

MAŁGORZATA TROJAŃSKA, MATEUSZ BIERNAT

## Wieloaspektowe działania na rzecz profilaktyki i wsparcia osób zdrowiejących oraz zagrożonych kryzysem psychicznym

Multi-aspect preventive and supportive activity for recovering patients and those under the threat of a mental crisis

### Abstract

The problems of people with psychological disorders are often forgotten or abandoned in the disputes of special pedagogy. It is widely believed that issues related to mental health are the domain of medical science. The situation of people with mental disorders is more difficult than in the case of other types of disability. Specificity of these disorders is often vague. Due to their etiology which is hard to identify, onset, multitude and variety of symptoms, dynamics of the disease progression, characteristics of remission and necessity of many months or even years of therapy, people suffering from mental disorders live on the margins of society much more frequently than other disabled people (cf. Brzezińska). The present article is aimed at pointing out the significance of the support for people during and after psychological crises from the special pedagogy perspective. Big excerpts of the text are the result of personal reflections, experience and thoughts of a person recovering from a psychological crisis.

**Keywords:** mental disorders, prevention, support

### Wprowadzenie

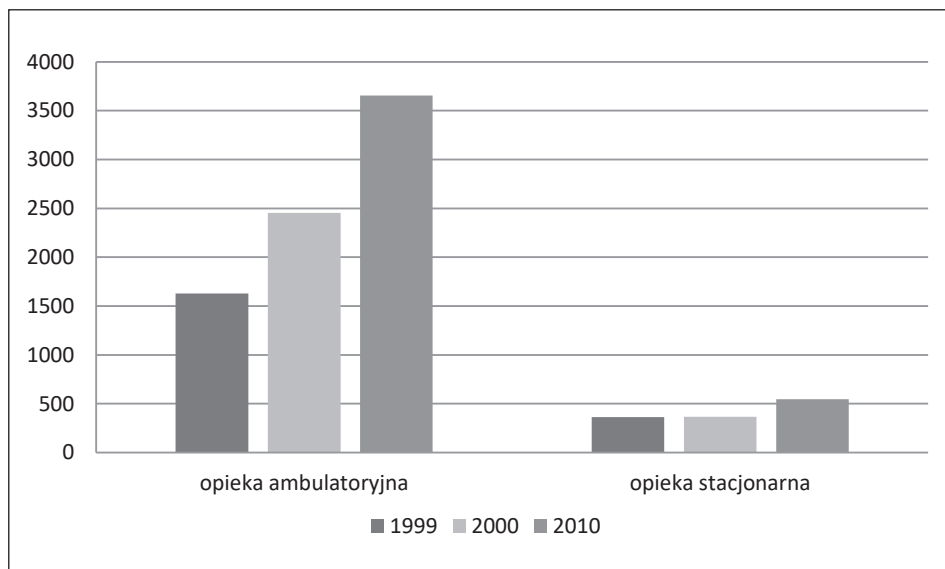
W dyskursach pedagogiki specjalnej problematyka osób z zaburzeniami psychicznymi stanowi temat zapomniany czy wręcz zaniechany. Często słyszy się głosy, że pedagodzy nie są przygotowani do pracy z uczniem z zaburzeniami psychicznymi. Wielu sądzi, że zagadnienia związane ze zdrowiem psychicznym to domena nauk medycznych. Jednak patrząc na skalę problemu, jakim są zaburzenia psychiczne, musimy podjąć wszelkie starania, aby przygotować pedagogów – nauczycieli, a pedagogów specjalnych w szczególności, do pracy z osobami z tym typem niepełnosprawności. Temat został już podjęty (zob. Witusik, Leszto, Podgórska-Jachnik, Pietras 2015), należy jednak zrobić

wszystko, by był kontynuowany i rozwijany. Niniejszy artykuł ma być kolejnym głosem zachęcającym do zwrócenia uwagi na ważność i znaczenie wsparcia osób w trakcie i po kryzysach psychicznych w perspektywie pedagogiki specjalnej. Duże fragmenty tekstu są wynikiem osobistych refleksji, przeżyć i przemyśleń osoby zdrowiejącej po kryzysie psychicznym.

