienia zakupów seniorom szczególnie zachęcanym do pozostawania w domach, przez wyprowadzanie psów osób przebywających na ścisłej kwarantannie, aż po wypożyczanie sprzętu elektronicznego uczniom i innym potrzebującym. Wszystkie te przejawy ludzkiej solidarności i dobroci wzbudzały w nas pozytywne reakcje – radość z przekonania o tym, że wciąż są blisko nas ludzie, na których można liczyć, z możliwości odnalezienia się jako część większej, wspianej całości i chęć do zaangażowania się na rzecz pomocy bliźnim. Oprócz tego, przerzucenie wielu aktywności – od pracy przez terapię aż po treningi – w eter, a w niektórych przypadkach zrezygnowanie

z wielu dotychczasowych zajęć pozwoliło nam odnaleźć nowe pokłady czasu, który być może przed pandemią przeciekał nam przez palce. Spowolnienie tempa życia stało się dla wielu osób szansą na przewartościowanie pewnych spraw, poukładanie na nowo relacji z samym sobą i najbliższym otoczeniem, złapanie tchu i wypoczynku.

Na rzetelne opracowania psychologicznych skutków pandemii koronawirusa przyjdzie nam poczekać jeszcze kilka lat – potrzeba czasu, by w pełni zaobserwować zmiany, jakie wywołał w naszym życiu powszechny lockdown, i ocenić ich charakter. Jest jednak kilka prostych zaleceń, które w całej swej prozaiczności mogłyby znacząco wspomóc nasze samopoczucie i poprawić prognozy na przyszłość. Przede wszystkim warto pamiętać, że izolacja nie zwalnia nas z troski o zdrowie – należy dbać o odpowiednią długość snu (tak, przesypianie całego dnia nie służy zdrowiu!), zbilansowaną dietę obfitą w owoce i warzywa, właściwie nawodnienie swojego ciała i ruch – w dobie powszechnej dostępności internetu przeprowadzanie treningu fizycznego (cardio, pilatesu czy zajęć tańca) w zaciszu własnego domu jest łatwiejsze niż kiedykolwiek. Oprócz tego należy dbać o relacje z ludźmi – i choć dla wielu osób rozmowy online czy przez telefon nie są tak satysfakcjonujące jak spotkania twarzą w twarz, to warto je podejmować. Gwarantuję, że taki rodzaj kontaktu jest lepszy niż jego całkowity brak.

Kolejne zalecenie dotyczy aktywnego konstruowania swojej codzienności – podczas lockdownu, tak samo jak przedtem, by efektywnie wykorzystywać swój czas, potrzebujemy nadać mu pewną strukturę, a więc ustalić plan dnia i plan działania, uwzględniając w nim swoje priorytety, obowiązki, przyjemności, treningi czy czas na odpoczynek. Wypracowanie nowej struktury dnia ma też tę zaletę, że pozwala się oswoić z nową rzeczywistością, a przez to poczuć się w niej pewniej i bezpieczniej. Gdy mowa o planach, warto zaznaczyć, że aktualna sytuacja wymaga od wszystkich elastyczności i otwartości na zmiany – warto mieć to na uwadze, ustalając cele i realizując obowiązki tak, by racjonalnie nimi zarządzać.

W opisanej sytuacji wielu negatywnych konsekwencji psychologicznych warto obserwować samego siebie i być wyczulonym na sygnały przytłoczenia i przemęczenia – dotyczy to zwłaszcza osób, które ze względu na swoją sytuację rodzinną zostały obciążone dodatkowymi obowiązkami, takimi jak choćby na przykład opieka nad chorującymi członkami rodziny, łączenie pracy z opieką nad dziećmi. Każdy ma prawo do tego, by poczuć się zmęczonym i bezsilnym, jesteśmy zobowiązani dbać o nasze zdrowie psychiczne, zapewniając sobie odpoczynek i korzystając z możliwego wsparcia.

I już ostatnie zalecenie, które wydaje mi się bardzo aktualne – racjonalne korzystanie z mediów. Oczywiście warto być zorientowanym w tym, co dzieje się w kraju i na świecie, a także być na bieżąco z sytuacją pandemii, jednak – by zdobywane informacje faktycznie nam służyły, a nie tylko nas szokowa-

ły, wprowadzając nastrój grozy i beznadziei – warto mieć w pamięci kilka kwestii. Po pierwsze, w mediach lepiej sprzedają się informacje negatywne, o głębokim wydźwięku emocjonalnym – słuchając ich czy czytając o nich, warto sprawdzić, na ile dotyczą one faktów, a na ile opinii, a także jakie jest jej źródło. Nie każdy, kto nazywa się doktorem, jest lekarzem, celebryci często nie są naukowcami, a wstrząsające nagłówki nie zwiastują naukowej wiedzy. Po drugie – warto pamiętać, że śledzenie wszystkich napływających informacji przez cały dzień może potęgować niepokój. Ograniczenie tej aktywności do zaplanowanego czytania doniesień pozwoli zwiększyć poczucie komfortu, a zyskany czas można poświęcić na ruch czy relaksację.

Kiedy kończę tę długą listę zaleceń, nasuwa mi się jeszcze jedno pytanie... Czy przedstawione rady nie są uniwersalnym przesłaniem, nie tylko na lockdown, ale na każdy czas, bo przecież zawsze powinniśmy dbać o zdrowie psychiczne?

KWIATY KIJOWA¹

Kiedy patrzę na obrazy z miast Ukrainy, wszystko wydaje się tak nierealne... a jest tak boleśnie prawdziwe. Pracując w Kijowie osiem lat temu, przeżyłam tam czas, kiedy na Majdanie trwały walki mieszkańców miasta i żołnierzy z przysłanymi przez ówczesne władze siłami Berkutu, wyspecjalizowanej jednostki ówczesnej milicji ukraińskiej podległej Ministerstwu Spraw Wewnętrznych. Podczas Euromajdanu w latach 2013–2014 Berkut brał bezpośredni udział w pobiciach, torturach i zabójstwach protestujących. W sumie w ciągu kilku dni krwawych starć zginęło około 100 osób, a ponad 500 zostało rannych. Winni do dziś nie zostali osądzeni. I tak zaczęła się ta wojna, która trwa do dzisiaj, już bez ukrywania właściwego sprawcy.

Czy dzisiejsi zbrodniarze będą osądzeni? Może jakaś część z nich? Rządzący, okrutni, bezwzględni, codziennie wydający rozkazy, i ci, co bezpośrednio zabijają, gwałcą, torturują...? Dzisiaj liczy się zabitych w tysiącach, agresorem jest dobrze znany Polakom rosyjski „car” – prezydent/terrorysta wraz ze swoją ekipą. Odżywają opowiedziane historie naszych rodziców, babć, o tym, jak „ruscy” „wyzwalali” nasz kraj w 1945 roku. Wracają wspomnienia wojny, kiedy Niemcy także wyniszczali Polskę, nasz naród i naród żydowski...

Mam koleżankę, która przez cały czas wojny mieszka w Kijowie. Jest psychologiem, ale też utalentowaną krawcową – szyła oryginalne, kolorowe sukienki dla młodych kobiet, dorabiając sobie do pensji psychologa. Ma starszą matkę, której nie chciała zostawić i wyjechać jak inni. Od czasu, kiedy wojna się zaczęła, przeszła przez różne emocjonalne stany – od poczucia kompletnego psychicznego rozbicia przez depresję do gniewu. Doświadczyła traumy, widząc ją, słysząc opowieści ludzi. Ostatnio czuła się lepiej, twierdząc, że zaadaptowała się do wojny, do aktualnej sytuacji. Opowiedziała coś wzruszającego – w miejscach po okopach i wokół nich, gdzie tylko się da, wokół domów, na balkonach, mieszkańcy Kijowa sadzą kwiaty i różne kolorowe krzewy. To samo robią zakłady zajmujące się kształtowaniem krajobrazu. Nowe życie wiosną – odrodzimy się, przetrwamy. Napisała mi: „To jest me-

¹ Pierwodruk: „Dla Nas” 2022, nr 53, s. 11. Przedruk za zgodą redakcji.

tafora mojego życia teraz – okopy i świeże kwiaty, wojna i życie”. Niczego nie można być pewnym, tylko tego, że kwiaty kwitną. Pracuje jako wolontariusz, pomagając innym – tym, którzy wracają, przesiedleńcom. Dbą o pozostawione mieszkania, aby można było w nich mieszkać. Ostatnio pomagała znaleźć lekarza dla 25-letniego mężczyzny, któremu groziła amputacja ręki. Udało się w Niemczech. To są okruchy codziennej nadziei, że lepsze życie powróci, koszmar wojny minie.

Często mówimy o nadziei w kontekście procesu zdrowienia – jak bardzo jest ważne, by odbudować nadzieję, że choroba przeminie. Nadzieja daje siłę do przetrwania, do walki. Nadzieję też niosą inni, ich wiara, że będzie lepiej. Mamy ich wokół siebie i oni przy nas trwają... Można zdrowieć! Rany można leczyć!

Jak możemy wspierać i dawać nadzieję naszym sąsiadom, którzy mieszkają w zniszczonych miastach i wsiach? Wiemy, co możemy robić tutaj, w Polsce – leczyć rannych, udostępniać mieszkania, zatrudniać, **być** przy nich i słuchać ich wstrząsających opowieści. I poprzez swoje rodzinne doświadczenia dawać nadzieję, że wojna przeminie i codzienność wróci. Dla tych, którzy trwają tam, jest ważne, abyśmy byli z nimi w kontakcie, nie oswajali się z wojną, nie zapominali, że dla nich wojna ciągle przynosi nowe straty, rany, upokorzenia... Bądźmy im wierni myślą, spotkaniem w rozmowie, bliskością. Cierpliwie...

PÓKI STARCZY MI SIŁ¹

Około trzech tygodni temu, na samym początku marca, wracając do domu na wieś, zauważyłem na krakowskim dworcu PKP i PKS ogromne tłumy uchodźców z Ukrainy, dostrzegłem także pomagających im wolontariuszy. Postanowiłem, że następnego dnia pojadę na dworzec i zapytam, czy mogę przyłączyć się do grupy ochotników wspierających uchodźców. Dołączyłem do harcerzy na peronie czwartym i od razu zacząłem roznosić żywność, szczególnie dla dzieci, wodę, kanapki, słodycze i kolorowanki.

Mam wiele różnych doświadczeń związanych z wolontariatem. Tu, na dworcu, intensywnie pomagam od trzech tygodni. Zacząłem zaledwie tydzień po agresji na Ukrainę. Dat nie pamiętam dokładnie, ale każdą szczególnie historię pamiętam doskonale. Nigdy w moim życiu nie widziałem tak zmęczonych, przestraszonych ludzi. Rola wolontariuszy polega nie tylko na pomocy fizycznej, lecz także na wsparciu psychicznym. To niestety odbija się także na naszej psychice. Pomagam, ale często bywam wyczerpany fizycznie i psychicznie. Przez te trzy tygodnie odbywałem wolontariat, podejmując różne role, a moje obawy dotyczyły tego, że nie będę mógł się porozumieć – nie posługuję się językiem ukraińskim. Początki były bardzo trudne, ale z czasem nabrałem doświadczenia, poza tym nauczyłem się korzystać z tłumacza. I naprawdę nie było i nie jest źle, bo nas, polskich i ukraińskich wolontariuszy jest wielu i współpracujemy ze sobą, dopełniamy się.

