

TRANSFER



WIEDZA
ZDROWIE
EDUKACJA

 Program psychoedukacji dla rodzin i opiekunów osób chorujących psychicznie





SPIS TREŚCI

Profilaktyka zdrowia psychicznego	6
lek. Wojciech Pabjańczyk	
Zaburzenia snu	12
lek. Katarzyna Sowińska	
Leczenie w schizofrenii, współczesne metody i założenia - wskazówki dla rodzin, czyli o objawach, przyczynach, terapii.	14
lek. Iga Gruszczyńska	
Pomoc prawna i narzędzia prawne w uzyskaniu leczenia osób chorujących psychicznie	20
adwokat Ewelina Sadowska i adwokat Tomasz Gołębiowski – Kancelaria Adwokacka	
Dobra komunikacja w rodzinie i wpływ na zdrowie psychiczne	25
Marta Ziętał – psycholog, psychoterapeuta	
Gdzie i jakiej pomocy możemy szukać u psychologa	30
Katarzyna Siedlecka – psycholog	
Sposoby radzenia sobie z chorobą w rodzinie	35
Anna Lewińska – psycholog	
Optymizmu można się nauczyć	38
Marta Ziętał – psycholog, psychoterapeuta	
Moje doświadczenia pomagania innym w grupie wsparcia dla rodzin	42
Zenon Wybrański – członek Stowarzyszenia Dla Rodziny, społecznik	
Przykładowe programy psychoedukacji dla rodzin – propozycje tematów warsztatów	44

■ Facelia, roślina miododajna



Oddajemy w Państwa ręce broszurę, poradnik będący zbiorem tematów i materiałów z warsztatów psychoedukacyjnych prowadzonych przez lekarzy psychiatrii, terapeutów i psychologów a także prawników dla rodzin i opiekunów osób chorujących psychicznie.

W poradniku znalazł się zbiór tematów, które chcieliśmy utrwalić i wskazać jako obszar wiedzy i umiejętności, który będzie pomocny w zrozumieniu czym jest zdrowie psychiczne i znalezieniu sposobów rozwiązywania trudności jakie niesie ze sobą choroba psychiczna bliskiej osoby.

Każdy artykuł jest przygotowany przez specjalistów w swojej dziedzinie zweryfikowany także poprzez kontakt i bezpośrednie spotkania z rodzinami, opiekunami i samymi osobami chorującymi w trakcie prowadzonych warsztatów oraz konsultacji psychologicznych, prawnych i socjalnych. Zgłaszane trudności, potrzeby, wyrażane opinie, zadawane pytania były i są osobistym doświadczeniem i świadectwem zmagania jakie rodzina i osoba chora przechodzi doświadczając choroby psychicznej. Dziękuję rodzinom, pacjentom i opiekunom za aktywny udział w spotkaniach, dzielenie się optymizmem, odwagą i współtworzenie pozytywnej grupy wsparcia, która dała innym wiarę i siłę do działania, przyczyniając się do poprawy zdrowia psychicznego.

Publikację wypełniliśmy zdjęciami, które ilustrują przykłady wielu innych pozytywnych i możliwych działań, w które warto się włączać, które warto współtworzyć by samemu się uczyć, rozwijać, mieć dla siebie grupę oparcia. Znajdziemy tu pasje, arteterapie, happeningi wydarzenia społeczne.


W imieniu grupy rodzin i opiekunów dziękuję wszystkim specjalistom: lekarzom psychiatrii, psychologom i terapeutom, prawnikom i pracownikom socjalnym za całość pracy i działań, które pomogły wielu osobom, wielu rodzinom. Dziękuję za przekazaną wiedzę, poświęcony czas, uwagę i skupienie na każdym człowieku a także za zaangażowanie w przygotowanie materiałów do niniejszej publikacji. To z pewnością w przyszłości będzie pomocą w przygotowaniu nowych programów pracy, potrzebnych w zakresie leczenia i profilaktyki zdrowia psychicznego.

Program TRANSFER i możliwość jego realizacji zawdzięczamy pomocy ze strony przyjaznej i sprawnej instytucji finansującej wszystkie działania – Ministerstwu Funduszy i Polityki Regionalnej w Warszawie, które zaopiekowało się projektem w ramach programu strukturalnego POWER.

Nic jednak nie odbyło by się, gdyby nie pomysł na projekt TRANSFER i wytrwałość w dążeniu do jego realizacji. W imieniu rodzin i opiekunów, na ręce Pani Prezes Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych w Łodzi, składam podziękowania całemu zespołowi Stowarzyszenia za przygotowanie i koordynowanie jako lider partnerstwa projektu TRANSFER w okresie od listopada 2018 do grudnia 2021 roku i objęcie nim programu pomocy dla rodzin i opiekunów osób chorujących psychicznie.

*Piotr Chuchler – Prezes Zarządu
Stowarzyszenie „Dla Rodziny*





Czas może być konstruktorem lub destruktor.
Gdy mamy odwagę przebić się w ciemność przyszłości
i rozjaśnić ją swoim własnym planem aktywności,
jesteśmy jej twórcami, czas taki nas cieszy, a nie
przeraża, nie jest naszym wrogiem, ale przyjacielem.

Antoni Kępiński, Lęk

Profilaktyka zdrowia psychicznego



lek. Wojciech Pabjańczyk

lekarz w trakcie specjalizacji z psychiatrii. Specjalizację odbywa w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Zgierzu. Prowadzi także własną praktykę lekarską. Doświadczenie zdobywał w m.in. Klinice Psychiatrycznej CKD w Łodzi, Hostel dla Osób Uzależnionych w Jedliczach, Poradni Zdrowia Psychicznego i Poradni Leczenia Uzależnień przy Fundacji „Uwolnienie”. Od początku kariery zawodowej kształci się w dziedzinie komunikacji lekarz-pacjent, ze szczególnym naciskiem na dialog motywujący. Interesuje się pozafarmakologicznymi metodami oddziaływań terapeutycznych.

Kwestia profilaktyki zdrowia psychicznego jest w moim odczuciu społecznie niedowartościowana. O ile dzięki rozwojowi zdrowia publicznego, przede wszystkim programom Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO), i prowadzonym od wielu lat kampaniom promującym dbanie o siebie – czy to w postaci wczesnej diagnostyki, unikania pewnych zachowań czy tworzenia zdrowych nawyków – społeczeństwo rozwija świadomość potrzeby działań profilaktycznych celem uniknięcia np. poważnych chorób, problem profilaktyki zdrowia psychicznego wydaje się jeszcze być w powijakach.

Coraz liczniejsze są kampanie informacyjne i edukacyjne zachęcające do szukania profesjonalnej pomocy u specjalistów zdrowia psychicznego, znane postaci używają swoich twarzy na potrzeby tychże programów. Zauważalna jest natomiast mała ilość programów mówiących o praktycznych sposobach utrzymania zdrowia psychicznego na satysfakcjonującym poziomie, czyli zapobieganiu chorobom i zaburzeniom.

Rozwiązaniem korzystnym ekonomicznie dla budżetu państwa jest strategia oparta na działaniach profilaktycznych wczesnych, czyli podejmowaniu praktyk mających na celu utrwalanie wzorców zdrowego stylu życia, które w konsekwencji w ciągu lat mogą prowadzić do zmniejszenia liczby zachorowań, a dzięki temu – do lepszego funkcjonowania ochrony zdrowia, zmniejszenia cierpienia chorych i ich rodzin oraz bliskich, zmniejszyć

liczbę zwolnień lekarskich spowodowanych zaburzeniami psychicznymi etc. Innymi słowy, zgodnie z przysłowiem – lepiej jest zapobiegać niż leczyć.

Jedną z przyczyn bagatelizowania przez społeczeństwo profilaktyki zdrowia psychicznego są mity narosłe wokół problemów psychicznych. Osoba doświadczająca tego typu trudności uznawana jest stereotypowo za „słabą psychicznie”, tak jakby np. trudności adaptacyjne były postrzegane raczej jako niedoskonałości charakteru niż realne problemy. Objawy chorób psychicznych mogą być z kolei odbierane jako oznaka lenistwa, niedbałości czy niechęci do pracy nad sobą. W efekcie ktoś, kto jest w kryzysie psychicznym może mieć poczucie, że „musi sam sobie poradzić” za wszelką cenę. Przypomina to sytuację, w której osoba chorująca na cukrzycę i doświadczająca poważnych problemów zdrowotnych z tego wynikających miałaby własnymi siłami ustabilizować sobie poziom glikemii i wyrównać zaburzony metabolizm posługując się siłą woli. Brzmi karykaturalnie, prawda? A jednocześnie nie mamy problemu, aby w taki sposób traktować osoby doświadczające trudności psychicznych. Cukrzycę można leczyć na wiele sposobów, począwszy od działań pozafarmakologicznych – wytworzenie nowych nawyków żywieniowych, wprowadzenie regularnej aktywności fizycznej, regularne kontrolowanie poziomu glikemii – jak i stosowanie farmakoterapii w postaci leków obniżających poziom glukozy we krwi lub insulinoterapię. Analogicznie jest w przypadku kryzysów psychicznych: mamy

szeroki wachlarz możliwości pozafarmakologicznych, jak i oddziaływań farmakologicznych. Życie, jak wszelkie dowody wskazują, mamy najpewniej jedno, dobrze więc odpowiednio o nie zadbać. Poniżej garść porad odnośnie profilaktyki zdrowia psychicznego.

REZYLIENCJA

Zacznijmy od terminu jakim jest rezyliencja. Jest to, cytując Wikipedię: „umiejętność lub proces dostosowywania się człowieka do zmieniających się warunków, adaptacja w stosunku do otoczenia, uodpornianie się, plastyczność umysłu, zdolność do odzyskiwania utraconych lub osłabionych sił i odporność na działanie szkodliwych czynników; zdolność do regeneracji po urazach psychicznych”.

Rezyliencja jest zatem zdolnością do radzenia sobie w optymalny sposób w różnorodnych sytuacjach życiowych. Osoby o wysokim stopniu rezyliencji są w stanie szybciej osiągnąć stan równowagi psychicznej, która została zachwiana poprzez trudne doświadczenie. Takie zachwianie może być spowodowane poprzez bycie świadkiem wydarzenia traumatycznego, szczególnie wymagającego lub poprzez długotrwałe narażenie na czynnik stresowy, który jest stały w czasie, np. nieodpowiednie warunki pracy i mobbing lub trwanie w toksycznej relacji. Wszyscy rodzimy się z charakterystycznym tylko dla nas poziomem odporności psychicznej, a w ciągu życia uczymy się metod radzenia sobie ze stresem, czasem niestety mało skutecznych. Efektem może być niski poziom rezyliencji i tendencja do pogrążania się w kryzysie. W perspektywie czasu długotrwałe działanie pod wpływem stresu przy niskiej rezyliencji może prowadzić do zaburzeń psychicznych wymagających pomocy specjalisty. Co zatem można zrobić? Skoro genów (jeszcze) nie zmienimy, dobrze jest nauczyć się jak zwiększyć swoją odporność psychiczną, między innymi za pomocą niżej prezentowanych „technik”.

UWAŻNOŚĆ

Żyjemy w kulturze indywidualistycznej, w państwie kapitalistycznym, gdzie szczególnie promowane jest bycie w działaniu, zwiększanie swojej wydajności i poświęcenie pracy lub innym aktywnościom. Ale czy to jedyna droga?

CZYTAJĄC TEN TEKST, ZATRZYMAJ SIĘ NA CHWILĘ.

Usiądź w pozycji godnej i wygodnej, wyprostuj plecy, rozkrzyżuj nogi.

Zauważ gdzie jesteś. Rozejrzyj się niespiesznie wokół siebie.

Jakimi przedmiotami się otaczasz? Siedzisz, a może stoisz?

Jakie odczucia płyną w tym momencie z Twojego ciała?

Może czujesz napięcie w szyi, może czujesz plecy lub nogi, a może nie czujesz w tym momencie nic – i to też jest w porządku. Być może zauważysz swój oddech. Zauważ w jaki sposób powietrze trafia do Twoich płuc. Musi pokonać długą drogę. Najpierw poczuj jak powietrze trafia poprzez Twoje nozdrza do nosa, następnie poprzez gardło, tchawicę trafia do płuc, gdzie dochodzi do wymiany gazowej tlenu na dwutlenek węgla. Następnie tlen przyłączony do czerwonych krwinek dociera do każdej komórki Twojego ciała. Twoje ciało wykonuje wspaniałą pracę, aby utrzymać Cię przy życiu. To wszystko dzieje się w każdej milisekundzie Twojego istnienia. Zauważ jakie uczucia pojawiają się w Tobie, gdy zaczynasz zdawać z tego sprawę. Może odczuwasz teraz ulgę? A może niepokój? Pamiętaj, że cokolwiek się pojawia, jest okej. W tej chwili nie musisz robić nic oprócz uważnej obserwacji swojego oddechu. Teraz poczuj jak wydychasz powietrze. Jakie to jest uczucie? Czy różni się czymś od wdechu? Wywołuje u Ciebie jakieś emocje?

Teraz przyjrzyj się swoim myślom. Potraktuj je jak chmury na niebie. Gdy patrzysz na niebo, chmury pojawiają się i znikają w swoim tempie. Pojawiają się... i przemijają. Tak samo Twoje myśli mogą się pojawiać i znikać. Czasem możesz do którejś myśli się „pryczepić”, tak jak możesz zapatrzeć się na chmurę na niebie. Pamiętaj jednak, że to tylko myśl, która przeminie. *Myśli są tylko myślami.* Nie jesteś tym, co myślisz. Jestem czymś znacznie więcej. *Myśli są tylko myślami.* Możesz zauważyć swoje doznania. Jakie emocje się w Tobie pojawiają? Cokolwiek to jest, po prostu to zaakceptuj. Nie musisz nic zmieniać. Pamiętaj, że *ta chwila, która właśnie trwa, jest najlepsza, jaka może być.* Ta chwila jest pełna i nie musi się nic zadziać, aby była pełniejsza. Być może to pierwszy raz w Twoim życiu, gdy tak zaczynasz postrzegać myśli i emocje. Cokolwiek się w Tobie pojawia – przyjmij to z ciekawością i wdzięcznością. Jeśli chcesz, możesz na chwilę zamknąć oczy i skupić się na swoim oddechu. Gdy poczujesz gotowość, otwórz oczy i ponownie się rozejrzyj wokół.

Czy coś się zmieniło? Jak się teraz czujesz? To było ćwiczenie uważności. Gratuluję jego ukończenia, być może po raz pierwszy w życiu.

Uważność (po angielsku *mindfulness*) to praktyka mająca na celu wyjście z „trybu działania” i przejście do „trybu bycia”, w którym po prostu akceptujemy chwilę, która właśnie jest, bez jakiegokolwiek potrzeby jej zmieniania. Nieczęsto mamy szansę po prostu być. Poprzez praktykę uważności rozwijamy swoją odporność psychiczną. Gdy uczestniczymy w biegu, trudno jest dokładnie przyjrzeć się temu, co dzieje się wokół nas; mamy szansę się skupić dopiero, gdy się zatrzymamy. Podobnie w sytuacji kryzysowej możemy mieć tendencję do niemal zlania się z nią. Uważność pozwala nam przyjrzeć się tym wydarzeniom z boku, ale także myśлом, które towarzyszą danej sytuacji. Gorąco zachęcam do zgłębienia tematu medytacji uważności oraz uczestnictwa w kursach redukcji stresu opartych na uważności (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR).

ŻYCIE WARTO PRZEŻYCIA

Wyobraźmy sobie, że jesteśmy jak akumulator wielkości dość sporej baterii. Akumulator ma w sobie zgromadzoną pewną energię, którą oddaje. Jednocześnie musi być stale ładowany, bo jak mówi przysłowie – z pustego i Salomon nie naleje. Sytuacje stresowe i kryzysowe wyciągają z nas siły. Musimy więc znaleźć sposób na to, by regularnie łączyć nasze baterie. Nie ma co zwlekać do niemal całkowitego rozładowania, bo wtedy odpalić będzie można tylko, jeśli ktoś dostarczy tej energii z zewnątrz.

Wbrew pozorom nie chodzi tutaj o wielkie rzeczy. Nasze akumulatory bardzo sprawnie przerabiają pozytywne bodźce na energię. Czynności, które dodają nam siły, to bardzo podstawowe potrzeby.

LEPIEJ FUNKCJONUJEMY I MAMY WIĘCEJ MOCY, JEŚLI:

- **zadbamy o prawidłową higienę snu,**
- **wprowadzimy stały, regularny wysiłek fizyczny w rutynę naszego tygodnia,** najlepiej przynajmniej trzy razy w tygodniu 30 min wysiłku o średniej intensywności,
- **ograniczymy ilość przyjmowanych informacji:** szacuje się, że w ciągu jednego miesiąca życia przyjmujemy ich tyle, ile średniowieczny człowiek dostawał w ciągu trwania całego swojego życia. Szum informacyjny zajmuje nam mózgi, bo lubimy nowość i tym się karmimy, ale jednocześnie jest to duży wydatek energetyczny. Posługując się analogią: możemy lubić jeździć autem szybko, ale na dłuższą metę nie jest to ani zdrowe dla silnika, ani bezpieczne dla nas i innych uczestników ruchu drogowego. Umiar przede wszystkim.
- **wpracujemy zdrowie nawyki żywieniowe.** Ograniczenie czerwonego mięsa do jednego posiłku w tygodniu, zwiększenie porcji warzyw do minimum 5 dziennie, regularne posiłki, ograniczenie podaży tłuszczu i soli to recepta na zdrowie, również psychiczne. Osobom ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym, ale i zainteresowanych pozytywnymi zmianami w diecie polecam poczytać o diecie DASH, która jest udokumentowaną klinicznie dietą obniżającą poziom ciśnienia tętniczego.
- **zaangażujemy się w aktywności, które lubimy i sprawiają nam przyjemność, a nie są w żaden sposób destrukcyjne.** Proponuję sporządzić sobie na kartce papieru listę aktywności, które wpływają na nas pozytywnie. Dla każdego to może być coś innego: głaskanie mruczącego kota, spacer z psem po parku, telefon do dobrego znajomego, gotowanie posiłków, słuchanie muzyki na słuchawkach, wyjście do kina... Powtarzam: to nie mają być wielkie rzeczy;

to mają być łatwo osiągalne i dające realną poprawę aktywności.

