



**DIAGNOZA SYSTEMU POMOCY I OPARCIA SPOŁECZNEGO DLA OSÓB
Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI NA TERENIE WOJEWÓDZTWA
MAZOWIECKIEGO**

dr hab. Paweł Bronowski, prof. APS



Warszawa, 2021

Spis treści

Wprowadzenie	4
Występowanie zaburzeń psychicznych	4
Ważne pojęcia związane z pomocą i oparciem społecznym dla osób z zaburzeniami psychicznymi	7
Zdrowie psychiczne	7
Jakość życia.....	8
Oparcie społeczne	9
Proces zdrowienia	11
Umacnianie.....	14
Deinstytucjonalizacja.....	15
Funkcjonowanie w środowisku lokalnym.....	16
Dostęp do zatrudnienia	19
Wsparcie rodzin.....	20
Wspierane mieszkalnictwo.....	21
Środowiskowo zorientowana psychiatria	22
Główne przeszkody w efektywnym zapewnieniu pomocy	22
Stygmatyzacja.....	23
Samotność	24
Brak podmiotowości.....	26
Niedostateczny dostęp do samopomocy	26
Brak koordynacji i ciągłości pomocy.....	28
Uwarunkowania pomocy i oparcia społecznego w opinii osób z zaburzeniami psychicznymi	29
Dostępne na Mazowszu programy pomocy i oparcia społecznego	38
Środowiskowe Domy Samopomocy	40
Warsztaty Terapii Zajęciowej	40
Ośrodki Wsparcia	41
Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze.....	42
Kluby	42
Mieszkania chronione	43
Programy wzmacniające kwalifikacje	44
Chronione zatrudnienie.....	46
Inicjatywy samopomocowe	47
Efektywne zapewnianie pomocy i oparcia społecznego – kluczowe elementy	50

Institutionalne programy wsparcia dla osób chorujacych psychicznie dostepne w Wojewodztwie Mazowieckim.....	52
Zaangazowanie mazowieckich organizacji pozarządowych w zapewnianie pomocy i oparcia społecznego osobom z zaburzeniami psychicznymi.....	57
Dobre praktyki w zakresie wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi na Mazowszu	58
Wplyw pandemii SARS-CoV-2 na dostep do pomocy i oparcia społecznego	63
Podsumowanie i rekomendacje	66
Wykorzystane źródła	69
Bibliografia.....	70

Wprowadzenie

Skuteczne udzielenie pomocy i zapewnianie oparcia społecznego osobom z zaburzeniami psychicznymi to zagadnienie szerokie i wielowątkowe. Osoby z doświadczeniem choroby psychicznej w Polsce nadal są jedną z grup społecznych szczególnie silnie doświadczających stygmatyzacji i odrzucenia. Ich sytuacja życiowa jest trudna, możliwości satysfakcjonującego funkcjonowania społecznego ograniczone. Wpływa na to wiele czynników związanych przede wszystkim z objawami psychopatologicznymi, osamotnieniem oraz niechętnymi postawami społecznymi.

Obecna sytuacja tej grupy w zakresie uzyskiwania pomocy i wsparcia jest determinowana przez zróżnicowane uwarunkowania. Należy do nich zaliczyć przede wszystkim specyfikę przebiegu zaburzeń psychicznych, trudności w funkcjonowaniu społecznym, postawy stygmatyzujące wobec tej grupy oraz ewidentne w naszym kraju zapóźnienia we wdrażaniu nowoczesnych i efektywnych metod pomocy. Do tego, aby w sposób pełny omówić problemy, z jakimi muszą radzić sobie osoby chorujące psychicznie oraz zaprezentować rozwiązania przydatne w budowaniu efektywnego wsparcia i pomocy na Mazowszu należy odnieść się do szeregu zagadnień wpływających na codzienne życie tej szczególnie narażonej na wykluczenie grupy osób.

Występowanie zaburzeń psychicznych

Zaburzenia psychiczne to jeden z ważniejszych problemów zdrowotnych zarówno z uwagi na ich rozpowszechnienie jak i znaczący wpływ na jakość życia¹. W Raporcie z badania „Zakres i częstotliwość występowania chorób i zaburzeń psychicznych w Europie w roku 2010”² prezentującego dane z krajów Unii Europejskiej oraz Szwajcarii, Islandii i Norwegii (łącznie populacja 514 milionów) wykazano, że każdego roku 164,8 mln mieszkańców tych krajów (38,2%) przejawiało szeroko rozumiane objawy zaburzeń zdrowia psychicznego. Najczęściej występowały wśród nich zaburzenia lękowe (14%), bezsenność (7%), depresja (6,9%), zaburzenia somatyczne (6,3%), zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (> 4%), ADHD u dzieci i młodzieży (5%) oraz zespoły otępienne (od 1 do 30% w zależności od grupy wiekowej).

¹ WHO (2005) Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions, Copenhagen, World Health Organization, 7.

² Size and Burden of Mental Disorders and other Disorders of the Brain in Europe 2010

W późniejszym dokumencie przygotowanym przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) i Komisję Europejską „Health at a Glance in Europe 2018”³, stwierdza się, że co najmniej 1 na 6 osób mieszkających w krajach Unii Europejskiej (17,3% tej populacji, łącznie około 84 milionów) doświadczało takich zaburzeń psychicznych jak: zaburzenia lękowe (5,4% populacji czyli 25 milionów mieszkańców), depresję (4,5% czyli 21 mln), oraz zaburzenia psychiczne związane z używaniem substancji psychoaktywnych (2,4%, 11 mln osób). W krajach tych około 1,5 miliona osób (0,3%) przejawiało zaburzenia ze spektrum schizofrenii. Łącznie, związanych z dużym poziomem trudności w funkcjonowaniu i koniecznością udzielania intensywnego wsparcia, ciężkich i przewlekłych chorób psychicznych doświadczało 5 mln ludzi (około 1% populacji krajów EU).

Należy również dodać, że zaburzenia psychiczne (szczególnie te o ciężkim przebiegu czyli między innymi schizofrenia, choroby afektywne i inne zaburzenia psychotyczne) mają duży wpływ na długość życia. Według WHO, osoby cierpiące na te schorzenia żyją krócej o 10-20 lat w porównaniu z populacją ogólną. W wielu przypadkach jest to związane z współwystępującymi chorobami somatycznymi w tej grupie⁴.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi stanowią również grupę szczególnie często hospitalizowaną. Dotyczy to przede wszystkim osób chorujących na zaburzenia psychotyczne, w tym na schizofrenię. Wpływ zaburzeń psychicznych na stan zdrowia publicznego, również w Polsce, jest bardzo znaczący. W badaniach WHO z roku 2016 wykazano, że w naszym kraju, wśród najważniejszych przyczyn utraty lat życia w zdrowiu (i ograniczonej z tego powodu sprawności), zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania stanowią drugą wśród mężczyzn i trzecią wśród kobiet przyczynę tego stanu⁵.

W jedynym jak dotąd zrealizowanym w Polsce w ostatnich latach kompleksowym badaniu epidemiologicznym EZOP przeprowadzonym na reprezentatywnej próbie osób w wieku 18 – 64 lata stwierdzono występowanie co najmniej jednego zaburzenia psychicznego w ciągu całego okresu życia u 23,4% badanych. Można szacować, że w Polsce grupa ta liczy około 6 milionów osób. Co czwarta z nich doświadcza więcej niż jednego zaburzenia, a co dwudziesta piąta trzech i więcej. Ta ostatnia grupa liczy w Polsce około ćwierć miliona osób. Częstość występowania poszczególnych zaburzeń jest zróżnicowana. U około 10% badanych stwierdzono

³ OECD/EU (2018) Health at a Glance: Europe 2018, State Of Health In The EU Cycle.

⁴ Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders WHO Guidelines. Światowa Organizacja Zdrowia 2018 r.

⁵ Wojtyński B., Goryński P.(2018) Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania – synteza, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.

zaburzenia lękowe, u 3,5% nastroju (w tym u 3% depresję). Dużą grupę stanowią osoby z zaburzeniami psychicznymi związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych (12,8%), szczególnie alkoholu. Stwierdzono również wzrost zagrożeń związanych z zamachami samobójczymi: szacuje się, że co najmniej 0,7% badanych ma za sobą próbę samobójczą. Liczebność tej grupy można szacować w Polsce na 189 tysięcy osób.

Na podstawie wyników uzyskanych w badaniu EZOP można również określić odsetek mieszkańców Mazowsza doświadczających zaburzeń psychicznych przynajmniej jeden raz w życiu na 21,4%.⁶ Należy dodać, że dane z nowego badania EZOP II (zrealizowanego w latach 2018 – 2020) nie są jeszcze dostępne.

Należy ponadto podkreślić, że dostępne obecnie dane wskazują na globalny niedostateczny dostęp do opieki psychiatrycznej. W krajach rozwiniętych wśród osób, u których zidentyfikowano głębokie zaburzenia psychiczne od 35 do 50% nie było objętych opieką, w pozostałych krajach w sytuacji takiej znalazło się od 65 do 88% osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi. Sytuacja leczenia psychiatrycznego w Polsce jest trudna od wielu lat. Można uznać, że panuje w nim przewlekły ilościowy jak i jakościowy kryzys przejawiający się zarówno niedostateczną dostępnością do leczenia psychiatrycznego jak i przestarzałym, odwołującym się jeszcze do modelu azylowego, sposobem jej organizacji. Dotyczy to w szczególności dostępu do usług psychiatrycznych w modelu środowiskowym. Wprowadzane od kilku lat w ramach pilotażu lokalnie działające Centra Zdrowia Psychicznego w chwili obecnej obejmują swoją ofertą jedynie niewielki odsetek pacjentów.

Jeśli chodzi o dane dotyczące rozpoznań w obszarze zaburzeń psychicznych i wykorzystania psychiatrycznych łóżek szpitalnych to zawierają je tabele 1 i 2 (źródło: GUS).