Wolontariat na krakowskim dworcu stał się dla mnie wielkim przeżyciem, były i wciąż są chwile, które zostaną ze mną do końca życia. Pamiętam, jak poznałem Ewę Bugno w chwili, kiedy poprosiła mnie, abym pomógł uchodźcom w przesiadce do Bratysławy. Pociąg w zwykłych warunkach może pomieścić sześćset osób, a pomieścił niedopuszczalną liczbę dwóch tysięcy. Zapamiętałem ten moment, kiedy kobieta z malutkim, trzymiesięcznym niemowlęciem stała przyciśnięta do szyby, ponieważ nie było już miejsca siedzącego.

¹ Pierwodruk: „Dla Nas” 2022, nr 53, s. 14. Przedruk za zgodą redakcji.

Pamiętam również, jak w tłumie straciłem z oczu właścicieli dużych walizek, które pomagałem im nieść do pociągu. W ostatnim momencie znalazłem osobę, która odebrała ode mnie bagaże. Utkwił mi w pamięci również moment, kiedy dziewczynka prosiła matkę, by wsiadła z nią do pociągu, jednak kobieta nie mogła się zdecydować, czy jechać dalej, czy zostać w Krakowie. Przekonywaliśmy ją, że jeśli nie wsiądzie natychmiast, to następną okazję będzie miała za kilka dni. To są dla nas naprawdę trudne chwile i przeżycia, przeżywamy się losem tych ludzi i podejmujemy decyzje razem z nimi.

Jest wiele momentów, chwil, które potrafią wzruszyć do łez. Niektóre historie są wręcz przerażające, jak ta, która wydarzyła się na mojej zmianie. Pomagałem jak zwykle na peronie czwartym, roznosząc kanapki i wodę, na dworcu kłębiły się potężne tłumy ludzi i panował wielki chaos. W dwóch pociągach z Przemyśla przyjechało około tysiąca dwustu osób. W morzu ludzi zgubiła się mała dziewczynka. Wielu wolontariuszy rozpoczęło poszukiwania jej matki, a ja czułem się całkowicie bezradny. Jak uspokoić przerażone, płaczące dziecko zupełnie samo w obcym kraju? Szukamy wszyscy: ktoś staje na murku i z całych sił wykrzykuje imię dziewczynki, może matka usłyszy, ona pewnie także jej szuka. Historia dobrze się kończy, matka odnajduje dziecko, a ja czuję niewyobrażalną ulgę. Widok matki i córki razem na długo zostanie mi w pamięci.

Przez cały czas jestem pełen emocji, które mnie wzmacniają, ale też niekiedy przerastają. Potrafię myśleć tylko o tej dziewczynce i boję się, że wspomnienie zgubienia się na dworcu może prześladować ją do końca życia.

Cieszę się, że nie jestem w tym wszystkim sam. Cieszę się, że jestem częścią dużej grupy ludzi, którzy razem chcą pomagać innym, ale także sobie nawzajem. Pracujący razem ze mną wolontariusze pochodzą z Polski, Białorusi i Ukrainy. Mimo początkowych trudności wszyscy się uzupełniamy i wspieramy. Pozostaje pytanie, jak długo potrwa ta wojna, kiedy i czy w ogóle ci uchodźcy będą mogli powrócić do swoich domów, do swojego kraju...

UKRAINO, JESTEŚMY Z TOBĄ OD LAT¹

„Z każdym dniem bohaterskiej obrony wolności Ukrainy tamta dawna, piękna, choć naznaczona tyłoma wadami wspólna Rzeczpospolita na powrót staje się wspólną dziejową ojczyzną Polaków i Ukraińców”² – pisał we „Wszystko Co Najważniejsze” Jan Rokita. W obliczu rosyjskiego barbarzyństwa empatia i solidarność, braterska gościnność okazana przez polskie społeczeństwo i samorządy wypędzonym, a także budzenie międzynarodowej wrażliwości na zbrodnie ludobójstwa przez nieustające wysiłki polskiego Premiera i Prezydenta znajdują powszechny szacunek. Polscy psychiatrzy i psychoterapeuci pomagają osobom, które przeszły najcięższe i wielorakie traumy. Skąpa jest wiedza o tym, jak szeroko była rozwinięta polsko-ukraińska współpraca w obszarze zdrowia psychicznego w dziesięcioleciach poprzedzających wojnę.

Po roku 1990 w różnych aktywnościach organizowanych przez ośrodki psychiatryczne w Krakowie (profesor Adam Szymusik), Warszawie (doktor Maria Pałuba) i Opolu (doktor Krzysztof Nazimek) oraz przez Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej z Krakowa wzięło udział ponad 1000 pracowników psychiatrii różnych zawodów. Finansowaliśmy ich udział w sympozjach, szkoleniach, stażach w polskich ośrodkach, wizytach studyjnych, wspólnych sympozjach w Niemczech, w polsko-ukraińskich projektach współpracy, które doprowadziły do przetłumaczenia przez doktora Jurija Zakala ze Lwowa założeń realizowanego w Polsce Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w celu jego implementacji na Ukrainie. Szczególnie rozwinięty był program współpracy ze Lwowem, partnerskim miastem Krakowa. Organizowano szkolenia dla setek osób w zakresie terapii zajęciowej i psychiatrii środowiskowej, w których uczestniczyli le-

¹ Pierwodruk: „Dla Nas” 2022, nr 53, s. 45. Przedruk za zgodą redakcji.

² J. Rokita, *Nasza wspólna dziejowa ojczyzna*, „Wszystko Co Najważniejsze” 2022, nr 39, <https://wszystkoconajwazniejsze.pl/jan-rokita-nasza-wspolna-dziejowa-ojczyzna/> (dostęp: 20.04.2022).

karze, psychologdy i pielęgniarki ze szpitala w Kulparkowie, a później z całej Ukrainy.

Już w 1990 roku została nawiązana przez doktor Marię Pałubę współpraca pomiędzy Szpitalem w Tworkach a dwiema klinikami i Szpitalem Psychiatrycznym we Lwowie. Początkowo w ramach projektu „Wschód–Wschód” Fundacja im. Batorego, Szpital w Tworkach i Towarzystwo „Amici di Tworki” zorganizowały w Warszawie sześć 10-dniowych warsztatów o terapii zajęciowej i psychiatrii środowiskowej. Tylko w latach 1990–2003 koledzy z Ukrainy wzięli udział w Tworkach w 13 sympozjach poświęconych psychiatrii środowiskowej, a z rozmaitych szkoleń skorzystało ponad 200 osób, głównie z zachodniej Ukrainy. Maria Pałuba, która koordynowała współpracę, organizowała również pomoc materialną dla obu lwowskich klinik (sprzęt do oddziałów, pracowni terapii zajęciowej oraz klubu pacjenta). Później ta pomoc popłynęła również strumieniem z Opola i Krakowa.

22 września 2000 roku podczas wizyty studyjnej opolskiego szpitala we Lwowie Krzysztof Nazimek, Aleksander Filtz i Jurij Zakal podpisali umowy partnerskie. Od tego czasu odbywają się systematyczne spotkania w Polsce i na Ukrainie oraz konferencje, staże i wizyty studyjne w szpitalach w Opolu i Branicach dla przedstawicieli administracji szpitali ze Lwowa, Mikołajowa, Iwano-Frankiwska (Stanisławów), Łucka, Tarnopola, Odessy, Kijowa, Charkowa i Doniecka. Dyrektor Krzysztof Nazimek osobiście jeździ dzisiaj, pomimo działań wojennych, z transportami humanitarnymi do Lwowa.

Jeszcze wcześniej, w 1994 roku, po wizycie profesora Adama Szymusika z zespołem krakowskiej Kliniki Psychiatrycznej we Lwowie, zorganizowanej przez Jurija Zakala, Nadię Doliszną i Andrzeja Cechnickiego, rozpoczęła się trwająca niemal 20 lat nieprzerwana współpraca pomiędzy tymi miastami, do której dołączy później z szerokim programem Szpital Kliniczny im. doktora Józefa Babińskiego w Krakowie. W 2002 roku współpraca rozszerza się o umowę pomiędzy Stowarzyszeniem na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej w Krakowie (Anna Bielańska, Andrzej Cechnicki) a Galicyjskim Towarzystwem Psychiatrycznym we Lwowie (Jurij Zakal). W kolejnych latach działania edukacyjne rozszerzają się na współpracę z całą Ukrainą. W 10-tygodniowych stażach z psychiatrii środowiskowej w kilku ośrodkach w Krakowie biorą już udział osoby ze Lwowa, Odessy, Doniecka i Charkowa. Przez wszystkie te lata gościny udziela im pensjonat U Pana Cogito.

W roku 2006 przeniesiono z Krakowa do Lwowa tradycję Dnia Solidarności z Osobami Chorującymi na Schizofrenię. W 2007 roku Szpital Kliniczny im. Dr. Józefa Babińskiego (dyr. Anna Przewłocka) wspólnie z polskim Ministerstwem Spraw Zagranicznych zrealizował projekt przeciwdziałania gruźlicy w szpitalu w Kulparkowie (między innymi fundując aparat rentgenowski Siemens). W 2006, 2009 i 2011 roku w ramach programu „Przemiany w regionie” RITA Polsko-Amerykańskiej Fundacji Wolności Stowarzyszenie na

rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej rozbudowało wcześniejszy program edukacyjny. W kolejnych latach osoby z różnych szpitali z Ukrainy odbywały dwutygodniowe staże, poznając praktycznie program psychiatrii środowiskowej w Krakowie. We Lwowie zorganizowano cztery konferencje naukowe, każdą z udziałem około 160 osób.

28 września 2011 roku Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej podpisało kolejne porozumienie ze Społeczną Organizacją PLECY działającą przy pierwszym we Lwowie oddziale miejskim. W ramach współpracy z Katedrą Psychiatrii koledzy z Ukrainy uczestniczyli między innymi w 18 konferencjach szkoleniowo-naukowych w Zakopanem z cyklu „Farmakoterapia, psychoterapia i rehabilitacja zaburzeń afektywnych”.