- **unikajmy substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu i papierosów.** Obie te substancje powodują szybkie uzależnienie, co wiąże się m.in. ze wzrostem tolerancji i występowaniem przykrych objawów odstawiennych. Nie tędy droga do rezyliencji. Co więcej, stosowanie pewnych substancji psychoaktywnych może prowadzić do wyindukowania poważnych chorób psychicznych. Zalecam ostrożność.
- **dzielmy się z innymi swoimi troskami.** Pokutuje pewien stereotyp, według którego inne osoby „nie powinny” być „obciążane” naszymi troskami. Dlaczego od razu mówić o obciążaniu? Dużo osób chce wysłuchać osobę będącą w kryzysie, ale nie zawsze wie, jak rozmawiać. Z całą mocą chcę podkreślić – mamy pełne prawo poprosić kogoś o pomoc, a druga osoba ma prawo tę pomoc udzielić, ale nie obowiązek. Wszystkim osobom, dla których jest to trudne, proponuję przećwiczyć komunikację wprost: **„Przeżywam właśnie trudne chwile w swoim życiu. Czy mógłbyś mnie wysłuchać? Mam potrzebę porozmawiać o tym, co czuję.”** – taki komunikat wyraża naszą potrzebę, ale z szacunkiem podchodzi do granic drugiej osoby i zostawia możliwość wyboru. Z kolei osobom, które nie wiedzą jak pomóc, również proponuję komunikować zwięźle i na temat: **„Słyszę, że jest ci trudno. Powiedz – w jaki sposób mogę ci pomóc?”** – nie znajdujemy na siłę rozwiązań, gdy nie jesteśmy o nie proszeni. Czasem wystarczy wysłuchać, a osoba doświadczająca kryzysu może sama odpowiedzieć sobie czego jej trzeba w tej sytuacji. Jeśli mamy dużą potrzebę podzielenia się radą, możemy powiedzieć: **”Wydaje mi się, że mam pewien pomysł, który mógłby zadziałać. Czy chcesz go wysłuchać?”** – dajmy także prawo do akceptacji lub odmowy.

Marsha Linehan, twórczyni terapii dialektyczno-behawioralnej skierowanej głównie do osób z zaburzeniem osobowości typu borderline (ale nie tylko!), mówi wręcz o „stworzeniu” sobie życia wartego przeżycia. Jesteśmy odpowiedzialni za to, jak nasze życie wygląda, niezależnie od tego, co nas w życiu spotyka. Zastanówmy się, co tworzy nam TU I TERAZ życie, które jest warte przeżycia? To pytanie może prowadzić zarówno do drobnych zmian (np. docenianie drobnych rzeczy jak wyżej, ale przy zadbaniu, aby było ich odpowiednio dużo), jak i do dużych pytań nad tym jak bym chciał/a, aby moje życie wyglądało. Być może potrzeba w nim dokonać gruntownych przekształceń. Cokolwiek by to nie było, pamiętaj, że życie wbrew temu, co niektórzy sądzą, nie musi być „orką na ugorze”. Życie ma dawać radość i satysfakcję teraz, oczywiście nie zapominając o celach długofalowych, które także mogą nadawać naszemu życiu sens. Zatem kartki w dłoń i notujmy co daje nam radość życia i ładuje nasz akumulatory.

W GRUPIE RAŹNIEJ

Wiele badań wskazuje, że poprzez aktywną przynależność do grupy rośnie nasze poczucie sprawczości. Jesteśmy zwierzętami stadnymi i w stadach czujemy się lepiej. Osoby tworzące społeczności, mające wspólny cel i wizję, to doskonały generator prądu do naszych akumulatorów. Jest wiele miejsc, w których można poczuć się częścią czegoś większego – począwszy od osiedla, na którym mieszkamy przez kluby, uniwersytety trzeciego wieku i domy kultury, a kończąc na stowarzyszeniach i fundacjach, takich jak choćby „Stowarzyszenie dla Rodziny”.

Samotność nie służy zdrowiu psychicznemu. Od razu zaznaczę, że przynależność do grupy nie musi się wiązać w aktywnym jej współtworzeniu. Mamy pełne prawo być słuchaczami, a jeśli ujrzymy w sobie taką potrzebę – możemy się głębiej zaangażować. Ważne, aby podchodzić do tego z ciekawością i życzliwością, również dla siebie, a nie z poczucia obowiązku.

Musimy więc znaleźć sposób na to, by regularnie ładować nasze baterie. Nie ma co zwlekać do niemal całkowitego rozładowania, bo wtedy odpalić będzie można tylko, jeśli ktoś dostarczy tej energii z zewnątrz.

AKCEPTACJA TO PIERWSZY KROK DO ZMIANY

W pewnych sytuacjach pomimo pracy nad sobą i stosowaniu zasad profilaktycznych może się okazać, że nasz stan i tak nie ulega poprawie. Znowu posługując się analogią do pacjenta chorującego na cukrzycę – czasem pomimo najlepszych chęci i stosowania się do zaleceń lekarza poziomy glikemii mogą być trudne do opanowania. Taka sytuacja wymaga częstszych wizyt w poradni diabetologicznej, a może i pobytu w szpitalu celem wdrożenia odpowiednich metod leczniczych. Podobnie sytuacja wygląda w kwestii zdrowia psychicznego. Kryzys, który przeżywamy, może być do tego stopnia głęboki i utrudniać codzienne funkcjonowanie, że wy-

żej wymienione metody budowy odporności psychicznej mogą nie być wystarczające. Może też się okazać, że rozwija się u nas choroba psychiczna, która wymaga podjęcia leczenia. W tej sytuacji najważniejsze jest ten stan po prostu zaakceptować. Poprzez akceptację i autentycznie odważne przyznanie się do trudności dajemy sobie szansę na życie. Wówczas możemy poszukiwać pomocy

w Poradniach Zdrowia Psychicznego, Poradni Leczenia Uzależnień. Dostęp do tych form leczenia dla osób chorujących psychicznie jest bezpłatny, bez konieczności bycia ubezpieczonym. W pewnych przypadkach konieczna może być hospitalizacja, mająca na celu precyzyjne określenie stanu zdrowia i włączenie stosownych do zaburzeń działań. I proszę mi uwierzyć – **szpital psychiatryczny nie jest strasznym miejscem, wręcz odwrotnie: pobyt w szpitalu może wpływać bardzo pozytywnie na**

stan osoby chorej.

Powtórzę jeszcze raz: nie ma potrzeby „udawać twardego”. Im szybciej zaakceptujemy, że problem, który mamy, przerasta nasze możliwości, tym większa szansa na pozytywny efekt leczenia. Zwlekanie nie jest dobrym rozwiązaniem.

PODSUMOWANIE

Pamiętajmy, że mamy w sobie potężne zasoby do zmian, które w realny sposób mogą wpłynąć na komfort naszego życia psychicznego. Człowiek to bardzo pojemna istota, jak mówi jeden z moich nauczycieli, i może przyjąć wiele, zarówno dobrego, jak i mniej zdrowego. Od nas zależy jakie paliwo będziemy dostarczać.





■ Rumianek- roślina wykorzystywana w ziołarstwie, o znanych właściwościach prozdrowotnych.

Zaburzenia snu

Sen jest jedną z podstawowych potrzeb fizjologicznych każdego człowieka. Charakteryzuje się zmiennością osobniczą w zakresie zapotrzebowania. Dorosła osoba potrzebuje przeciętnie 7-9 godzin snu na dobę. Sen to stan układu nerwowego. Jest to stan odwracalny, cykliczny i zależny od czynników zewnętrznych np. światła.

Zaburzenia snu są powszechnym zjawiskiem i szacuje się, że dotyczą 1/3 populacji ogólnej. Każda osoba, która choć raz w życiu doświadczyła nieprawidłowości w zakresie snu, wie jak istotny jest dla prawidłowego funkcjonowania.

Konsekwencje zaburzeń snu:

- ogólne złe samopoczucie/zmęczenie
- nadmierna senność
- spadek energii
- problemy z koncentracją
- pogorszenie społecznego funkcjonowania
- trudności z wykonywaniem codziennych obowiązków
- pogorszenie nastroju/skłonność do drażliwości
- dolegliwości np. ból głowy

Antoni Kępiński, psychiatra pisał: „Bezsenna noc jest męczarnią, przede wszystkim dlatego, że bardzo chce się zasnąć”

Do czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń snu zaliczamy:

- płeć żeńską
- wiek

- zmianową pracę
- stres
- uzależnienia
- choroby współistniejące (np. zaburzenia neurologiczne, niewydolność serca, POChP, astma, choroba refluksowa, zaburzenia układu moczowo-płciowego, cukrzyca, nadczynność lub niedoczynność tarczycy, cukrzyca, zaburzenia cyklu menstruacyjnego, infekcje, zaburzenia psychiczne)
- nieprzestrzeganie zasad higieny snu
- niektóre leki.

Zaburzenia snu mogą współtowarzyszyć innym chorobom, ale także predysponować do ich wystąpienia. Należy zatem pamiętać o tym, że nieprawidłowy sen może mieć poważne konsekwencje zdrowotne.

Często zaburzenia snu są objawem zaburzenia psychicznego (np. depresji, zaburzeń lękowych) lub somatycznego. Problemy ze snem mogą być pierwszym sygnałem ponownego pogorszenia stanu psychicznego.



lek. Katarzyna Sowińska

absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, specjalizująca się w dziedzinie psychiatrii w SPZOZ im.dr J. Babińskiego w Łodzi. Obecnie pracuje z pacjentami w trybie ambulatoryjnym.

Zaburzenia snu dotyczą nieprawidłowości w zakresie jakości, ilości i pory a także zjawisk występujących w czasie snu.

Do przykładowych zaburzeń snu zaliczamy:

- bezsenność (występuje najczęściej)
- nadmierną senność
- lęki nocne
- somnambulizm (lunatyzm)
- koszmary senne
- zgrzytanie zębami (bruksizm)
- zespół obturacyjnego bezdechu sennego
- zespół niespokojnych nóg

Zawsze w pierwszej kolejności należy ocenić ogólny stan zdrowia, zdiagnozować i leczyć schorzenia somatyczne, które mogą powodować zaburzenia snu a także modyfikować zachowania związane ze snem. Wskazane jest podjęcie psychoterapii. W dalszej kolejności do rozważenia jest leczenie farmakologiczne, które powinno być prowadzone przez psychiatrów. Przewlekłe

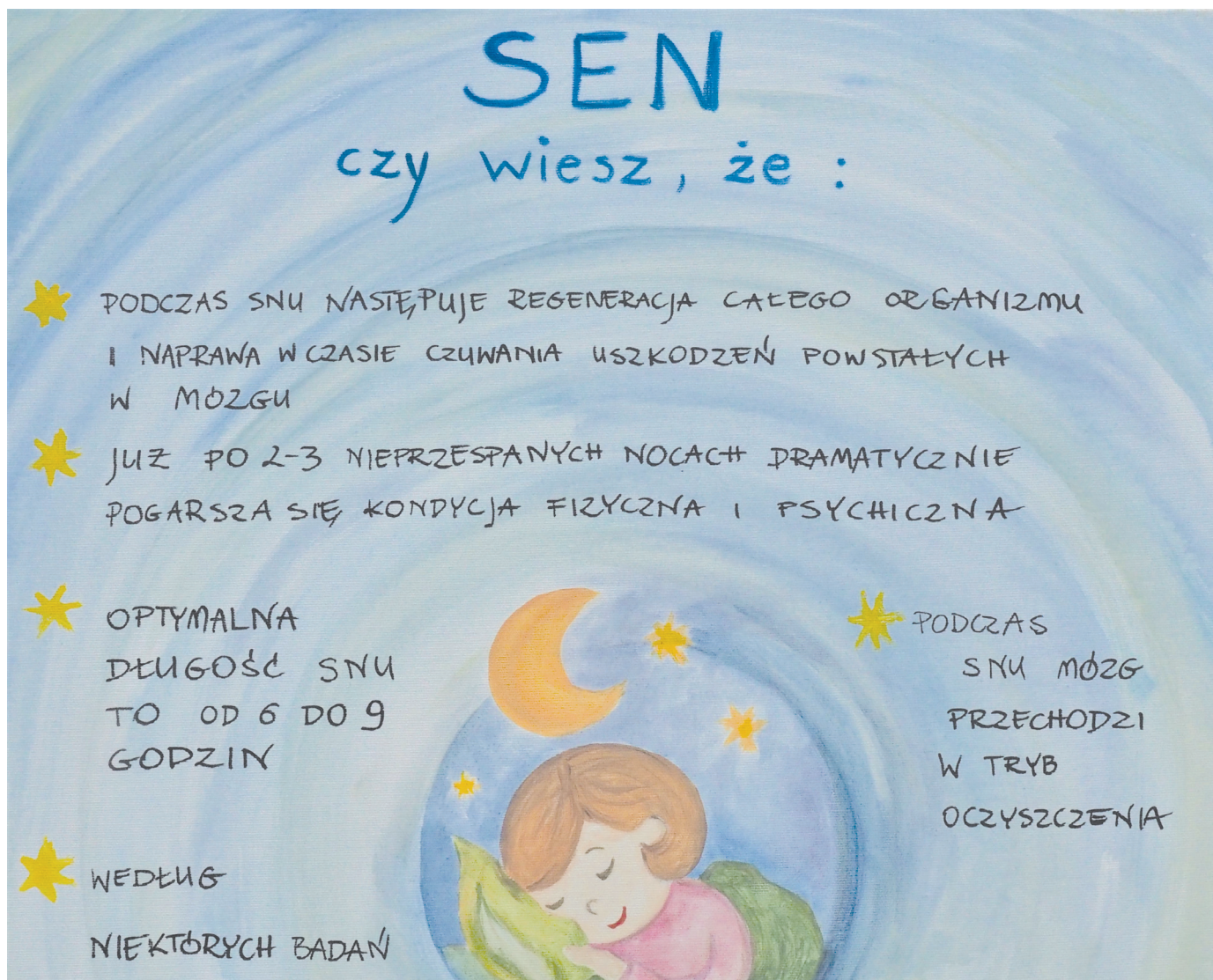
Antoni Kepiński, psychiatra pisał:
„Bezsenność jest męczarnią,
przede wszystkim dlatego, że
bardzo chce się zasnąć”

zażywanie niektórych leków nasennych powyżej 4 tygodni od rozpoczęcia leczenia może prowadzić do uzależnienia od leków. W przypadku bruksizmu wskazana jest opieka poradni zaburzeń narządu żucia a w razie zespołu niespokojnych nóg opieka neurologiczna. Zespół obturacyjnego bezdechu sennego wymaga opieki ośrodka specjalizującego się w diagnostyce i leczeniu problemu. Bezsenność przygodna zwykle nie wymaga leczenia.

Najważniejszą i nieodłącznie częścią jest przestrzeganie zasad higieny snu i kontrola bodźców:

- zdrowy, regularny tryb życia
- unikanie wysiłku fizycznego przed snem, kawy, alkoholu i nikotyny,
- wietrzenie sypialni przed snem, usunięcie głośnych zegarów
- wykorzystywanie łóżka do snu i aktywności seksualnej
- unikanie drzemek w ciągu dnia
- ograniczenie korzystania z urządzeń emitujących niebieskie światło takich jak komputery, smartfony czy tablety
- unikanie spania na siłę- jeśli nie możesz zasnąć dłużej niż 10-15 minut opuść sypialnię, jeśli po powrocie nadal nie możesz zasnąć powtarzaj czynność

Jeśli pomimo stosowania się do powyższych zaleceń utrzymują się zaburzenia snu wskazana jest wizyta u specjalisty.



■ Tablica informacyjna „Zdrowy Sen” - z zasobów TPN

Leczenie w schizofrenii, współczesne metody i założenia

- wskazówki dla rodzin, czyli o objawach, przyczynach, terapii



lek. Iga
Gruszczyńska

rezydent w trakcie szkolenia

- specjalizacyjnego w dziedzinie psychiatrii

- absolwentka Łódzkiego Uniwersytetu

Medycznego w trakcie specjalizacji z psychiatrii,

studentka szkoły psychoterapii poznawczo-

behawioralnej. Od lat interesująca się

zagadnieniami związanymi ze zdrowiem

psychicznym, w tym tematem schizofrenii.

Wspierająca pacjentów i ich rodziny.

Prowadząca spotkania psychoedukacyjne.

Poniższe opracowanie zagadnienia jakim jest schizofrenia zawiera kompendium wiedzy dla pacjentów i ich rodzin. Zostało ono przygotowane w oparciu o współczesną wiedzę, której misją jest by służyć zdrowiu psychicznemu całego społeczeństwa.

CZYM JEST SCHIZOFRENIA?

To choroba, w której obserwujemy zmiany w czynności i strukturze mózgu. Psychoza dla wielu osób pozostaje niewiadomą, dlatego może budzić obawy. Istotne jest zrozumienie, że osoby chore, będące w remisji, mające dobrane odpowiednie leczenie mogą funkcjonować jak osoby zdrowe. Przebieg zaburzeń może być ciągły albo epizodyczny, dolegliwości mogą być stabilne lub postępujące.

Aby osiągnąć efekty w leczeniu bardzo ważna jest współpraca pacjenta, lekarza i rodziny.

Częstość występowania schizofrenii w populacji ocenia się na ok. 1%. Najczęściej dotyczy ludzi młodych (20-30 r.ż.), ale diagnozuje się ją również w innych kategoriach wiekowych.

OBJAWY SCHIZOFRENII:

Objawy osiowe:

- Zaburzenia asocjacji (formalne zaburzenia myślenia, rozkojarzenie)
- Zaburzenia mod ulacji afektu
- Ambiwalencja
- Autyzm (zamknięcie w świecie wewnętrznym)

Negatywne:

- Spowolnienie psychoruchowe
- Ograniczenie aktywności, apatia
- Spłylenie afektu
- Bierność, brak inicjatywy
- Zubożenie ilości i treści wypowiedzi
- Niedostateczna dbałość o siebie
- Ubóstwo zachowań społecznych
- Upośledzenie komunikacji pozawerbalnej (mimika, kontakt wzrokowy, modulacja głosu, postawa ciała)

Pozytywne:

- Omamy (halucynacje) - odczuwane przy braku bodźca, docierają z przestrzeni dookoła
- Pseudohalucynacje - odczuwane przy braku bodźca, docierają z wnętrza ciała, przestrzeni pozaziemskiej
- Urojenia - fałszywe przekonania

**Lepsze rokowanie przy
późnym początku choroby**

Formalne zaburzenia myślenia:

- Rozwlekłość, uskokowość
- Gonitwa myśli (nadmiar myśli)
- Rozkojarzenie
- Otamowanie
- Neologizmy
- Zmianie znaczenia słów
- Persewacje (powtarzanie czynności bez obecnego bodźca)
- Echolalia (powtarzanie cudzych wypowiedzi bądź ich fragmentów)
- Odpowiedzi wymijające

CHARAKTERYSTYCZNE ZMIANY W ZACHOWANIU - CO MOŻEMY ZAUWAŻYĆ?