Tabela 1. Psychiatryczne placówki stacjonarne

	Liczba szpitali psychiatrycznych	Liczba łóżek	Liczba osób leczonych
2018	9	2813	35703
2019	9	2749	35831

Informacje o liczbie osób zarejestrowanych w mazowieckich Poradniach Zdrowia Psychicznego (lata 2018 i 2019, dane z 2020 nie są jeszcze dostępne) wraz z rozpoznaniem zamieszczone są w tabeli 3.

⁶ Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak B. (2012) Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej - EZOP Polska, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

Tabela 2. Osoby z zaburzeniami psychicznymi leczone w mazowieckich Poradniach Zdrowia Psychicznego

	Ogółem	zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (bez uzależnień) ogółem	organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi	Schizofrenia	zaburzenia psychotyczne nieschizofreniczne	zaburzenia nastroju (afektywne)
2018	264542	225 037	25252	20582	4151	58955
2019	322298	280240	31256	20666	4386	71549

Jak wynika z powyższych danych, liczba osób korzystających z leczenia psychiatrycznego całodobowego i ambulatoryjnego na Mazowszu w latach 2018-2019 wzrasta. Dotyczy to szczególnie osób z zaburzeniami afektywnymi. Jest to zgodne z trendami światowymi i generalnie częstszym występowaniem zaburzeń psychicznych w populacji generalnej.

Ważne pojęcia związane z pomocą i oparciem społecznym dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Jak już wspomniano, skuteczne zapewnianie oparcia społecznego i pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi to zagadnienie kompleksowe. Aby opisać je w sposób pełny trzeba odnieść się do wielu zagadnień związanych z tą tematyką. Podstawowe pojęcia z tego zakresu zostały zaprezentowane poniżej.

Zdrowie psychiczne

Zdrowie psychiczne jest pojęciem definiowanym obecnie dość szeroko. Nie oznacza ono jedynie braku choroby. Według Światowej Organizacji Zdrowia zdrowie psychiczne to stan dobrego samopoczucia, w którym człowiek wykorzystuje swoje zdolności, może radzić sobie ze stresem w codziennym życiu, wydajnie i owocnie pracować oraz jest w stanie wnieść wkład w życie danej wspólnoty.⁷ Równie kompleksowo należy więc pojmować powrót do zdrowia w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi. Nie oznacza on jedynie „brak choroby” i objawów psychopatologicznych, trzeba go postrzegać w zdecydowanie szerszej perspektywie. Pomoc w powrocie do zdrowia w przypadku osób doświadczających zaburzeń psychicznych jest więc kompleksowym wspieraniem w prowadzeniu wartościowego

⁷ WHO (2001a) Leksykon terminów. Psychiatria i zdrowie psychiczne, Światowa Organizacja Zdrowia, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

życia przy jednoczesnym dążeniu do wykorzystania pełnego potencjału tych osób. Jeśli tak właśnie definiujemy zdrowie psychiczne - i co za tym idzie powrót do zdrowia - to oparcie społeczne jest czynnikiem niezwykle istotnym, wręcz kluczowym, w kontekście zarówno utrzymywania zdrowia psychicznego jak i jego odzyskiwania. Kompleksowe rozumienie pojęcia „zdrowie psychiczne” powoduje więc, że jednym z głównych celów działań prowadzonych na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi jest poprawa ich jakości życia.

Jakość życia

Znaczenie jakości życia dla osób chorujących psychicznie jest od wielu już lat podkreślane w dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia. Według ustaleń tej organizacji termin „jakość życia” należy ujmować kompleksowo i postrzegać w relacji do wielu aspektów funkcjonowania człowieka:

- Zdrowie fizyczne

Jego wysoki poziom wiąże się z większą energią, żywotnością, brakiem objawów chorób somatycznych i bólu oraz z większą sprawnością fizyczną.

- Samopoczucie psychiczne

Składa się na nie przede wszystkim poczucie własnej wartości, godności osobistej, poczucie docenienia przez otoczenie, efektywności behawioralnej i poznawczej, samoakceptacja, poczucie bezpieczeństwa i przynależności.

- Niezależność

Mobilność, posiadanie umiejętności samoobsługowych, dnia codziennego i zawodowych, posiadanie własnych przekonań, umiejętność podejmowanie decyzji i wyznaczanie sobie celów.

- Relacje społeczne

Ich wysoki poziom wiąże się z umiejętnością nawiązywania i utrzymywania relacji z innymi, również bliskich związków takich, jak: przyjaźń i małżeństwo, brak konfliktów międzyludzkich, otrzymywanie wsparcia społecznego, możliwość korzystania z doświadczeń i wiedzy innych ludzi.

- Środowisko zewnętrzne

Posiadanie zabezpieczeń społecznych, materialnych, możliwości rozwoju osobistego, zawodowego, poczucia wolności i bezpieczeństwa w społeczeństwie, dostęp do dogodnych środków komunikacyjnych, czystość i estetyka warunków środowiskowych.

- Duchowość

Wiąże się z wymiarem religijnym i osobistymi przekonaniami. Wpływa na wartości wyższe i poczucie sensu życia⁸.

⁸ WHO (1998) WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs: Report on WHO Consultation. Geneva.

Jak wynika z powyższego zestawienia pojęcie jakości życia odwołuje się do wielu sfer funkcjonowania. Obejmuje nie tylko samopoczucie psychiczne i fizyczne lecz również poziom samodzielności i niezależności od otoczenia⁹. Przyjęcie jakości życia jako jednego z ważnych wyznaczników w udzielaniu pomocy i wsparcia społecznego wydaje się więc być bardzo użyteczne. Prowadzone w ramach zapewniania pomocy działania powinny być zorientowane na to, co przyczynia się do poprawy jakości życia i to rozumianej w szerokim, również społecznym kontekście.

Oparcie społeczne

Jednym z ważnych aspektów wpływających na skuteczność pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest zapewnienie im efektywnego oparcia¹⁰. Można na nie patrzeć z dwóch aspektów. Oparcie społeczne jest czynnikiem niezwykle istotnym zarówno dla profilaktyki zaburzeń zdrowia psychicznego jak i skutecznego wspierania osób, które ich doświadczają. To właśnie oparcie społeczne w znaczącym stopniu wpływa na jakość życia, również u osób z zaburzeniami psychicznymi. Szczególnie ważne wydają się dwa ściśle związane ze sobą czynniki: indywidualne sieci społeczne oraz uzyskiwane z otoczenia wsparcie społeczne.

Indywidualna sieć społeczna jest tworzona przez osoby, z którymi człowiek ma regularny kontakt, wzajemne związki i bliskie więzi uczuciowe.¹¹ Sieci społeczne stanowią więc pole relacji społecznych określanych poprzez więzi pokrewieństwa, przyjaźni, współpracę ekonomiczną, religię albo sieć kontaktów. Przez sieć społeczną rozumie się ludzi, z którymi utrzymywane są kontakty oraz różnorodne z nimi powiązania. Trzeba pamiętać, że sieci społeczne stanowią ważne źródło oparcia działając jak bufor wspomagający radzenie sobie ze stresem oraz pozwalające czuć się elementem systemu wzajemnie powiązanego z innymi osobami. W przypadku osób chorujących psychicznie sieci społeczne często podlegają destrukcji, co skutkuje dotkliwym osamotnieniem i spadkiem zdolności do radzenia sobie z trudnościami.

Indywidualne sieci społeczne ściśle wiążą się z zagadnieniem dostępnego wsparcia społecznego. Według Światowej Organizacji Zdrowia wsparcie społeczne to termin odnoszący się do szeregu interakcji, które zwiększają poczucie przynależności, bezpieczeństwa i własnej wartości.¹² Obiektywnie istniejące sieci społeczne, pojmowane jako źródła wsparcia, można więc nazwać zasobami wsparcia

⁹ WHO, *Quality of Life Group*, World Health Organization, Rapley 2003.

¹⁰ WHO (1998) *WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs: Report on WHO Consultation*. Geneva.

¹¹ WHO (2001a) *Leksykon terminów. Psychiatria i zdrowie psychiczne*, Światowa Organizacja Zdrowia, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

¹² WHO (2001b) *Mental Health: New Understanding. New Hope. The Way Forward*, World Health Organization.

społecznego. Wsparcie społeczne to rodzaj interakcji, która zostaje podjęta w sytuacji trudnej, stresowej lub krytycznej:

- w toku tej interakcji dochodzi do przekazywania lub wymiany emocji, informacji, instrumentów działania i dóbr materialnych,
- wymiana ta może być jednostronna lub dwustronna, a kierunek „dawca – biorca” może być stały lub zmienny,
- w dynamicznym układzie interakcji można wyróżnić osobę wspierającą, poszukującą, odbierającą lub otrzymującą wsparcie,
- dla skuteczności tej wymiany społecznej istotna jest odpowiedniość między rodzajem i wielkością udzielanego wsparcia i potrzebami odbiorcy.

Celem interakcji wspierającej jest ogólne podtrzymanie, zmniejszenie stresu, opanowanie kryzysu przez towarzyszenie, tworzenie poczucia przynależności, bezpieczeństwa i nadziei oraz zbliżenie do rozwiązania problemu i przezwyciężenia trudności¹³.

Można tym samym uznać, że zapewnianie oparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi koncentruje się na obecnie na podstawowym elemencie jakim jest poprawa ich systemów wsparcia¹⁴. Dlatego też większość podejmowanych działań nakierowana jest na rozwiązanie dwóch podstawowych problemów wpływających na życie w społeczności: trudności w pełnieniu ról społecznych oraz brak adekwatnych i satysfakcjonujących relacji interpersonalnych. Podkreśla się, że osoby chorujące mają w tym zakresie różne potrzeby i możliwości, dlatego niezbędna jest zróżnicowana oferta pomocy¹⁵.