Od 1995 roku nastąpiło równoległe włączanie partnerów ukraińskich do współpracy polsko-ukraińsko-niemieckiej. Od sympozjum Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Psychiatrycznego w Rybniku pod hasłem „Od pacjenta do osoby” rozpoczął się regularny udział kolegów z Ukrainy w 17 u sympozjach w Polsce i w Niemczech. Dalsza intensyfikacja współpracy nastąpiła podczas międzynarodowego polsko-niemiecko-ukraińsko-izraelskiego sympozjum we Lwowie w 2005 roku pod nazwą „Psychiatry – Past – Present – Future”. Na zakończenie tego sympozjum, podczas którego dyskutowano na temat różnych dróg reformy psychiatrii w krajach uczestnikach, uchwalono list intencyjny do rządu ukraińskiego mający na celu wspieranie Ukrainy przy realizacji reformy psychiatrii. Aby to było możliwe, punktem ciężkości w edukacji prowadzonej przez wszystkie trzy ośrodki (Warszawa, Kraków, Opole) ustanowiono środowiskowy model psychiatrii, edukację administracji szpitali ukraińskich oraz terapię zajęciową.

Tak, w wielkim skrócie, wróciliśmy do kilku wybranych wspomnień z początków naszej wspólnej drogi, aby zaznaczyć, że nie tylko dzisiaj w chwilach wyjątkowej próby, ale już od ponad 30 lat tworzą się bliskie więzi i przyjaźnie pomiędzy ukraińskimi i polskimi psychiatrami i terapeutami. Dzisiaj możemy powiedzieć *Polonia semper fidelis*.

VI. ANEKS

DEKLARACJA I KONGRESU

My, profesjonaliści opieki psychiatrycznej i pomocy społecznej, osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego, rodziny, przyjaciele oraz humaniści, zebrani dziś na I Kongresie Zdrowia Psychicznego w Warszawie w przekonaniu, że:

- zdrowie psychiczne jest wielką wartością, fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, którego ochrona należy do obowiązków państwa,
- przemyślana troska o zdrowie psychiczne dzieci, młodzieży, osób dorosłych i starzejących się buduje kapitał rodzin i społeczeństwa,
- przyjazny, sprawny system pomocy i wsparcia w kryzysach zdrowia psychicznego przeciwdziała ludzkim tragediom oraz dojmującemu poczuciu porzucenia, osamotnienia i bezradności,
- naruszanie niezbywalnej godności, praw osób w kryzysie psychicznym wynika z ludzkiej ignorancji, wadliwego prawa oraz z niewydolności instytucji – co można zmienić;

świadomi, że:

- oczekiwane i zapowiadane od lat zmiany w zakresie polityki zdrowotnej i społecznej państwa wobec zdrowia psychicznego są lekceważone, odkładane lub pomijane,
- niezaspokojenie potrzeb uruchamia niekorzystne tendencje epidemiologiczne, oddala zdrowie, rozbija rodziny, narusza prawo, niesie straty ekonomiczne,
- brak działań reformatorskich konserwuje poczucie bezradności, porzucenia i osamotnienia wymuszane przez niewydolny system na nas – jego głównych interesariuszach, ze szkodą dla wszystkich,
- brakuje rozwiązań systemowych, które bez ograniczeń i nierówności, udostępniałyby nowoczesną, środowiskową opiekę psychiatryczną, zgodnie z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego;

ogłaszamy tę DEKLARACJĘ I KONGRESU ZDROWIA PSYCHICZNEGO, żądając:

1. poszanowania praw i wolności osób doświadczających kryzysu zdrowia psychicznego, w szczególności do decydowania o sobie we wszystkich dziedzinach życia,

2. poszanowania prawa osób doświadczających kryzysu zdrowia psychicznego do pełnego udziału w życiu społecznym, do życia, mieszkania, pracy i leczenia się w lokalnej społeczności,
3. wdrożenia programów edukacyjnych, profilaktycznych, przeciwdziałających stygmatyzacji i nierównemu traktowaniu z aktywnym udziałem osób doświadczających kryzysu,
4. uruchamiania lokalnych Centrów Zdrowia Psychicznego, z nowoczesnymi standardami organizacyjnymi, z obowiązkiem udzielania pomocy mieszkańcom określonego rejonu, z adekwatnym finansowaniem powiązanim z liczbą mieszkańców, z koordynacją leczenia z innymi formami wsparcia i uczestnictwa społecznego,
5. udostępnienia i upowszechnienia osobom wychodzącym z kryzysów zdrowia psychicznego dostosowanych form wsparcia w zakresie kontynuowania nauki i zatrudnienia,
6. zapewnienia godnych warunków pracy pracownikom ochrony zdrowia psychicznego, ponieważ ich godne warunki pracy oznaczają dla osób potrzebujących pomocy godne warunki leczenia i wspierania oraz zabezpieczenie koniecznych kadr dla ich realizacji w przyszłości,
7. wprowadzenia w życie postanowień Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, poczynając od przygotowanego w ostatnich dwóch latach pilotażu, przy koordynowanym wykorzystaniu środków udostępnionych przez UE na wspieranie deinstytucjonalizacji ochrony zdrowia psychicznego, w ramach programów operacyjnych regionalnych (RPO) i krajowego (PO WER).

Warszawa, 8 maja 2017 roku

Z upoważnienia uczestników Kongresu
Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego
Joanna Krzyżanowska-Zbucka

DEKLARACJA WARSZAWSKA II

My, zebrani dziś w Warszawie, uczestnicy II Kongresu Zdrowia Psychicznego: osoby doświadczające kryzysów zdrowia psychicznego i ich bliscy, pracownicy ochrony zdrowia i pomocy społecznej, przedstawiciele nauki, kultury i polityki, sojusznicy i przyjaciele ożywieni ideą przełamywania uprzedzeń wobec osób w kryzysach psychicznych oraz barier w udzielaniu im właściwej i skutecznej pomocy, **przypominamy, że:**

- zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, którego ochrona należy do obowiązków państwa,
- przemysłana troska o zdrowie psychiczne buduje kapitał osób, rodzin i społeczeństwa,
- przyjazny, sprawny system pomocy i wsparcia w kryzysach zdrowia psychicznego przeciwdziała tragediom indywidualnym i rodzinnym oraz wielkim stratom społecznym,
- naruszanie niezbywalnej godności i praw osób w kryzysie psychicznym wynika z ludzkiej ignorancji, wadliwego prawa oraz z niewydolności instytucji – co można zmienić;

stwierdzamy, że:

- Deklaracja Warszawska kończąca poprzedni Kongres została usłyszana i proces reformowania systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce został zapoczątkowany, czego widowym znakiem są zwłaszcza: realizacja programu pilotażowego centrów zdrowia psychicznego (CZP), przygotowanie podstaw przebudowy leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży oraz uruchamianie projektów deinstytucjonalizacji ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS),
- podjęte działania są jednak zaledwie kroplą w morzu niezaspokojonych, palących potrzeb, a ponadto większość z zapoczątkowanych działań napotyka aktywne próby zakłócania lub blokowania, także ze strony wpływowych interesariuszy, nierozumiejących lub nieakceptujących powierzanej im misji i odpowiedzialności,
- mimo pewnego wzrostu świadomości publicznej ochrona zdrowia psychicznego jest nadal obiektem niezwykle silnej stygmatyzacji indywidualnej, wymierzonej w osoby, grupy i organizacje czynne w tej dziedzinie, jak również stygmatyzacji strukturalnej, zapisanej w jaw-

nych lub niejawnych praktykach instytucjonalnych, złym prawie i obyczaju;

žadamy:

- zasilenia systemowej zmiany w ochronie zdrowia psychicznego adekwatnymi środkami finansowymi, usunięcia wieloletniej tolerancji dla jaskrawej nierówności i błędów w finansowaniu i inwestowaniu w tej dziedzinie – nakłady na ochronę zdrowia psychicznego powinny bezwzględnie osiągnąć co najmniej średni w Europie (5–6%) udział wśród ogółu wydatków na zdrowie; szacunkowo wymaga to zwiększenia o $\frac{2}{3}$ wydatków w populacji dorosłych i ich podwojenie w populacji dzieci i młodzieży – łącznie, w przybliżeniu, o nie mniej niż 1 miliard złotych;
- zdecydowanej kontynuacji i poszerzania zakresu podjętych zmian systemowych, tak by w możliwie krótkim czasie ich oddziaływanie wyeliminowało obszary niedostępności nowoczesnej, środowiskowej pomocy – wymaga to rozszerzenia zasięgu programu pilotażowego CZP, pilnego wdrożenia zmian w lecznictwie dzieci i młodzieży oraz systemowej adaptacji projektów deinstytucjonalizacji realizowanych w ramach EFS.
- zainicjowania wielostronnych działań przeciwdziałających stygmatyzacji indywidualnej i strukturalnej – wzywamy podmioty odpowiedzialne za prawo, kulturę, naukę, edukację, przekaz medialny, wzorce obyczajowe i inspiracje moralne do skoordynowanej pracy nad przełamywaniem powszechnych w tym zakresie stereotypów oraz niedopuszczalnej indolencji i ignorancji.

DEKLARACJA WARSZAWSKA III

My, zebrani dziś w Warszawie, uczestnicy III Kongresu Zdrowia Psychicznego: osoby doświadczające kryzysów zdrowia psychicznego i ich bliscy, pracownicy ochrony zdrowia i pomocy społecznej i oświaty, przedstawiciele nauki, kultury i polityki, sojusznicy i przyjaciele ruchu przełamывania uprzedzeń wobec osób w kryzysach psychicznych oraz barier w udzielaniu im właściwej i skutecznej pomocy, **przypominamy:**

- zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, którego ochrona należy do obowiązków państwa,
- przemyślana troska o zdrowie psychiczne buduje kapitał osób, rodzin i społeczeństwa,
- przyjazny, sprawny system pomocy i wsparcia w kryzysach zdrowia psychicznego przeciwdziała tragediom indywidualnym i rodzinnym oraz wielkim stratom społecznym,
- naruszanie niezbywalnej godności i praw osób w kryzysie psychicznym wynika z ludzkiej ignorancji, wadliwego prawa oraz z niewydolności instytucji – co można zmienić;

stwierdzamy:

- deklaracje wcześniejszych Kongresów (2017, 2019) zaowocowały rozpoczęciem oczekiwanej od dziesięcioleci środowiskowej transformacji systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci, młodzieży i dorosłych,
- dziękujemy wszystkim, którzy swoimi decyzjami przyczynili się do uruchomienia zmian,
- rozpoczęta zmiana wymaga jednak uważnej, wytrwałej i sprawnie zarządzanej kontynuacji, a ujawniane bariery, próby hamowania lub cofania – stanowczego przeciwdziałania;

dlatego oczekujemy i żądamy:

- konsekwentnych działań na rzecz rozwoju trójpoziomowego systemu środowiskowej opieki dla dzieci i młodzieży oraz ściślejszej integracji działania psychologicznych poradni środowiskowych I poziomu ze zdefiniowanymi obszarowo szkołami oraz aktywnością psychologów szkolnych,