## Identyfikacja problemu

Skala problemu, o którym mówimy, jest ogromna. Z informacji o realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (<http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia>) wynika, że w Polsce w latach 1990–2010 wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wśród osób pozostających w opiece ambulatoryjnej wzrósł ponad dwukrotnie, a w opiece stacjonarnej – o połowę (wykres 1). Prawie czterokrotnie wzrosła liczba zaburzeń psychotycznych, takich jak zaburzenia dwubiegunowe czy psychozy. Jest siedmiokrotnie więcej zaburzeń wywołanych używaniem leków i narkotyków.

Niepokojący jest fakt, że zaburzenia psychiczne dotyczą coraz młodsze jednostki. Sytuacja jest dramatyczna tym bardziej, że wśród zmagających się z tego typu chorobami jest coraz więcej osób poniżej 18 roku życia. Ponad



Wykres 1. Liczba osób pod opieką psychiatryczną (na 100 tys. osób)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

8 tysięcy pacjentów ma mniej niż trzy lata, w grupie wiekowej od czterech do sześciu lat były ich ponad 23 tysiące, a wśród młodzieży do 18 roku życia prawie 148 tysięcy. Łącznie to aż 179 506 młodych ludzi! Tylko przez dwa lata liczba ta wzrosła o ponad 20 tysięcy! W raportach WHO wskazała, że nawet do 50% wszystkich zaburzeń zdrowia psychicznego, prowadzących do nadużywania środków psychoaktywnych, agresji i przemocy oraz innych zachowań antyspołecznych, ma swój początek w okresie dojrzewania, a u 10–20% dorażających rozpoznaje się problemy ze zdrowiem psychicznym (tabela 1).

Tabela 1. Najczęstszy wiek wystąpienia zaburzeń psychicznych

Zaburzenie psychiczne	Wiek wystąpienia
schizofrenia	20–30 lat
depresja	20–30 lat
choroba afektywna dwubiegunowa	20–35 lat
zaburzenia lękowe	15–25 lat
zaburzenia obsesyjno-kompulsywne	12–35 lat
zaburzenia odżywiania:	anoreksja – 14–18 lat; bulimia – 18–25 lat
zaburzenia konwersyjne	20–30 lat
zaburzenia osobowości	17–30 lat
zaburzenia somatoformiczne	18–30 lat

Źródło: <http://www.konstelacjalwa.pl/artyku%C5%82y/17-artyku%C5%82y/75-artykul-1> (dostęp 10.12. 2015)

Ze względu na skalę zjawiska nie tylko w Polsce, ale również na świecie, WHO jasno określiła działania na lata 2013–2020:

- wspieranie dobrego stanu zdrowia w całym cyklu życia, co oznacza poprawę poziomu zdrowia i zwiększenie równości w zdrowiu już w okresie wczesnego rozwoju dziecka;
- wzmocnienie programów promocji zdrowia psychicznego, a przede wszystkim wczesnego diagnozowania depresji i zapobiegania samobójstwom;
- promocję zdrowego trybu życia, realizację programów wspierających zdrowie przez edukację rówieśniczą, angażowanie organizacji młodzieżowych (por. Miśkiewicz 2014, s. 22).

Polska również zajęła stanowisko w tym względzie – w grudniu 2010 wszedł w życie „Narodowy program ochrony zdrowia psychicznego”, a Ministerstwo Edukacji Narodowej we wrześniu 2013 roku uruchomiło „Program promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży na lata 2013–2016”, mający na celu promocję zdrowia psychicznego wśród uczniów i zapobieganie samobójstwom wśród młodzieży.