Na podstawie dotychczasowych doświadczeń w zapewnianiu opieki można uznać, że dobre funkcjonowanie społeczne to jeden z ważniejszych aspektów wpływających na jakość życia. Do tego, aby jej poziom był satysfakcjonujący niezbędny jest więc przede wszystkim dostęp do wsparcia społecznego. Główne obszary na które należy zwrócić uwagę to: sieci społeczne, codzienna aktywność życiowa, mieszkalnictwo oraz dostęp do rekreacji. Szczególnie ważne w tym kontekście jest wspierające otoczenie społeczne. Głównym problemem osób z zaburzeniami psychicznymi (oczywiście poza

¹³ Sęk H., Cieślak R. (2006) Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne, w: H. Sęk., R. Cieślak (red) Wsparcie społeczne, stres i zdrowie, PWN, Warszawa

¹⁴ Liberman R., Kopelewicz A., Ventura J., Zarate R., Mintz J. (2002) Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia, *International Review of Psychiatry*, 14, 256-272.

¹⁵ Kilian R., Lindenbach I., Löbig U., Uhle M., Angermeyer M. (2001) Self-perceived social integration and the use of day centers of persons with severe and persistent schizophrenia living in the community: a qualitative analysis, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36, 545–552.

poziomem nasilenia objawów psychopatologicznych) są relacje społeczne i na nie należy położyć nacisk w zapewnianiu pomocy¹⁶.

Dla efektywnej pomocy niezbędne jest więc stworzenie zróżnicowanej oferty dotyczącej wielu aspektów funkcjonowania. W tym kontekście wspomina się również o umiejętnościach interpersonalnych i wywiązywaniu się z pełnienia ról społecznych¹⁷. Podkreśla się również rolę środowiskowych ośrodków wsparcia i ich znaczenie w socjalizacji, poprawie indywidualnych sieci społecznych, rozwijania umiejętności, uzyskania wglądu i rozwoju wewnętrznego¹⁸.

Proces zdrowienia

Ważnym elementem zmieniającym sytuację osób z doświadczeniem kryzysu zdrowia psychicznego i tworzącym nowe szanse udzielania im skutecznej pomocy jest koncepcja procesu zdrowienia (ang. *recovery*). Jest to zagadnienie kluczowe dla efektywności systemów pomocy i oparcia społecznego, dlatego warto w niniejszym opracowaniu poświęcić mu więcej miejsca. Proces zdrowienia to idea, która pojawiła się w latach 90. ubiegłego wieku i dziś stanowi już efektywną podstawę udzielania wsparcia osobom chorującym psychicznie. Koncepcja procesu zdrowienia została stworzona przede wszystkim przez środowisko osób chorujących. Bazuje na założeniu, według którego wyzdrowienie z chorób psychicznych jest możliwe. Zdrowienie ma całkowicie indywidualny i subiektywny wymiar niemieszczący się w sztywnych ramach standardów psychiatrycznych określających stan zdrowia psychicznego¹⁹. Zdrowienie jest więc postrzegane subiektywnie i wiąże się w znacznym stopniu z odzyskiwaniem poczucia sprawstwa i samodzielności życiowej²⁰. Pojęcie „proces zdrowienia” powstało w opozycji do utrzymującego się przez wiele lat wśród profesjonalistów i w świadomości społecznej, przekonania, że z chorób psychicznych nie można wyzdrowieć i w przypadku osób cierpiących na nie należy się spodziewać jedynie pogarszania zdrowia i co za tym idzie również poziomu funkcjonowania.

Zdrowienie jest więc długotrwałym procesem obejmującym wiele małych kroków stawianych w różnych aktywnościach życiowych. „Zdrowienie” należy więc rozumieć

¹⁶ Browne G., Courtney M. (2005) Housing, social support and people with schizophrenia: a grounded theory study, *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 311-326.

¹⁷ Bjorkman T., Hansson L., (2000) What do case managers do? An investigation of case manager interventions and their relationship to client outcome, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35, 43 -50.

¹⁸ Linhorst D., Eckert A. (2003) Conditions for empowering people with severe mental illness, *Social Service Review*, 6, 279-304.

¹⁹ Macpherson R, Shepherd G, Edwards T. Supported accommodation for people with severe mental illness: a review. *Adv Psychiatr Treat* 2004; May, 10 (3): 180-188.

²⁰ Knutson MB, Newberry S, Schaper A (2013) Recovery education: A tool for psychiatric nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 20:874–881.

jako proces, w którym chorzy odzyskują zdolność do samodzielnego życia, pracy, nauki oraz udziału w życiu społeczności. Cele i przebieg procesu zdrowienia mogą być różne dla różnych osób. Kluczowe wydaje się tu założenie, w myśl którego zdrowienie stanowi samoorganizujący się proces kompensacji trudności i deficytów, niezależnie od tego, czy symptomy choroby utrzymują się, czy też nie²¹. Powrót do zdrowia jest więc osobistym procesem zmiany postaw, wartości i ról. Umożliwia prowadzenie satysfakcjonującego, pełnego nadziei życia, pomimo ograniczeń spowodowanych chorobą²². Ścisłe wiąże się więc z jakością życia.

Kluczową kwestią związaną z rozumieniem terminu „zdrowienie” jest postrzeganie go jako procesu a nie konkretnego momentu w radzeniu sobie z chorobą. Nie chodzi tu o stan, w którym objawy całkowicie ustępują, lecz o proces, który trwa i jest dynamiczny. W tym ujęciu proces zdrowienia zwykle wymaga czasu i wiąże się z różnymi okresami w radzeniu sobie z chorobą. Zdrowienie jest procesem, w którym mogą zdarzać się lepsze i gorsze okresy, możliwe są również przejściowe pogorszenia stanu zdrowia. Jednak szeroko rozumiana poprawa zdrowia zawsze jest możliwa, podstawowymi wyznacznikami nie jest obecność lub brak objawów, lecz osobiste dążenie do prowadzenia możliwie satysfakcjonującego życia. To podejście jest w pełni zgodne z definicjami zdrowia psychicznego zaproponowanymi przez Światową Organizację Zdrowia, według których zdrowie psychiczne jako integralna część zdrowia człowieka oznacza stan, w którym osoba potrafi radzić sobie ze zwykłymi trudnościami życiowymi, jest zdolna pracować i uczestniczyć w życiu swojej społeczności²³.

Większość definicji „procesu zdrowienia” podkreśla jego subiektywną perspektywę, powrót do zdrowia jest w niej rozumiany jako osobisty proces zmiany postaw, wartości i uczuć, który umożliwia prowadzenie satysfakcjonującego, pełnego nadziei życia pomimo ograniczeń spowodowanych chorobą²⁴.

Warto zwrócić uwagę na elementy uważane za szczególnie istotne dla procesu zdrowienia. Należy do niej przede wszystkim nadzieja. Jest to nadzieja na możliwość osiągnięcia pełnego funkcjonowania i dobrego życia²⁵. Kwestia nadziei jest niezwykle ważna w przypadku osób chorujących psychicznie. „Nadzieja” pojawia się bardzo

²¹ Jacobson N., Greenley D. (2001) What is recovery? A conceptual model and explication, *Psychiatric Services*, 52, 482-485

²² Anthony W., Rogers E., Farkas M. (2003) Research on evidence – based practices: future directions in an era of recovery, *Community Ment Health J.*, 39, 101-114.

²³ WHO, (2001) *Mental Health: New Understanding. New Hope. The Way Forward*, World Health Organization, 2001.

²⁴ Anthony W (1993) Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in 1990s, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 11-23.

²⁵ Lysaker P., Cambell K., Johanessen J. (2005) Hope, awareness of illness, and coping in schizophrenia spectrum disorders, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 287-292.

często w definicjach procesu zdrowienia, szczególnie w tych, które zostały stworzone przez osoby z doświadczeniem choroby psychicznej.

Innym ważnym czynnikiem związanym z procesem zdrowienia i ściśle połączonym z posiadaniem nadziei jest niezależne życie. Kluczowe wydają się tu dwa jego elementy. Pierwszym z nich jest możliwość wykonywania pracy zawodowej. Daje ona mniejszą lub większą niezależność finansową oraz wpływa na odczuwanie przydatności i sensu życia. Równie ważne jest tu poczucie wykonywania ważnych społecznie działań (takich jak wolontariat lub udział w ruchu samopomocowym). Drugi ważny element wpływający na niezależność życiową to możliwość samodzielnego lub wspieranego zamieszkiwania poza instytucjami takimi jak na przykład całodobowe domy pomocy społecznej.

W koncepcji procesu zdrowienia bardzo ważne jest występowanie w nim dwóch grup czynników wpływających na jego przebieg: wewnętrznych i zewnętrznych²⁶. Wewnętrzne to przede wszystkim właśnie wspomniana już nadzieja, odbudowanie tożsamości i odczuwane wsparcie społeczne. Do zewnętrznych należy zaliczyć takie elementy jak: przestrzeganie praw człowieka, przyjazne środowisko lokalne oraz leczenie psychiatryczne nastawione na partnerstwo w terapii. Ważne są również dominujące wobec chorych postawy i to zarówno w środowiskach lokalnych jak i szeroko pojmowanym społeczeństwie. Postawy te tworzą społeczny kontekst procesu zdrowienia. Mogą go w znacznym stopniu wspierać lub utrudniać.

Koncepcja procesu zdrowienia podkreśla bardzo silnie kwestie związane z jakością życia. Osoby chorujące powinny mieć możliwość pełnego funkcjonowania w swojej społeczności lokalnej, a ich codzienne życie powinno dawać im satysfakcję. Wydaje się, że można znaleźć wiele wspólnych punktów w koncepcji procesu zdrowienia i założeniach psychologii pozytywnej²⁷. Zdrowienie należy więc rozumieć przede wszystkim jako możliwość prowadzenia „dobrego życia”. Powinno ono dawać subiektywnie rozumianą satysfakcję i radość z niego. Charakterystyczne dla koncepcji procesu zdrowienia jest założenie, w myśl którego satysfakcjonujące życie można prowadzić nawet przy utrzymujących się objawach choroby.

Wspieranie procesu zdrowienia oznacza więc szeroko rozumianą pomoc w uzyskiwaniu i wykorzystywaniu szans życiowych, zwiększaniu swojego potencjału rozwojowego i wzmacniania poczucia nadziei. Ważne jest również odzyskiwanie godności, samodzielności i poczucia sprawstwa²⁸. Warto dodać, że podstawowe tezy

²⁶Jacobson N. Greenley D.(2001) *What is recovery?* A conceptual model and explication, *Psychiatric Services*. 52, 482-485.