- Załamanie linii życiowej
- Skierowanie uwagi na przeżycia wewnętrzne (izolacja, wycofanie z kontaktów międzyludzkich)
- Utrata potrzeby kontaktów emocjonalnych, ochłodzenie relacji emocjonalnych z bliskimi
- Zmiana stosunku do swoich obowiązków, zainteresowań
- Zmiana hierarchii wartości
- Podejrzliwość i osobne odbieranie rzeczywistości
- Działanie pod wpływem imperatywów
- Zmiany napędu psychoruchowego

SCHIZOFRENIA - JAKA MOŻE BYĆ?

- **Paranoidalna** - obserwujemy głównie objawy pozytywne (urojenia i omamy)
- **Hebefreniczna** - przeważa dezorganizacja myślenia i zachowania, afekt jest niedostosowany
- **Katatoniczna** - sztywność mięśni, nieuzasadniony opór wobec wszystkich poleceń, nadmierna bezcelowa aktywność ruchowa lub całkowite spowolnienie psychoruchowe
- **Nieźródnicowana** - nie przeważają objawy jednego typu

Możliwe pogorszenie stanu zdrowia pacjenta po przyjęciu do szpitala, w sytuacji gdy trafia do oddziału na początku okresu zaostrzenia.

- **Rezydualna** - długotrwały przebieg, głównie objawy negatywne; w przeszłości wystąpił epizod silnej psychozy
- **Prosta** - rozwój objawów negatywnych bez obecności psychozy

SKĄD TO SIĘ BIERZE?

- Genetyka - dodatni wywiad rodzinny

- Zdrowi krewni 1%
- Rodzic 13%
- Obydwoje rodzice 50%
- Chory bliźniak jednojajowy 50%
- Chore rodzeństwo 10%

- Środowisko, wysoki poziom wyrażania emocji, nadopiekuńcza rodzina
- Czynniki rozwojowe (np. choroby matki w okresie płodowym)
- Nieprawidłowości mózgu (zmiany w badaniach obrazowych)
- Nieprawidłowości neuroprzekaźnika (nadmierna aktywność szlaku dopaminergicznego; czasami wywołana przez narkotyki)
- Wydarzenia życiowe, ciężki stres

SCHIZOFRENIA - ZALECANE DZIAŁANIA TERAPEUTYCZNE:

- Farmakoterapia
- Psychoterapia
- Psychoedukacja
- Terapia rodzin
- Alternatywne formy leczenia

DOLEGLIWOŚCI WSPÓLISTNIEJĄCE

- Depresja
- Zaburzenia lękowe
- Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne
- Zachowania agresywne
- Uzależnienia
- Myśli i tendencje „S”
- Bezsenność

DEPRESJA POSCHIZOFRENICZNA:

- Nawet do 50% pacjentów
- Różnicowanie z równoczesnym występowaniem depresji i schizofrenii
- Modyfikacja leczenia (leki neuroleptyczne o działaniu p/depresyjnym, dołączenie leku p/depresyjnego)

W rodzinie spotyka się podobne objawy oraz wrażliwość na leki.

Im szybciej pacjent zgłosi się do lekarza, tym mniejsze ryzyko hospitalizacji.

FARMAKOTERAPIA

W dzisiejszych czasach gama leków psychiatrycznych jest olbrzymia i cały czas się rozwija, dając lekarzom nowe możliwości terapii. Dzięki temu możemy dostosować leczenie w oparciu o objawy jakie prezentuje pacjent, uwzględniając działania niepożądane, formę podania, preferencje, wygodę. Istotne jest aby pacjent w rozmowie z psychiatrą przedstawiał swoje oczekiwania zgłaszał to co go niepokoi.

START LOW, GO SLOW!

Przy rozpoczynaniu leczenia istotne jest aby zaczynać od jak najmniejszych dawek, które mogą być stopniowo modyfikowane. Cierpliwość jest bardzo istotna.

Lekarz dobiera lek na podstawie aktualnych objawów i stanu pacjenta.

W leczeniu wykorzystuje się leki neuroleptyczne, które możemy podzielić przede wszystkim na klasyczne i atypowe.

Leki klasyczne (I generacji)	Leki atypowe (II generacji)
Antagoniści receptora dopaminergicznego	Antagoniści receptora dopaminergicznego oraz serotonergicznego
Skuteczne głównie wobec objawów pozytywnych	Skuteczne wobec objawów negatywnych i pozytywnych
	Mniej działań niepożądanych, są lepiej tolerowane
<ul style="list-style-type: none"> Chlorpromazyna Chlolorprotiksen Flufenazyna Flupentiksol Haloperidol Lewomepromazyna Perzyna Sulpiryd Trifluoperazyna Zuklopentiksol Klozapina 	<ul style="list-style-type: none"> Amisulpryd Aripiprazol Kwetiapina Olanzapina Risperidon Sertindol Ziprasidon

FORMY PODAWANIA LEKÓW:

- Tabletki
- Tabletki rozpuszczalne
- Płyn/krople
- Iniekcje o przedłużonym działaniu

Pacjenci, którzy palą niktynę są mniej wrażliwi na działanie leków! Istotne aby informację o rozpoczęciu lub rzuceniu palenia przekazywać swojemu lekarzowi. Umożliwi to zminimalizowanie działań niepożądanych oraz zmniejszy ryzyko nawrotu choroby podstawowej.

Potencjalizacja (wzmocnienie) działania leków:

- Kolejny lek neuroleptyczny
- Lek normotymiczny - stabilizujący nastrój (wskazany przy drażliwości i pobudzeniu)
- Lek przeciwdepresyjny (wskazany przy objawach depresyjnych)

LEKI O PRZEDŁUŻONYM DZIAŁANIU (LAI - LONG-ACTING INJECTIONS)

- Zapewniają stabilne stężenie leku w organizmie
- Względnie niska dawka substancji czynnej
- Spadek ryzyka nagłego odstawienia leku
- Chory nie musi pamiętać o lekach codziennie
- Spadek ryzyka przedawkowania
- Mniej dolegliwości ze strony układu pokarmowego
- Preparat paliperydonu co 3 miesiące = 4 razy w roku

LEKOOPORNOŚĆ:

- Klozapina:
 - lek ostatniego rzutu;
 - ze względu na duże ryzyko objawów nieporządkanych leczenie musi być stale monitorowane przez lekarza
- Leczenie elektrowstrząsami:
 - Zabieg wykonywany w znieczuleniu ogólnym
 - Ma na celu uwrażliwienie receptorów w mózgu na działanie leków
 - Jedna z bezpieczniejszych form terapii

CZAS TRWANIA LECZENIA

Czynniki skracające leczenie

- Wystąpienie jakościowej poprawy, wielowymiarowej (objawowa, subiektywna, funkcjonalna)
- Współpraca, regularność
- Wsparcie środowiska

Czynniki wydłużające leczenie

- Niepełna poprawa
- Współistnienie innych zaburzeń psychicznych/somatycznych
- Brak współpracy, zaburzony krytycyzm
- Brak wsparcia
- Utrudniony dostęp do pomocy

- Efekty oceniamy po około 6 tygodniach leczenia
- Utrzymujemy leczenie intensywne do około 6 miesięcy
- Wdrażamy leczenie podtrzymujące:

I epizod*	1-2lata
2 lub więcej epizodów zaostrenie**	minimum 5 lat do kilku lat
Przewlekła psychoza	Powyżej 5 lat

*Epizod to pojawienie objawów u osoby dotychczas zdrowej lub będącej w remisji.

**Zaostrzenie jest nasileniem objawów, które były cały czas obecne ale w mniejszym nasileniu.

CO MA NA CELU LECZENIE PODTRZYMUJĄCE?

- Utrzymanie poprawy
- Zmniejszenie ryzyka nawrotu
- Optymalizacja jakości życia chorego
- Przywrócenie dobrego poziomu funkcjonowania
- Kontrole początkowo nie rzadziej niż co miesiąc, przy stabilnym stanie chorego do 3 miesięcy.

WARUNKI DZIĘKI KTÓRYM LEKARZ BĘDZIE MÓGŁ W BEZPIECZNY SPOSÓB ODSZTAWIĆ LEK:

- Dobra objawowa poprawa po ponad 6 miesiącach
- Dobre funkcjonowanie społeczne
- Dobra dotychczasowa współpraca w leczeniu

- Satysfakcjonujące wsparcie otoczenia
- Brak innych zaburzeń psychicznych
- Niestosowanie substancji psychoaktywnych.

**Leki odstawiamy stopniowo:
Po I epizodzie przez 2-3 miesiące
Po kolejnych 3-6 miesięcy**

KIEDY ODSZTAWIENIE LUB MODYFIKACJA

**U chorych z zachowaniami agresywnymi
lub samobójczymi nie zaleca się
odstawienia leczenia podtrzymującego**

LEKU BĘDĄ WSKAZANE?

- Powikłania leczenia, zła tolerancja
- Inne schorzenie somatyczne/psychiczne uniemożliwiające dalsze leczenie p/psychotyczne
- Ciąża, karmienie piersią

CIAŻA

Ciąża jest szczególnie okresem w życiu kobiety. Zalecana jest w nim szczególna ostrożność podczas leczenia chorób i zaburzeń psychicznych. Bardzo istotne jest aby pacjentka nie zatajała przed lekarzem informacji

**Najważniejsza w leczeniu
jest współpraca!**

na temat ciąży. Dzięki tej wiedzy specjalista będzie mógł zmodyfikować i dostosować leczenie tak aby było zarówno skuteczne jak i bezpieczne dla matki i dziecka.

ZASADY LECZENIA PRZYJMOWANE W PRZYPADKU KONIECZNOŚCI LECZENIA PACJENTKI W CIAŻY:

- Psychoterapia
- EW (elektrowstrząsy)
- Należy unikać leków neuroleptycznych (szczególnie I trymestr i okres tuż przed porodem)
- Gdy farmakoterapia bezwzględnie konieczna - lek klasyczny w najmniejszej skutecznej dawce
- Unikanie działań niepożądanych, poprzez stosowanie leków korygujących
- Odstawienie kiedy tylko będzie to możliwe i bezpieczne
- Nie stosować neuroleptyków u kobiet karmiących/zaniechać karmienia piersią

NAJCZĘSTSZE PRZYCZYNY ZŁEJ WSPÓŁPRACY:

- Zła tolerancja leczenia
- Działania niepożądane
- Pogorszenie stanu chorobowego
- Brak poczucia choroby
- Uciążliwość terapii
- Poczucie stygmatyzacji
- Czynniki administracyjne

JAK POPRAWIĆ WSPÓŁPRACĘ?

- Minimalizowanie działań niepożądanych leków
- Psychoedukacja (chorego, otoczenia, rodziny)
- Aktywny udział pacjenta w planowaniu terapii
- Kontrakt terapeutyczny
- Poprawa wglądu
- Wsparcie otoczenia

Przyczyny złej współpracy oraz metody, które mogą wpłynąć na jej poprawę:

OBSERWOWANY CZYNNIK NIEPOŻĄDANY	ZALECANE DZIAŁANIE
Brak akceptacji (potrzeby) leczenia	Działania mające na celu jak najszybszą poprawę: leki w formie rozpuszczalnej, płynnej, iniekcyjnej; zmiana leku na skuteczniejszy
Brak poprawy po dotychczasowym leczeniu	Leki w formie rozpuszczalnej, płynnej, iniekcyjnej zmiana leku na skuteczniejszy
Zła tolerancja leku	Modyfikacja dawki Włączenie leków korygujących Zmiana leku
Substancje psychoaktywne, używki	Abstynencja! Terapia uzależnień
Brak wsparcia w otoczeniu chorego	Psychoedukacja
Czynniki administracyjne	Pomoc służb socjalnych

CO PRZYGOTOWAĆ, GDY MUSIMY WEZWAĆ POGOTOWIE?

- Podstawowe dane
- Rozpoznanie choroby
- Przyjmowane leki oraz ich dawkowanie
- Czy stanowi zagrożenie dla siebie lub innych
- Co nas zaniepokoiło

TRYBY PRZYJĘCIA DO SZPITALA:

- Za zgodą - pacjent chce zostać w szpitalu, wyraża świadomą zgodę
- Nagły - pacjent nie chce zostać w szpitalu - decyzję podejmuje lekarz, na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego
- Wnioskowy - pacjent nie chce się leczyć, nie odczuwa takiej potrzeby - sąd rodzinny na wniosek małżonka, krewnego w linii prostej, rodzeństwa,

przedstawiciela ustawowego, osoby sprawującej faktyczną opiekę, może skierować chorego na leczenie przymusowe

UBEZWŁASNOWIENIE

- Nie służy leczeniu pacjenta
- Oznacza niezdolność do samodzielnej egzystencji
- Jest związane z rozwiązywaniem spraw majątkowych
- Gdy pacjent odmawia leczenia jest kierowany do szpitala decyzją sądu, w trybie wnioskowym

Bibliografia:

Psychiatria; Piotr Gałęcki, Agata Szulc; Wrocław 2018
Standardy leczenia farmakologicznego; Redakcja naukowa; Marek Jarema; Gdańsk 2015
Psychiatria; Marwick, Birrell; wyd. polskie S.K.Sidorowicz; Wrocław 2019

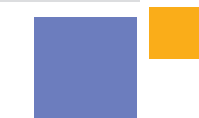


■ Prace arteterapii.



■ Warsztaty psychoedukacyjne z lekarzem psychiatrii dla rodzin i opiekunów w Stowarzyszeniu „Dla Rodziny”.

Pomoc prawna w sytuacjach konieczności zastosowania przymusu leczenia



Jednymi z najtrudniejszych sytuacji są te, w których pacjenci chorujący psychicznie nie chcą podjąć leczenia. Przewrotna specyfika choroby powoduje, że osoba chora nie jest w stanie podjąć dobrych dla siebie decyzji. Doprowadza to zawsze do zagrożenia zdrowia, a nawet życia czy to swojego czy innych osób.

Na wstępie wskazać należy, że aktualne rozwiązania prawne są obarczone lukami, które nierzadko przegrywają w starciu z problemami natury praktycznej. Przewidziane przez ustawodawcę procedury, niekiedy nawet przy najlepszych staraniach rodziny osoby chorej psychicznie, mogą stanowić poważną barierę w walce o szeroko rozumiane dobro osoby chorej. Dlatego też chcąc zapewnić choremu należytą opiekę, przed przystąpieniem do skorzystania ze środków prawnych oferowanych przez obowiązujące przepisy, warto jest zasięgnąć porady prawnej. Fachowe doradztwo prawne nie tylko pozwoli zrozumieć skutki potencjalnych rozwiązań, ale także pozwoli uniknąć sytuacji, w których formułowane samodzielnie wnioski i pisma procesowe będą przez sąd odrzucane. Jest to o tyle istotne, że w przypadku osób

chorych psychicznie liczy się czas, a same procedury są już i tak wystarczająco wydłużone.

W tym miejscu warto przybliżyć pokrótce narzędzia prawne, które mogą wesprzeć bliskich osób chorych psychicznie w dążeniu do zadbania o zdrowie i przyszłość osoby chorej psychicznie.

W pierwszej kolejności z pomocą przychodzi **Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego i przewidziany nią tryb przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta.**

Co do zasady na każde badanie psychiatryczne osoba badana musi wyrazić zgodę. W sytuacji, gdy ze względu



Ewelina Sadowska

adwokat



Tomasz Gołębiowski

adwokat

W programie TRANSFER, który umożliwił dostęp do porad prawnych, kancelarie świadczyły pomoc i porady prawne dla rodzin, opiekunów osób chorujących psychicznie, pomagając w wielu sprawach rodzinnych w szerokim zakresie, przyczyniając się do poprawy indywidualnych sytuacji ale także upowszechniając poradnictwo prawne i wiedzę z zakresu prawa także w zakresie zdrowia psychicznego.

Strona internetowa Kancelarii:

<https://kancelaria-adwokacka.lodz.pl/>

na stan psychiczny bezpośrednio zagrażający własnemu życiu albo zdrowiu lub zdrowiu innych osób, bądź w sytuacji niezdolności do zaspokajania własnych potrzeb życiowych osoby, która ma zostać poddana badaniu psychiatrycznemu, nie wyraża ona zgody na to badanie, można badanie takie przeprowadzić bez wymaganej zgody. Jeżeli dotyczy to osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie, badanie może być przeprowadzone bez zgody przedstawiciela ustawowego. Gdy zachodzi taka konieczność, ustawa zezwala na zastosowanie przymusu bezpośredniego. Stan bezpośrednio zagrażający własnemu życiu albo zdrowiu lub zdrowiu innych osób to stan nagły, czyli wymagający szybkiej interwencji lekarskiej. Stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia to na przykład podjęcie próby samobójczej, samookaleczenie, zaburzenie zachowania pod postacią znacznej agresji fizycznej wobec innych osób lub przedmiotów. Niezdolność do zaspokajania własnych potrzeb świadczy o długotrwałym procesie doprowadzającym do stanu, w którym osoba chora pośrednio zagraża swojemu życiu (odmowa przyjmowania posiłków w celach samobójczych z powodu głębokich zaburzeń depresyjnych lub doznań psychotycznych, otępienie głębokiego stopnia).

Interwencja lekarska w stanach nagłych polega na:

1. zebraniu niezbędnego wywiadu od otoczenia, z dostępnej dokumentacji medycznej i, o ile to możliwe, od osoby badanej;
2. szybkiej ocenie obecności bądź nieobecności objawów zaburzeń czy choroby psychicznej;
3. podjęciu decyzji co do konieczności wdrożenia natychmiastowego leczenia;
4. podjęciu decyzji co do miejsca leczenia;
5. ewentualnej konieczności transportu chorego;
6. konieczności zastosowania przymusu bezpośredniego;
7. konieczności podania doraźnych leków.

Ustawa reguluje dwa tryby przyjęcia do szpitala psychiatrycznego: tryb nagły i wnioskowy.

1. TRYB NAGŁY:

Osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody w następujących przypadkach:

- po pierwsze tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. Wówczas o przyjęciu do szpitala takiej osoby postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa. Przyjęcie do szpitala wymaga nadto zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia. Procedura ta odbywa się pod nadzorem sądu opiekuńczego. Kierownik szpitala o fakcie przyjęcia chorego do szpitala zawiadamia bowiem sąd opiekuńczy właściwy ze względu na miejsce siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia.
- po wtóre w sytuacji, w której dotychczasowe jej zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest on chory psychicznie. W celu wyjaśnienia wątpliwości co do stanu zdrowia takiej osoby możliwy jest jej pobyt w szpitalu do 10 dni. W opisanej sytuacji również przyjęcie do szpitala musi być zatwierdzone przez ordynatora, jak również o przyjęciu musi być zawiadomiony sąd opiekuńczy.