- konsekwentnych działań na rzecz rozwoju systemu środowiskowej opieki dla dorosłych,
- przygotowania mapy obszarów odpowiedzialności Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) i wydatnego rozszerzenia opieki środowiskowej (co najmniej 30% populacji Polski) do zakończenia projektu pilotażowego w grudniu 2022 roku,
- ustanowienia warunków (podstawy ustawowe, standard organizacyjny) i planów (kształcenie kadr, infrastruktura) upowszechniania środowiskowej transformacji systemu ochrony zdrowia psychicznego po zakończeniu pilotażu,
- dopełnienia podstawowej opieki psychiatrycznej (CZP w każdym powiecie) wyspecjalizowanymi programami profilowanymi (II poziom referencji) i wysokospecjalistycznymi ośrodkami akademickimi (III poziom referencji),
- tworzenia warunków i dobrych praktyk współpracy między ośrodkami dla dzieci i młodzieży oraz dla dorosłych służących zdrowiu psychicznemu rodzin,
- radykalnego wzmacniania kompetencji i efektywności zawodów niezbędnych dla środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego poprzez dostosowanie programów kształcenie przed- i podyplomowego lekarzy, psychologów, pielęgniarek, pracowników społecznych oraz szybkie tworzenie warunków do rozwoju nowych zawodów (asystent środowiskowy) i ról zawodowych (asystent zdrowienia),
- ostatecznego wyeliminowania nierówności praw osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pełnowartościowego, niedyskryminującego dostępu do diagnostyki i leczenia chorób somatycznych oraz właściwego standardu psychiatrycznej opieki szpitalnej – przez przenoszenie psychiatrycznych oddziałów ostroprzjęciowych do szpitali wielospecjalistycznych,
- skutecznego wykorzystania do wymienionych celów środków zapowiadanych w obecnej perspektywie finansowej UE tak, by wraz z jej zakończeniem w grudniu 2027 roku zakończyć proces wdrażania środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego w Polsce,
- stanowczych działań środowisk medialnych, opiniotwórczych i politycznych na rzecz eliminowania z życia publicznego stygmatyzujących i zniewalających relikwów językowych, obyczajowych i prawnych dotyczących zdrowia i niezdrovia psychicznego.

Warszawa, 7 czerwca 2021 roku

PROJEKT STANOWISKA RADY DO SPRAW ZDROWIA PSYCHICZNEGO W SPRAWIE KLUCZOWYCH ELEMENTÓW REFORMY PSYCHIATRYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ DLA DOROSŁYCH

Rada do spraw Zdrowia Psychicznego, biorąc pod uwagę dotychczasowy przebieg programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, stwierdza, że realizacja podstawowego celu „Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022” w zakresie opieki psychiatrycznej dla dorosłych – polegającego na „zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym” – wymaga:

- 1. Stopniowego wzrostu finansowania opieki psychiatrycznej dla dorosłych (podstawowej i wyspecjalizowanej) – do osiągnięcia poziomu nie mniejszego niż 4% łącznych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej NFZ w roku 2027.**

Środki przeznaczone na finansowanie opieki psychiatrycznej dla dorosłych z wyłączeniem psychiatrii sądowej i leczenia uzależnień (z wyj. programów specjalistycznych dotyczących „podwójnej diagnozy”) powinny w 2027 r. wynosić co najmniej 4% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej NFZ określonych w pozycji B2 planu finansowego NFZ (łącznie – tj. obejmujących koszty Centrali oraz oddziałów wojewódzkich). Co najmniej 75% tych środków powinno być przeznaczane na podstawową opiekę psychiatryczną dla dorosłych.

Zwiększenie finansowania opieki psychiatrycznej dla dorosłych powinno być realizowane stopniowo w kolejnych latach. Kwoty te w kolejnych latach (począwszy od 2022 r.) powinny odpowiadać co najmniej: 2,2% (2022); 2,6% (2023); 3,0% (2024); 3,4% (2025); 3,8% (2026) i 4% (2027) kosztów świadczeń opieki zdrowotnej NFZ określonych

w pozycji B2 planu finansowego NFZ (łącznie, tj. Centrala oraz Oddziały Wojewódzkie).

W okresie dochodzenia do poziomu 4% proporcje środków przeznaczonych na opiekę podstawową i wyspecjalizowaną mogą być uzależnione od tempa ich rozwoju.

2. Przeznaczenia w latach 2021–2027 kwoty co najmniej 2,3 mld zł ze środków UE na inwestycje dostosowujące infrastrukturę podmiotów leczniczych realizujących środowiskowy model opieki psychiatrycznej zgodnie z projektem Załącznika nr 2 do dokumentu strategicznego „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” z dnia 25 czerwca 2021 r.¹

Rada podkreśla, że dokument „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” stanowi politykę publiczną w rozumieniu koncepcji systemu zarządzania rozwojem Rzeczypospolitej Polskiej i jest najważniejszym dokumentem strategicznym w ochronie zdrowia do 2027 r. z perspektywą do 2030 r.

Projekt załącznika nr 2 pt. „Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi”² określa działania z zakresu deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej zgodnie z założeniami „Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022”.

3. Ustawowego uregulowania nowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dorosłych w 2022 r.

Projekt ustawy regulującej nowy środowiskowy model opieki psychiatrycznej dla dorosłych powinien być skierowany do Sejmu RP w I półroczu 2022 r. Ustawa powinna zawierać m.in. regulacje dotyczące podstawowej opieki psychiatrycznej realizowanej w centrach zdrowia psychicznego oraz wyspecjalizowanej opieki psychiatrycznej realizowanej w ramach programów specjalistycznych oraz na trzecim (wysokospecjalistycznym) poziomie referencyjnym. Miejscem tych regulacji powinna być ustawa o ochronie zdrowia psychicznego.

Rada zwraca się do Ministra Zdrowia o powierzenie opracowania założeń projektu panelowi ekspertów zgłoszonych przez Radę ds. Zdrowia

¹ Projekt dokumentu strategicznego „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” wraz z załącznikami, uzasadnieniem oraz oceną skutków regulacji został skierowany do konsultacji publicznych w dniu 25 czerwca 2021 r., <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12348352/katalog/12798644#12798644> (dostęp: 15.09.2021).

² <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//3/12348352/12798644/12798645/dokument509769.pdf> (dostęp: 15.09.2021).

Psychicznego (w tym ekspertów przez doświadczenie i ich bliskich). Opracowanie założeń powinno nastąpić nie później niż w I kw. 2022 r. Rada podkreśla, że zgodnie z nadal obowiązującym Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 niezbędne działania legislacyjne, w szczególności mające na celu zapewnienie przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi, powinny objąć m.in.:

- 1) wprowadzenie regulacji ułatwiających objęcie kompleksową opieką osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym dotyczących centrów zdrowia psychicznego (CZP), zawierania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej oraz monitorowania efektywności opieki medycznej;
- 2) określenie zasad współpracy jednostek opieki zdrowotnej, systemu pomocy społecznej, jednostek systemu oświaty przy koordynacji opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi.

4. Określenia standardu organizacyjnego w centrum zdrowia psychicznego do końca 2022 r., w tym zasady terytorialnej organizacji podstawowej opieki psychiatrycznej.

Określenie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w centrum zdrowia psychicznego w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia na podstawie art. 22 ust. 4a, 4b i 5 Ustawy o działalności leczniczej powinno nastąpić do 31 grudnia 2022 r.

Określenie standardu powinno być poprzedzone uchwaleniem regulacji ustawowych, o których mowa w pkt. 3 niniejszego dokumentu.

Podstawą standardu powinny być założenia projektu standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w centrum zdrowia psychicznego z dnia 29 grudnia 2020 r. opracowane przez Biuro ds. pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego³.

W szczególności konieczne jest utrzymanie zasady terytorialnej organizacji podstawowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej realizowanej przez centrum zdrowia psychicznego. Odpowiedzialność za zapewnienie podstawowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla mieszkańców określonego obszaru działania (powiat, miasto, dzielnica itp.) powinno ponosić (jak dotychczas) centrum zdrowia psychicznego.

W przypadku braku własnego oddziału psychiatrycznego centrum zdrowia psychicznego zawiera porozumienie z podmiotem prowadzącym taki oddział zlokalizowany nie dalej niż w sąsiednim powiecie

³ <https://czp.org.pl/wp-content/uploads/2021/03/Standard-organizacyjny-opieki-zdrowotnej-w-CentrumZdrowia-Psychicznego-za-C5%82o%C5%BCenia-projektu1.pdf> (dostęp: 15.09.2021).

i finansuje hospitalizacje pacjentów zamieszkałych na swoim obszarze działania ze swojego ryczału na populację.

Uruchomienie trzeciego (wysokospecjalistycznego) poziomu referencyjnego powinno być powiązane z określeniem standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w ośrodku wysokospecjalistycznym.

5. Określenia wojewódzkich map obszarów działania centrów zdrowia psychicznego oraz sieci oddziałów psychiatrycznych ostroprzjęciowych nie później niż do 30 czerwca 2023 r. zgodnie z procedurą określoną w ustawie (o której mowa w pkt. 3).

Działania te są konieczne także w celu optymalnego wydatkowania środków z UE przeznaczonych na inwestycje infrastrukturalne dostosowujące infrastrukturę podmiotów leczniczych do wymogów środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, o których mowa w pkt. 2.

6. Finansowania do 2025 r. podstawowej opieki psychiatrycznej realizowanej przez samobilansujące się centrum zdrowia psychicznego (CZP) w drodze jednolitego ryczału na populację waloryzowanego w kolejnych okresach rozliczeniowych.

Ryczałt na populację do 2025 r. powinien być (jak dotychczas) iloczynem stawki podstawowej oraz liczby osób pow. 18 r.ż. zamieszkałych na obszarze działania CZP. Stawka podstawowa dla mieszkańców domów pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie zlokalizowanych na obszarze działania CZP powinna być (jak dotychczas) zwiększana co najmniej 3,1-krotnie.

Ryczałt na populację powinien obejmować zakresy opieki psychiatrycznej dla dorosłych z wyłączeniem: świadczeń opieki wyspecjalizowanej (udzielanych w ramach programów specjalistycznych oraz na trzecim poziomie referencyjnym), leczenia uzależnień, psychiatrii sądowej oraz psychiatrii dzieci i młodzieży. Ryczałt powinien być jednolity dla CZP z oddziałem psychiatrycznym i CZP bez takiego oddziału w swojej strukturze.

Stawka podstawowa powinna podlegać waloryzacji w kolejnych okresach rozliczeniowych. Wskaźnik waloryzacji powinien uwzględniać zwiększenie finansowania opieki psychiatrycznej dla dorosłych, o którym mowa w pkt. 1. Oznacza to, że stawka podstawowa w danym okresie rozliczeniowym nie może być mniejsza niż iloraz kwoty stanowiącej 3% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej określonych w pozycji B2 planu finansowego NFZ (łącznie – tj. obejmujących koszty Centrali oraz oddziałów wojewódzkich) na koniec poprzedniego okresu rozliczeniowego oraz liczby świadczeniobiorców zamieszkałych na obszarze Polski ustalonej przez Prezesa GUS.