## Stygmatyzacja i marginalizacja chorych z zaburzeniami psychicznymi

Sytuacja osób z zaburzeniami psychicznymi jest trudniejsza od sytuacji osób z innymi typami niepełnosprawności. Specyfika tych zaburzeń, często niejasna, trudna do rozpoznania etiologia, czas pojawienia się, wielość i różnorodność objawów, złożona dynamika przebiegu, charakter okresów remisji oraz potrzeba często wielomiesięcznej bądź nawet wieloletniej terapii sprawiają, iż osoby te są znacznie częściej niż inne osoby niepełnosprawne wykluczane poza główny nurt życia społecznego (por. Brzezińska 20014, s. 4). Dodatkowo niewielka jeszcze wiedza w społeczeństwie co do specyfiki różnych zaburzeń psychicznych, ich genezy i wpływu na funkcjonowanie ludzi, liczne negatywne stereotypy, generujące silny nierzadko lęk, powodujący unikanie lub ograniczanie kontaktu z takimi osobami nasilają procesy marginalizacji (por. Miluska 2008). Wymiarami piętna związanego ze stygmatyzacją chorujących psychicznie według Linka i Phelana są:

- *w aspekcie utraty statusu i dyskryminacji* – m.in. marginalizacja i wykluczenie społeczne, bariery edukacyjne (brak przygotowanych nauczycieli, pedagogów w tym również pedagogów specjalnych), dezaktywacja zawodu;
- *w aspekcie poznawczego oddzielenia* – m.in. dystansowanie się od osób chorujących, nietraktowanie poważnie tego, co mówią;
- *w aspekcie etykietowania* – m.in. pejoratywne określanie osób chorych – czubek, wariat, naznaczenie piętnem „klienta poradni psychiatrycznej”;
- *w aspekcie stereotypizacji* – m.in. automatyzm w przypisywaniu negatywnych cech bez poznania konkretnej osoby, przekonanie o ograniczeniu intelektualnym i zagrożeniu ze strony osoby chorującej czy przenoszenie piętna na rodziny osób chorych (por. Podgórska-Jachnik 2015, s. 55).

Z dwóch dużych badań CBOS opublikowanych w 2000 i 2008 roku wynika, że w społeczeństwie odsetek postaw życzliwych wobec pacjentów psychiatrycznych zmalał z 71% w roku 1999 do 65% w roku 2008. Nadal bardzo często (ponad 60% odpowiedzi twierdzących) chorzy psychicznie są opisywani w sposób obraźliwy (Wciórka, Wciórka 2008). W Polsce wielkie nadzieje pokładano w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego. Z raportu na temat realizacji NPOZP w 2011 roku wynika jednak, że zaangażowanie większości instytucji i podmiotów w jego wdrażanie jest znikome (zob. Ministerstwo Zdrowia. Informacja o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2011 r.). Zdrowieniu chorego powinna sprzyjać odpowiednia organizacja opieki psychiatrycznej oraz dostęp

do nowoczesnego leczenia. W tej dziedzinie chorzy psychicznie są w widoczny sposób dyskryminowani (Podogrodzka-Niell, Tyszkowska 2014, s. 1207). Pacjenci skarżą się na niewydolność środowiskowej opieki psychiatrycznej i zwracają uwagę na konieczność przesunięcia ciężaru z lecznictwa zamkniętego na działania prewencyjne. Dyskryminację tę odzwierciedla także system dystrybucji środków na ochronę zdrowia psychicznego. W Polsce w 2010 roku wydatki na ten cel stanowiły 3,29% całego budżetu zdrowotnego, co – biorąc pod uwagę coraz większe rozpowszechnienie chorób psychicznych – jest kroplą w morzu potrzeb (Araszkiewicz i in. 2011). Dla porównania – w krajach Europy Zachodniej na ten sam cel przeznaczają się od 6% do 10% budżetu zdrowotnego.