²⁷ Slade M (2010) Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches, *BMC Health Serv Res* 10:26 doi: 10.1186/1472-6963-10-26.

²⁸ Moller MD, McLoughlin KA (2013) Integrating Recovery practices into psychiatric nursing: where are we in 2013? *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 19:113–116.

związane z procesem zdrowienia nie są jedynie teoretycznymi rozważaniami lecz stanowią już dziś podstawę praktycznych rozwiązań w organizacji systemów leczenia i wsparcia w Stanach Zjednoczonych i wielu innych krajach²⁹.

Umacnianie

Skuteczne zapewnianie pomocy i oparcia społecznego powinno odwoływać się przede wszystkim do umacniania. Jest drugie, po procesie zdrowienia, zagadnienie niezwykle istotne dla efektywności wsparcia. Jest to pojęcie, które początkowo odnosiło się do innych niż osoby chorujące grup społecznych znajdujących się trudnej sytuacji (np. bezrobotni). Wydaje się jednak, że szczególnie przydatne jest ono właśnie dla osób chorujących. Zakłada się, że działania umacniające powinny odwoływać się do indywidualnych zasobów, wspierać samodzielność i niezależność. Umacnianie powinno być możliwie odległe od praktyki bezwarunkowego obejmowania osób chorujących nadmierną opieką powodująca zwykle poczucie bierności i bycia raczej przedmiotem niż podmiotem systemu wsparcia. Chodzi więc o działania umożliwiające przewyższenie roli pacjenta psychiatrycznego, który nie ma nic do powiedzenia, powinien być jedynie podporządkowany zaleceniom bez większych złudzeń na uzyskanie samodzielności. Umacnianie musi więc odwoływać się do pomocy w samodzielnym podejmowaniu decyzji lub przynajmniej uczestnictwa w procesie podejmowania jej, wzmacnianiu przynależności do społeczności lokalnej oraz odwoływaniu się do godności i wyrażania szacunku wobec osób chorujących³⁰. Upodmiotowienie osób z zaburzeniami oraz umacnianie ich funkcjonowania to podstawa nowoczesnego systemu pomocy i oparcia społecznego. Powrót do społeczności oraz przywrócenie nadziei na satysfakcjonujące życie to główne cele podejmowanych działań. Podstawą jest tu odwoływanie się do pozytywnych aspektów funkcjonowania i potencjalnych możliwości tkwiących w osobie chorującej. Podstawowym instrumentem, który może doprowadzić do ich uruchomienia jest właśnie umacnianie. W literaturze przedmiotu często podkreśla się jego dwa wymiary. W pierwszym, pojmowane jest ono w kontekście indywidualnym („samoumacnianie”) i ma na celu uzyskanie poczucia kontroli nad swoim życiem i samorealizację. Ma również kontekst społeczny (związany z instytucjami i programami) i odnosi się do niwelowania barier w osiągnięciu celów życiowych oraz do wspomagania nieformalnych lub formalnych sieci społecznych. W obu przypadkach efektem umacniania ma być uzyskanie autonomii i odpowiedzialności.

²⁹ Brown C., Rempfer M., Hamera E. (2008) Correlates of insider and outsider conceptualizations of recovery, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32, 23-31.

³⁰ Linhorst D, Hamilton G., Young E., Eckert A. (2002) Opportunities and barriers to empowering people with severe mental illness through participation in treatment planning, *Social Work*, 4, 425- 434.

Umacnianie daje nadzieję na samorealizację, rozwój oraz satysfakcjonujące życie pomimo ograniczeń, jakie niesie ze sobą przeżywanie zaburzeń psychicznych. To co wydaje się najistotniejsze w modelu umacniania, to nacisk na przywrócenie nadziei na satysfakcjonujące życie oraz przeciwdziałanie wykluczeniu^{31,32,33}.

Istotne w tym kontekście jest również zapewnienie dostępu do rozwijania umiejętności interpersonalnych i zdobywania nowych zasobów przez osoby chorujące. Należy pomóc im w prowadzeniu możliwie niezależnego życia dzięki rozwijaniu mocnych stron i wspierać możliwość samodzielnego podejmowania ważnych decyzji życiowych. Innym istotnym elementem umacniania jest również dostęp do wsparcia społecznego i przewyciężanie osamotnienia^{34,35}.

I właśnie dlatego umacnianie ma tak duże znaczenie dla kwestii związanych z efektywnością udzielanej pomocy. Chodzi w nim o to, aby powiększać potencjał osób chorujących i poprawiać w ten sposób ich szanse na prowadzenie dobrego, satysfakcjonującego życia, nawet w sytuacjach, gdy utrzymują się objawy choroby. Umacnianie oznacza więc udzielanie wsparcia w zakresie zdobywania nowych kompetencji, zasobów i umiejętności. Mogą one przyczyniać się do poprawy samooceny, poczucia sprawstwa i dać nowe możliwości działania. Umacnianie wpływa w sposób bardzo istotny na odzyskiwanie godności i poczucia własnej wartości. Są to elementy, którym poświęca się szczególnie dużo miejsca w koncepcji procesu zdrowienia.

Deinstytucjonalizacja

Podstawą skutecznego zapewniania wsparcia i pomocy jest deinstytucjonalizacja. Należy ją rozumieć jako wzmacnianie osób z zaburzeniami psychicznymi w optymalnym funkcjonowaniu w społecznościach lokalnych. Deinstytucjonalizacja opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi to zadanie złożone i wielowątkowe. Nie należy rozumieć jej jedynie jako odejście od instytucji totalnych takich jak szpitale psychiatryczne i całodobowe ośrodki opiekuńcze. Jej głównym celem jest natomiast wspieranie zdolności do możliwie samodzielnego funkcjonowania. Znaczy to, że deinstytucjonalizacja to nie jedynie odejście od szpitali psychiatrycznych będących podstawą opieki (tak początkowo pojmowano desintytucjonalizację) lecz przede wszystkim jako tworzenie warunków do życia w

³¹ Deegan P. (1996) Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19, 91-97.

³² Davidson L. (2003) *Living outside mental illness: qualitative studies of recovery in schizophrenia*, University Press, New York.

³³ Turner – Cowson J., Wallcraft J. (2002) The recovery vision for mental health services and research: a British perspective, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 245-254.

³⁴ Corrigan P., (2003) Towards an integrated, structural model of psychiatric rehabilitation, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26,4, 346-358.

³⁵ Linhorst D., Eckert A. (2003) Conditions for empowering people with severe mental illness, *Social Service Review* 6, 279-304.

ramach społeczności lokalnych. W skutecznym wspieraniu nie chodzi o wegetację poza szpitalem lecz o prowadzenie możliwie satysfakcjonującego życia mimo ograniczeń jakie niesie choroba.

Powstała w latach 50. i 60. ubiegłego wieku idea deinstytucjonalizacji przesunęła rozumienie oddziaływań z wąsko pojmowanego zwalczania objawów choroby na rzecz holistycznego podejścia, w którym postrzega się całość sytuacji życiowej człowieka, jego potrzeb oraz jakości życia. Dziś nie można już uznać, że sama kontrola objawów psychopatologicznych gwarantuje godne życie. Niezbędne jest natomiast przyjęcie perspektywy poprawy jakości życia oraz poziomu funkcjonowania społecznego³⁶. Powrót do społeczności, nawet u pacjentów przebywających w szpitalach przez bardzo długi czas, jest możliwy. Niezbędne jest jednak udzielanie skutecznego wsparcia skoncentrowanego przede wszystkim na dostępie do kontaktów społecznych, które są możliwe jedynie dzięki społecznościom lokalnym³⁷.

Obecnie, nowoczesne systemy pomocy i wsparcia bazują na środowisku lokalnym. Nie izolują od społeczności zarówno w aspekcie indywidualnym jak i geograficznym. Osoby z zaburzeniami powinny żyć w społeczności lokalnej, leczyć się i korzystać ze wsparcia blisko miejsca zamieszkania oraz funkcjonować w sposób możliwie pełny.

Funkcjonowanie w środowisku lokalnym

Jak już wspomniano, skuteczność udzielanej pomocy należy rozumieć jako wspieranie funkcjonowania w społecznościach lokalnych a jej podstawowym celem jest prowadzenie „dobrego życia”. Może być to osiągnięte tylko w kontekście społeczności lokalnej. Poczucie przynależności i bycia wartościowym członkiem „małej ojczyzny” jest tu kluczowe.

Społeczność lokalną należy rozumieć szeroko – od osób, z którymi regularnie utrzymywane są kontakty (sąsiedzi, znajomi) aż do instytucji lokalnych (szkoły, kluby, urzędy, służby). Tak rozumiana społeczność lokalna stanowi fundament funkcjonowania. Zapewnia nie tylko własne miejsce do życia lecz także poczucie przynależności. Im jest bardziej przyjazna i przydatna tym życie – również osób z zaburzeniami psychicznymi - jest łatwiejsze i bardziej satysfakcjonujące.

W przypadku osób doświadczających chorób psychicznych, w kontekście ich relacji ze społecznością, należy podkreślić dwa główne elementy: sieci społeczne oraz

³⁶ Gallupi A., Turola M., Nanni M., Mazzoni P., Grassi L. (2010) Schizophrenia and quality of life: how important are symptoms and functioning?, *Int J Ment Health Syst.*; 4: 31.