Począwszy od 2026 r. obok jednolitej stawki podstawowej należy wprowadzić stawkę dodatkową uwzględniającą w szczególności ryzyko zdrowotne przypisane mieszkańcom obszaru działania CZP, strukturę wieku i płci oraz stopień realizacji wskaźników jakościowych. Będzie to wymagać zwiększenia łącznej kwoty przeznaczonej na finansowanie opieki psychiatrycznej dla dorosłych powyżej 4% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej NFZ.

CZP z otrzymywanych środków powinno finansować działalność podwykonawców zlokalizowanych na obszarze swojego działania oraz koszty leczenia pacjentów migrujących do innych placówek, a także koszty ich pobytu w ZOL i ZPO (z wył. F0 i F7).

Finansowanie w drodze ryczałtu na populację wymaga wprowadzenia gwarancji ustawowych zapewniających, że CZP jest wyodrębnioną i samobilansującą się częścią podmiotu leczniczego. CZP powinno prowadzić własne księgi rachunkowe i sporządzać samodzielne sprawozdanie finansowe. CZP jako zakład leczniczy powinno być jednostką lokalną w rozumieniu ustawy o statystyce publicznej, dla której sporządza się odrębny bilans. Stanowisko kierownika CZP w podmiotach publicznych powinno być obsadzane w drodze konkursu, a umowa z wyłonionym w ten sposób z kierownikiem – zawierana jest na okres 6 lat.

7. Uruchomienia nie później niż w 2023 r. opieki wyspecjalizowanej w postaci programów specjalistycznych oraz trzeciego (wysokospecjalistycznego) poziomu referencyjnego.

Uruchomienie programów specjalistycznych wymaga niezwłocznego rozpoczęcia przez Ministerstwo Zdrowia działań celem opracowania projektów programów specjalistycznych zgodnie z zasadami i wzorami dotyczącymi programów polityki zdrowotnej ustalonymi przez Ministra Zdrowia. Wdrożenie i rozwój programów specjalistycznych powinno być już prowadzone na podstawie przepisów szczególnych określonych w ustawie, o której mowa w pkt. 3⁴.

Wprowadzenie trzeciego poziomu referencyjnego wymaga wcześniejszego określenia zadań oraz sieci ośrodków zgodnie z ustawą, o której mowa wyżej.

8. Ogłoszenia zaleceń postępowania (wytycznych) dotyczących wybranych problemów z zakresu diagnostyki i terapii zaburzeń psychicznych w centrum zdrowia psychicznego.

⁴ W szczególności chodzi tu o Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. poz. 2476).

Rada zwraca się do Ministra Zdrowia o wystąpienie w 2021 r. do właściwych towarzystw naukowych o zasięgu krajowym o opracowanie zaleceń (wytycznych) dotyczących postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w modelu środowiskowym (np. postępowanie w Punkcie Zgłoszeniowo-Koordynacyjnym, plan terapii i zdrowienia, koordynacja opieki, opieka czynna, terapia domowa).

Ogłoszenie przez Ministra Zdrowia pierwszych zaleceń (wytycznych), po zasięgnięciu opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji na podstawie z art. 11 ust. 4a, 4b i 5 Ustawy o działalności leczniczej powinno nastąpić w 2023 r.

9. Opracowania wskaźników jakościowych opieki w centrach zdrowia psychicznego do 2024 r.

Rada zwraca się do Ministra Zdrowia o powierzenie realizacji tego zadania interdyscyplinarnemu panelowi ekspertów zgłoszonych przez Radę ds. Zdrowia Psychicznego (w tym ekspertów przez doświadczenie i ich bliskich). Zaleca się wykorzystanie doświadczeń i rekomendacji międzynarodowych w tym obszarze.

Opracowanie wskaźników powinno być poprzedzone określeniem standardów organizacyjnych oraz ogłoszeniem zaleceń (wytycznych), o których mowa wyżej.

10. Rozwoju i umacniania nowych ról zawodowych: asystentów zdrowienia, asystentów środowiskowych i koordynatorów opieki.

Wymaga to m.in. zakończenia procesu włączania kwalifikacji asystenta zdrowienia do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji, aktualizacji programu szkolenia z zakresu terapii środowiskowej oraz uruchomienia w roku akademickim 2022/23 studiów licencjackich dla asystentów środowiskowych.

Marek Balicki

Przewodniczący Zespołu

(dokument podpisany elektronicznie)

Warszawa, 8 października 2021 r.



ptpś POLSKIE TOWARZYSTWO
PSYCHIATRII ŚRODOWISKOWEJ

POLISH ASSOCIATION
OF COMMUNITY PSYCHIATRY

Zarząd Główny CExecutive BoardD: 02-856 Warszawa, ul.Ksawerów 3 / e-mail: ZGPTPS@protonmail.com

LIST OTWARTY DO PANA PREMIERA

Warszawa 11 maja 2022 r.

Pan

Mateusz Morawiecki

Prezes Rady Ministrów

Aleje Ujazdowskie 1/3 00-583 Warszawa

Szanowny Panie Premierze,

w imieniu społeczności osób i organizacji żywo zainteresowanych dostępnością i jakością publicznej pomocy w kryzysach i problemach zdrowia psychicznego zwracamy się do Pana z prośbą o przywrócenie realnych działań reformatorskich związanych z wdrażaniem idei i zasad opieki środowiskowej, zgodnie z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego [NPOZP 2010, 2017]. Po latach dyskusji, przymiarek i zaniechań realizację NPOZP zapoczątkowano dopiero w roku 2018.

NPOZP wyraża wielką nadzieję na właściwe usytuowanie problemów zdrowia psychicznego w polityce społecznej, zdrowotnej i gospodarczej państwa, na odejście od wieloletniej stygmatyzacji, nieskutecznej organizacji oraz dyskryminująco niskiego finansowania. Dysfunkcjonalność systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce miała niestety i ma swoich obrońców, nie-rzadko zainteresowanych czerpaniem korzyści z niesprawnego systemu, przy jednoczesnym ignorowaniu celowości gruntownej reformy. Reformy, której celem jest zapewnienie równego dostępu do efektywnej pomocy wszystkim osobom zagrożonym lub ogarniętym kryzysem zdrowia psychicznego.

Z wielkim niepokojem zauważamy, że realizacja NPOZP, zainicjowana i owocnie prowadzona od roku 2018 w ramach pilotażowego programu centrów zdrowia psychicznego, od połowy roku 2021 została zakwestionowana i zahamowana pod hasłem konieczności wprowadzenia korekt. Jednak powołany w tym celu Zespół do spraw Kontynuacji Reformy po ponad półrocznym działaniu zakończył pracę bez upublicznienia wniosków, rekomendacji i planu działania. Panuje odczucie zawodu, chaosu i niepewności. Dociera-

jące zdawkowe informacje sugerują ponowne odesłanie spraw zdrowia psychicznego na odległy plan polityki państwa oraz powrót do niesprawdzającej się doktryny ekonomicznej wymuszającej nieracjonalne ograniczenia przy jednoczesnym marnotrawieniu środków, do jednostronności dostępnej pomocy i instytucjonalnego konserwatyzmu oraz do frustracji użytkowników systemu – zarówno pacjentów, jak i pracowników. Oznacza to odchodzenie od cywilizacyjnych wyzwań związanych z wdrażaniem destygmatyzacji i deinstytucjonalizacji ochrony zdrowia psychicznego oraz racjonalnych, środowiskowych form jej organizacji i finansowania. Można odnieść wrażenie, że przy obecnych pozorach reformowania czyni się wiele, by „wszystko zostało tak, jak było”.

Wdrożenie systemu opieki środowiskowej wymaga objęcia całego kraju siecią centrów zdrowia psychicznego zapewniających bez kolejek, usytuowaną blisko miejsca zamieszkania, skoordynowaną i dostosowaną do potrzeb podstawową pomoc w kryzysie psychicznym. Centrum działa na rzecz określonej lokalnej społeczności obejmującej około 100 tysięcy mieszkańców, za co bierze odpowiedzialność i otrzymuje ryczałtowe wynagrodzenie (budżet lokalny) obliczane wg liczby mieszkańców.

Taki sposób finansowania wyróżnia się prostotą, przewidywalnością i bezpieczeństwem. Umożliwia też elastyczne dostosowywanie oferty centrum do lokalnej specyfiki potrzeb zdrowotnych oraz lokalnych (jak dramat w *escape room* w Koszalinie w 2019 r.) i ponadlokalnych (jak pandemia COVID-19) wydarzeń kryzysowych. Wielostronność opieki w centrum wynika z dopełniających się kompetencji zespołu pracowników realizujących zadania koordynacyjne, terapię ambulatoryjną, interwencje i wsparcie mobilne, opiekę dzienną i szpitalną oraz różnorodne formy wsparcia psychospołecznego dla chorych i ich rodzin.

Stopniowe przemieszczanie opieki szpitalnej z zakładów psychiatrycznych do ośrodków wielospecjalistycznych umożliwi chorującym psychicznie pełny dostęp do opieki somatycznej, co może wydłużyć przeciętnie oczekiwany czas ich życia (obecnie krótszy o 15–20 lat) i uwolni przestrzeń wielkich zakładów psychiatrycznych dla innych i nowych funkcji. Działalność sieci centrów dopełnić powinny wyspecjalizowane programy terapeutyczne i wysokospecjalistyczne ośrodki akademickie, realizujące zadania ponadlokalne i finansowane według odrębnych zasad.

Spodziewamy się, że finansowanie systemu ochrony zdrowia psychicznego stopniowo osiągnie średni poziom europejski (tj. około 6% wydatków na wszystkie świadczenia zdrowotne), obecnie upokarzająco niski (około 3,5%). Pozwoli to na udzielanie pomocy w godziwych warunkach, porównywalnych z warunkami już dziś oferowanymi w innych dziedzinach opieki zdrowotnej w Polsce.

Zdając sobie sprawę z wielu potężnych wyzwań, jakie stoją obecnie przed polityką naszego państwa, zwracamy się jednak o uwagę i troskę o stan ochrony zdrowia psychicznego.

Prosimy Pana Premiera o spotkanie z przedstawicielami organizacji podpisanych pod listem. Naszym zdaniem powrót do przerwanej, krytycznej rozmowy o stanie obecnym i przyszłości jest możliwy i zarazem konieczny. Przywróćmy nadzieję na zmiany w oczekiwanym i pożądanym kierunku. Trudne czasy nie tylko obciążają społeczeństwo, ale zwiększają również oczekiwania wobec sprawności tego systemu, w perspektywie zdrowia publicznego, ładu publicznego i rozwoju Polski, jest to zadanie nie mniej fundamentalne niż wiele innych, podejmowanych chętniej i głośniej.