## System wsparcia

Istotną sprawą w systemie wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi wydaje się nie sam proces leczenia w placówce stacjonarnej lub dziennej, lecz proces powrotu pacjenta do zdrowia, nie tyle w wymiarze medycznym, ale przede wszystkim społecznym. Pacjent przyjęty na oddział psychiatryczny i poddany głównie farmakoterapii, budzi się po nasyceniu lekami w jakby innej, nowej rzeczywistości. Powstaje tysiące wątpliwości, pytań, zachwiane zostaje odczuwanie świata, a postrzeganie go poprzez zmysły jest zupełnie inne niż do tej pory. Często pacjent jest pozostawiony samemu sobie, a badanie nowego świata, interpretacja starego, wyzwala nowe pokłady lęku. Osoba chora nie posiada wiedzy na temat choroby i jej przebiegu, objawów, zagrożeń. Odczuwalny jest również brak wsparcia, brak realnego wzorca, do którego mogłaby odnieść swoje przeżycia, a wypis ze szpitala z regułą „w stanie poprawy, bez myśli samobójczych wypisany do domu” budzi jedynie coraz większą obawę przed powrotem cierpienia, wzmaga wszechogarniającą apatię. Pojawiają się nieakceptowalne problemy z efektami ubocznymi leków. Przekazywanie ważnych edukacyjnych informacji na temat choroby podczas leczenia stacjonarnego, tak jak wyżej wspomniano, jest utrudnione nie tylko z powodu wymienionych stanów pacjenta, wynika również z problemów natury komunikacyjnej. Brak jest świadomości na temat choroby, zaś ewidentny jest fakt, że choroba, atakując sferę myślenia, sferę emocjonalną i sferę komunikowania się, bardziej „uczy” chorującego, jak przetrwać w nowym świecie, niż jak powrócić do sprawności. Osoba po opuszczeniu szpitala pozostaje wtedy bierna i jakakolwiek forma aktywności fizycznej czy powrót do pełnienia ról społecznych jest niemożliwy. Człowiek młody, bez realnego wzorca postę-

powania, bez możliwości psychoedukacji, skazany jest na wykluczenie właśnie ze względu na stygmatyzację i negatywny wizerunek osoby chorującej. Brak wyzwań, brak możliwości aktywności, skazuje na coraz większą otchłań wykluczenia. Dlatego oprócz leczenia psychiatrycznego należy stworzyć sieć wsparcia dla osoby chorej, by wyszła ze stygmatu choroby, a ukazała się jako osoba zdrowiejąca. Gdy kontakt z osobą chorą jest ograniczony lub gdy nauczyła się ona bezradności i przestała wierzyć w to, że życie może istnieć bez cierpienia, bez wiecznego bólu i niepokoju, gdy nie ma już sił na próby i nie ma nadziei, należy przede wszystkim wesprzeć ją motywacyjnie. Uwierzyć w nią, pokazać możliwości, a nie ograniczenia, motywować tak, by jeszcze raz spróbowała, uwierzyła w możliwość samorealizacji, we własny rozwój i ostatecznie wzięła odpowiedzialność za swoje zdrowie.

W przypadku gdy pacjent zostaje zakwalifikowany do leczenia stacjonarnego, osoby najbliższe również pozostają pozostawione same sobie. Nie otrzymują informacji dotyczących przebiegu, objawów choroby. Nie ma też żadnych cykli edukacyjnych dotyczących komunikowania się z osobą chorą po wyjściu ze szpitala ani wiedzy, jak radzić sobie w sytuacjach zagrożenia zdrowia przy nawrotach faz psychotycznych, maniakałnych itp. Gdy osoba chora poddana jest leczeniu, należy pracować z osobami jej najbliższymi, wyjaśniać, jak należy postępować podczas objawów choroby, jak nauczyć się porozumiewać, gdyż choroba lub zaburzenie psychiczne powoduje zmianę postrzegania rzeczywistości. Trzeba tłumaczyć bliskim, co czuje i jak myśli osoba chora, gdyż często z jej ust padają słowa: „Ty mnie nie rozumiesz”. Bo kto by zrozumiał, co znaczy stwierdzenie „Czuję się jakby śwędział mnie mózg”?

Doskonałym rozwiązaniem dla osób chorujących i ich rodzin jest system oparty na *Otwartym Dialogu* (ODA). Podejście to zostało stworzone w latach osiemdziesiątych XX wieku w Finlandii, a jego głównym założeniem jest system leczenia skoncentrowany na rodzinie i w środowisku osoby chorującej. Otwarty Dialog opiera się na siedmiu zasadach:

1. *Natychmiastowa pomoc* – pierwsze spotkanie odbywa się w ciągu 24 godzin od informacji o kryzysie niezależnie od tego, kto nawiązał pierwszy kontakt. Celem jest uniknięcie hospitalizacji oraz umożliwienie pacjentowi wyrażenia swoich ekstremalnych doświadczeń, często wywołanych przez rzeczywiste wydarzenia, przerażające dla niego, a niezauważone przez jego bliskich; szybka reakcja pozwala stworzyć bezpieczną atmosferę do rozmów o tych doświadczeniach, które były nieuznawane lub nieakceptowane przez rodzinę i na opisanie których nie znaleziono jeszcze wspólnego języka;

2. *Perspektywa sieci społecznej* – do udziału w pierwszych spotkaniach oprócz pacjenta zaprasza się także jego rodzinę i kluczowych członków jego sieci społecznej, takich jak np. jego przyjaciele, sąsiedzi koledzy z pracy czy lekarze, z którymi wcześniej się kontaktował – osoby, których dotyczy dana sytuacja, które mogą w jakiś sposób pomóc; stanowi to wsparcie dla pacjenta oraz istotną pomoc w zdefiniowaniu problemu;
3. *Elastyczność i mobilność* – leczenie powinno stanowić odpowiedź na konkretne i zmieniające się potrzeby pacjenta i jego rodziny oraz zawierać metody terapii odpowiednie dla nich, ich specyficznego języka i stylu życia; najlepszym miejscem spotkań jest dom pacjenta, gdyż tam zasoby rodziny są najłatwiej dostępne, co pomaga uniknąć niepotrzebnej hospitalizacji;
4. *Odpowiedzialność* – osoba, z którą nawiązano pierwszy kontakt, jest odpowiedzialna za zorganizowanie pierwszego spotkania i zapewnienie rodziny, że otrzyma potrzebną pomoc; zespół, w zależności od rodzaju i ilości problemów składający się ze specjalistów z różnych dziedzin, jest w całości odpowiedzialny za analizę problemu i zaplanowanie leczenia; w przypadku różnicy opinii alternatywy są omawiane w obecności pacjenta i jego rodziny, co zwiększa ich wpływ na podejmowanie decyzji;
5. *Ciągłość psychologiczna* – zespół jest odpowiedzialny za cały proces leczenia tak długo, jak to konieczne, zarówno w przypadku leczenia ambulatoryjnego, jak i szpitalnego. Pozwala to uniknąć sytuacji, w której zmiana terapeutów spowoduje zbytne skupienie się na działaniach, jakie należy podjąć, zamiast na samym procesie leczenia; oznacza to także połączenie różnych metod terapeutycznych w taki sposób, aby się uzupełniały, tworząc spójny proces leczenia;
6. *Tolerancja dla niepewności* jest zaprzeczeniem podejścia skoncentrowanego na chorobie i starającego się usunąć jej objawy za pomocą leków; w podejściu otwartego dialogu poprzez codzienne spotkania z pacjentami przeżywającymi kryzys psychotyczny, poprzez rozmowę o trudnych doświadczeniach i wspieranie umiejętności słuchania siebie nawzajem buduje się poczucie bezpieczeństwa, co pozwala zmobilizować zasoby psychiczne pacjenta i jego rodziny; pozwala to uniknąć podejmowania przedwczesnych decyzji oraz stosowania leków neuroleptycznych, daje też więcej czasu na zrozumienie istoty problemu;
7. *Dialog* – największy nacisk kładzie się na dialog, a dopiero w dalszej kolejności na zmianę; jest on środkiem pozwalającym pacjentom i ich rodzinom zyskać większy wpływ na swoje życie i odzyskać nad nim kontrolę poprzez otwarte omówienie problemu; zadaniem terapeutów jest animowanie tego

dialogu w oparciu o wypowiedzi pacjenta i jego bliskich, w sposób pozwalający zastosować ich wiedzę zawodową w danym kontekście (<http://otwartydialog.pl/otwarty-dialog/>).

Rozwiązania Dialogu Otwartego są powoli częściowo wprowadzane w Polsce. Jak pisze Cechnicki:

[...] postępuje uwrażliwienie lokalnego środowiska na potrzebę wdrażania profesjonalnej środowiskowej opieki. Powoli, z trudem następuje lokalna konsolidacja profesjonalistów, pacjentów, rodzin i przedstawicieli lokalnych wspólnot, co może ułatwić tworzenie się powiatowych/dzielnicowych rad zdrowia psychicznego integrujących w partnerskiej współpracy instytucje pomocy społecznej, organizacje pozarządowe i centra zdrowia psychicznego (Cechnicki, Liberadzka 2012, s. 1001).