³⁷ Furlan P., Zuffranieri M. (2009) Four-year follow-up of long-stay patients settled in the community after closure of Italy's psychiatric hospitals, *Psychiatric Services*, 60:1198–1202.

instytucje, które mogą w większym lub mniejszym stopniu wspierać funkcjonowanie. Jak już wspomniano, w przypadku sieci społecznych, to tworzą je regularne kontakty z innymi ludźmi. Ważny jest dostęp do kontaktów interpersonalnych, od których zależy wiele kluczowych dla funkcjonowania elementów. Przede wszystkim należy stwierdzić, że dostęp do kontaktów społecznych, do innych ludzi wpływa na poczucie szczęścia i dobrostanu. Wiąże się z samooceną oraz poczuciem akceptacji i przynależności. Można więc stwierdzić, że kontakty z innymi decydują w znacznym stopniu o poczuciu zadowolenia z życia. Dostęp do kontaktów społecznych ma również inny bardzo wyraźny wpływ na jakość wsparcia społecznego. Wsparcie to jeden z podstawowych zasobów decydujących o radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi, w tym z nawrotami objawów. Reasumując, dostęp do kontaktów społecznych decyduje zarówno o indywidualnym samopoczuciu psychicznym jak i o zdolnościach do radzenia sobie ze stresem.

Należy więc podkreślić znaczącą rolę społeczności lokalnej dla funkcjonowania społecznego i satysfakcji życiowej osób z zaburzeniami. Trzeba zaznaczyć, że to właśnie kontakty społeczne oraz jakość indywidualnych sieci społecznych silnie wiążą się z deinstytucjonalizacją. Stąd też rola i znaczenie społeczności jako podstawy dostępu do sieci społecznych i kontaktów z innymi. Człowiek wyrwany ze swojej społeczności (lub wypchnięty z niej na skutek stygmatyzacji) traci naturalne zasoby kontaktów społecznych.

Do najbardziej typowych organizacji, które tworzą społeczność lokalną należy zaliczyć placówki służby zdrowia, edukacji, pomocy społecznej, wydziały obsługi mieszkańców oraz służb porządkowych. Siatkę instytucji lokalnych tworzą również kluby kultury, świetlice, biblioteki, kina. Wszystkie te elementy są istotne dla jakości życia członków społeczności. Ma to również szczególne znaczenie dla osób chorujących psychicznie, które często wymagają pomocy i wsparcia w efektywnym korzystaniu z nich.

Lieberman i Silbert³⁸ wiążą skuteczne wspomaganie funkcjonowania w środowisku lokalnym z nabyciem dwóch rodzajów umiejętności. Pierwszy wiąże się bezpośrednio ze stanem zdrowia (rozpoznawanie nawrotów, znajomość działania leków i efektów ubocznych, posługiwanie się planem zapobiegania nawrotom). Do drugiego należy zaliczyć umiejętności społeczne (modelowanie ról, zarządzanie zasobami takimi jak: pieniądze, ludzie, transport, rozwiązywanie problemów, wykorzystywanie nabytych umiejętności w praktyce). Poziom funkcjonowania społecznego jest więc związany z jednej strony z umiejętnościami radzenia sobie z objawami choroby, z drugiej zaś z

³⁸Lieberman, R., Silbert K., (2005). Community Re-Entry: Development of Life Skills. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*: Vol. 68, 3: Special Topic: Constituting Community: Creating a Place for Oneself, pp. 220-229.

kompetencjami społecznymi. Do metod oddziaływań, które są szczególnie przydatne we wspieraniu funkcjonowania społecznego osób z zaburzeniami należą również treningi umiejętności społecznych, chronione zatrudnienie oraz psychoedukacja rodzin³⁹. Działania te w istotny sposób przyczyniają się do poprawy ogólnego poziomu funkcjonowania i tym samym wspierają proces zdrowienia.

Kompleksowe i efektywne zapewnianie oparcia odbywa się więc przede wszystkim dzięki programom opartym na społecznościach lokalnych. Wykazano to w badaniach, w których porównywano skuteczność środowiskowego programu wsparcia opartego na społeczności lokalnej i programu terapii zajęciowej. Wyraźna poprawa w funkcjonowaniu społecznym dotyczyła 42 proc. pacjentów uczestniczących w programie opartym na społeczności, przy 14 proc. poprawy w tym zakresie wśród uczestników terapii zajęciowej. Wyższą efektywność programów opartych na społeczności lokalnej stwierdzono także w przypadku innych badań dotyczących wsparcia środowiskowego⁴⁰. Przydatność społeczności lokalnej jako dogodnej platformy dla wspierania osób z zaburzeniami widoczna jest również w badaniach nad skutecznością programów rehabilitacji realizowanych w domu pacjenta w porównaniu z podobnymi działaniami prowadzonymi w warunkach rehabilitacyjnego oddziału dziennego. Chorzy korzystający z oddziaływań w warunkach domowych osiągnęli lepsze parametry w zakresie zachowań społecznych, funkcjonowania interpersonalnego oraz odczuwanej jakości życia⁴¹. Warto dodać, że prowadzenie programów środowiskowych, silnie osadzonych w społecznościach lokalnych nie jest proste, jako że osoby chorujące często spotykają się z wrogością lub obojętnością. Jest to związane z tendencjami do ich stygmatyzowania i niechęci do integracji przejawianych przez „zdrowych” członków społeczności⁴².

Przykładem efektywnych i kompleksowych działań przygotowujących do funkcjonowania w społecznościach lokalnych jest program Community Re-entry Module, jedna z typowych interwencji środowiskowych⁴³. Obejmuje on szkolenia dotyczące objawów choroby, metod leczenia wraz z objawami ubocznymi. Ważnym elementem jest przygotowanie planu powrotu do społeczności, radzenia sobie ze stresem, planowania codziennej aktywności, umawianie się i dotrzymywanie

³⁹ Mueser K., Bellack A. (2007) Social skills training: Alive and well?, *Journal of Mental Health*, 16, 549-552.

⁴⁰ Anzai N., Yoneda S., Kumagai N., Nakamura Y., Ikebuchi E., Liberman R. (2002) Training persons with schizophrenia in illness self management, *Psychiatric Services*, 3, 199-211.

⁴¹ Sellwood W., Thomas C., Tarrier N., Jones S., Clewes J., James A., Welford M., Palmer J., Mc Carthy E. (1999) A randomised controlled trial of home based rehabilitation versus outpatient – based rehabilitation for patients suffering from chronic schizophrenia, *Soc Psychiatry Epidemiol*, 34, 250-253.

⁴² Turner – Cowson J., Wallcraft J. (2002) The recovery vision for mental health services and research: a British perspective, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 245-254.

⁴³ Liberman R., Wallace C., Blackwell C., Eckmann T., Vaccaro J., Kuehel T. (1993) Innovations in skills training for the serious mentally ill: the UCLA Social and Independent Living Skills Module, *Innov Res*, 2, 43-59.

terminów, rozpoznawanie symptomów nawrotu, wypracowanie planu interwencji w przypadku jego wystąpienia. Program jest realizowany w wielu społecznościach lokalnych wykazując swoją wysoką przydatność⁴⁴. Stanowi kombinację oddziaływań nakierowanych na kontrolę symptomów, leczenie i wsparcie umiejętności społecznych. Celem nadrzędnym jest ułatwienie powrotu pacjenta do funkcjonowania w społeczności. Poprawa funkcjonowania w rezultacie oddziaływań opartych na społeczności widoczna jest również w kontekście zmniejszającego się wycofania z kontaktów społecznych oraz wzrostu postaw prospołecznych u osób objętych tego typu oddziaływaniami⁴⁵.

Reasumując powyższe informacje należy podkreślić, że zapewnianie efektywnego oparcia społecznego wiąże się jednoznacznie ze wsparciem osób z zaburzeniami psychicznymi bezpośrednio w społecznościach lokalnych. Wymaga koordynacji działań medycznych i niemedyceńskich wśród których zapewnianie dostępu do wsparcia społecznego i podnoszenie jakości życia wydają się szczególnie istotne. Trzeba podkreślić, że głównym celem programów zapewniających pomoc i oparcie społeczne powinno być możliwie samodzielne, satysfakcjonujące funkcjonowanie osób z doświadczeniem zaburzeń psychicznych a nie jedynie skuteczna kontrola objawów psychopatologicznych.

Dostęp do zatrudnienia

Skuteczną metodą poprawy jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi są programy wspierania zatrudnienia. Posiadanie zatrudnienia jest istotne dla poczucia satysfakcji życiowej. Mimo tego, że większość osób chorujących deklaruje chęć podjęcia pracy, niewielki odsetek wśród nich pracuje. Dlatego też, programy chronionego zatrudnienia wydają się szczególnie ważne. Obejmują one pomoc w wyszukiwaniu pracy, ocenę potrzeb i możliwości oraz wsparcie w jej utrzymaniu. Badania nad skutecznością tego rodzaju oddziaływań wykazały, że są one efektywne w zapewnianiu zatrudnienia, wpływając pozytywnie na ogólny poziom funkcjonowania i proces zdrowienia⁴⁶. Ten rodzaj interwencji może być prowadzony w dwóch wariantach. Może polegać na tworzeniu chronionych miejsc pracy lub też udzielaniu wsparcia w zdobywaniu zatrudnienia na otwartym rynku pracy. W drugim wariantcie, programy aktywizacji zawodowej są oparte na doradztwie zawodowym

⁴⁴ Xiang Y., Weng Y., Li W., Gao L., Chen G., Xie L., Chang Y., Tang W., Ungvari G. (2006) Training patients with schizophrenia with the community re – entry module. A controlled study, Soc Psychiatr Epidemiol, 41, 464 -469.

⁴⁵ Prot K., Pawłowska M. (2009) The effectiveness of community care for people with severe mental disorders, Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 4, 43-50.

⁴⁶ Mueser K., Salyers M., Mueser P. (2001) A prospective analysis of work in schizophrenia, Schizophr Bull, 27, 281–96

obejmując diagnozę psychospołeczną i zawodową, ocenę możliwości i ograniczeń związanych z podjęciem zatrudnienia. Kolejnym etapem jest pomoc w wyszukaniu miejsc pracy dostosowanych do oczekiwań i możliwości osób z zaburzeniami. Osoby, które zdobyły zatrudnienie otrzymują również wsparcie w jego utrzymaniu i przewyżaniu trudności i kryzysów, które mogą pojawić się w pracy.