W każdym przypadku, na podstawie otrzymanego zawiadomienia sąd opiekuńczy wszczyna postępowanie dotyczące przyjęcia do szpitala psychiatrycznego. Sąd opiekuńczy może rozpoznać sprawę również na wniosek tej osoby lub jej przedstawiciela ustawowego, jej małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa bądź osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę albo z urzędu. O treści postanowienia w przedmiocie przyjęcia

osoby chorej do szpitala, sąd opiekuńczy zawiadamia niezwłocznie szpital, w którym ta osoba przebywa. W razie wydania postanowienia o braku podstaw do przyjęcia, szpital psychiatryczny jest obowiązany wypisać tę osobę niezwłocznie po doręczeniu mu postanowienia sądu. W przypadku, gdy osoba przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody wyraziła potem zgodę na pobyt w tym szpitalu, sąd opiekuńczy umarza postępowanie wszczęte na skutek zawiadomienia lub wniosku.

2. TRYB WNISKOWY:

Do szpitala psychiatrycznego może być również przyjęta, bez jej zgody, osoba chora psychicznie:

- której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego, bądź
- która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia.

O potrzebie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego takiej osoby, bez jej zgody, orzeka sąd opiekuńczy właściwy dla miejsca zamieszkania tej osoby - na wniosek jej małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa, jej przedstawiciela ustawowego, osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę, organu pomocy społecznej lub prokuratora. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego wymaga prognozy „znacznego” pogorszenia stanu zdrowia psychicznego osoby objętej postępowaniem w tym trybie, nie wystarczy więc samo tylko jego „pogorszenie”. Zadaniem sądu opiekuńczego jest baczne czuwanie, aby korzystanie z wnioskowego trybu przymusowej hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym nie prowadziło do nadużyć.

JAKIE DOKUMENTY NALEŻY DOŁĄCZYĆ DO WNIOSKU O PRZYJĘCIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO?

Przede wszystkim do wniosku należy załączyć: **aktualne orzeczenie lekarza psychiatry szczególnie uzasadniające potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym**. Lekarz może wystawić takie świadectwo tylko po uprzednim osobistym zbadaniu pacjenta. Nie jest zatem wystarczające, że np. któryś z członków rodziny uda się do lekarza psychiatry, który na podstawie posiadanej dokumentacji lekarskiej wystawi stosowne orzeczenie. Badanie co do zasady powinno być przeprowadzone w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, ale w uzasadnionych wypadkach może być także przeprowadzone przez lekarza psychiatrę w miejscu zamieszkania osoby.

W przypadku niezłączenia do wniosku orzeczenia lekarskiego lub gdy zostało ono wydane w okresie dłuższym niż 14 dni przed dniem złożenia wniosku, sąd zwraca wniosek. Mimo że do wniosku nie załączono orzeczenia lekarskiego lub uległo ono dezaktualizacji, w jednym przypadku sąd wniosku jednak nie zwraca. Ma to miejsce wówczas, gdy treść wniosku lub załączone do wniosku dokumenty uprawniają do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, a złożenie przez wnioskodawcę orzeczenia lekarskiego nie jest możliwe (np. osoba chora psychicznie, mimo prośby wnioskodawcy, nie chce dobrowolnie udać się do lekarza psychiatry i poddać badaniu). W takim układzie sytuacyjnym sąd nie zwraca wniosku, lecz zarządza poddanie osoby, której wniosek dotyczy, odpowiedniemu badaniu. Możliwa jest jednak sytuacja, iż osoba, której wniosek dotyczy, mimo że sąd zarządził poddanie się przez nią odpowiedniemu badaniu, odmawia poddania się badaniu. Sytuacje te mogą w praktyce być dość częste. Wówczas przedmiotowe badanie może być przeprowadzone bez jej zgody.

UBEZWŁASNOWOLNIENIE

UBEZWŁASNOWOLNIENIE CZĘŚCIOWE

– może zostać orzeczone z powodu choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, jeżeli stan chorego nie uzasadnia ubezwłasnowolnienia całkowitego, lecz potrzebna jest pomoc do prowadzenia jego spraw. Ubezwłasnowolnienie częściowe może zostać orzeczone tylko w stosunku do osoby pełnoletniej.

UBEZWŁASNOWOLNIENIE CAŁKOWITE

– może zostać orzeczone w stosunku do osoby, która wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, nie jest w stanie kierować swym postępowaniem. Ubezwłasnowolnienie całkowite może zostać orzeczone tylko w stosunku do osoby, która ukończyła 13 lat.

UBEZWŁASNOWOLNIENIE

Omawiając temat ubezwłasnowolnienia rozpocząć należy od tego, że wyróżniamy dwa rodzaje tej instytucji. Są to ubezwłasnowolnienie całkowite oraz częściowe.

Skutkiem ubezwłasnowolnienia częściowego jest ograniczenie zdolności do czynności prawnych osoby ubezwłasnowolnionej częściowo. Taka osoba może, co do zasady, dokonywać czynności prawnych, przez które zaciąga zobowiązania lub rozporządza swoimi prawami ale **tylko za zgodą jej przedstawiciela ustawowego (kuratora)**. Ponadto, może ona dokonywać czynności, do ważności których ustawa nie wymaga zgody przedstawiciela. Przykładowo, osoba ubezwłasnowolniona częściowo może zawierać umowy należące do umów powszechnie zawieranych w drobnych, bieżących sprawach życia codziennego (np. zawierać umowy sprzedaży podczas codziennych zakupów) oraz rozporządzać swoim zarobkiem, chyba że sąd opiekuńczy z ważnych powodów inaczej postanowi.

Skutki ubezwłasnowolnienia całkowitego są znacznie poważniejsze. Osoba ubezwłasnowolniona całkowicie ma status niemal identyczny jak osoba małoletnia, która nie ukończyła 13 lat.

Osoba ubezwłasnowolniona całkowicie nie ma zdolności do czynności prawnych. Nie może sama zawierać umów ani nawet sporządzić testamentu. Czynności prawne dokonywane przez osoby ubezwłasnowolnione są bezwzględnie nieważne. Osoba ta może jednak zawierać umowy należące do kategorii umów zawieranych w drobnych, bieżących sprawach życia codziennego (podobnie jak w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej częściowo). Gdyby jednak czynność ta powodowała rażące pokrzywdzenie dla osoby ubezwłasnowolnionej to mimo jej wykonania, staje się umową nieważną.

Osoba ubezwłasnowolniona całkowicie nie może również zawrzeć związku małżeńskiego.

Wniosek o ubezwłasnowolnienie mogą złożyć **tylko** następujące osoby:

- małżonek osoby, która ma zostać ubezwłasnowolniona;
- krewni w linii prostej osoby, która ma zostać ubezwłasnowolniona (np. ojciec, matka, dzieci, wnuki);
- rodzeństwo osoby, która ma zostać ubezwłasnowolniona;
- przedstawiciel ustawowy osoby, która ma zostać ubezwłasnowolniona;
- prokurator.

Co powinien zawierać wniosek o ubezwłasnowolnienie:

- imię i nazwisko, adres zamieszkania (nie zameldowania) **uczestnika postępowania** oraz PESEL (tj. osoby, która ma zostać ubezwłasnowolniona),
- imię i nazwisko, adres zamieszkania (nie zameldowania) **wnioskodawcy** oraz PESEL (tj. osoby domagającej się ubezwłasnowolnienia);
- określenie, kim dla uczestnika postępowania jest wnioskodawca (należy podać dane, które pozwolą na ustalenie czy wnioskodawca jest uprawniony do wystąpienia z wnioskiem, np. małżonek, rodzic, dziecko);
- wskazanie proponowanego zakresu ubezwłasnowolnienia (częściowe lub całkowite);
- wyjaśnienie przyczyn, z powodu których osoba której dotyczy wniosek powinna zostać ubezwłasnowolniona;
- wskazanie informacji dotyczących stanu cywilnego osoby, która ma zostać ubezwłasnowolniona (jeśli uczestnik postępowania pozostaje w związku małżeńskim należy podać imię, nazwisko i adres zamieszkania małżonka);
- wskazanie, czy stan zdrowia uczestnika umożliwia mu osobiste stawienie się w sądzie celem wysłuchania.

We wniosku o ubezwłasnowolnienie **można** (nie jest to formalny wymóg) zawrzeć wniosek o ustanowienie adwokata z urzędu (jeśli wnioskodawca potrzebuje pomocy przy jego sporządzeniu i nie posiada środków na ustanowienie adwokata z wyboru). Do wniosku o ustanowienie adwokata z urzędu potrzebny jest dodatkowo poprawnie wypełniony formularz o nazwie: oświadczenie o stanie rodzinnym, majątku, dochodach i źródłach utrzymania. W większości sądów formularz taki jest udostępniany nieodpłatnie w biurze obsługi interesanta.

Jakie dokumenty należy załączyć do wniosku o ubezwłasnowolnienie:

- odpis skrócony aktu urodzenia uczestnika postępowania (osoby, którą chcemy ubezwłasnowolnić);
- odpis skrócony aktu małżeństwa uczestnika – jeśli uczestnik pozostaje w związku małżeńskim;
- odpis skrócony aktu zgonu małżonka oraz odpis skrócony aktu małżeństwa – jeśli uczestnik jest wdową lub wdowcem;
- odpis skrócony aktu małżeństwa, z którego wynika, iż uczestnik jest po rozwodzie – jeśli uczestnik jest osobą rozwiedzioną;

wszystkie te dokumenty można uzyskać w Urzędzie Stanu Cywilnego

- świadectwo lekarskie wydane przez lekarza psychiatrę o stanie psychicznym osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, lub opinię psychologa o stopniu niepełnosprawności umysłowej tej osoby;
- zaświadczenie z poradni przeciwalkoholowej bądź

zaświadczenie z poradni leczenia uzależnień, jeżeli ubezwłasnowolnienie ma nastąpić z powodu zaburzeń psychicznych, spowodowanych pijaństwem lub narkomanią;

- potwierdzenie uiszczenia opłaty od wniosku w kwocie 100 zł – opłaty dokonujemy na rachunek sądu, do którego kierujemy wniosek (numer konta znajduje się na stronie internetowej każdego sądu);
- 2 odpisy wniosku wraz ze wszystkim załącznikami (czyli razem 3 egzemplarze); jeśli osoba, którą chcemy ubezwłasnowolnić pozostaje w związku małżeńskim, wtedy do wniosku załączamy jeszcze jeden dodatkowy odpis ze wszystkimi załącznikami.

Wniosek o ubezwłasnowolnienie składany jest zawsze do sądu okręgowego właściwego dla miejsca zamieszkania osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie.

W razie braku miejsca zamieszkania sądem właściwym jest sąd miejsca jej pobytu. Wniosek można złożyć za pośrednictwem poczty lub osobiście w biurze podawczym właściwego sądu.

W toku sprawy o ubezwłasnowolnienie **najważniejszą kwestią jest wykazanie, że w przypadku danej osoby zachodzą przesłanki do jej ubezwłasnowolnienia całkowitego lub częściowego.** Podstawowym dowodem w tym zakresie są opinie biegłego lekarza psychiatry lub neurologa, a także psychologa. Opinia taka jest dopuszczana przez sąd z urzędu.

Strona niezadowolona z treści opinii może złożyć do niej zastrzeżenia i wnieść o przesłuchanie biegłego na rozprawie lub o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego. Po uzyskaniu opinii sąd wydaje rozstrzygnięcie. Stronie niezadowolonej z wyniku postępowania przysługuje apelacja do sądu drugiej instancji. ■



■ Piknik rodzinny w ramach projektu TRANSFER „Dbam o Zdrowie Psychiczne”.
25.09.2021r. Łódź, Park Julianowski

■ Konsultacje psychologiczne na stoisku projektu TRANSFER podczas
Pikniku Rodzinnego „Dbam o Zdrowie Psychiczne” w dn. 25.09.2021 r.
Park Julianowski w Łodzi.

Komunikacja interpersonalna – dobra komunikacja w rodzinie i jej wpływ na zdrowie psychiczne



Marta Ziętał

psycholog, psychoterapeuta

Certyfikowana psychoterapeutka pracująca w podejściu krótkoterminowym skoncentrowanym na rozwiązaniu BSFT, certyfikowana specjalistka psychoterapii uzależnień, psycholog, trenerka, członek Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniu. W Stowarzyszeniu „Dla Rodziny” najpierw jako psycholog programu Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej (2015-2018), później w ramach projektu TRANSFER jako psycholog prowadzący konsultacje indywidualne oraz grupę wsparcia dla członków rodzin osób chorujących psychicznie (w latach 2018-2021). Na co dzień pracuje w Ośrodku Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży w Fundacji JiM. Prowadzi sesje psychoterapii rodzinnej, indywidualnej i par.

Język jest tym dla inteligencji, czym koło dla stopy i ciała. Pozwala się poruszać z większą łatwością i szybkością i stwarza znacznie mniej kłopotów.

Marshall McLuhan

PROCES KOMUNIKACJI

Komunikacja jest procesem umożliwiającym ludziom nawiązywanie relacji oraz wspieranie się nawzajem. Przedstawię kilka definicji komunikacji:

- „proces transmitowania informacji od jednej osoby do drugiej” (Ph. I. Morgan)
- „proces sortowania, selekcji i przesyłania symboli w taki sposób, który pomaga słuchaczowi przyjąć i odtworzyć w jego własnym umyśle znaczenie zawarte w umyśle komunikującego” (R. Ross)
- „złożony, wielowarstwowy i dynamiczny proces, poprzez który wymieniamy znaczenia” (N. J. Adler)

Powyższe definicje jednoznacznie wskazują, że komunikacja jest skomplikowanym procesem, który służy wzajemnemu przekazywaniu sobie różnego typu informacji. Wielką sztuką jest takie jej przekazywanie, by odbiorca odczytał jej znaczenie zgodne z intencją nadawcy.

By uniknąć losu ludzi z wieży Babel, ważne by zdać sobie sprawę z poszczególnych elementów procesu komunikacji, tak by przeciwdziałać ograniczeniom mogącym w nich wystąpić. Przyjrzymy się procesowi komunikacji rozkładając go na czynniki pierwsze:



SPOSTRZEGANIE

Spostrzeganie jest zespołem procesów, za pomocą których jednostka staje się świadoma informacji o otoczeniu i interpretuje te informacje, nadając jej konkretne znaczenia. Te informacje docierają do nas za pomocą pięciu zmysłów:

- wzroku
- słuchu
- węchu
- smaku
- dotyku

Nie widzimy obiektywnej rzeczywistości. Interpretujemy to, co widzimy i tę interpretację nazywamy rzeczywistością. Oznacza to, że dla każdego „rzeczywistość” oznacza coś innego. Każdy nadaje inne znaczenia odbieranym z otoczenia bodźcom. Spostrzeganie jako proces przebiega w poszczególnych etapach.

Porządek spostrzegania, czyli tego co umysł człowieka rejestruje w pierwszej kolejności, gdy spotykamy nową osobę:

1. rasa
2. płeć
3. wiek
4. wzrost
5. wyraz twarzy, oczy i włosy
6. ubranie
7. ruchy
8. postawa

Pierwsze wrażenie jest odruchem instynktownym, który pozwala nam ocenić, czy osoba jest do nas podobna, czy czujemy się z nią bezpiecznie. Jest to obraz osoby, który tworzymy sobie w naszym umyśle. Obraz ten jest związany z emocjami, dlatego długo utrzymuje się w naszej pamięci.

NADAWCA

Nadawca ma wpływ na to, jak sformułuje komunikat i tym samym jak zostanie on odebrany przez drugą stronę. **Główne znaczenie ma jego wiarygodność i sposób formułowania przekazu oceniana między innymi na podstawie:**

- znajomości tematu, na który dana osoba się wypowiada
- sposobu mówienia
- doboru słów
- adekwatności ubioru i postawy ciała
- mowy ciała i mikroekspresji twarzy-czyli wewnętrznej i zewnętrznej spójności

Każdy z tych elementów ma wpływ na poziom zainteresowania naszego rozmówcy tym, co chcemy mu przekazać. Dopasowanie sposobu mówienia i używanych sformułowań do słuchacza może zdecydować o tym, czy zaangażuje się on w rozmowę na zaproponowany temat.

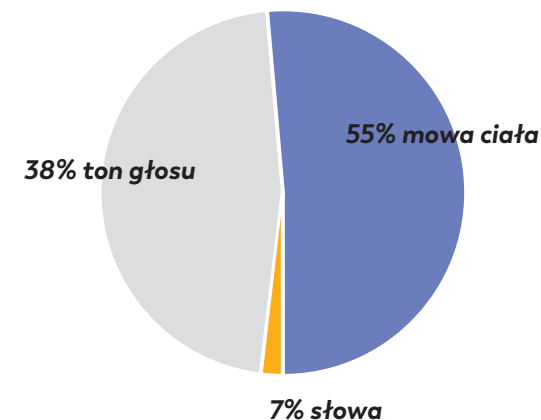
Ważna jednak jest również spójność pomiędzy komunikatami werbalnymi nadawcy a jego przekazami niewerbalnymi.

Na komunikację niewerbalną składają się:

- postawa, pozycja ciała (sposób stania, chodzenia, siedzenia, postawa otwarta, zamknięta)
- mimika (miny, ruchy oczu, kontakt wzrokowy)
- gesty (ruchy ramion, dłoni, palców)
- dotyk, kontakt fizyczny
- dźwięki parajęzykowe (śmiech, płacz, mruczenie, mlaskanie, wzdychanie)
- kontakt wzrokowy
- wygląd
- odległość pomiędzy rozmówcami
- zapach
- rekwizyty
- wystrój otoczenia

Komunikacja niewerbalna jest znacznie starsza od mowy. Stanowi jedyny środek porozumiewania się zwierząt. W świecie ludzi również pełni istotną rolę. Sygnały niewerbalne są identyczne w różnych częściach świata. Mowa ciała wyrażająca podstawowe stany emocjonalne, jak radość, wściekłość, smutek, zainteresowanie, zaskoczenie, strach, złość, wstręt, pogarda i wstyd jest podobna wśród ludzi należących do odmiennych kultur. Istnieje ponad 1 000 000 świadomych i nieświadomych gestów oraz około 550 000 słów wymienianych w najobszerniejszych słownikach.

ZNACZENIE WPŁYWU RODZAJÓW KODU NA INTERPRETACJĘ INFORMACJI PRZEZ ODBIORCĘ:



- Udział zmysłów w przyswajaniu nowych informacji:
- Węch – 3%
- Dotyk – 6%
- Słuch – 13%
- Smak – 3%
- Wzrok – 75%

Jedno spojrzenie równa się 1000 słów.

W procesie porozumiewania się sygnały niewerbalne wywierają na rozmówców pięciokrotnie większy wpływ niż używane przez nich słowa.

W sytuacji niezgodności obu rodzajów komunikatów, te o charakterze werbalnym uznawane są za nieprawdziwe. Zakładamy, że język ciała odsłania autentyczne intencje człowieka.

EFEKTYWNA KOMUNIKACJA

Efektywna komunikacja to:

- zgodność między intencją nadawcy a interpretacją odbiorcy
- proces, który powinien zakończyć się znalezieniem wspólnego dla obu stron znaczenia danego przekazu

W celu usprawnienia komunikacji warto na początek zdać sobie sprawę z szumów, czyli barier i błędów skutecznej komunikacji.