## Profilaktyka

Bardzo ważnym aspektem w działaniach wsparcia i pomocy osobom zagrożonym zaburzeniami psychicznymi są działania skierowane do dzieci i młodzieży. Patrząc na wcześniej przytaczane statystyki, profilaktykę zdrowia psychicznego należałoby wprowadzić już do edukacji najmłodszych dzieci i kontynuować ją przez wszystkie etapy edukacyjne po studia wyższe włącznie. Zdaniem Anny Liberadzkiej istnieje

potrzeba edukacji na temat chorób psychicznych i profilaktyki tych chorób, od dzieci i młodzieży szkolnej począwszy. Jest więc ogromna potrzeba pracy organicznej. [...] Trzeba stworzyć programy edukacyjne skierowane do różnych grup społecznych. Ważne są zwłaszcza środowiska opiniotwórcze: naukowe, polityczne, dziennikarskie” (Liberadzka 2009, s. 69).

Profilaktyka skierowana do dzieci i młodzieży powinna być ukierunkowana na motywowanie i ukazanie możliwego rozwoju jednostki – *motywacyjne ukierunkowywanie na rozwój*. Równolegle powinna odbywać się edukacja rodziców, opiekunów, ale również nauczycieli, aby byli wrażliwi na niepokojące zachowania. W szkołach podstawowych powinny odbywać się spotkania i warsztaty dla uczniów i rodziców. W ich trakcie realizowany byłby ciągły proces pracy oparty na: dialogu motywującym, nauce asertywności, kreatywności, uczuciach, nauce wyrażania siebie, tolerancji, pracy nad jakością poznania siebie jako autonomicznej jednostki. Praca na tym poziomie powinna



również dotyczyć higieny psychicznej. Należałoby uczyć dzieci i młodzież, jak postępować w sytuacjach kryzysowych, jak przede wszystkim nie ulegać czynnikom stresogennym, jak radzić sobie z niezadowolaniem czy wykluczeniem. Zasadne jest zatem wprowadzenie wspomnianego wcześniej treningu motywacyjnego, podnoszącego samoocenę, który miałby ukierunkować ucznia na możliwości i na „zyski”, a nie na poczucie winy i straty. Należałoby uświadamiać uczniowi, że decyzyjność należy do niego. W wyniku tych działań dziecko wkraczające do nowego środowiska szkolnego, jakim jest np. gimnazjum, byłoby nauczone, przygotowane, jak postępować w sytuacjach braku akceptacji ze strony grupy, potrafiło też ocenić czynniki zagrażające jego poczuciu bezpieczeństwa. W szkołach gimnazjalnych istnieje również niebezpieczeństwo kontaktu z osobami zażywającymi środki psychoaktywne. W gimnazjum, w którym według statystyki rośnie realna groźba pojawienia się eksperymentowania nie tylko z alkoholem, ale również ze środkami psychoaktywnymi, powinno wprowadzić się dwa niezależne działania w profilaktyce. W pierwszym zbiorze działań profilaktycznych powinny pozostać treści będące kontynuacją tych przekazywanych na wcześniejszym etapie edukacji – motywacyjnego ukierunkowywania na rozwój (samoakceptacja, samorealizacja, poczucie szacunku i niezależności, indywidualności, przywracanie decyzyjności). Drugim zbiorem powinna być profilaktyka, psychoedukacja połączona z elementami profilaktyki uzależnień. Spotkania te nie mogą być w swych treściach oparte na straszeniu, lecz powinny ukazywać, ile można zyskać, nie zażywając narkotyków. Strukturę profilaktyki należałoby oprzeć na częściowej integracji dwóch modeli pracy: z *profesjonalistą oraz z osobą zdrowiejącą i na osobach związanych z osobą zdrowiejącą*. Należałoby w niej również uwzględnić empiryczne doznanie, poznanie natury ludzkiej, odrzucając patrzenie przez pryzmat kulturowych opinii i stygmatów. Praca z profesjonalistą powinna być nakierowana na przekazywanie wiedzy. Na spotkaniu omawiane byłyby mechanizmy choroby, systemy, które panują w rodzinie i w społeczeństwie. Powinno również ukazywać się problem chorób i zaburzeń w aspekcie rodzinnym i zawodowym, w aspekcie pracownika pomocy społecznej oraz aspekcie służby zdrowia, prawnym, w aspekcie wielopłaszczyznowym. Uczeń dzięki temu pozna, z czym mierzy się rodzina osoby zdrowiejącej. Spotkania takie mogłyby odbywać się z osobą bliską osobie zdrowiejącej. Ukazywałyby osobę chorującą w całym wielowymiarowym aspekcie. Łamałoby to pewne stereotypy osoby chorującej psychicznie, a przedstawiało wizerunek syna, męża, córki, matki, siostry, brata, kogoś nam bliskiego obok nas. Proponowana profilaktyka powinna mieć charakter edukacyjny i psychoedukacyjny, uświada-