Trzeba podkreślić, że punktem docelowym, do którego powinni zmierzać użytkownicy programów wsparcia jest właśnie podjęcie zatrudnienia. Dlatego też, nie sposób wyobrazić sobie ich efektywności bez programów aktywizacji zawodowej. Ich realizacja może mieć różną formę. Mogą nią być miejsca pracy tworzone na bazie firm społecznych lub zakładów pracy chronionej. Może polegać również na indywidualnym doradztwie zawodowym, pozyskiwaniu miejsc pracy (również na otwartym rynku), negocjowaniu z pracodawcami oraz wsparciu użytkowników w podejmowaniu pracy. Warto jeszcze zwrócić uwagę na element, który niestety nie jest zbyt często uwzględniany w dostępnych obecnie programach wsparcia, a który ma duże znaczenie dla zdobycia zatrudnienia. Jest nim możliwość podnoszenia kwalifikacji oraz uzupełniania wykształcenia. U wielu osób choroba powoduje przerwanie nauki lub znaczne trudności w podjęciu kolejnych jej szczebli. Warto więc zadbać o zdobywanie nowych zasobów umożliwiających to.

Wsparcie rodzin

Efektywne wspieranie członków rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi jest niezwykle istotnym zadaniem przyczyniającym się w znacznym stopniu do procesu zdrowienia. Powoduje to specyfika relacji między osobą z zaburzeniami psychicznymi a jej rodziną, mogącą wpływać na przebieg choroby. Udział rodzin w sesjach psychoedukacyjnych lub grupach wsparcia jest związany z potrzebą uzyskania pomocy w trudnej sytuacji psychologicznej w związku z wystąpieniem zaburzeń u bliskiej osoby. Codzienne życie z osobą z zaburzeniami może stanowić czynnik silnie obarczający emocjonalnie. Nieefektywne reakcje członków rodzin mogą uruchamiać nasilenie objawów i nawrót choroby. Dlatego też, programy psychoedukacji są nastawione na redukcję obciążenia członków rodziny objawami choroby u ich bliskich i tym samym na poprawę relacji interpersonalnych. Pośrednio wpływa to także na wzmocnienie procesu leczenia. Programy psychoedukacji koncentrują się na przekazaniu zarówno krewnym, jak i osobom chorym, wiedzy o mechanizmach choroby, zasadach terapii, sposobach redukowania stresu oraz współpracy w leczeniu. Badania wykazały, że psychoedukacja i udział w grupach wsparcia w

istotny sposób redukują częstotliwość nawrotów i rehospitalizacje⁴⁷. W ostatnich latach wsparcie rodzin staje się zyskującym na znaczeniu rodzajem oddziaływań. Badania nad jego efektywnością wykazały, że poprawiają one wiedzę o mechanizmach choroby wśród pacjentów i ich krewnych oraz wspierają współpracę w procesie leczenia. Udział w tego rodzaju programach wiąże się również ze skracaniem czasu trwania hospitalizacji, poprawą funkcjonowania społecznego oraz zmniejszeniem poziomu napięcia emocjonalnego u członków rodzin⁴⁸.

Wspierane mieszkalnictwo

Kolejnym elementem ważnym dla efektywności pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest zapewnienie bezpiecznego miejsca do mieszkania. Jest to oczywiste w kontekście poprawy możliwości funkcjonowania poza całodobowymi instytucjami takimi jak szpital lub dom pomocy społecznej. Jednym ze sposobów osiągnięcia niezależności jest samodzielne zamieszkanie, co często wymaga wsparcia. Mieszkania chronione umożliwiają realizację osobistych potrzeb poprzez zapewnienie: prywatności, spokoju, poczucia bezpieczeństwa, wolności od zewnętrznych wymagań. Oparte na dzieleniu codziennych życiowych doświadczeń relacje z innymi mieszkańcami sprzyjają rozwijaniu poczucia przynależności do społeczeństwa⁴⁹. W badaniach nad korzyściami płynącymi z takich mieszkań podkreśla się korzystny wpływ na funkcjonowanie społeczne, powiększenie sieci wsparcia społecznego, mniejsze nasilenie negatywnych objawów schizofrenii, większe zadowolenie ze wszystkich aspektów budujących jakość życia⁵⁰. Członkowie rodzin podkreślają większą satysfakcję z pobytu swoich bliskich w mieszkaniach chronionych niż w szpitalu⁵¹. Mieszkania chronione to także możliwość realizowania własnych osobistych celów życiowych. Jest to okazja do samodzielnego podejmowania decyzji o zdobywaniu wykształcenia, podejmowaniu pracy czy budowaniu związków interpersonalnych.

⁴⁷ Butzlaff R., Hooley J. (1998) Expressed emotion and psychiatric relapse., *Arch Gen Psychiatry*, 55, 547–52

⁴⁸ Pitschel – Waltz Q, Leuchtm S, Bouml J, Kissling W, Engel R. (2001) The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia - A Meta-analysis, *Schizophrenia Bulletin*, 27(1):73-92.

⁴⁹ Bengtsson-Tops A, Ericsson U, Ehljasson K. (2014) Living in supportive housing for people with serious mental illness: A paradoxical everyday life. *Int J Ment Health Nu*; 23: 409-418.

⁵⁰ Kyle T, Dunn J,R. (2008) Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: a review. *Health Soc Care Comm*, 16, 1-15.

⁵¹ Macpherson R, Shepherd G, Edwards T. (2004) Supported accommodation for people with severe mental illness: a review. *Adv Psychiatr Treat* May, 10 (3): 180-188.

Środowiskowo zorientowana psychiatria

Celem niniejszego opracowania jest analiza systemu zapewniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi na Mazowszu. Oferują je niemedyczne programy wsparcia środowiskowego. Jednak w ich kontekście wspomnieć należy również o środowiskowym leczeniu psychiatrycznym. Nowoczesne systemy leczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi opierają się na środowisku lokalnym. Środowiskowy zrównoważony model opieki jest zalecany przez Światową Organizację Zdrowia jako szczególnie przydatny i efektywny. Można uznać, że wykorzystuje on wszystkie najbardziej cenne elementy bazujące na doświadczeniach z zakresu deinstytucjonalizacji i tworzenia oparcia w środowisku lokalnym. Model zrównoważony charakteryzuje się dwoma podstawowymi cechami: większość ośrodków leczenia działa w bliskim środowisku lokalnym, natomiast liczba łóżek w szpitalach psychiatrycznych jest redukowana tak szybko, jak jest to możliwe. Do najważniejszych elementów zrównoważonego modelu opieki według zaleceń World Psychiatric Association, należy zaliczyć przede wszystkim: koncentrację działań na populacji lokalnej i jej potrzebach w zakresie zdrowia psychicznego, aktywne wyszukiwanie osób chorych psychicznie w lokalnej populacji, zapewnienie łatwego dostępu do lokalnych ośrodków, udział społeczności lokalnej w planowaniu i zapewnianiu opieki⁵².

W warunkach dużych miast na Mazowszu oferta opieki psychiatrycznej jest dość rozbudowana (czego nie da się powiedzieć o terenach pozamiejskich). Tworzą ją placówki zorientowane środowiskowo czyli zespoły leczenia środowiskowego, oddziały dzienne oraz psychiatryczne oddziały całodobowe przy szpitalach ogólnych. Hospitalizacja całodobowa zapewniana jest niestety głównie poprzez duże szpitale psychiatryczne, w niewielkim stopniu przez oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych, mimo tego, że jest to zalecana przez WHO nowoczesna forma hospitalizacji. Poziom finansowania usług psychiatrycznych zapewniany przez Narodowy Fundusz Zdrowia od wielu lat jest niedostateczny.

Główne przeszkody w efektywnym zapewnieniu pomocy

Trudności ograniczające możliwość efektywnego zapewniania pomocy i oparcia społecznego są dość zróżnicowane i złożone. Najważniejsze czynniki dotyczące tego zagadnienia zostały omówione poniżej.

⁵² Thornicroft G., Tansella M. (2010) W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

Stygmatyzacja

Jednym ważniejszych zjawisk negatywnie wpływających na sytuację osób z doświadczeniem zaburzeń psychicznych jest ich stygmatyzacja. Można ją opisać jako niechętnie i odrzucające postawy społeczne. Są one nadal dość głęboko zakorzenione w naszym społeczeństwie. Niechętny stosunek do osób z zaburzeniami psychicznymi, szczególnie wobec chorujących psychicznie, w znaczący sposób określa realia ich funkcjonowania. Wpływa na osamotnienie, poczucie braku przydatności oraz zepchnięcie na margines. Skutkuje tendencjami do wycofywania się z kontaktów społecznych i pozostawania w osamotnieniu lub funkcjonowaniu przy wykorzystaniu jedynie instytucjonalnych programów wsparcia. Mimo tego, że stygmatyzacja jest zjawiskiem dotkliwym i wielokrotnie wymienianym przez Światową Organizację Zdrowia jako szczególnie niebezpieczna w kontekście jakości życia, w Polsce zdecydowanie brakuje zorganizowanych, trwałych i regularnych kampanii zapobiegających temu zjawisku.

Należy podkreślić, że w kontekście efektywnego zapewniania oparcia społecznego zjawisko stygmatyzacji ma znaczenie szczególne. Jeśli mamy doprowadzić do tego, aby osoby z zaburzeniami psychicznymi prowadziły możliwie satysfakcjonujące życie w społecznościach – a to jest głównym celem udzielanej pomocy - to zdecydowanie kluczowego znaczenia nabiera kwestia zapobiegania stygmatyzującym postawom. W przeciwnym razie, funkcjonowanie w środowiskach lokalnych będzie trudne. Generowane przez niechętnie postawy osamotnienie i poczucie braku przydatności uniemożliwia prowadzenie udanego życia i znacząco utrudnia przynależność do małych ojczyzn.

Stygmatyzacja stanowi bardzo poważne utrudnienie dla procesu zdrowienia. Niechętnie postawy społeczne znacząco utrudniają proces integracji ze społecznością. Wzmacniają poczucie odrzucenia. Trwale ukształtowane, piętnujące przekonania zamykają drogę do wypełniania ról ważnych dla uzyskania samodzielności i niezależności. Doskonałym przykładem są tu trudności w zdobywaniu i utrzymaniu zatrudnienia. Odsetek osób chorujących psychicznie które posiadają zatrudnienie jest w Polsce wyjątkowo niski na tle innych krajów. W opinii pracodawców, osoby chorujące są najmniej pożądaną grupą spośród wszystkich osób niepełnosprawnych⁵³.