Oto najpowszechniejsze bariery komunikacyjne:

- filtrowanie – słuchamy wybiórczo, filtrujemy informacje
- skojarzenia – treść wypowiedzi rozmówcy wywołuje skojarzenie, w które się zagłębiaamy
- przygotowywanie odpowiedzi – myślimy, co za chwilę odpowiedzieć, choć staramy się wyglądać na zainteresowanych
- domyślanie się – usiłujemy zgadnąć, co rozmówca ma „naprawdę” na myśli
- osądzanie – w trakcie rozmowy osądzamy i reagujemy schematycznie
- utożsamianie się – cokolwiek mówi rozmówca, odnosimy do własnego życia i osądzamy w kontekście własnych doświadczeń
- udzielanie rad – słuchamy tylko początku, szukając rady dla rozmówcy
- zmiana toru – obracamy wypowiedź rozmówcy w żart lub zmieniamy temat
- zjednywanie – słuchamy na tyle, by nie zgubić wątku, ale tak naprawdę w ogóle się nie angażujemy

WARTO POZNAĆ MODELE EFEKTYWNEJ KOMUNIKACJI

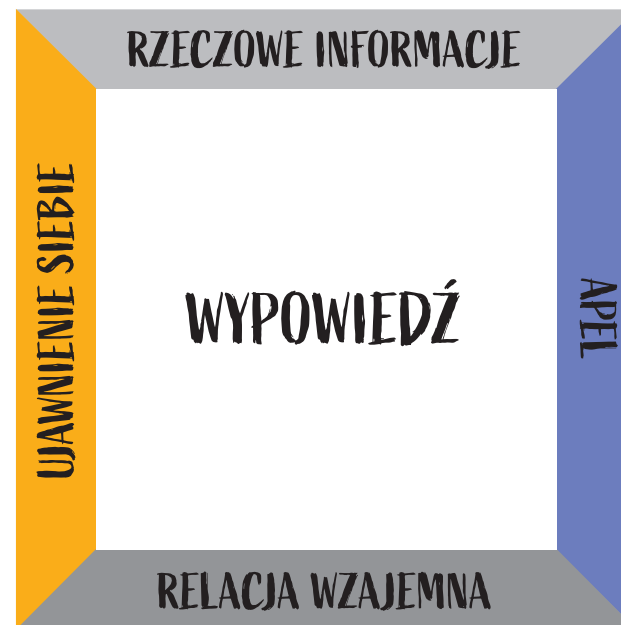
Pomocny w procesie rozwijania komunikacji interpersonalnej może się okazać **Model kwadratu komunikacyjnego von Thuna**



Kanał komunikacji	Nadawca	Odbiorca
poziomy faktów	<i>Widzę coś zielonego w zupie.</i>	<i>W zupie pływa coś zielonego.</i>
poziomy ujawniania	<i>Nie wiem co pływa w zupie.</i>	<i>Nie wiesz czym jest zielona substancja w zupie i czujesz się z tego powodu niekomfortowo.</i>
poziomy relacji	<i>Ty pewnie wiesz co to jest, to zielone.</i>	<i>Uważasz, że potrafię dobrze gotować.</i>
poziomy apelu	<i>Powiedz mi co to!</i>	<i>W przyszłości powinienem/powinnam gotować tylko potrawy, które już znasz.</i>

Przedstawiony w tabeli przykład wskazuje na kolejne etapy formułowania wypowiedzi, tak by przedstawić jej cztery płaszczyzny. Nie zawsze jednak doprowadza to do pełnego zrozumienia ze strony odbiorcy, jak widać w powyższym dialogu.

Przyjrzyjmy się zatem kolejnemu przydatnemu schematowi, którego zrozumienie może zwiększyć efektywność komunikacji między dwojgiem ludzi. Ten schemat nazwano **FUKO**, tworząc skrótowiec od pierwszych liter następującej sekwencji: Fakty-Uczucia-Konsekwencje-Oczekiwanie



FAKTY

Słuchając kogoś, zwykle najwięcej uwagi poświęcamy płaszczyźnie rzeczowej, czyli słowom. Ale i tutaj, mimo że mamy do czynienia z konkretem, łatwo o nieporozumienia.

UCZUCIA

W tej części opowiedz o emocjach, jakie wywołuje u Ciebie FAKT

KONSEKWENCJE

Kolejnym krokiem jest wyjaśnienie, jakie KONSEKWENCJE ma FAKT, bo osoba, która popełnia jakiś błąd, może nie zdawać sobie sprawy z tego, co naprawdę oznacza jej zachowanie.

OCZEKIWANIA

Ostatni krok stanowi niezbędny wniosek do rozwiązania całej sytuacji. Mówiąc o OCZEKIWANIACH, wskaż jak doprowadzić do tego, by podobne zdarzenia nie powtórzyły się w przyszłości.

Kolejną pomocą w dążeniu do efektywnej komunikacji i formułowaniu swoich myśli może okazać się również technika nazwana **“komunikat Ja”**, składająca się z następujących elementów:

1. Wyrażanie swoich uczuć i emocji (jestem zły/szczęśliwy/smutny/ rozczarowany)
2. Opis faktów do których się odnosimy – opis konkretnego zachowania, które wzbudziło w nas wcześniej wymienione uczucia, bez oceny, bez etykietek, tylko konkrety.
3. Wyrażenie swoich potrzeb – czyli wyjaśnienie co w tej sytuacji spowodowało, że tak się poczuliśmy
4. Przekazanie swoich oczekiwań – czyli zwykła prośba o konkretne zachowanie w przyszłości

Schemat komunikatu Ja

Czuję ... (wyrażenie swoich emocji) ...

Kiedy Ty ... (opis sytuacji oparty na faktach) ...

Ponieważ ... (wyrażenie swojej potrzeby, wyjaśnienie) ...

Chcę ... (oczekiwania na przyszłość) ...

SŁUCHANIE

Stephen Covey pisze: „Spędziłem lata, by nauczyć się czytać i pisać, lata, by nauczyć się mówić. Nikt nas jednak nie uczył, jak słuchać”.

Rezultat jest taki, że najczęściej słuchamy po to, żeby odnieść się do słyszanej treści. Przefiltrowujemy to, co słyszemy przez własne doświadczenia – oceniamy czy interpretujemy zgodnie ze swoim punktem widzenia.

Aktywne słuchanie jest procesem, który ułatwia zrozumienie perspektywy drugiej osoby. Składa się na nie:

- parafrazowanie (definiowanie)
- precyzowanie przez zadawanie pytań
- udzielanie informacji zwrotnej
- dzielenie się odczuciami i doświadczeniami bez osądzania (szczerze i wspierająco)

Cennym uzupełnieniem aktywnego słuchania jest słuchanie empatyczne, które według Stephena Coveya powinno być zgodne z zasadą: „Staraj się zrozumieć innych, by potem być zrozumianym”.

Przyznanie pierwszeństwa rozumieniu drugiej osoby stwarza warunki do słuchania empatycznego – pozostawienia na boku swojego doświadczenia, by wejść w świat drugiego człowieka, z intencją poznania go i zrozumienia, bez przykładania własnych miar. Empatia idzie w kierunku dostrzeżenia sposobu patrzenia, myślenia, odczuwania drugiej osoby – by lepiej ją rozumieć.

Użyteczne techniki/komunikaty wspierające aktywne słuchanie:

▪ PARAFRAZA

Ponowne przedstawienie myśli i faktów, streszczenie własnymi słowami wypowiedzi rozmówcy

Przykłady:

„Pozwól, że upewnię się, czy Cię dobrze rozumiem...”

„Z tego, co mówisz wynika, że...”

„Jeśli Cię dobrze zrozumiałem, to...”

▪ ODZWIERCIEDLANIE UCZUĆ

Opisywanie w miarę neutralny sposób uczucia, emocji, które zauważyłeś u rozmówcy.

Warto zwrócić uwagę na słowną zawartość komunikatu i towarzyszące mu oznaki niewerbalne.

Przykłady:

„Wydajesz się być bardzo wzburzona, gdy mówisz o tej sprawie”.

„Słyszę żal w Twoim głosie, czy tak?”

„Nie jest Ci chyba z tym wszystkim łatwo?”

▪ WYJAŚNIANIE

Zadawanie pytań, pytanie o wyjaśnienie wątpliwych kwestii.

Warto dobrać formę pytań zależnie od celu rozmowy, na przykład pytania otwarte, zamknięte, zamknięte rozstrzygnięcia typu tak/nie, albo/albo itd...

Przykłady:

„Kiedy i gdzie się to zdarzyło?”

„W jakiego typu sytuacjach tak postępujesz?”

„Co ma dla Ciebie największą wagę?”

▪ DOWARTOŚCIOWANIE

Uznawanie ważności i wartości drugiej osoby. Chwalenie jej wysiłków i działań.

Przykłady:

„Doceniam Twoje pragnienie rozwiązania tego problemu”.

„Bardzo się cieszę, że tak rzeczowo podeszła Pani do tej sprawy”.

„Dziękuję za tak odpowiedzialne działanie”.

▪ PODSUMOWANIE

Ponowne przedstawienie najważniejszych myśli i odczuć, które się dotąd pojawiły w rozmowie.

Przykłady:

„To, co dotąd padło z Twojej strony, można by podsumować w następujących punktach...”

„Uważam, że fundamentalne myśli, które wyraziłeś, to...”

„Wydaje się, iż najważniejszymi kwestiami, które pojawiły się dotąd są... Czy czegoś nie pominąłem?”

Podsumowując dbając o efektywną komunikację warto byśmy kierowali się poniższymi zasadami:

1. Rzecz nie w tym, co mówisz, lecz w tym, co usłyszysz.
2. Rzecz nie w tym, co robisz, lecz w tym, co zobaczą.
3. Rzecz nie w tym, co masz na myśli, lecz w tym, co rozumieją.

Bibliografia

- Nęcki, Z. (1996). Komunikacja międzyludzka. Kraków: Wydawnictwo PSB.
- De Barbaro, B. (1999). Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Kozyra, B. (2019). Komunikacja bez barier, czyli wilk syty i owca cała. Warszawa: MT Biznes.
- Kuipers, L., Leff, J., Lam, D. (1997). Praca z rodzinami chorych na schizofrenię: poradnik praktyczny. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Makara-Studzińska, M. (2012). Komunikacja z pacjentem. Lublin: Czelej.
- Przywarka I. (2002) Rodzina w sytuacji choroby. Wpływ choroby psychicznej na funkcjonowanie rodziny w wielkim mieście (na przykładzie Chorzowa). Poznań: Roczniki Socjologii Rodziny XIV UAM.
- Wilczek-Rużyczka, E. (2007). Komunikowanie się z chorym psychicznie. Lublin: Czelej.
- <http://en.wikipedia.org/wiki/Communication>



■ Muzyk Jacek „MEZO“- Mejer, koncert upowszechniający i promujący zdrowie psychiczne podczas Pikniku „Dbam o Zdrowie Psychiczne” w dn. 25.09.2021 r.

Gdzie i jakiej pomocy możemy szukać u psychologa



Katarzyna Siedlecka

psycholog

Na co dzień pracujący z osobami niepełnosprawnymi i chorującymi psychicznie oraz ich rodzinami i opiekunami w Stowarzyszeniu „Dla Rodziny” w Łodzi. Udziela również wsparcia osobom dorosłym w ramach telefonu zaufania.

FORMY POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

Pojęcie pomocy psychologicznej odnosi się do szerokiego zakresu działań specjalistów, m.in. poradnictwa psychologicznego, interwencji kryzysowej i promocji zdrowia. **Poradnictwo psychologiczne** jest formą wsparcia dla osób, które przeżywają kryzys związany ze zmianami w życiu, nawarstwieniem się problemów, mają trudności przystosowawcze (adaptacyjne). Zazwyczaj odbywa się w postaci kilku spotkań, których celem jest określenie głównego problemu i poszukiwanie jego rozwiązań. **Interwencja kryzysowa** zaś to kompleks działań podejmowanych na rzecz osób, rodzin lub grup będących w stanie kryzysu, których celem jest przywracanie utraconej równowagi w wymiarze psychicznym i społecznym oraz zdolności do działań i autonomii. (Sarzała K. i in., 2014). Popularnymi formami interwencji kryzysowej są telefony zaufania i ośrodki interwencji kryzysowej (OiK) zlokalizowane m.in. przy centrach pomocy rodzinie, przychodniach zdrowia psychicznego, placówkach pomocy społecznej. **Promocja zdrowia** obejmuje działania mające na celu kształtowanie i utrwalanie zachowań sprzyjających zdrowiu i podtrzymujących jego dobry stan. Do takich działań zalicza się np. szerzenie wiedzy psychologicznej, tworzenie programów edukacyjnych (dot. wspomagania rozwoju, profilaktyki uzależnień, treningów radzenia sobie ze stresem itp.).

KRYZYS JAKO GŁÓWNA PRZYCZYNA ZGŁASZANIA SIĘ DO PSYCHOLOGA

Kryzysem określa się sytuację zwrotną, przełomową lub niespodziewaną, której osoba nie może rozwiązać za pomocą dostępnych sobie metod radzenia sobie. Nierozwiązany problem staje się źródłem napięcia, dyskomfortu, dezorganizuje codzienne funkcjonowanie osoby.

W literaturze naukowej przyjmuje się, że kryzys ma charakter przejściowy a w wyjściu z niego pomaga wykorzystanie dodatkowych zasobów (np. poradnictwa, wsparcia społecznego).

Czynnikami, które mogą utrudniać wyjście z kryzysu są m.in. wcześniejsze trudne doświadczenia, wysoki poziom lęku, brak wsparcia społecznego, trudna sytuacja materialna, pogorszenie stanu zdrowotnego. Przedłużający się kryzys staje się kryzysem przewlekłym, czego następstwem może być wycofanie się osoby z pełnienia dotychczasowych ról społecznych (np. pracownika, siostry, partnerki) i zmiana sposobów reagowania (zaczynają przeważać reakcje emocjonalne nieadekwatne do sytuacji).

Wydarzenia, które mogą zapoczątkować kryzys (Bancroft, Graham, 1996 za: Pilecka, 2004):

- **strata**
np. strata bliskiej osoby z powodu jej śmierci lub porzucenia, znaczny spadek poczucia własnej wartości, utrata źródła wsparcia, zaufania wobec innych, poczucia wolności;
- **zmiana**
np. zmiana pracy, otoczenia, sytuacji zdrowotnej, zawarcie lub zakończenie związku;
- **zaburzenia relacji interpersonalnej**
są to nawarstwiający się problemy w relacjach np. z członkami rodziny, wśród współpracowników. Wynikają z głęboko zakorzenionych schematów typu: „mój los nikogo nie obchodzi”, „nie powinno się zbyt ufać innym” pod wpływem których osoba zachowuje się w określony sposób, np. unika kontaktów, krytykuje innych

- **konflikty** - pojawiają się one na różnych płaszczyznach:
 - emocjonalnej (np. przeżywanie lęku, przygnębienia, poczucia winy)
 - poznawczej (z powodu pogorszenia zdolności podejmowanie decyzji i szukania rozwiązań)
 - zmiany zachowania (brak możliwości pełnienia dotychczasowych funkcji).

OPIS FUNKCJONOWANIA OSOBY W TRAKCIE TRWANIA KRYZYSU:

Osoba doświadczająca kryzysu zmagają się z trudnymi dla niej emocjami, pojawiają się u niej zmiany w sposobie zachowywania się i reagowania. Poniższa tabela pokazuje w jaki sposób może funkcjonować osoba w kryzysie.

EMOCJE I UCZUCIA

lęk, poczucie winy, poczucie zagrożenia, złość, frustracja, bezradność, smutek, zmęczenie, zagubienie, samotność, rozczarowanie, apatia, poczucie niższości, żal, poczucie krzywdy, nieufność

ZMIANY BIOFIZJOLOGICZNE

zmiana apetytu, szybsze męczenie się, zaburzenia snu, problemy z układem pokarmowym i oddechowym, nasilenie problemów skórnych i wypadania włosów, bóle o niejasnym pochodzeniu

ZACHOWANIA

trudności w podejmowaniu codziennych aktywności, zmiany w sposobie komunikowania się (np. wycofywanie się z relacji lub potrzeba ciągłego bycia wśród ludzi), nasilenie działań ryzykownych (np. używanie alkoholu, narkotyków), zmiany w rytmie dnia

ZMIANY POZNAWCZE

zaburzona koncentracja i zapamiętywanie nowych informacji, trudności w zachowaniu logicznego myślenia, zawężenie pola uwagi do konkretnych wydarzeń, osób i rzeczy, niemożność podejmowania ważnych decyzji, spontaniczne przypominanie sobie migawek z przeszłości

DO PRZEJAWÓW KRYZYSU CHRONICZNEGO ZALICZA SIĘ:

- bierność, bezradność
- skłonność do wycofywania się z działań, relacji społecznych
- częste dolegliwości somatyczne (np. bóle o niejasnym pochodzeniu, problemy z układem pokarmowym, oddechowym, wysypki i alergię skórne)
- postawę unikającą, poczucie braku wpływu, szukanie odpowiedzialności na zewnątrz
- obniżoną motywację do wprowadzania zmian
- pogorszenie nastroju, smutek
- nasilony lęk przed porażką, brakiem efektów podjętych działań.

PSYCHOLOG MOŻE POMÓC DZIECIOM I ICH RODZICOM

Problemy, jakie rodzice i opiekunowie dziecka najczęściej chcą omówić z psychologiem to wszelkie wątpliwości dotyczące rozwoju dziecka oraz funkcjonowania dziecka w grupie. Mogą to być np.: nadmierne pobudzenie, opóźniony rozwój mowy, nieadekwatne zachowania, wycofanie, duża nieśmiałość w dziecka, okazywanie niechęci wobec innych oraz niechęć wobec uczestnictwa w zabawach, spędzania czasu z rodziną. Wśród czynników niepokojących rodziców wymienia się różne dolegliwości somatyczne u dziecka (np. powtarzający się ból brzucha, zasłabnięcia w przypadku przeżywania stresu), trudności z adaptacją do nowego mieszkania lub szkoły, cofanie się dziecka w rozwoju i szybkie zapominanie przez nie nowo nabytych umiejętności.

Rodziców martwią również zachowania agresywne dziecka (np. bicie kolegów, agresja wobec zwierząt), ale również zachowania autoagresywne (np. rozdrapywanie skóry, uderzanie głową w ścianę). Niepokoić mogą problemy z mówieniem (dziecko np. jąka się, mówi nieskładnie, w wypowiedziach brakuje ciągu przyczynowo-skutkowego, długotrwanie milczy). Niekiedy opiekunowie proszą o poradę w związku z zauważonymi i występującymi u dziecka lękami. Do takich lęków zalicza się m.in. strach przed ciemnością, kąpielą, głośnymi odgłosami, istotami nadprzyrodzonymi, kataklizmami, wojną, śmiercią.