Do wiadomości:

Kancelaria Prezydenta RP, Krakowskie Przedmieście 48/50, 00-235 Warszawa
Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Aleja Solidarności 77, 00-090 Warszawa

Przewodniczący Rady Naukowej PTPŚ

Prof. dr hab. n. med. Jacek Wciórka

Prezes Zarządu Głównego PTPŚ

Prof. dr hab. n. med. Maria Załuska

List popierają m.in. poniższe organizacje:

1. Fundacja Otwarte Seminaria Filozoficzno-Psychiatryczne z Warszawy
2. Fundacja Wspierania Rozwoju Psychiatrii Środowiskowej im. Prof. Andrzeja Piotrowskiego
3. Stowarzyszenie Na Drodze Ekspresji Sopot
4. Pomorska Koalicja na Rzecz Zdrowia Psychicznego
5. Lubelskie Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia Psychicznego
6. Fundacja ITAKA – Centrum Poszukiwań Ludzi Zaginionych z Warszawy
7. Fundacja Aktywizacja z Warszawy
8. Sekcja Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
9. Fundacja eFkropka, Warszawa
10. Śląska Fundacja Błękitny Krzyż
11. Fundacja Wspierania Rozwoju Społecznego „Leonardo”
12. Porozumienie na Rzecz Realizacji NPOZP, Kraków
13. Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, Kraków

14. Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”, Kraków
15. Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne”, Kraków
16. Ogólnopolska Federacja Stowarzyszeń Rodzin Osób Chorujących
Psychicznie RODZINY
17. Ogólnopolska Koalicja na rzecz Zdrowia Psychicznego
18. Akademia Liderów Cogito, Kraków



PETYCJA W SPRAWIE RÓWNEGO TRAKTOWANIA OSÓB CHORUJĄCYCH PSYCHICZNIE I SOMATYCZNIE

Kraków, 11 lipca 2011 r.

Do

Bronisława Komorowskiego – Prezydenta RP

Donalda Tuska – Premiera RP

Bartosza Arłukowicza – Ministra Zdrowia

W imieniu osób cierpiących z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego – olbrzymiej grupy naszych bliskich – a także środowisk zajmujących się zdrowiem psychicznym i jego zaburzeniami apelujemy o poparcie dla idei równego traktowania osób chorujących somatycznie i psychicznie przy podziale środków finansowych przeznaczonych na opiekę zdrowotną w Polsce jako podstawy dla skutecznego wdrożenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Na mocy Rozporządzenia Rady Ministrów z 28 grudnia 2010 r. w sprawie NPOZP (Dz.U. z 3 lutego 2011 nr 24 poz. 128) obowiązek realizacji poszczególnych zadań NPOZP spoczywa na samorządach.

Realizację powierzonych samorządom zadań utrudnia, a niekiedy uniemożliwia rażąco nierówny podział środków finansowych przeznaczonych na opiekę nad zdrowiem Polaków chorujących somatycznie i psychicznie. Obecnie na opiekę psychiatryczną przeznaczane jest nieco ponad 3% środków, **tymczasem, aby NPOZP mógł być wdrażany zgodnie z rozporządze-**

niem, opieka psychiatryczna musi dysponować minimum 6% środków przyznanych na ochronę zdrowia.

W sytuacji narastającego w naszym kraju problemu zaburzeń psychicznych opieka psychiatryczna nie może być traktowana marginalnie i interwencyjnie. Z choroby psychicznej można wyzdrowieć lub mieć wieloletnią remisję, jednak jest to możliwe tylko dzięki dostępowi do nowoczesnej, odpowiednio zorganizowanej i finansowanej opieki psychiatrycznej. Domagamy się równego traktowania osób chorujących somatycznie i psychicznie przy podziale środków finansowych przeznaczonych na opiekę zdrowotną w Polsce. Tylko w ten sposób pomożemy wdrożyć Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego w naszym kraju.



dr Andrzej Cechnicki
Koordynator Krajowy
Koalicji na rzecz Wdrażania NPOZP

Petycję można podpisać, klikając w link http://www.petycje.pl/petycja/7558/rowne_traktowanie_osob_chorujacych_somatycznie_i_psychicznie_.html lub wchodząc na stronę www.petycje.pl



ptpś POLSKIE TOWARZYSTWO
PSYCHIATRII ŚRODOWISKOWEJ

POLISH ASSOCIATION
OF COMMUNITY PSYCHIATRY

Zarząd Główny / Executive Board: 02-856 Warszawa, ul. Ksawerów 3 / e-mail: ZGPTPS@protonmail.com

REZOLUCJA I KONFERENCJI POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRII ŚRODOWISKOWEJ „JAKIEJ PSYCHIATRII POTRZEBUJEMY?”

Jako uczestnicy I Konferencji Polskiego Towarzystwa Psychiatrii Środowiskowej jesteśmy przekonani, że podstawą planowania i wprowadzania działań związanych z reformą systemu opieki psychiatrycznej w naszym kraju musi być równoprawny dialog pomiędzy Ministerstwem Zdrowia, Biurem ds. Pilotażu NPOZP, NFZ a partnerami społecznymi takimi jak PTPŚ czy PTP.

Odwołując się do wieloletniej tradycji polskiej psychiatrii humanistycznej i środowiskowej oraz debat prowadzonych w trakcie konferencji „Jakiej psychiatrii potrzebujemy?”, uważamy, że racjonalna i skuteczna kontynuacja reformowania polskiego systemu ochrony zdrowia psychicznego wymaga przede wszystkim:

1. Zapewnienia bezpiecznego poziomu finansowania opieki psychiatrycznej na poziomie 6% udziału w budżecie przeznaczonym na opiekę zdrowotną.
2. Wyodrębnienia gospodarki finansowej i autonomii CZP w ramach podmiotu leczniczego.
3. Utrzymania terytorialnej odpowiedzialności CZP za zdrowie psychiczne jasno zdefiniowanej lokalnej społeczności.
4. Tworzenia nowych CZP powinno utrzymać ogólną zasadę „jeden podmiot – jedno centrum” z uwzględnieniem w pierwszej kolejności oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych.
5. Wprowadzenia obowiązku zatrudnienia w CZP asystentów zdrowienia.
6. Utrzymania obowiązku świadczenia pomocy doraźnej w CZP wyłącznie w warunkach szpitalnych.
7. Wdrażania i konsekwentnego zrealizowania do 2027 r. strategii deinstytucjonalizacji opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, zapisanej w dokumencie „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne roz-

woju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.”; przyjętym przez Radę Ministrów w drodze uchwały w dniu 27 grudnia 2021 r.), w szczególności stworzenia obejmującej całą Polskę sieci oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych.

Uczestnicy konferencji „Jakiej psychiatrii potrzebujemy?”, Warszawa, 10.09.2022



ptpś

POLSKIE TOWARZYSTWO
PSYCHIATRII ŚRODOWISKOWEJ

POLISH ASSOCIATION
OF COMMUNITY PSYCHIATRY

Zarząd Główny / Executive Board: 02-856 Warszawa, ul. Ksawerów 3 / e-mail: ZGPTPS@protonmail.com

RESOLUTION OF THE 1ST CONFERENCE OF THE POLISH ASSOCIATION OF COMMUNITY PSYCHIATRY “WHAT KIND OF PSYCHIATRY DO WE NEED?”

As participants of the 1st Conference of the Polish Association of Community Psychiatry, we are convinced that the basis for the planning and implementation of measures related to the reform of the psychiatric care system in our country must be an equal dialogue between the Ministry of Health, the Pilot Office of the National Mental Health Program (NPOZP), the National Health Fund (NFZ) and social partners such as the Polish Association of Community Psychiatry (PTPŚ) and the Polish Psychiatry Association (PTP).

Referring to the long-standing tradition of Polish humanistic and community psychiatry and the debates during the “What kind of psychiatry do we need?” conference, we believe that a rational and effective continuation of the reform of the Polish mental health care system requires first and foremost:

1. Ensuring a secure level of funding for psychiatric care at 6% share of the healthcare budget.
2. Separation of the financial management and autonomy of the Mental Health Centers (MHCs) within the treatment entity.
3. Maintaining MHCs' territorial responsibility for the mental health of a clearly defined local community.
4. Creation of new MHCs, maintaining the general principle of ‘one entity – one center’, with priority given to psychiatric wards in general hospitals.
5. Making the employment of Recovery Assistants in MHCs mandatory.
6. Maintaining the obligation to provide acute care in MHCs only in a hospital setting.

7. Implementing and consistently operationalizing by 2027 the strategy of de-institutionalization of care for people with mental disorders, described in the document “Healthy Future” (Strategic framework for the development of the health care system for 2021–2027, with 2030 perspective, adopted by the Council of Ministers by resolution on 27 December 2021), in particular creating a nationwide network of psychiatric wards in general hospitals.

Participants of the conference “What kind of psychiatry do we need?”, Warsaw, 10.09.2022

NOTY O AUTORACH

Marek Balicki – psychiatra i anestezjolog, członek Rady do spraw Ochrony Zdrowia przy Prezydencie Rzeczypospolitej Polskiej oraz Komitetu Bioetyki przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk. Współprzewodniczący Komisji Ekspertów do spraw Ochrony Zdrowia Psychicznego przy Rzeczniku Praw Obywatelskich. Przed 1989 rokiem działacz opozycji demokratycznej. Poseł I, II i VI kadencji oraz senator V kadencji, dwukrotnie minister zdrowia (2003 i 2004–2005). Kierował kilkoma warszawskimi szpitalami. W latach 2013–2018 kierownik Wolskiego Centrum Zdrowia Psychicznego w Warszawie, a następnie – do 2021 roku – kierownik Biura do spraw Pilotażu NPOZP.

Barbara Banaś – przewodnicząca Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi” skupiającego osoby po kryzysach psychicznych, członkini Rady do spraw Zdrowia Psychicznego przy Ministerstwie Zdrowia, edukatorka społeczna. Posiada certyfikat Eksperta Cogito (EX-CO), należy do Akademii Liderów Cogito, jest redaktorką czasopisma „Dla Nas”.

Anna Bielańska – psycholożka kliniczna, psychoterapeutka i superwizorka Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Przez całe życie zawodowe pracuje z osobami z zaburzeniami psychicznymi i działa na ich rzecz. Jest terapeutką i trenerką psychodramy, założyła wraz z jedną z pierwszych grup szkoleniowych Polski Instytut Psychodramy, który istnieje 22 lata. Od lat przewodnicząca Stowarzyszenia na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej.

Andrzej Cechnicki – prof. dr hab. n. med., psychiatra i psychoterapeuta, superwizor psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, kierownik Ośrodka Psychiatrii Środowiskowej i Badań nad Psychozami Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie, członek Rady Naukowej Polskiego Towarzystwa Psychiatrii Środowiskowej i przewodniczący Rady Naukowej Sekcji Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji PTP, przewodniczący Ogólnopolskiego Porozumienia na rzecz Realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w Polsce. Pomysłodawca i realizator krakowskiego systemu leczenia i rehabilitacji osób

chorujących na schizofrenię oraz programu integracji zawodowej: pensjonatu U Pana Cogito i Zielonego Dołu, w których zatrudnienie znajdują osoby po kryzysach psychicznych. Współtwórca i honorowy przewodniczący Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego, członek Polsko-Izraelskiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego. Członek Zarządu ENMESH. Były krajowy koordynator Programu Przeciwno Piętnie i Wykluczeniu Osób Chorujących Psychiczenie we współpracy z World Health Organization. Autor ponad stu publikacji z zakresu schizofrenii, rehabilitacji i psychiatrii społecznej, między innymi monografii *Schizofrenia – proces wielowymiarowy. Krakowskie prospektywne badania przebiegu, prognozy i wyników leczenia* (Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011) oraz – z Anną Liberadzką – *Umacnianie i zdrowienie. Dać nadzieję* (Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2015).