Drugie zjawisko negatywnie wpływające na efektywność programów pomocy i oparcia wiążące się ze stygmatyzacją to „autostygmatyzacja” lub inaczej „samonapiętnowanie”. Wynika z tkwiącego w osobach chorujących silnym przekonaniu, że w związku z chorobą są oni gorsi, mniej wartościowi i co więcej,

⁵³ Cybula-Fujiwara A. Merez-Kot D., Walusiak-Skorupa J, Marcinkiewicz A., (2015) Pracownik z chorobą psychiczną – możliwości i bariery w pracy zawodowej, *Medycyna Pracy*, 5 (1), 57-69.

wszyscy wokół mają o nich właśnie takie przekonanie. Utrudnia to wejście w wartościowe relacje społeczne, skłania raczej do wycofania się z aktywności i unikaniu kontaktów z innymi ludźmi. Strach przed zidentyfikowaniem jako „chory psychicznie” utrudnia lub wręcz uniemożliwia próby podjęcia bardziej intensywnej aktywności społecznej.

Samotność

Jednym z najbardziej dotkliwych problemów z jakimi zmagają się osoby chorujące psychicznie jest samotność. Jest to złożone, wielowymiarowe psychospołeczne doświadczenie. Występuje pod różną postacią i ze złożonym natężeniem. Samotność wiąże się ze stanami emocjonalnymi, w których człowiek jest świadomy izolacji od innych i niemożności nawiązania bliskich relacji. Samotność może pojawić się również na skutek utraty kogoś bliskiego i oczekiwania, aby ktoś inny wypełnił powstałą pustkę⁵⁴. Odczuwanie samotności bywa dokuczliwe i często wywołuje cierpienie tak silne, że osoby dotknięte nią czują się głęboko nieszczęśliwe. W samotności podobnie jak w depresji dominuje uczucie smutku i wewnętrznej pustki⁵⁵. W relacjach osób chorujących psychicznie, poczucie samotności jest bardzo trudnym do zniesienia uczuciem odseparowania. Według Sęk (1997), osamotnienie oraz brak wsparcia ze strony innych obniżają odporność psychiczną i fizyczną jednostki, tym samym poważnie utrudniając jej radzenie sobie, zwłaszcza w sytuacjach trudnych⁵⁶. W przypadku osób chorujących psychicznie poczucie samotności pojawia się szczególnie często. Jest to związane z występującą w tej grupie destrukcją indywidualnych sieci społecznych. Sieć społeczna redukuje się drastycznie, a po latach chorowania może zmniejszyć się do zaledwie kilku osób. Ich związki interpersonalne są ubogie i zogniskowane. Relacja jest ambiwalentna, osoba chora najczęściej jest wyłącznie biorcą wsparcia. W miarę trwania choroby w sieci wsparcia pozostaje jedynie najbliższa rodzina. Liczba osób w otoczeniu chorych zaczyna spadać zwykle już od pierwszej hospitalizacji. Później zmniejsza się nie tylko liczba ale również jakość związków⁵⁷.

Poczucie osamotnienia można rozumieć jako doznawanie odseparowania i pustki. Należy zwrócić uwagę na dwa poważne jego skutki. Po pierwsze samotność ma duże znaczenie dla subiektywnego samopoczucia psychicznego osoby, która jej doświadcza. Wiąże się z odczuwaniem przykrych stanów emocjonalnych i obniżonym nastrojem. Bywa to trudne do przezwyciężenia i nierzadko może doprowadzić do

⁵⁴ Rembowski J. (1992), Samotność, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk

⁵⁵ Booth R. (2002) Loneliness as a component of psychiatric disorders. *Medscape General Medicine*, 2(2):1–7.

⁵⁶ Sęk, H. (1997). Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysowej. W: D. Kubacka Jasiocka, A. Lipowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*, Wydawnictwo, ALL. Kraków

⁵⁷ Bronowski P., Załuska M (2008), Social suport of chronically mentally ill patients, *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 13-19.

długo utrzymujących się stanów depresyjnych. Depresja jest jednym z podstawowych czynników wpływających na obniżenie subiektywnie odczuwanej jakości życia. Warto więc pamiętać, że odczuwanie osamotnienia, szczególnie w dłuższej perspektywie, wiąże się z cierpieniem i pogorszeniem poczucia satysfakcji życiowej.

Druga ważna kwestia związana z osamotnieniem wiąże się ze zdolnością do radzenia sobie z kryzysami życiowymi. Mają one różne przyczyny i przebieg, w przypadku osób chorujących mogą mieć związek z nawrotem objawów. I tu po raz kolejny pojawia się kwestia, opisywanych już wcześniej, indywidualnych sieci społecznych. Zdolność do radzenia sobie z kryzysem jest ściśle związana z zasobami społecznymi. Im sieci społeczne są liczniejsze i bardziej wydolne w zakresie udzielanego wsparcia tym większa jest szansa, że uda się skutecznie poradzić z kryzysem. W przypadku osób chorujących ich zasoby społeczne są zwykle niezbyt duże, często ograniczają się jedynie do najbliższej rodziny, więc ich zdolność do radzenia sobie z sytuacjami trudnymi jest ograniczona⁵⁸. Brak dostępu do wydolnych sieci wsparcia osłabia zdolność do efektywnego radzenia sobie z kryzysami życiowymi, szczególnie tymi, które wiążą się z pogorszeniem samopoczucia i nawrotem objawów. Skutkują one często powtórnymi hospitalizacjami psychiatrycznymi. Jest to szczególnie istotne, jako że z badań wynika, że osłabienie sieci społecznych często następuje po pobytach w szpitalach psychiatrycznych, szczególnie tych długotrwałych. Sytuacja ta przypomina mechanizm błędnego koła: słabe sieci społeczne negatywnie wpływają na radzenie sobie z kryzysami, które mogą skutkować hospitalizacjami. Hospitalizacje dewastują i tak słabe sieci społeczne, które jeszcze mniej efektywnie stabilizują kryzysy⁵⁹. Dlatego wzmacnianie sieci społecznych i dostępu do skutecznego wsparcia jest tak ważne dla umacniania i procesu zdrowienia. Może się to odbywać poprzez dostęp do programów wsparcia środowiskowego i wzmacniania indywidualnych umiejętności interpersonalnych. Ważna jest również pomoc w tworzeniu nieformalnych sieci społecznych, opartych na własnych zasobach i możliwościach lokujących się poza instytucjami udzielającymi wsparcia. W tym kontekście należy podkreślić znaczenie ruchu samopomocowego i nieformalnych grup wsparcia. Słabe radzenie sobie z kryzysami życiowymi jest szczególnie ważne w kontekście procesu zdrowienia i wyzwań jakie wiążą się z pokonywaniem kolejnych barier w funkcjonowaniu i wywiązywaniem się z ról społecznych.

Jak wynika z powyższych ustaleń, kwestia nielicznych indywidualnych sieci społecznych oraz ich słabej wydolności jest niezwykle ważna w kontekście przeszkód

⁵⁸ P. Bronowski, M. Załuska, Social support of chronically mentally ill patients, *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2008, nr 2, s. 13-19.

⁵⁹ Pevalin D., Goldberg D. (2003) Social precursors to onset and recovery from episodes of common mental illness, *Psychological Medicine*, 33 (2), 299-306.

jakie mogą one generować w procesie efektywnego zapewniania pomocy. Właśnie dlatego jednym z podstawowych zadań w tym zakresie jest wzmacnianie indywidualnych sieci społecznych ich uczestników. Warto również nawiązać do opisywanego już zjawiska stygmatyzacji podkreślając jego ścisły wpływ na poczucie osamotnienia i wszystkie negatywne konsekwencje jakie się z tym wiążą. Można więc uznać, że zapobieganie stygmatyzacji osób chorujących psychicznie może również w dalszej perspektywie przełożyć się na ograniczanie zjawiska osamotnienia w tej grupie i tym samym przyczynić się do wsparcia procesu zdrowienia.

Brak podmiotowości

Warto wspomnieć o innym poważnym niebezpieczeństwie dla skuteczności udzielanej pomocy jakim jest trwałe umieszczenie osoby z zaburzeniami psychicznymi w gorszej roli „wiecznego pacjenta psychiatrycznego” od którego nic nie zależy, który jest tylko biernym odbiorcą zabiegów medycznych. Traci podmiotowość i możliwość przejmowania kontroli nad własnym życiem. Do utrwalenia się takiego podejścia przyczyniło się popularne przez wiele lat przekonanie o tym, że choroby psychiczne są nieuleczalne. W przypadku ich rozpoznania rokowanie może być wyłącznie złe, chorzy nie mają szans na uzyskanie jakiegokolwiek poprawy. Do szczególnie ważnych czynników wzmacniających przekonanie o negatywnym przebiegu należy zaliczyć również trwający przez wiele dziesięcioleci brak skutecznych metod leczenia, fatalny wizerunek szpitali psychiatrycznych oraz azylowy model leczenia, który skutecznie ugruntowywał paternalistyczne postawy wobec chorych.