Wiele dzieci odczuwa silną obawę dotyczącą zniknięcia czy straty mamy lub innej bliskiej osoby, co również można omówić i przepracować z psychologiem. Nową sytuacją dla dziecka jest pojawienie się rodzeństwa (może być trudna, gdy dziecko nie rozumie dlaczego mama zmieniła wygląd, ma mniej siły, przebywa kilka-kilka-naście dni poza domem). Zdarza się, że nie potrafi za-

akceptować rodzeństwa, czuje się osamotnione, mniej ważne, wyraża swoje niezadowolenie lub nawet próbuje zrobić krzywdę rodzeństwu.

Inną, często wyrażaną przez rodziców wątpliwością jest, jak przekazać informację o poważnej chorobie lub śmierci bliskiej osoby czy ulubionego zwierzątka - w każdej z tych sytuacji można i warto skonsultować się ze specjalistą.

Obszarem do konsultacji i pracy psychologicznej są emocje dziecka, np. gdy reaguje ono gwałtownie (krzykiem, płaczem) na różne sytuacje. Takie reakcje zwykle pojawiają się, gdy rodzic nakazuje coś lub zakazuje czegoś. W przypadku małych dzieci mogą pojawić się zaburzenia psychiczne- zwykle rozpoznaje się zaburzenia depresyjne lub nerwicowe. Psycholog może wspomóc rozpoznanie objawów, udzielić informacji nt. specyfiki choroby i następnie pokierować dziecko oraz jego opiekunów do psychiatry bądź terapeuty. Psycholog bierze również udział w procesie orzekania dysleksji, dysortografii, kiedy istnieje podejrzenie, że dziecko mimo prawidłowego rozwoju umysłowego ma trudności z opanowaniem czytania i/lub pisanie.

Podsumowując: okres dzieciństwa jest czasem intensywnego rozwoju emocjonalnego, co może wiązać się z występowaniem trudności u dziecka. Zajęcia szkolne z wychowawcą, różnorodne gry i zabawy, rozmawianie o emocjach a przede wszystkim wrażliwość opiekuna na potrzeby i emocje dziecka pomogą nauczyć dziecko nowych sposobów radzenia sobie, kształtować u niego wysoką samoocenę.

PROBLEMY OKRESU DORASTANIA

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) nawet co 5-ty nastolatek może mieć problemy psychiczne lub behawioralne (związane z zachowaniem), a początek połowy zaburzeń psychicznych pojawia się w okresie dorastania. W związku z powyższymi informacjami warto zwrócić szczególną uwagę na funkcjonowanie młodzieży i reagować na ewentualne zmiany w ich zachowaniu, nastroju.

W okresie dorastania dochodzi do wielu zmian na poziomie fizycznym (zmiana sylwetki, przyrost wzrostu i wagi, wahania hormonalne) oraz psychicznym (kształtowanie się osobowości, „poszukiwanie siebie”). Nastolatek uważa i umie ocenić relacje, jakie panują w domu, co bywa dla niego powodem smutku, złości lub rozczarowania. Zdarza się, że na ten etap życia przypadają rozwoy rodziców i tworzenie przez nich nowych związków i rodzin. Jest to sytuacja trudna, związana z utratą poczucia bezpieczeństwa i stabilności przez dziecko i nastolatka, którą dodatkowo utrudnia, często występujące, uwikłanie w konflikt pomiędzy rodzicami. Konflikty rodzinne, rozłąki z którymś z rodziców, brak poczucia stałości to problemy, które młodzież porusza podczas rozmów z psychologiem.

Nastolatki częściej niż młodsze dzieci same odwiedzają psychologa np. szkolnego i zgłaszają mu problemy związane z przemocą domową, wykorzystywaniem seksualnym, nadużywaniem alkoholu przez opiekuna. Bieda, zaniedbywanie przez rodziców to czynniki, które mogą wpływać na niższy poziom akceptacji wśród rówieśników. Wówczas nastolatek może potrzebować wsparcia psychologa we wzmacnianiu swojej samooceny i sprawczości oraz w odkrywaniu swoich potencjałów. W okresie dorastania pojawia się też problem braku akceptacji swojego wyglądu. Młody człowiek ma poczucie, że znacząco odbiega od wyidealizowanych standardów promowanych w mediach społecznościowych, gazetach i telewizji. Nierzadko dochodzi do prób odchudzania, testowania różnorodnych diet- brak szybkiego rezultatu pogłębia niezadowolenie z siebie, przyczynia się do wzrostu ryzyka wystąpienia zaburzeń odżywiania (anoreksji, bulimii). Zaburzenia odżywiania mogą pojawić się w każdej rodzinie, wynikają nieraz ze zwiększonej wrażliwości nastolatka, trudności pojawiających się w nowej grupie rówieśniczej. Terapia zaburzeń odżywiania wymaga współpracy z rodziną- rodzice dostają porady jak postępować przy stole, jakich zachowań unikać, jak lepiej komunikować się ze swoim dzieckiem. Wspólna praca nad rozwiązaniem problemu umacnia więzi rodzinne, pozwala lepiej zrozumieć emocje i motywacje poszczególnych członków rodziny.

W tym okresie młodzież chętnie doświadcza i poznaje świat, co nierzadko prowadzi do próbowania środków psychotropowych, łamania przepisów prawa, nierozważnych kontaktów seksualnych. Pojawiają się uzależnienia (głównie behawioralne- od telefonu, komputera), ale też od papierosów, alkoholu czy narkotyków. Uzależnienie nastolatka odbija się na funkcjonowaniu całej rodziny i zazwyczaj rodzice mocno zabiegają o znalezienie pomocy w postaci np. terapii. Często równolegle z synem lub córką rodzic korzysta z własnej psychoterapii lub poradnictwa psychologicznego tak, aby poprawić komunikację, zrozumieć przyczyny wystąpienia trudności u swojego dziecka. Zdarza się, że nastolatek jest świadkiem lub ofiarą przemocy rówieśniczej, w jego szkole uczeń zmarł lub popełnił samobójstwo. Są to sytuacje w których warto dać dziecku możliwość oparcia, wysłuchania i wyrażenia swoich emocji. Okres dorastania to również czas obaw o swoją przyszłość, nastolatek zastanawia się czy wybrał dobrą szkołę średnią, czy rozwija właściwe umiejętności, jaki powinien wybrać kierunek studiów. W tych przypadkach warto skorzystać ze wsparcia psychologa zajmującego się doradztwem zawodowym, rozwojem osobistym.

PROBLEMY OSÓB DOROSŁYCH

W okresie dorostłości zwykle dochodzi do nasilenia lub utrwalenia wcześniejszych zaburzeń i sposobów radzenia sobie, np. wzrasta częstotliwość spożywanego alkoholu. W tej grupie łatwiej diagnozuje się zaburzenia osobowości. Podłożem wielu problemów osób dorosłych są zmiany i straty- traci się rodziców, przyjaciół z okresu szkoły i studiów, partnerów. Zmiany pojawiają się w większości aspektów życia- pracy, finansach, stanie cywilnym, wyglądzie, stanie zdrowia, miejscu zamieszkania. Osoby często porównują się z innymi, porównując np. swoje kompetencje, sukcesy zawodowe i osobiste, zasoby materialne, uzdolnienia potomstwa.

W tym okresie życia jest wiele nieprzewidzianych sytuacji, np. problemy zdrowotne rodziców lub dzieci, problemy rodzinne (zdrady, rozstania), oszustwa, wypadki przy pracy oraz komunikacyjne, utrata pracy, brak spo-

dziewanego awansu lub przedłużenia umowy, mobbing. Występują różne trudności związane z wypełnianiem roli matki i ojca. W przypadku dzieci o zwiększonych potrzebach (np. z powodu niepełnosprawności, częstych hospitalizacji) opiekunowie czują się przemęczeni, czują, że mogliby lepiej opiekować się chorym dzieckiem lub resztą rodzeństwa. Opiekun miewa też trudności w komunikacji z dzieckiem, stawianiem mu granic, wymaganiem. Zdarza się, że „nie może dotrzeć” do dziecka, ma poczucie bezsilności w próbach poprawy relacji rodzinnych. Jednocześnie mogą towarzyszyć temu konflikty z własnym rodzicem, który podważa sposoby komunikacji z dzieckiem, krytykuje sposób wychowywania.

Dorośle osoby zwracają się do psychologa również z problemem przemocy lub uzależnienia- swojego lub bliskich. Często są to problemy trwające kilka lat, widocznie odbijające się na emocjach i zachowaniu danego pacjenta. U osoby dorosłej dominują lęki o przyszłość- stabilność finansową, zdrowie, bezpieczeństwo bliskich, stabilność relacji partnerskiej, dobry rozwój dzieci. Na ten okres życia przypada najczęściej obowiązków i stresorów, przez co trudno znaleźć balans pomiędzy obowiązkami, życiem codziennym a odpoczynkiem i aktywnym podtrzymywaniem kontaktów społecznych. We wszystkich powyższych problemach można i warto znaleźć wsparcie i poradę u psychologa czy terapeuty. Warto również wspomnieć, że w okresie dorosłości sieć wsparcia społecznego bywa ogromna- można czerpać wiedzę i wsparcie od starszych członków rodziny, uczyć się od dzieci radości płynącej z małych rzeczy, a część problemów omawiać z osobami w podobnej sytuacji życiowej. Jest też szeroka oferta instytucji pomocowych w których osoba dorosła znajdzie wsparcie.

PROBLEMY OSÓB STARSZYCH

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) za początek starości uznaje 60 r.ż. Cechą charakterystyczną tego okresu jest postępujące pogarszanie się stanu zdrowia. Oprócz dolegliwości fizycznych występuje wtedy pogorszenie pamięci i koncentracji, osoba wolniej się uczy. Osoby starsze czują, że są mniej wydajne i potrzebne na aktualnym

stanowisku pracy. Ze względu na ograniczenia fizyczne obawiają się, że staną się niepotrzebne dla bliskich i będą wymagać ich wsparcia. Doświadczają wielu strat- odchodzą na emeryturę, są świadkami śmierci swoich partnerów, przyjaciół, niekiedy również dzieci i wnuków.

Okres starości jest związany z tworzeniem bilansu życiowego- osoba analizuje przeszłość, wyciąga wnioski ze swoich działań, stara się przekazać otoczeniu swoją wiedzę i refleksje nad życiem. Za sprawą korzystnego bilansu życiowego osoba łatwiej godzi się z upływającym czasem, stara się go właściwie wykorzystać, jest optymistycznie nastawiona wobec innych ludzi. Negatywny bilans życia skutkuje postawą wrogości wobec siebie i spadkiem samooceny, wycofywaniem się z kontaktów społecznych oraz obniżoną motywacją do działań („dla samego siebie nie warto”). Osoby starsze skarżą się na samotność, co wynika z tego, że ich bliscy mieszkają daleko, a kontakt z rówieśnikami bywa utrudniony z powodu różnych zobowiązań (np. opieki nad wnukami, zwierzęciem) i ograniczeń w mobilności. Zdarza się, że osoba starsza chcąc być nadal aktywna, doświadcza krytyki ze strony bliskich i znajomych, którzy emeryturę traktują jako czas unikania wysiłku, „zasłużony odpoczynek”, a aktywność, w tym wysiłek fizyczny czy rekreację w pewnym wieku traktują jako coś nieprzystającego do seniora czy wręcz jako coś zagrażającego zdrowiu. Seniorom zalecana jest lekka gimnastyka, spacer, basen, nordic walking oraz ćwiczenia grupowe, które pozwalają spędzić czas w przyjemnej atmosferze, nawiązać nowe znajomości, mieć oparcie w chwilach obniżonej motywacji. W analizowanym okresie życia dochodzi do częstszego odczuwania konfliktów wartości (np. wnukowie wyznają inne wartości niż senior, co bywa dla niego powodem do smutku lub złości) oraz do konfliktów na tle materialnym (głównie dotyczących spadków). Obawy osób starszych dotyczą utraty sprawności, śmierci, braku czasu i możliwości na pojednanie oraz uporządkowanie spraw. Osoba starsza raczej rzadko trafia do gabinetu psychologa, zazwyczaj wsparcie psychiczne udziela jej najbliższe otoczenie- rodzina, sąsiedzi, wolontariusze, pracownicy pomocy społecznej.

Okres życia senioralnego mimo że wiąże się ze spadkiem sprawności fizycznej, jest okresem, gdy osoba ma duże doświadczenie życiowe i widzę, którymi może się dzielić. W swoim otoczeniu seniorzy są autorytetem w wielu sprawach, podtrzymują dobre relacje rodzinne poprzez organizowanie wspólnych spotkań, częstsze telefonowanie lub pisanie listów. Potrafią załagodzić wiele konfliktów lub znaleźć rozwiązanie problemów młodszych członków rodziny, ponieważ mają czas, wrażliwość i gotowość na wysłuchanie innych. Dbają również o kultywowanie tradycji dzięki czemu ich bliscy poznają historię, dziedzictwo kulturowe, kształtują w sobie wartości, postawy obywatelskie a także budują pozytywne wspomnienia.

PODSUMOWANIE

Niniejszy artykuł miał na celu zwrócenie uwagi na różnorodność problemów z którymi zwracają się osoby na różnym etapie życia do specjalisty i w rozwiązaniu których może pomóc psycholog czy terapeuta. Każda trudność, która wpływa na emocje, zaprzęta myśli i dezorganizuje codzienne funkcjonowanie jest warta omówienia i poszukiwania rozwiązań. Rozwiązanie problemu skutkuje polepszeniem jakości życia, bardziej pozytywnym postrzeganiem siebie, umocnieniem relacji z innymi ludźmi a o to zawsze warto zabiegać. Całe życie uczymy się metod radzenia sobie z trudnościami, ze stresem oraz skutecznej komunikacji.

Źródła:

Cymer I., Drop E. (2020) Bilans życiowy w starości, DOI: <http://www.zrozumiec-starosc.pl/artukul/bilans-zyciowy-w-starosci/>
Pikiewicz A., Jakie problemy psychologiczne najczęściej dotyczą młode osoby? DOI: <https://zdrowie.pap.pl/psyche/coraz-wiecej-dzieci-doswiadcza-kryzysow-psychicznych>
Pilecka B. (2004), Kryzys psychologiczny. Wybrane zagadnienia. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
Sarzała K., Grodecka J., Kałucka R., Żukiewicz A. (2004) Standard interwencji kryzysowej w: Standard usług pomocy społecznej. Rekomendacje metodyczne i organizacyjne DOI: https://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/Standardy_uslug_pomocy_spoecznej_www.pdf
https://pl.wikipedia.org/wiki/Pomoc_psychologiczna



■ Ogród i Sztuka na podwórku Piotrkowska 38 w Łodzi – przykład lokalnych, społecznych działań z udziałem Stowarzyszenia i mieszkańców.

Sposoby radzenia sobie w sytuacji choroby w rodzinie



Anna Lewińska

- psycholog na co dzień pracujący z osobami niepełnosprawnymi oraz doświadczającymi zaburzeń psychicznych. W ramach badań naukowych przeprowadzała wywiady z rodzinami, w których dorosłe dziecko zmagają się ze schizofrenią. Zajmuje się również psychoedukacją w zakresie zdrowia psychicznego.

CHOROBA JAKO ŹRÓDŁO STRESU

Rozpoznanie zaburzenia psychicznego u jednego z członków rodziny jest bez wątpienia źródłem stresu, jak i wyzwaniem dla dotychczasowego funkcjonowania całej rodziny. Diagnoza i przebieg schizofrenii stanowią szczególne źródło stresu ze względu na często przewlekły charakter choroby i jej zróżnicowany przebieg. Co więcej, radzenie sobie z odbiorem choroby przez inne osoby może być równie trudne, co stawianie czoła samym objawom

choroby. Bliscy osób chorych często obawiają się reakcji dalszej rodziny czy przyjaciół na informacje o zachorowaniu, i z tego względu ograniczają kontakty z innymi. Prowadzi to jednak do nasilenia izolacji chorych i ich rodzin, a w konsekwencji do utrudnionego radzenia sobie z chorobą. Obawa często wynika z mitów, które krążą wokół schizofrenii. Najlepszą odpowiedzią na nie jest przekazanie rzetelnej wiedzy o chorobie. Wiedzy, która odciąża z poczucia winy i przygotowuje rodzinę na to, co może dziać się w związku z chorobą.

STRATEGIE RADZENIA SOBIE

W ramach radzenia sobie z chorobą członka rodziny, można przyjąć różne strategie, czyli sposoby działania. Najczęściej wyróżnia się następujące formy radzenia sobie:

- Strategie zorientowane na problem i działanie np. poszukiwanie informacji o chorobie, wsparcia ze strony innych, zdobywanie umiejętności pomagających w opiece nad chorym
- Regulacja emocji: skupienie na swoim stanie emocjonalnym i możliwościach rozładowania napięcia
- Strategie unikowe np. wycofywanie się z relacji, unikanie rozmów o chorobie
- Powstrzymanie się od działania, które nie jest równoznaczne z unikaniem, ale raczej ze świadomą rezygnacją z zachowań, które mogą szkodzić np. krytykowanie osoby chorej
- Akceptacja – wydarzeń, sytuacji na które nie mamy wpływu
- Pozytywne przewartościowanie – przekucie trudnych doświadczeniach w pewną wartość np. wykorzystanie swoich doświadczeń do pomocy innym, angażowanie się w grupy wsparcia

Radzenie sobie może więc być nakierowane na różne cele: zmianę sytuacji lub łagodzenie jej przykrych skutków emocjonalnych. W zależności od sytuacji każda z tych strategii może okazać się przydatna, choć podkreśla się, że strategie unikowe są skuteczne na krótki okres czasu. W momencie, gdy mamy wpływ na pojawienie się trudności, unikanie podjęcia działania może prowadzić do pogorszenia sytuacji. Wycofywanie się z relacji z osobą chorą lub unikanie wszelkich sytuacji mogących prowadzić do konfliktu nie redukuje nagromadzonych, niewyrażonych emocji i nie rozwiązuje problemu, lecz przyczynia się do wzrostu napięcia psychicznego. Ważne jest zatem elastyczne dopasowywanie strategii radzenia sobie do określonej sytuacji, również z uwzględnieniem fazy trwania choroby czy okresu emisji. Należy zauważyć, że nawet gdy rodzina podejmuje aktywne działania, mające na celu poprawę sytuacji, może odczuwać obciążenie. Po-

jawia się ono, gdy działania te nie przynoszą oczekiwanego rezultatu, co rodzi poczucie frustracji i bezsilności. Zatem wybór najbardziej efektywnego sposobu radzenia sobie powinien zależeć również od oceny czy możemy coś z danym problemem zrobić, czy mamy na niego wpływ. Jeśli tak, dobrze jest wybrać strategię skoncentrowaną na działaniu, które ma rozwiązać problem np. zdobycie wiedzy, zwiększenie swoich umiejętności komunikacji z osobą chorą. Jeśli jednak postrzegamy sytuację jako znajdującą się poza naszą kontrolą lub gdy nasze wysiłki nie poprawiają stanu rzeczy, najlepiej jest stosować strategię zorientowaną na emocje. Polegają one na rozładowaniu naszych emocji poprzez np. zaangażowanie w ulubione aktywności czy szukanie wsparcia w bliskich osobach.