Izabela Ciuńczyk – lek. spec. psychiatra, psychoterapeutka, specjalistka terapii środowiskowej, dyrektorka Centrum Zdrowia Psychicznego MEDiSON w Koszalinie, przewodnicząca Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego.

Agata Dębska-Sobiech – osoba z doświadczeniem kryzysu psychicznego z diagnozą zespołu paranoidalnego. Mama trzech wspaniałych synów (najmłodszy jest autystą). Certyfikowana asystentka zdrowienia. Działa w teatrze amatorskim Tłok i stowarzyszeniu Labirynt dla dzieci autystycznych i ich rodzin.

Daniel Fisher – były pacjent z diagnozą schizofrenii, kilkakrotnie hospitalizowany, zdrowy od ponad 30 lat, konsultant w gabinecie prezydentów USA George’a W. Busha oraz Baracka Obamy, biochemik, ale przede wszystkim lekarz z pasją. Wybitny psychiatra, walczący od 30 lat o prawa osób doświadczonych chorobą psychiczną na całym świecie, nagrodzony za swoją działalność przez amerykańskie Stowarzyszenie Zdrowia Psychicznego. Wszystko, co robi, jest oparte na jego osobistych doświadczeniach. Podkreśla: „Badania, które prowadzimy, wykazują, że można wyzdrowieć nawet z najtrudniejszych przypadków chorób psychicznych. Ja sam jestem dowodem na słuszność tej tezy”.

Agnieszka Gazda-Grzesiak – osoba z doświadczeniem kryzysu psychicznego, mgr psychologii i certyfikowana asystentka zdrowienia. Pracuje jako asystent zdrowienia w jednej z placówek zajmujących się rehabilitacją osób chorujących psychicznie. Zawodowo związana także z Laboratorium Cogito w Krakowie. Członkini Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi” w Krakowie. Aktywistka na rzecz zdrowia psychicznego i propagowania idei psychiatrii środowiskowej.

Wioletta Głowa – osoba z doświadczeniem kryzysu psychicznego z diagnozą schizofrenii paranoidalnej. Certyfikowana asystentka zdrowienia zatrudniona w Środkowopomorskim Centrum Zdrowia Psychicznego MEDiSON w Koszalinie. Zaangażowana w medialną promocję zdrowia psychicznego.

Tomasz Haręza – osoba po poważnym kryzysie psychicznym. Zmierzenie się ze schizofrenią było dla niego wyzwaniem. Dzięki wsparciu bliskich oraz pomocy lekarzy uwierzył, że powrót do zdrowia jest możliwy. Od czterech lat jest certyfikowanym asystentem zdrowienia w Centrum Zdrowia Psychicznego w Cieszyinie, gdzie na co dzień pomaga innym towarzyszom w chorobie odzyskać nadzieję na zdrowienie.

Andrzej Kapusta – dr hab. nauk o poznaniu i komunikacji społecznej, prof. filozofii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, prezes Fundacji Otwarte Seminarium Filozoficzno-Psychiatryczne, kierownik grupy badawczej Wiedza Eksperycka i Procesy Decyzyjne UMCS.

Joanna Kądziała – osoba z doświadczeniem kryzysu psychicznego, absolwentka Akademii Sztuk Pięknych w Łodzi, terapeutka zajęciowa, która ukończyła kurs asystenta zdrowienia, aktywna członkini Stowarzyszenia Młodzieży i Osób z Problemami Psychicznymi, Ich Rodzin i Przyjaciół „Pomost” w Łodzi, laureatka Ogólnopolskiego Konkursu Poezji Osób Niepełnosprawnych „Słowa, dobrze, że jesteście”, organizowanego przez Fundację Anny Dymnej.

Izabela Kieres – osoba z doświadczeniem kryzysu psychicznego, certyfikowana asystentka zdrowienia. Pracuje w Centrum Zdrowia Psychicznego w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dorosłych w Kielcach, pomaga pacjentom po kryzysach psychicznych, promuje aktywny i zdrowy styl życia.

Andrzej Kokoszka – prof. dr hab. med., mgr psychologii, certyfikowany superwizor Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Psychologicznego i Terapii Poznawczej i Behawioralnej. Kierownik II Kliniki Psychiatrycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, koordynator Bródnowskiego Centrum Zdrowia Psychicznego w Warszawie. Autor blisko 200 publikacji naukowych, między innymi książek: *Rozumieć, aby leczyć i „podnosić na duchu”*. *Psychoterapia według Antoniego Kępińskiego* (CM UJ, Kraków 1996), *Jak pomagał i leczył profesor Antoni Kępiński* (Medycyna Praktyczna, Kraków 1999), *Schizofrenia. Wzmacnianie zdolności samostanowienia* (Via Medica, Gdańsk 2008).

Aleksandra Kożuszek – absolwentka Uniwersytetu Jagiellońskiego, muzykolog. Pacjentka prof. Bogdana de Barbaro. Doświadczyła wielu chorób psychicznych (między innymi schizofrenii, zespołu urojeniowego). Od wielu lat dzieli się swoją historią, dając nadzieję na wyzdrowienie. Autorka książki *Radość odzyskana* (2014). Trenerka kursu *Ex-In*. Członkini Akademii Liderów Cogito. Od wielu lat prowadzi działalność wspierającą osoby cierpiące psychicznie. W sposób satysfakcjonujący łączy obowiązki zawodowe z rolą gospodyni i żony.

Luiza Kula – absolwentka filologii polskiej i filozofii na Uniwersytecie Jagiellońskim, doktor nauk humanistycznych w zakresie filozofii UJ, dyplomowana asystentka zdrowienia w Centrum Zdrowia Psychicznego w Myślenicach, terapeutka środowiskowa w trakcie szkolenia, redaktorka pisma „Dla Nas” wychodzącego w Krakowie, członkini Stowarzyszenia Literackiego „Tilia” w Myślenicach, nauczycielka języka angielskiego w prywatnej szkole języków obcych Conversa w Dobczycach. Stale współpracuje z redakcją „Gazety Myślenickiej”, publikowała w „Gazecie Wyborczej”.

Marcin Laszczak – pracował jako asystent zdrowienia w Środowiskowym Domu Samopomocy Fundacji „Leonardo”. Ukończył kurs *Ex-In* „Ekspert przez doświadczenie w opiece psychiatrycznej”, przeznaczony dla osób z doświadczeniem kryzysu zdrowia psychicznego. Przez 17 lat toczył walkę ze schizofrenią, walkę o aktywność i kondycję psychiczną. Postawił na aktywność fizyczną, sport, pracę i rozwój osobisty, dzięki którym od czterech lat realizuje swoje plany osobiste, osiąga liczne sukcesy sportowe, wzmacnia swoją wiarę w siebie i pragnie zarażać tą wiarą innych.

Emilia Latała-Cudecka – psycholożka, psychoterapeutka w trakcie kształcenia. Na co dzień pracuje na Uniwersytecie Jagiellońskim w Centrum Wsparcia Dydaktyki, gdzie zajmuje się doradztwem zawodowym dla osób z niepełnosprawnościami oraz kwestiami dostępu do leczenia dla osób ze szczególnymi potrzebami, a także pracuje psychoterapeutycznie z pacjentami i pacjentkami, indywidualnie i grupowo. Prywatnie fanka książek, tańca i sportu.

Anna Liberadzka – psycholożka, od 2007 roku członkini Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi”, którego przez kilka lat była wiceprezesem, obecnie pracuje w Stowarzyszeniu na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej. Autorka i koordynatorka projektów związanych z edukacją społeczną na rzecz walki z piętnem osób chorujących psychicznie oraz autorka artykułów poświęconych kwestiom zdrowienia z choroby psychicznej, a także sytuacji osób chorujących psychicznie w Polsce. Trenerka współprowadząca kursy asystenta zdrowienia.

Kamila Łabędzka-Słowik – mgr historii o specjalności judaistyka, a także specjalistka do spraw zarządzania firmą, personelem Uniwersytetu Jagiellońskiego, fotograficzka. Współpracuje ze Stowarzyszeniem na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej w zakresie popularyzacji wiedzy na temat psychiatrii środowiskowej, a także w obszarze reformy opieki psychiatrycznej, wspólnych projektów z satelickimi stowarzyszeniami i we współpracy międzynarodowej.

Magdalena Michałowska – studentka psychologii Uniwersytetu Warszawskiego i absolwentka stosunków międzynarodowych, również na UW. Zaanżelowana w działalność koła psychoterapii, organizowanie konferencji psychologicznych oraz aktywności destygmatyzujące. Pracuje przy projektach badawczych jako asystentka. W przyszłości planuje zostać psychoterapeutką i doktoryzować się z zakresu psychologii.

Joanna Michorowska-Duś – osoba z doświadczeniem kryzysu psychicznego z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej, asystentka zdrowienia, członkini Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi”.

Anna Olearczuk – osoba z doświadczeniem kryzysu psychicznego z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej. Certyfikowana asystentka zdrowienia pracująca w Bielańskim Centrum Zdrowia Psychicznego dla dorosłych w Warszawie, absolwentka studiów podyplomowych „Otwarty dialog i rozwój sieci społecznych w sytuacji kryzysu psychicznego”. Należy do Akademii Liderów Cogito, jest certyfikowanym ekspertem Cogito (EX-CO) oraz członkinią zarządu Fundacji eFkropka.

Ovidiu Oniciuc – skończył studia International Business and Economics na Bukareszteńskim Uniwersytecie Ekonomicznym. Współzałożyciel i prezes organizacji pozarządowej młodych Act o’Clock skoncentrowanej na zdrowiu psychicznym, przywództwie i osobistym rozwoju.

Tomasz Pankau – osoba z doświadczeniem kryzysu psychicznego z diagnozą zespołu paranoidalnego, asystent zdrowienia z Centrum Zdrowia Psychicznego w Kościerzynie.

Katarzyna Parzuchowska – arteterapeutka i aktywistka, trenerka i specjalista do spraw komunikacji w Środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży Warszawa-Wola, założycielka i kierowniczka Teatru Kryzys.