miający, że każdy może stać się osobą niepełnosprawną, chorą, zaburzoną. Kolejnym etapem oddziaływań profilaktyczno-terapeutycznych powinny być studia wyższe. Często w ich trakcie ujawniają się pierwsze epizody choroby psychicznej związane z wieloma zaistniałymi w tym czasie czynnikami. Na studiach wyższych powinien zostać powołany konsultant, który będzie rozumiał potrzeby osób dotkniętych kryzysem i będzie ściśle współpracował z psychologiem i przedstawicielem uczelni, tworząc zespół wspomagający. Chorujący psychicznie student może odczuwać lęk przed wejściem do budynku, np. biblioteki (potrzeba asystenta), może mieć kłopot z funkcjami poznawczymi i duże ubytki w koncentracji z uwagi na zażywane leki (potrzeba specjalnych materiałów dydaktycznych i dostosowania formy nauczania), może być też w depresji i nie uczęszczać na zajęcia. Osoba ta musi jednak mieć świadomość, że pomimo kilku tygodni hospitalizacji wraca do życiowego jej środowiska, które poprzez swoje działania nie będzie pogłębiało jej lęku czy też depresji. Największy nacisk należy kłaść na edukację społeczności studenckiej, tak by nie było podstaw do stygmatyzacji i w osobie chorej dostrzegano człowieka, by nie patrzono przez pryzmat wyuczonych stereotypów, które wynikają z elementarnych braków wiedzy i zrozumienia. Właśnie brak zrozumienia wynikający z niewiedzy jest pierwszym i najważniejszym problemem zgłaszanym przez osoby z niepełnosprawnością psychiczną. Osoby chorujące często dysymulują, boją się przyznać do swojej choroby lub też nie mają żadnej świadomości (wiedzy), że przeżywane cierpienie jest wynikiem chorobowym i można to zmienić. W żaden sposób uczelnia nie może dyskryminować osób z zaburzeniami psychicznymi, lecz przez odpowiednie działanie powinna stworzyć takie warunki, by przy odpowiednim wsparciu zmotywować osobę do dalszej nauki i pozostania na studiach. Przykładem może być stworzenie dla osób chorych warsztatów z trenerem w nurcie dialogu motywacyjnego. Należy przygotować olbrzymi wachlarz możliwości oraz wspierać osobę doświadczoną kryzysem, by uwierzyła, że istnieje realna szansa na ukończenie studiów. Dzięki optymalnym warunkom po ukończeniu studiów osoba taka będzie mogła wejść w dorosłe życie jako osoba zdrowiejąca, wierząca w swój potencjał i rozwijająca się.

W pracy profilaktyczno-psychoedukacyjnej ciekawą formą działania może być wprowadzenie osoby doświadczonej kryzysem psychicznym w środowisko szkolne, uczelniane, pracownicze, bez informowania o tym danej społeczności (osoba incognito). Celem tego działania byłoby poznanie takiej osoby bez wizerunku „namaszczenia chorobą”. Nieświadome środowisko, które prawdopodobnie bez problemu ją przyjmie, nie będzie mogło uruchomić zako-

rzenionego przez kulturę systemu stygmatyzacji. Następnie, po jakimś czasie, następowaloby ujawnienie tej osoby jako doświadczonej kryzysem, co pozwoliłoby na zweryfikowanie sądów, błędnych opinii.