Nawiązując do przeprowadzonych rozmów z rodzinami, w których bliski choruje na schizofrenię, warte odnotowania jest radzenie sobie poprzez poczucie humoru, szczególnie w momencie odnoszenia się do trudnych sytuacji z przeszłości czy tych istniejących obecnie. W połączeniu z innymi formami radzenia sobie, humor może być efektywnym sposobem na rozładowanie emocji i pewne zdystansowanie się od obciążających wydarzeń. Skutecznym sposobem radzenia sobie na co dzień może być również koncentracja na teraźniejszości i znajdowaniu przyjemności w codziennych wydarzeniach.

W sytuacji przewlekłej choroby niezmiernie trudne jest zbudowanie postawy akceptującej: wobec tego co się dzieje, a na co nie mamy wpływu. Wiąże się to z poczuciem straty – nie jesteśmy w stanie przywrócić tego co było przed chorobą, a niekiedy cofnąć zmian w osobowości danej osoby. Jednak próba pogodzenia się z tym, czego nie możemy kontrolować może przynieść zaskakującą ulgę.

W badaniach z udziałem osób pełniących rolę opiekunów wobec chorego członka rodziny, podkreśla się ponadto wagę znajdowania czasu na inne aktywności niż rola opiekunowa (Richardson, 2018). Pielęgnowanie się dzięki temu przekonanie, że życie nie ogranicza się wyłącznie do wspierania bliskiej osoby, ale stanowi sumę wielu innych, wartościowych doświadczeń. Dodatkowo, poświęcając czas dla siebie, osoba ma szansę zebrania sił i zasobów psychicznych potrzebnych do pełnienia roli opiekuna.

EMOCJONALNE I INSTRUMENTALNE WSPARCIE SPOŁECZNE

Ważnym i skutecznym sposobem radzenia sobie jest również poszukiwanie wsparcia u innych osób, czyli wsparcia społecznego. W ramach niego często pojawia się rozróżnienie na tzw. instrumentalne vs. emocjonalne wsparcie społeczne. Instrumentalne wsparcie polega na przekazaniu innej osobie konkretnego zasobu np. wiedzy, pomocy finansowej czy też rady, mówiącej o tym jak ktoś może zachować się w danej sytuacji. Wsparcie emocjonalne zaś, skupia się na regulowaniu emocji poprzez wysłuchanie rozmówcy, okazanie zrozumienia czy współczucia. Warto uświadomić sobie jakiego rodzaju wsparcia oczekujemy od innych, tak aby móc zakomunikować im swoje potrzeby np. poprzez powiedzenie „chciałbym, abyś po prostu mnie wysłuchał, nie oczekuje, że powiesz mi co mam robić” lub przeciwnie „nie wiem co mam zrobić w tej sytuacji, chcę poznać Twoje zdanie”. Ludzie mają tendencję do udzielania innym takiego rodzaju wsparcia, jakie sami chcieliby otrzymać w danej sytuacji, co nie zawsze może być adekwatne. Dzięki otwartej komunikacji oraz świadomości swoich potrzeb mamy większe szanse na zadowolenie z otrzymanego wsparcia.

ROLA PSYCHOEDUKACJI

Kolejnym, istotnym aspektem radzenia sobie jest rozwiązywanie napotykaných trudności na bieżąco, poprzez dostrzeżenie pojawiającego się problemu (np. gdy widzimy sygnały świadczące o powrocie choroby), szybką reakcję na niego i odpowiednią komunikację (np. wyrażenie swojej troski, zmartwienia i zachęcenie do skonsultowania się z lekarzem). Gdy trudności pozostają nierozstrzygnięte może to prowadzić do niekorzystnego narastania konfliktów i negatywnych uczuć w rodzinie. Ważną rolę w rozwiązywaniu problemów pełni psychoedukacja, czyli nauczenie rodziny świadomego współuczestnictwa w procesie leczenia. Celem jest dostarczenie rzetelnej wiedzy na temat zaburzenia, jego tła biopsychospołecznego, mechanizmów działania leków wraz z ich potencjalnymi skutkami ubocznymi. Kluczowe jest też wykształcenie umiejętności rozpoznawania objawów zwiastujących oraz nauka sprzyjającej, niekonfliktowej komunikacji werbalnej

oraz niewerbalnej w odniesieniu do różnych sytuacji, także w trakcie urojeń, tak aby rozmawiać z chorym w sposób nieraniący, ale też niepotwierdzający jego fałszywych przekonań. Skorzystanie z psychoedukacji stanowi więc kolejną formę radzenia sobie, która okazuje się skuteczna dla rodzin w sytuacji choroby jednego z jej członków.

JESTEŚ KIMŚ WIĘCEJ NIŻ OSOBĄ CHORĄ

W kontekście umiejętności radzenia sobie z chorobą bliskiej osoby znacząca jest pamięć o tym, aby nie redukcować kogoś tylko do roli chorego. Oczywiście choroba często staje się dużą częścią życia danej osoby i jej rodziny, ale odnoszenie się do bliskiego jedynie z perspektywy jego choroby wpływa negatywnie na relacje rodzinne, jak i poczucie własnej wartości tej osoby. Istotna jest więc umiejętność dostrzeżenia pozytywnych cech swoich bliskich i nie postrzeganie ich jedynie przez pryzmat choroby. Warto zastanowić się, co sprawia, że bliska nam osoba jest wyjątkowa, jakie ma umiejętności czy mocne strony. Dostrzeganie indywidualnych cech osoby zmagającej się z chorobą wzmacnia więzi między nią a członkami rodziny oraz może ułatwiać radzenie sobie z objawami choroby.

Źródła:

- Chuchra, M.M. (2009). Obraz brzemienia rodziny z osobą chorą na schizofrenię. *Roczniki Psychologiczne*, 2:103-128.
- Chuchra, M. (2010). Rodzina z dorosłym dzieckiem chorym na schizofrenię: porównawcze studium koncepcji siebie i innych. Wydawnictwo KUL.
- de Barbaro, B. (red.). (1999). Schizofrenia w rodzinie. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Miller, I.W., Ryan, C.E., Keitner, G.I., Bishop, D.S. and Epstein, N.B. (2000). The McMaster Approach to Families: theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy*, 22, 168-189.
- Heszen-Niejodek, I., & Ratajczak, Z. (2016). Psychologia stresu: korzystne i niekorzystne skutki stresu życiowego. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kasperk-Zimowska, B., Chądzyńska, M. (2011). Poczucie koherencji i style radzenia sobie ze stresem wśród rodziców dorosłych dzieci z rozpoznaniem schizofrenii. *Psychiatria Polska*, 45(5), 643-652.
- Lewińska A. (2021). Dynamika relacji rodzinnych w perspektywie rodziców osoby z rozpoznaniem schizofrenii. Praca magisterska. Uniwersytet Łódzki.
- Ogińska-Bulik, N., & Juczyński, Z. (2010). Osobowość: stres a zdrowie. Difin
- Plopa, M. (2011). Psychologia rodziny: teoria i badania. Oficyna Wydawnicza "Impuls."
- Richardson, Suzanna J. (2018). The experience of white British fathers providing care to a son or daughter with a diagnosis of psychosis: an exploration of fathers' accounts of coping. Doctoral thesis, University of Surrey. Uzyskane z: <https://pubs.surrey.ac.uk/849514/> [dostęp 4 grudnia 2021 roku].
- Świtaj, P. (2009). Rola diagnozy psychiatrycznej w procesie stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi. *Postępy Psychologii i Neurologii*, 18 (4), 377-386.



■ Happening promujący zdrowie psychiczne podczas Światowego Dnia Zdrowia Psychicznego- 10.09.2021 r. Ulica Piotrkowska w Łodzi.

Optymizmu można się nauczyć



Marta Ziętał

- psycholog, psychoterapeuta

CZYM JEST OPTYMIZM?

Według słownika PWN optymizm to:

1. «skłonność do dostrzegania we wszystkim dodatnich stron i wiara w pomyślny rozwój wydarzeń»
2. «pogląd filozoficzny, według którego istniejący świat jest najlepszy z możliwych i racjonalnie urządzony, a życie jest dobre, można więc osiągnąć w nim szczęście i doskonałość moralną»

Z psychologicznego punktu widzenia możemy uznać, że optymizm to:

- cecha osobowości (optymizm dyspozycyjny)
- efekt wychowania (modelowania)
- efekt wpływu otoczenia (kultury)
- wypadkowa naszych doświadczeń
- wynik naszych wyborów

Optymizm opiera się na tendencji do dostrzegania pozytywów w tym, co nas spotyka i przekonaniu, że przyszłość będzie pomyślna. **W związku z tym optymiści łatwiej mobilizują się do działania, chętniej przyjmują wyzwania, wytyczając sobie odległe cele i częściej je osiągając.**

OPTYMIZM Z PERSPEKTYWY MÓZGU

Ciało cały czas przekazuje różne informacje do mózgu, a on przetwarza te sygnały na myśli, uczucia i działania. To od nas zależy, czy będziemy aktywować w mózgu obszary odpowiedzialne za zadowolenie, czy raczej te zwią-

zane z negatywnymi emocjami. Badania MRI¹ wskazują, że u optymistów ponadprzeciętnie aktywne są trzy obszary mózgu, które przechowują wspomnienia o ważnych i dobrych sytuacjach w życiu. Można zatem wnioskować, że odpowiednie nastawienie do zdarzeń występujących w naszym życiu wpływa na procesy zachodzące w mózgu i co za tym idzie decyduje o ogólnym poczuciu zadowolenia bądź zniechęcenia.

„Na stu ludzi
(...)
uzdolnionych do szczęścia
- dwudziestu kilku najwyżej;”

Wisława Szymborska

MODEL SZCZĘŚCIA

Model szczęścia stworzony przez Martina Seligmana składa się z trzech elementów

- przyjemności,
- poczucia sensu
- zaangażowania

Każda z emocji pozytywnych, jak głosi prawo hedonistycznej asymetrii Nico Frijdy, jest krótkotrwała ze swojej natury. Nie jest zatem możliwe odczuwanie zadowolenia z danego zdarzenia przez długi czas w tym samym nasileniu, gdyż przyjemność zanika wraz ze stopniem zaspokojenia. Trwanie emocji pozytywnych wymaga zmiany oglądu sytuacji, bądź dodawania do niej nowych elementów. Sama przyjemność nie może więc zapewnić nam szczęścia, ale na pewno motywuje nas do podejmowania działań ukierunkowanych na jej odczuwanie.

Poczucie sensu wiąże się, według Seligmana, z przekonaniem o znaczeniu danej aktywności dla danego człowieka. Znaczenia tego upatruje się najczęściej w czynnościach zgodnych z naszym celem nadrzędnym, czyli pokrótce mówiąc naszymi planami na przyszłość. Istotne w takim razie jest wyznaczanie sobie poszczególnych celów, tak by stanowiły one rodzaj kompasu nadającego kierunek naszemu życiu.

Zaangażowanie rozumiane jest ono jako *flow* (z angielskiego doznanie uniesienia, uskrzydlenie) czyli stan między satysfakcją a euforią, wywołany całkowitym oddaniem się jakiejś czynności. Twórcą pojęcia *flow*-uniesienie w psychologii jest Mihály Csíkszentmihályi, który twierdzi, że ludzie opisują w taki sposób swój stan umysłu, kiedy są całkowicie skupieni na danej aktywności, która podejmowana jest dla czystej przyjemności. Są to zatem wszelkie działania, które pochłaniają nas na tyle, że tracimy poczucie czasu. Mają one charakter autoteliczny, czyli stanowią dla nas cel sam w sobie, bez oczekiwania zewnętrznego rezultatu.



OPTYMISTYCZNY SPOSÓB MYŚLENIA

Optymiści widzą przeszkody i przygotowują się do ich przezwyciężenia, a pesymiści w tej samej sytuacji łatwiej rezygnują z podejmowania jakichkolwiek działań.

Gdy optymistą poniesie porażkę najprawdopodobniej powie:

- tylko to mi się nie udało, inne rzeczy mi wychodzą
- nie miałem/am wpływu na wszystkie okoliczności w tej sytuacji
- tym razem mi się nie udało

- następnym razem pójdzie mi lepiej
- nauczę się czegoś dzięki temu niepowodzeniu
- Gdy optymistą odniesie sukces najczęściej skomentuje to tak:
 - zawiączę go sobie i swojemu wysiłkowi
 - potrafię to
 - następnym razem też to powtórzę

Pesymista natomiast niepowodzenia przypisuje swoim cechom i ograniczeniom, a przyczyn sukcesów upatruje w warunkach zewnętrznych, które często są poza jego wpływem.

Niepowodzenia NIE ZNIECHĘCAJĄ optymistów. Jeżeli nie widzą szans ZMIENIAJĄ CELE.

Edison przeprowadził ponad 11 000 prób, zanim żarówka zaczęła działać. Gdy w połowie prac jeden z żurnalistów zadał mu pytanie: „Panie Edison, dlaczego nie rezygnuje pan po 5000 porażek?”, Edison odpowiedział: „Młody człowieku, nie rozumie pan, to nie porażka. Znalazłem tylko 5000 sposobów, które nie działają. Dzięki czemu jestem o 5000 prób bliżej rozwiązania”.



WYPRACOWANIE OPTYMISTYCZNEJ POSTAWY

Optymizmu można się nauczyć poprzez pozytywne działania. Wybieraj realistyczne, znaczące cele, które stanowią dla Ciebie mobilizujące do działania wyzwania. Wyznacz jak najmniejsze kroki, które podejmiesz, by osiągnąć swoje zaplanowane dążenia. Prowadź regularne zapiski dotyczące stopnia ich realizacji, co będzie dodatkowo motywować Cię do podejmowania kolejnych kroków. Każde potknięcie traktuj jako cenną naukę w poszukiwaniu kolejnych użytecznych dla siebie rozwiązań. Poczucie własnej wartości zależy od tego, co się robi, a nie od tego jak się siebie postrzega, dlatego tak istotne jest podejmowanie konkretnych działań. Osiąganie celów wzmacnia Twoją samoocenę i zwiększa wiarę w Twoje możliwości.

Wobec trudności, obserwuj swoje myśli:

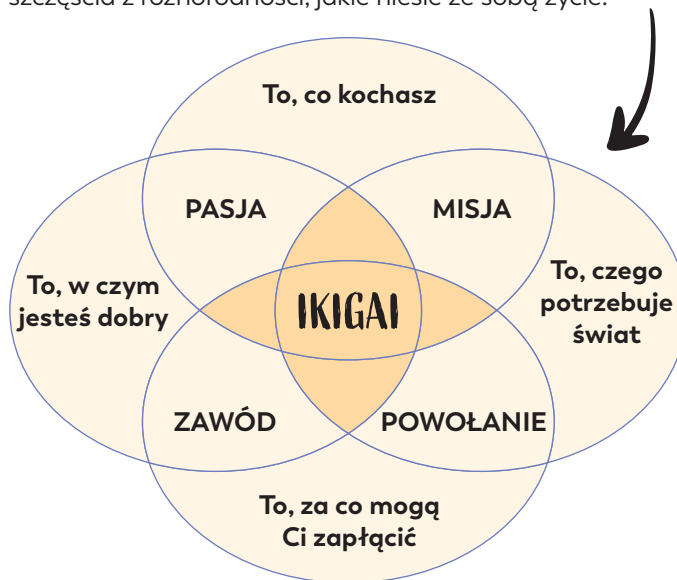
- Co się rzeczywiście stało?
- Jakie są fakty?
- Co o tym myślę? Jakie emocje te myśli we mnie wywołują?
- Co innego mogę pomyśleć, żeby lepiej się poczuć?
- Jak inaczej mogę spojrzeć na tę sytuację?
- Co dobrego może wyniknąć dla mnie z tej sytuacji?

„Mądry myśli o swoich problemach tylko wtedy, gdy widzi w tym jakiś sens; w innym przypadku myśli o innych rzeczach”

Bertrand Russel

IKIGAI-JAPOŃSKA FILOZOFIA SZCZĘŚCIA

Ta filozofia życia ma swoje korzenie na wyspie Okinawa, o której mówi się że jest domem dla największej liczby stu-latków na świecie. Prowadzone z udziałem mieszkańców Japonii badania pokazują, że ludzie, którzy znajdują w sobie *ikigai*, mają lepsze zdrowie, rzadziej zapadają na choroby sercowo-naczyniowe, są bardziej aktywni i cieszą się życiem. Słowo *ikigai* składa się z dwóch części „iki” - „żyć” oraz „gai” - powód. W wolnym tłumaczeniu *ikigai* to - powód do życia. Źródłem *ikigai* może być powiew świeżej morskiej bryzy, wschód słońca, wypicie pysznej kawy, czy uznanie i sukcesy w życiu zawodowym. *Ikigai* zakłada czerpanie szczęścia z różnorodności, jakie niesie ze sobą życie.



Nasze *ikigai* znajduje się na przecięciu tych obszarów. Na przykład możemy realizować to, co kochamy i czego świat potrzebuje, ale może nam to nie dawać żadnych pieniędzy. I odwrotnie, możemy podążyć za tym co jest dobrze płatne i w czym jesteśmy dobrzy, ale wciąż odczuwać pustkę i brak spełnienia.

Prawdziwe *ikigai* osiąga się, gdy wszystkie obszary zacierają się na siebie w centrum, dzięki czemu osiągamy

„Optymistę spotyka w życiu tyle samo niepowodzeń i tragedii, co pesymistę, ale optymista znosi to lepiej.”

Martin Seligman

równowagę i szczęśliwe życie. *Ikigai* skupia się na przyjemności płynącej z aktywności i ciągłym rozwijaniu swoich umiejętności. Praca rozumiana w ten sposób nie jest już obowiązkiem; staje się dobrem i wartością samą w sobie. Wartością która sprawia, że doceniamy tu i teraz, koncentrujemy się na chwili obecnej i cieszymy się z każdego dnia.

W optyzmizmie najważniejsze jest odpowiednie nastawienie do zdarzeń, jakie występują w naszym życiu, co pozwala lepiej radzić sobie z negatywnymi odczuciami. Zadbanie o aktywności sprawiające nam przyjemność, w których upatrujemy dla nas sens, zapewni nam regularne przeżywanie emocji pozytywnych. Wiąże się to z ciągłym podejmowaniem wysiłku na rzecz naszego poszukiwania kolejnych powodów do zadowolenia.