Michał Piętniewicz – urodził się w 1984 roku w Tarnowie. Doktor nauk humanistycznych Uniwersytetu Jagiellońskiego w zakresie literaturoznawstwa ze specjalnością krytyka literacka. Autor ośmiu książek (czterech tomików poezji, trzech książek krytycznoliterackich oraz jednego tomu opowiadań). Opublikował przeszło 200 artykułów naukowych, recenzji i szkiców w rozmaitych czasopismach literackich i naukowych. W latach 2019–2020 pracował na stanowisku adiunkta badawczego na Uniwersytecie w Białymstoku. Stypendysta Prezydenta Miasta Krakowa w dziedzinie literatury w roku 2012, Fundacji Grazella w roku 2017 oraz Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego na rok 2019. Obecnie sekretarz redakcji czasopisma „Dla Nas” oraz redaktor działu poetyckiego. Członek Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi”, Stowarzyszenia Pisarzy Polskich oraz Stowarzyszenia Miłośników Ziemi Lanckorońskiej. Wyróżniony certyfikatem Eksperta Cogito w 2022 roku. Prowadzi cykliczne spotkania w Antykwariacie Abecadło w Krakowie. Zaprasza tam rozmaitych ludzi kultury, nauki i sztuki, z którymi również rozmawia o kwestiach zdrowia psychicznego. Prowadzi także swój kanał na YouTube „Lektury z biblioteki osiedlowej”, gdzie porusza między innymi zagadnienia chorób psychicznych. Ma cykliczną audycję *Kwadrans poetycki* w internetowym radiu Underground. Od kilku lat w ramach współpracy z Biblioteką Kraków prowadzi literackie spotkania oraz warsztaty.

Magdalena Pliszak – osoba z doświadczeniem kryzysu psychicznego z diagnozą schizofrenii paranoidalnej, certyfikowana asystentka zdrowienia, mgr ochrony środowiska (Katolicki Uniwersytet Lubelski, Wydział Filozofii). Zainteresowania: Biblia, hagiografia, muzyka, film, teatr, literatura i psychologia.

Karolina Raczńska – osoba z doświadczeniem kryzysu zdrowia psychicznego, certyfikowana asystentka zdrowienia i trenerka umiejętności psychospołecznych, absolwentka filologii polskiej i kulturoznawstwa oraz studiów podyplomowych z filozofii.

Joanna Rogalska – certyfikowany ekspert przez doświadczenie i Ex-Cogito, humanistka i przyrodniczka. Członkini ALC, Towarzystwa Psychiatrii Środowiskowej, zespołu roboczego do spraw prewencji depresji i samobójstw przy Radzie do spraw Zdrowia Publicznego, Pomorskiej Koalicji na rzecz Zdrowia Psychicznego. Pracuje jako asystentka zdrowienia w Gdyni (wolontariat), w Klubie Samopomocy w Koszalinie i w Centrum Zdrowia Psychicznego w Słupsku. Cierpi na zaburzenia depresyjno-lękowe w spektrum ChAD.

Magdalena Skoczylas – osoba z doświadczeniem kryzysu psychicznego, z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej, absolwentka studiów wyższych na Uniwersytecie Pedagogicznym im. Komisji Edukacji Narodowej

w Krakowie. Rozpoczyna pracę jako asystent zdrowienia, ukończyła kurs prowadzony przez Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej i Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi” w Krakowie. W wolnej chwili uwielbia piec ciasta i torty.

Monika Anna Syc – ekspertka przez doświadczenie kryzysu psychicznego, certyfikowana ekspertka Cogito, sekretarz Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi”, redaktor naczelna czasopisma środowisk działających na rzecz osób chorujących psychicznie „Dla Nas”, trenerka na kursie asystenta zdrowienia organizowanego przez Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”, należy do Akademii Liderów Cogito. Anglistka, nauczycielka i lektorka języka angielskiego z kilkuletnim doświadczeniem w pracy w szkole i na kursach językowych.

Tomasz Szafrąński – zatrudniony w Klinice Psychiatrii Wydziału Medycznego Uczelni Łazarskiego i w Wolskim Centrum Zdrowia Psychicznego w Warszawie. Redaktor naczelny kwartalnika „Psychiatra”, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Psychiatrii Środowiskowej.

Weronika Szala – osoba z doświadczeniem kryzysu psychicznego, certyfikowana asystentka zdrowienia. Pracuje na dziennym oddziale psychiatrycznym oraz w punkcie zgłoszeniowo-koordynacyjnym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Opolu. Bierze udział w organizowaniu wycieczek rowerowych oraz innych wydarzeń dla osób dotkniętych kryzysem psychicznym. Wielbicielka podróży małych i dużych. Lubi gry planszowe i języki obce.

Katarzyna Szczerbowska – osoba z doświadczeniem kryzysu psychicznego z diagnozą schizofrenii paranoidalnej, certyfikowana asystentka zdrowienia, rzeczniczka Biura do spraw Pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, należy do Akademii Liderów Cogito, jest certyfikowanym ekspertem liderów Cogito, członkiem Rady Fundacji eFkropka, rzeczniczką prasową Kongresu Zdrowia Psychicznego. Ma za sobą 20 lat pracy w mediach, studiuje na drugim roku psychologii.

Jakub Tercz – doktor nauk humanistycznych, prezes Fundacji Otwarte Seminarium Filozoficzno-Psychiatryczne, specjalista do spraw partnerstw lokalnych w Mokotowskim Centrum Zdrowia Psychicznego przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii.

Anna Walczyk – mama trójki dorosłych już dzieci: Szymona, Damiana i Oli, osoba z doświadczeniem kryzysu psychicznego, certyfikowany asystent zdrowienia. Uwielbia wędrówki po Beskidach, rekolekcje ignacjańskie, rozmowy z dziećmi.

Jacek Wciórka – prof. psychiatrii, pracownik Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, gdzie przez wiele lat kierował I Kliniką Psychiatryczną. Autor licznych publikacji naukowych, podręcznikowych i popularnych poświęconych zagadnieniom klinicznym i społecznym psychiatrii, a także subiektywnym i aksjologicznym aspektom kryzysów zdrowia psychicznego. Czynny w działaniach na rzecz reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce.

Maria Załuska – dr hab. n. med., specjalista psychiatra, profesor i kierownik IV Kliniki Psychiatrii Instytutu Psychiatrii i Neurologii (2001–2014). Profesor i kierownik Kliniki Psychiatrii CMKP w Szpitalu Bielańskim (2016–2019). Profesor wykładowca Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie (1999–2013). Współtwórca systemów środowiskowej opieki psychiatrycznej w dzielnicach Warszawy: Bródno i Bielany. Autorka i współautorka kilkudziesięciu prac naukowych z zakresu psychiatrii klinicznej, konsultacyjnej i środowiskowej. Autorka opracowań książkowych. Członek Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego oraz International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis (ISPS), prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrii Środowiskowej.

Gabriela Ewa Ziaja (w trakcie kursu Piechaczek) – Ślężaczka mieszkająca w Gorzowie Wielkopolskim, matka dwójki dzieci, osoba z doświadczeniem kryzysu psychicznego w 2018 roku (diagnoza: zespół depresyjny z objawami psychotycznymi, po uprzednich schorzeniach, takich jak padaczka, silne bóle migrenowe i niezdiagnozowany tętniak głowy). W 2021 roku ukończyła kurs praktyka eCPR pod kierownictwem doktora Daniela Fischera oraz kurs dla asystentów zdrowienia organizowany przez Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi” w Krakowie. Ukończyła również szkolenie dla asystentów zdrowienia z zakresu prowadzenia grup samopomocowych „Po drugiej stronie dnia” w Szpitalu Klinicznym im. dra Józefa Babińskiego w Krakowie. Wspiera pacjentów w Centrum Zdrowia Psychicznego w Gorzowie Wielkopolskim oraz pomaga osobom częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolnionym (z chorobami psychicznymi, głównie ze schizofrenią paranoidalną) jako kurator i opiekun prawny.

BIBLIOGRAFIA

- Benedykt XVI, *Encyklika „Spe Salvi”*, Wydawnictwo Pallottinum, Poznań 2022.
- Cechnicki A., *Czego uczymy się dziś od Antoniego Kępińskiego?*, „Psychoterapia” 2012, nr 4(163), s. 55–59.
- Cechnicki A., Liberadzka A., *Nowe role osób chorujących psychicznie w leczeniu i zdrowieniu*, „Psychiatria Polska” 2012, nr 6, s. 995–1005.
- Foucault M., *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, przekład H. Kęszycka, wstęp M. Czerwiński, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1987.
- Herbert Z., *Przesłanie Pana Cogito*, [w:] Z. Herbert, *Pan Cogito*, Wydawnictwo a5, Kraków 2015.
- Jakubik A., Masłowski J., *Antoni Kępiński. Człowiek i dzieło*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Kraków 1987.
- Kępiński A., *Autoportret człowieka*, wybór i wstęp Z. Ryn, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1992.
- Kępiński A., *Lęk*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2002.
- Kępiński A., *Pielęgniarka psychiatryczna*, [w:] A. Kępiński, *Rytm życia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1992, s. 311–322.
- Kępiński A., *Poznanie chorego*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1989.
- Kępiński A., *Psychopatia*, posłowie A. Cechnicki, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2013.
- Kępiński A., *Psychopatie*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1977.
- Kępiński A., *Rytm życia*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Kraków 2008.
- Kępiński A., *Schizofrenia*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1974.
- Kępiński A., *Spółeczność terapeutyczna*, [w:] A. Kępiński, *Rytm życia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1992, s. 275–283.
- Kępiński A., *Twarz i ręka*, „Teksty. Teoria Literatury, Krytyka, Interpretacja” 1977, nr 2(32), s. 9–34.
- Kim jest asystent zdrowienia*, <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/kim-jest-asystent-zdrowienia> (dostęp: 15.09.2022).
- Kodeks etyczny asystentów zdrowienia*, <http://asystentzdrowienia.org/kodeks-etyczny/> (dostęp: 15.09.2022).
- Liberadzka A., Kurbiel D., *Potrzeby osób chorujących psychicznie w Małopolsce – raport z badań*, Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”, Kraków 2015.

- Majewska M., *Asystenci zdrowienia – pomost między pacjentem w kryzysie psychicznym a personelem terapeutycznym*, <https://pulsmedycyny.pl/asystenci-zdrowienia-pomost-miedzy-pacjentem-w-kryzysie-psychicznym-a-personelem-terapeutycznym-1002246> (dostęp: 15.09.2022).
- Morasiewicz J., *Schizofrenia jest chorobą*, „Dla Nas” 2009, nr 19, s. 20.
- Opoczyńska M., *Kim jestem? Doświadczenie choroby psychicznej a stawanie się sobą*, Kraków 2002.
- Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”. *O barierach w zatrudnianiu i pracy – perspektywa beneficjentów*, red. J. Janik, K. Wroński, Oficyna Wydawnicza „Text”, Kraków 2008.
- Wywiad z Olgą Tokarczuk pt. *Solidarność i samotność*, „Tygodnik Powszechny” 2020, nr 19, s. 12–17, rozmowę przeprowadził Michał Okoński.
- Zadęcki J., *Ja we wczesnej schizofrenii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2015.

Redaktor prowadzący
Jadwiga Makowiec

Redakcja językowo-stylistyczna
Jadwiga Makowiec
Agnieszka Stęplewska

Korekta
Martyna Ogórek

Skład i łamanie
Wojciech Wojewoda

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
Redakcja: ul. Michałowskiego 9/2, 31-126 Kraków
tel. 12 663 23 80