## Podsumowanie

Inicjatorem zmian w podejściu do zagadnienia osób zagrożonych kryzysem psychicznym i tych będących w nim powinny być uczelnie wyższe. Do ich zadań należy przygotowanie kadry pedagogicznej do pracy z dziećmi i młodzieżą z problemami psychicznymi oraz działań profilaktycznych w tym zakresie. Ważne jest, by stworzyć obowiązkowe kursy, warsztaty na każdym kierunku pedagogicznym, w celu poznania specyfiki kryzysów psychicznych, tak by w przyszłości nauczyciele różnych dziedzin mogli być przygotowani na kontakt z dziećmi już w kryzysie. Nauczycieli, wychowawców, rodziców objąć należy działaniami psychoedukacyjnymi, które przyczynią się do większej świadomości związanej ze znaczeniem zdrowia i higieny psychicznej u nich samych i ich podopiecznych. Obok działań pomocowych i profilaktycznych trzeba psychoedukować samych chorych, ich rodziny oraz środowisko lokalne. Poprzez działania edukacyjne i promocyjne należy wzbudzić poczucie odpowiedzialności społecznej nas wszystkich, upowszechnić edukację ku zdrowiu, ukazywać problematykę osób psychicznie chorych nie tylko w aspekcie zmian biologicznych, ale przed wszystkim ukazać problemy tkwiące w naturze osobistej i społecznej. Należy walczyć z wszelkimi objawami stygmatyzacji środowisk chorujących. Trzeba rozbudować system pomocy, otwartego dialogu, lokalnego wsparcia dla każdej osoby, która doświadczyła kryzysu psychicznego, niezależnie od wieku, płci i lat choroby tak, by miała możliwość spokojnego i zrównoważonego powrotu do zdrowia.

## Bibliografia

- Araszkiewicz A., Golicki D., Heitzman J., Jarema M., Karkowska D., Langiewicz W. (2011), *Biała Księga – osoby chorujące na schizofrenię w Polsce – raport*, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej
- Brzezinska A. I., Zwolińska K. (2010), *Marginalizacja osób z ograniczeniami sprawności na skutek zaburzeń psychicznych*, „Polityka Społeczna”, nr 2
- Cechnicki A., Liberadzka A. (2012), *Nowe role osób chorujących psychicznie w procesie leczenia i zdrowienia*, „Psychiatria Polska”, t. XLVI, nr 6
- Liberadzka A. (2009), *Potrzeby i oczekiwania z perspektywy beneficjentów wobec psychiatrii i samorządów lokalnych*, „Dialog”, nr 17

- Miluska J. (2008), *Obrazy społeczne grup narażonych na dyskryminację. Uwarunkowania społeczno-demograficzne i psychologiczne*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań
- Miśkiewicz P. (2014), *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO*, Agencja Reklamowo-Wydawnicza Arkadiusz Grzegorzczak, Warszawa
- Ministerstwo Zdrowia (2013), *Informacja o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2011 r.*, Warszawa
- Podogrodzka-Niell M., Tyszkowska M. (2014), *Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym*, „Psychiatria Polska”, nr 48(6)
- Wciórka B, Wciórka J. (2008), *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie*, Komunikat z badań CBOS, Warszawa
- Witusik, Leszto S., Podgórska-Jachnik D., Pietras T. (2015), *Schizofrenia w kontekście nauk społecznych, osoba chora na schizofrenię w obszarze pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław

### **Netografia**

- [www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia](http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia) (dostęp: 10.12.2015)
- [www.konstelacja.lwa.pl/](http://www.konstelacja.lwa.pl/) (dostęp: 10.12.2015)
- [www.otwartydialog.pl/otwarty-dialog/](http://www.otwartydialog.pl/otwarty-dialog/) (dostęp: 10.12.2015)