Bibliografia

- Croos-Müller, C. (2014). Dużo szczęścia! Krótki podręcznik przetrwania. Poznań: Media Rodzina.
- Csikszentmihályi, M.(2005). Przepływ: jak poprawić jakość życia: psychologia optymalnego doświadczenia. Taszów: Biblioteka Moderatora.
- Frijda, N. (1998). Prawa emocji. Nowiny Psychologiczne, 2 (61), 24-49.
- Seligman, M. (2006). Prawdziwe szczęście. Poznań: Media Rodzina.
- Trzebińska, E. (2008). Psychologia pozytywna. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- <https://www.slideshare.net/ArturBrzezinski/jutro-moe-by-lepiej> (18.05.2020).
- <https://sjp.pwn.pl/sjp/optymizm;2569880.html> (24.11.2021).



■ Prace arteterapii.

Moje doświadczenia w pomaganiu innym rodzinom w grupie wsparcia



Zenon
Wybrański

- członek Stowarzyszenia „Dla Rodziny”

Każdy człowiek choruje inaczej, każdy ma wiele dróg do zdrowienia. Proces powrotu do zdrowia nigdy nie przebiega jednostajnie, liniowo, pojawiają się liczne zakręty i upadki. Czasami nawet przypadek może zadecydować, jak potoczą się losy osoby chorującej, gdy na skutek braku oczekiwanej i szybkiej poprawy stanu swojego zdrowia, swojego samopoczucia postanawia przerwać leczenie farmakologiczne.

Psychoza, jaką jest schizofrenia paranoidalna w swym ostrym okresie jest nieprzewidywalna. Umysł wówczas pracuje na wzmożonych obrotach, naruszane zostają bariery ochrony broniące przed naporem bodźców i myśli, co prowadzi do chaosu. Uruchamiający się mechanizm błędnego koła szybko pogłębia tkwiący w osobie chorego centralny konflikt. Osoba przestaje być sobą, przestaje być tą osobą, którą była przed pojawieniem się choroby. Ten sposób funkcjonowania i odczuwania przyjmuje jednak jako prawidłowy i własny, racjonalizując broni go przed otoczeniem. Osoba w chorobie żyje w innych stanach świadomości, podejmuje działania kierując się urojeniami i głosami z nieprzystającej rzeczywistości.

Nie istnieje jeden cudowny lek, który w cudowny sposób uzdrowi życie. Leki są tylko częścią przepisu na zdrowienie. Pytania jakie stawia sobie rodzina, to: „Co robić, gdy chory przerywa leczenie zanim lek zacznie być skuteczny? Jak w ogóle zachęcić i zmotywować do leczenia osobę, która nie ma świadomości choroby? Przed takim trudnym wyzwaniem staje wiele rodzin. Najczęściej czują się bezradne, gdyż próby racjonalnej rozmowy i argumentacji nie trafiają do chorego. Gdzie szukać pomocy? Zwykle chory jest osobą sprawną, dobrze funkcjonującą, nie jest

osobą ubezwłasnowolnioną, choćby częściowo, wówczas w świetle przepisów i stosowanej praktyki, ma prawo do odmowy leczenia, gdy nie zagraża sobie lub otoczeniu. Rodzinie trudno jest zrozumieć tak sformułowane przepisy w obliczu często bardzo szkodliwych działań podejmowanych przez osoby nie w pełni świadomej skutków swoich poczynań. Są to działania wywołujące dotkliwe skutki dla osoby chorej i dla rodziny w perspektywie dłuższej. Często są sytuacje, kiedy rodzina dopiero po pewnym czasie dowiaduje się np. o pożyczkach i zaciągniętych kredytach. Najczęściej dowiaduje się od komornika sądowego o podjętej egzekucji z wniosku wierzyciela.

Moja rodzina przeszła pełną przeszkód drogę w doświadczeniu i poznawaniu skutków choroby. Poznaliśmy przyczyny, przebieg i sposoby leczenia samej choroby – schizofrenii, ale także musieliśmy poznać przepisy prawa. Studiowaliśmy zapisy ustawy o zdrowiu psychicznym by dowiedzieć się jak doprowadzić do przymusowego leczenia, jak uzyskać częściowe ubezwłasnowolnienie. Przechodziliśmy przez, trudne dla każdej rodziny, rozprawy w Sądzie Okręgowym. W naszym przypadku takie decyzje sądowe stwierdzające brak pełnej świadomości były potrzebne jako podstawa prawna do późniejszych sporów sądowych z wierzycielami, którzy udzielali pożyczek, kredytów osobie chorującej na podstawie umów cywilnoprawnych. Konieczność stosowania procedur i dróg prawnych powoduje dodatkowe obciążenie w rodzinie. Rodzina szuka wtedy pomocy i może je znaleźć tak jak my kiedyś np. w organizacjach pozarządowych działających w obszarze zdrowia psychicznego. Spotyka tam grupy wsparcia skupione wokół osób mających podobne doświadczenia, społeczników wspieranych przez specja-

listów np. psychologów, lekarzy psychiatrii, pracowników społecznych, terapeutów czasami prawników. Dziś sam działam w jednej z takich grup. Moje osobiste doświadczenia i zdobyta dzięki nim wiedza okazały się ważne i pomocne dla innych osób i rodzin będących w podobnych sytuacjach. To daje siłę innym ale wraca także do mnie jako wsparcie i zachęta do dalszych prac.

Grupa wsparcia działająca w Stowarzyszeniu „Dla Rodziny” w Łodzi organizuje warsztaty psychoedukacyjne, tworząc warunki do dzielenia się doświadczeniami, przekazuje sposoby postępowania, umiejętności radzenia sobie w trudnych dla rodzin chwilach. Wskazuje i uczy jak obniżać ryzyko nawrotu choroby poprzez np. poprawę komunikacji werbalnej z chorym, jak przełamywać stereotypy myślenia o chorobach psychicznych. Rodzina uczy się jak dostrzegać potencjał chorego co jest u niego dobre i cierpliwie prowadzić go do minimalizacji skutków choroby, powolnego zdrowienia aż do pełnej remisji choroby.

Droga zdrowienia osoby chorującej psychicznie jest długotrwała ale możliwa do przejścia. Jej przebycie i uświadomienie wszelkich pokonanych przeszkód, daje satysfakcję i poczucie bezpieczeństwa. Uzyskanie remisji pozwala osobie chorej na wyrażanie wdzięczności wszystkim, którzy pomogli jej w powrocie do zdrowia, przywracając nadzieję na dobrą przyszłość jej oraz rodziny.



■ Grzegorz Schreiber - Marszałek Województwa Łódzkiego oraz Agnieszka Niedźwiedzka - prezes Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych w Łodzi - lider projektu TRANSFER podczas Pikniku upowszechniającego projekt.

PRZYKŁADOWE TEMATY WARSZTATÓW PSYCHOEDUKACYJNYCH PROWADZONYCH PRZEZ PSYCHOLOGA

Dobra komunikacja narzędziem rozwiązywania sytuacji trudnych

Forma: wykład, prezentacja, ćwiczenia indywidualne i grupowe, pytania, dzielenie się doświadczeniami

Opis: Dobra komunikacja wpływa na relacje rodzinne, pozwala szczerze i życzliwie rozmawiać o swoich uczuciach, trudnościach, czy opiniach. Usprawnia również rozwiązywanie sytuacji trudnych i konfliktowych, dlatego warto ją ćwiczyć przy każdej możliwej okazji.

Komunikacja interpersonalna

Forma: wykład, prezentacja, ćwiczenia indywidualne, w parach i grupowe, pytania, dzielenie się doświadczeniami

Opis: Uczestnicy poznają zasady skutecznego formułowania komunikatów dopasowanych do konkretnego odbiorcy oraz rozwijają swoje umiejętności w zakresie efektywnej komunikacji z innymi ludźmi.

Wstęp do mindfulness

Forma: wykład, prezentacja, treści i materiały audiowizualne, ćwiczenia indywidualne, w parach i grupowe, pytania, dzielenie się doświadczeniami

Opis: Warsztat wspomagający rozwój uważności, pozwalającej lepiej radzić sobie ze stresem, koncentrować się, zwolnić tempo życia i odnaleźć własną równowagę oraz rozumienie podejmowanych spraw i zagadnień. Może składać się z dwóch części.

Trening Asertywności

Forma: wykład, prezentacja, treści i materiały audiowizualne, ćwiczenia indywidualne, w parach i grupowe, pytania, dzielenie się doświadczeniami

Opis: Trening asertywności ma na celu poznanie, czym jest postawa asertywna, uległa i agresywna oraz poszerzenie umiejętności zachowań asertywnych w różnych sytuacjach społecznych. Uczestnicy będą mieli okazję przećwiczyć zachowania, które stanowią dla nich trudności w relacjach społecznych. Trening asertywności to warsztat mogący składać się z dwóch części. W drugiej części zakłada przećwiczenie poszczególnych elementów asertywności w oparciu o wypełnioną mapę asertywności.

Rodzina w ujęciu psychoterapii systemowej

Forma: wykład, prezentacja, genogram, ćwiczenia indywidualne, w parach i grupowe, pytania, dzielenie się doświadczeniami

Opis: Definicja rodziny i jej funkcji w życiu człowieka, Rodzina jako system, Omówienie zasad podejścia systemowego w psychoterapii rodzin

Znaczenie psychoedukacji i terapii w zapobieganiu nawrotom chorób psychicznych

Forma: wykład, prezentacja, pytania, dzielenie się doświadczeniami

Opis: Omówienie znaczenia psychoterapii w profilaktyce chorób psychicznych. Trój-przymierze-perspektywa pacjenta, rodziny i terapeuty. Opis modeli psychoterapii, efektywność psychoterapii, przymierze terapeutyczne.

Wyznaczanie i realizacja celów

Forma: wykład, prezentacja, treści i materiały audiowizualne, ćwiczenia indywidualne, w parach i grupowe, pytania, dzielenie się doświadczeniami

Opis: Umiejętność wyznaczania celów i ich realizacji jest uniwersalną umiejętnością, której usprawnienie przyda się w każdej dziedzinie życia. Jednym ze stawianych celów może być poprawa zdrowia – własnego czy osoby bliskiej.

Rozwiązywanie konfliktów

Forma: wykład, prezentacja, treści i materiały audiowizualne, ćwiczenia indywidualne, w parach i grupowe, pytania, dzielenie się doświadczeniami

Opis: Podczas warsztatu uczestnicy zdobędą wiedzę i umiejętności dotyczące rozpoznawania rodzajów konfliktów oraz dopasowywania skutecznych sposobów ich rozwiązywania.

Optymizmu można się nauczyć

Forma: wykład, prezentacja, treści i materiały audiowizualne, ćwiczenia indywidualne, w parach i grupowe, pytania, dzielenie się doświadczeniami

Opis: Jeśli masz dylemat, czy szklanka jest do połowy pusta, czy do połowy pełna, zachęcam do uczestnictwa w szkoleniu/webinarium „Optymizmu można się nauczyć”, które ułatwi Ci dostrzec więcej powodów do radości i zmienić nastawienie do siebie i świata na bardziej pozytywne.

Budowanie relacji w rodzinie

Forma: wykład, prezentacja, treści i materiały audiowizualne, ćwiczenia indywidualne, w parach i grupowe, pytania, dzielenie się doświadczeniami

Opis: Warsztat ma na celu poszerzenie umiejętności uczestników w dbaniu o efektywną komunikację z innymi członkami rodziny, wzajemnym wspieraniu w realizacji własnych potrzeb i zdrowym stawianiu granic.

Radzenie sobie z lękiem, stresem

Forma: wykład, prezentacja, treści i materiały audiowizualne, ćwiczenia indywidualne, w parach i grupowe, pytania, dzielenie się doświadczeniami

Opis:

Elastyczność psychologiczna

Forma: wykład, prezentacja, treści i materiały audiowizualne, ćwiczenia indywidualne, w parach i grupowe, pytania, dzielenie się doświadczeniami

Opis: Uczestnicy dowiedzą się czym jest umiejętność bycia obecnym w teraźniejszej chwili, z pełną otwartością na własne doświadczenie oraz podejmowanie działań zgodne z własnymi wartościami, ale również będą mogli poćwiczyć jej poszczególne elementy.

Wartości życiowe a wyznaczanie celów życiowych

Forma: wykład, prezentacja, treści i materiały audiowizualne, ćwiczenia indywidualne, w parach i grupowe, pytania, dzielenie się doświadczeniami

Opis: Warsztat ma na celu podsumowanie wartości, którymi się kierujemy w życiu oraz w oparciu o nie zaplanowanie konkretnych celów na najbliższy czas np. rozpoczynający się rok.

Jak zadbać o zdrowie psychiczne

Forma: wykład, prezentacja, treści i materiały audiowizualne, ćwiczenia indywidualne, w parach i grupowe, pytania, dzielenie się doświadczeniami

Opis: Celem zajęć jest przekazanie i uporządkowanie wyznaczników dobrostanu biopsychospołecznego oraz poznanie sposobów efektywnego dbania o swoje zdrowie psychiczne i zaplanowanie ich indywidualnie przez każdego uczestnika.

Jak wspierać i motywować osobę chorą do leczenia

Forma: wykład, prezentacja, pytania, ćwiczenia indywidualne i w parach, dzielenie się doświadczeniami.

Opis: Uczestnicy warsztatu przećwiczą umiejętności z zakresu komunikacji przydatne w motywowaniu siebie i innych do zmiany, omówią źródła przeszkód w komunikacji z chorym i sposoby ich przewyższania, wymienią się doświadczeniami i trudnościami w opiece nad osobą chorującą psychicznie. Akceptacja, empatia, szacunek, wyznaczanie granic, umiejętność słuchania, małe kroki, konsekwencja, trójprzymierze, pytanie "chronić czy mobilizować?", to zagadnienia, które pojawią się w trakcie warsztatu.

Opieka nad osobami cierpiącymi z powodu chorób otępiennych

Forma: wykład, prezentacja, pytania, dzielenie się doświadczeniami

Opis: Uczestnicy warsztatu poszerzą wiedzę nt. objawów i przebiegu chorób otępiennych, poznają stosowane sposoby wspomagania funkcjonowania osoby chorej. Wymienią doświadczenia z zakresu sposobów komunikowania się z chorymi oraz trudności jakie mają sprawując opiekę. Temat dotyczy osób starszych ale nie tylko, także wielu osób cierpiących z powodu chorób neurologicznych.



■ Podwórkó przy ul. Piotrkowskiej 38 w Łodzi- miejsce działań społecznych i aktywizacji osób z niepełnosprawnością w tym osób chorujących psychicznie.

PRZYKŁADOWE TEMATY WARSZTATÓW PSYCHOEDUKACYJNYCH PROWADZONYCH PRZEZ LEKARZY PSYCHIATRII

Leczenie w schizofrenii, współczesne założenia i metody - wskazówki dla rodzin i opiekunów.

Forma: wykład, prezentacja, pytania, dzielenie się doświadczeniami

Zdrowie psychiczne, profilaktyka, leczenie

Forma: wykład, prezentacja, pytania, praca w grupach, dzielenie się doświadczeniami

Zaburzenia snu

Forma: wykład, prezentacja, pytania, dzielenie się doświadczeniami

Psychiatria wieku podeszłego

Forma: wykład, prezentacja, pytania, dzielenie się doświadczeniami

Farmakoterapia w leczeniu chorób psychicznych.

Forma: wykład, prezentacja, pytania, dzielenie się doświadczeniami

Uzależnienia, profilaktyka, leczenie

Forma: wykład, prezentacja, pytania, dzielenie się doświadczeniami

Leczenie pacjentów z tzw. podwójną diagnozą

Forma: wykład, prezentacja, pytania, dzielenie się doświadczeniami



■ Grzegorz Schreiber- Marszałek Województwa łódzkiego i Agnieszka Niedźwiedzka- Prezes TPN na stoisku Stowarzyszenia „Dla Rodziny” podczas pikniku upowszechniającego projekt TRANSFER



STOWARZYSZENIE
„Dla Rodziny”

Wydawca:

Stowarzyszenie Rodzin Działających na Rzecz Zdrowia Psychicznego
„Dla Rodziny”
ul. Piotrkowska 38 lok 9 U
90-265 Łódź
Tel 42 616 05 16
e-mail: stowarzyszenie@dla-rodziny.org.pl
www.dla-rodziny.org.pl

Prace redakcyjne: Piotr Chuchler, Katarzyna Siedlecka

Zdjęcia profilowe autorów artykułów: Tomasz Pawlak (poza fot. na str. 20)

Zdjęcia: Julia Chuchler

Prace artystyczne, arteterapii, instalacje: Zygmunt Łukasiewicz str. 18 (fot. dolne), str. 34, 47, 49; Gabriela Łukasiewicz str. 41, 49;
Grażyna Szymańska str. 18 (fot. górne), str. 24 (fot. prawe).

Skład, layout, druk: Wydawnictwo i Drukarnia ARSA

Publikacja Bezpłatna

Finasowanie

Środki Europejskie programu EFS i Państwa Polskiego poprzez Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej w Warszawie z programu POWER.
Projekt TRANSFER – Innowacyjny program przeniesienia usług psychiatrycznych z instytucji do środowiska zrealizowany w ramach konkursu nr POWR.04.01.00-IZ.00-00-014/1, Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

Oddano do druku w grudniu 2021r.

Ilość egzemplarzy: 250 szt.



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Publikacja przygotowana w oparciu o program psychoedukacyjny "Wsparcie dla rodzin osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi", które Stowarzyszenie "Dla Rodziny" prowadziło w ramach projektu partnerskiego Transfer – innowacyjny program przeniesienia usług psychiatrycznych z instytucji do środowiska. Projekt zrealizowany został w okresie od października 2018 do grudnia 2021 ze środków EFS i Państwa Polskiego w ramach konkursu nr POWR.04.01.00-IZ.00-00-014/1, Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

PARTNERSTWO REALIZUJĄCE PROJEKT TRANSFER:

Lider:

Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych

Partnerzy:

Stowarzyszenie Rodzin Działających na Rzecz Zdrowia Psychicznego „Dla Rodziny”

Fundacja Celeste

Stowarzyszenie Wsparcie Społeczne „Ja-Ty-My”



Stowarzyszenie Rodzin Działających na Rzecz Zdrowia Psychicznego "Dla Rodziny"

ul. Piotrkowska 38 lok 9 U, 90-265 Łódź

tel. 42 616 05 16

e-mail: stowarzyszenie@dla-rodziny.org.pl



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Więcej na:

www.power.gov.pl
www.tpn.org.pl

www.dla-rodziny.org.pl
www.celeste.pl

www.wsparciespoleczne.pl
www.wsparcie-psychiczne.pl