Niedostateczny dostęp do samopomocy

Analizując obecną sytuację osób chorujących w kontekście przeszkód jakie mogą one napotkać w kontekście funkcjonowania w społecznościach lokalnych należy wspomnieć również o słabości ruchu samopomocowego w Polsce. W krajach zachodu jego powstanie było ściśle związane z ruchem antypsychiatrycznym z końca lat 60. Jego idee przyczyniły się w znacznym stopniu do odzyskania podmiotowości osób chorujących psychicznie i pozbycia się psychiatrycznej etykiety wiecznego pacjenta. Następnym było samoorganizowanie się tego środowiska i tworzenie jego niezależnej reprezentacji. Odkonano to dość sprawnie, z czasem powstało wiele grup nieformalnych a następnie organizacji pozarządowych tworzonych przez osoby chorujące. Rozwinęły one dość rozbudowaną i kompleksową działalność nakierowaną na zwalczanie łamania praw człowieka w placówkach psychiatrycznych, zmianę systemu leczenia i wsparcia, przeciwdziałanie stygmatyzacji i wspieranie innych

chorych^{60,61}. Te realizowane z konsekwencją działania przyniosły znaczący efekt doprowadzając do realnych zmian w systemie leczenia oraz modyfikacji przekonań społecznych na temat osób chorujących psychicznie. Wiele działań podejmowanych w sferze wspierania innych chorych doprowadziło z czasem do podjęcia się przez nich roli „ekspertów przez doświadczenie” czyli osób chorujących, które znajdują się na bardziej zaawansowanych stadiach procesu zdrowienia i chcących swoim doświadczeniem wspierać innych. Działalność ekspertów przez doświadczenie okazała się bardzo przydatna, stanowią oni obecnie realne wsparcie dla osób chorujących. Wartość udzielanych przez nich porad i wsparcia jest zupełnie inna niż działania prowadzone przez profesjonalistów. Wiąże się ona z własnym, osobistym doświadczeniem zarówno w odczuwaniu objawów, sposobach radzenia sobie z nimi jak i przyjmowaniem leków psychotropowych i korzystania z profesjonalnej terapii. Obecnie na świecie wspieranie osób chorujących psychicznie przez innych chorych jest dość popularne. Badania dotyczące tego zagadnienia jednoznacznie wykazują, że udzielanie pomocy w taki sposób nie tylko wpływa na poprawę samopoczucia osób korzystających z porad, lecz również ma pozytywne skutki dla udzielających jej⁶². Najczęściej w badaniach dotyczących tego zagadnienia wspomina się o podwyższonej samoocenie, poczuciu przydatności i satysfakcji życiowej osób wspierających innych chorych. Udział w ruchu samopomocowym przekłada się również na lepsze radzenie sobie z objawami, rzadsze nawroty i rehospitalizacje^{63,64}.

Niestety w Polsce ruch samopomocowy w tej grupie znajduje się nadal w początkowych fazach tworzenia. Poszczególne inicjatywy są realizowane lokalnie, głównie przez nieformalne grupy osób z doświadczeniem choroby psychicznej. Starają się one znaleźć społeczną przestrzeń na swoje działania szukając sojuszników. Wydaje się, że najbardziej pożądane wsparcie powinno nadejść ze strony środowisk niezwiązanych z psychiatrią. Ruchy samopomocowe w Polsce powstają wolno z trudem szukając własnej drogi. Nie rozwijają się tak prężnie jak w krajach zachodnich. Dopiero w ostatnich latach obserwujemy tego rodzaju próby. Wymagają one wsparcia ale zarazem nie może ono być dyrektywne i organizowane odgórnie. Powinno polegać raczej na tworzeniu przestrzeni do aktywności i udzielaniu jej niezbędnego wsparcia technicznego. Nie powinno wpływać na kierunek działań ani

⁶⁰ Hölling I. (2001) About the impossibility of a single (ex-)user and survivor of psychiatry position, *Acta Psychiatr Scand*, 104 (410), 102-106.

⁶¹ Repper J., Carter T. (2011) A review of the literature on peer support in mental health services, *Journal of Mental Health*, 20 (4), 392-411.

⁶² Repper J., Carter T. (2011) A review of the literature on peer support in mental health services, *Journal of Mental Health*, 20 (4), 392-411.

⁶³ Castelein S., Bruggeman, J. (2018) Effectiveness of peer support groups in psychosis: a randomized controlled trial, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 18, 64-72.

⁶⁴ Omeni E., Barnes M., MacDonald F. (2014) Service user involvement: impact and participation: a survey of service user and staff perspectives. *BMC Health Services Research*, 14, 491.

przejmować nad nim kontroli. Wydaje się również, że nie da się przyspieszyć jego rozwoju działaniami dyrektywnymi, ruch samopomocowy powinien być oparty na autentycznej potrzebie działania pojawiającej się w sposób naturalny i spontaniczny. Profesjonaliści mogą towarzyszyć w jego tworzeniu, ale nie powinni nadawać mu kierunku ani kształtu.

Dotychczasowe polskie dość szczątkowe doświadczenia wskazują w tym kontekście na znaczenie organizacji pozarządowych, pomoc społeczną oraz szkoły wyższe jako sojuszników ruchów samopomocowych. To te środowiska mają potencjalnie największe możliwości w realnym wsparciu osób chorujących psychicznie, które chcą działać na rzecz innych i swojego własnego rozwoju. I tak się właśnie dzieje, ruch samopomocowy buduje się w Polsce powoli i z trudem, jednak coraz bardziej zaznacza swoją aktywność.

Brak koordynacji i ciągłości pomocy

Wymieniając kluczowe problemy wpływające na efektywność udzielanej pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi należy również wspomnieć o swoistym „zagubieniu” wśród dostępnych ofert, programów i ośrodków. Obecnie, przede wszystkim w dużych miastach Mazowsza, dostępnych jest dużo różnorodnych ścieżek wsparcia i możliwości wzmocnienia funkcjonowania w społecznościach lokalnych. Dobrym przykładem jest tu Warszawa, w której w chwili obecnej dostępny jest rozbudowany systemem leczenia psychiatrycznego i wsparcia społecznego. Jest to oczywiście sytuacja nietypowa w porównaniu z resztą województwa mazowieckiego co wiąże się ze specyfiką wielkich miast, w których istnieje dość dużo różnorodnych form leczenia i wsparcia. W zakresie leczenia Warszawa jest miastem, w którym działają placówki odwołujące się do zasad psychiatrii środowiskowej. Należy tu wymienić dostępne praktycznie w każdej dzielnicy zespoły leczenia środowiskowego, oddziały dzienne oraz poradnie zdrowia psychicznego. Sytuacja w zakresie dostępu do niemedycznych środowiskowych programów wsparcia jest również generalnie dobra. W ciągu ostatnich dwudziestu lat udało się utworzyć wiele efektywnie działających form wsparcia społecznego. Na terenie Warszawy działają wszystkie dostępne obecnie programy wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi: Środowiskowe Domy Samopomocy, Dom pod Fontanną, Warsztaty Terapii Zajęciowej, Ośrodki Wsparcia, Kluby, Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze, Mieszkania Chronione (Treningowe) oraz programy aktywizacji zawodowej. Działają również (nieliczne niestety) grupy samopomocowe. Oferta ta jest dość kompletna i dostępna praktycznie dla mieszkańców wszystkich dzielnic Warszawy. Programy te pracują stabilnie od wielu lat, dysponują dobrze przygotowanym personelem oraz zapewniają

wsparcie dla bardzo licznej grupy osób z zaburzeniami psychicznymi. Badania przeprowadzone w latach 2011-2012 wykazały efektywność tego systemu⁶⁵.

Można więc uznać, że w chwili obecnej na Mazowszu dysponujemy zróżnicowanymi formami leczenia środowiskowego oraz niemedycznymi programami wsparcia społecznego. Są one zdecydowanie nierównomiernie rozłożone. Dostęp do nich poza większymi miastami jest zdecydowanie niedostateczny.

Tam, gdzie dostęp ten jest w znacznym stopniu zapewniony (duże miasta), sytuacja osób z zaburzeniami psychicznymi bywa jednak nadal trudna z uwagi na swoiste „zagubienie” wśród dostępnych ofert, programów i ośrodków. Wyraźnie widoczna jest duża luka w systemie, wpływająca znacząco na jego efektywność. Chodzi tu o brak koordynacji zróżnicowanych działań i niemożność przygotowywania jednej, zwartej i kompleksowej indywidualnej oferty wsparcia. Potrzebne jest stworzenie mechanizmu pomocy w tworzeniu wszechstronnego zestawu działań oraz towarzyszenia osobom z zaburzeniami w możliwie efektywnym jego wykorzystaniu. Obecnie osoby te często są zagubione w systemie, korzystają z niego nierzadko w sposób przypadkowy i niedostatecznie planowy lub wobec braku informacji w ogóle do niego nie trafiają. Niezbędne jest więc zapewnienie im dostępu do regularnego doradztwa indywidualnego, które spowoduje, że korzystanie z dostępnej oferty będzie efektywne i satysfakcjonujące. Wpłynie to na odzyskanie poczucia kontroli nad własnym życiem. Da szansę na przełamanie osamotnienia i upodmiotowienie. Pozwoli na wyjście z roli wiecznego pacjenta i podjęcie funkcjonowania w roli pełnoprawnego członka społeczności lokalnej – czyli na skuteczną realizację naczelnego celu programów zapewniania pomocy i oparcia.

Uwarunkowania pomocy i oparcia społecznego w opinii osób z zaburzeniami psychicznymi

Zagadnienie zapewnienia oparcia społecznego i pomocy dla osób chorujących psychicznie w warunkach polskich zostało dość dokładnie zbadane w ostatnich latach. Badania dotyczyły: jakości życia⁶⁶, sieci społecznych⁶⁷, funkcjonowania społecznego⁶⁸,

⁶⁵ Bronowski P. (2012) Środowiskowe systemy wsparcia w procesie zdrowienia osób chorujących psychicznie, APS, Warszawa

⁶⁶ Bronowski P., Sawicka M., (2008) Jakość życia u osób przewlekle chorujących psychicznie objętych środowiskowym programem wsparcia społecznego, Człowiek, Niepełnosprawność, Społeczeństwo, 1 (17), 53-69.

⁶⁷ Bronowski P., Załuska M (2008), Social suport of chronically mentally ill patients, Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 2, 13-19.

⁶⁸ Bronowski P., Sawicka M., Kluczyńska S., (2009) Sieci społeczne osób chorujących psychicznie objętych środowiskowym programem wsparcia i rehabilitacji, Postępy Psychiatrii i Neurologii, nr 4.

wsparcia w miejscu zamieszkania⁶⁹, zespołów interdyscyplinarnych⁷⁰, mieszkań chronionych⁷¹, środowiskowych domów samopomocy i warsztatów zajęciowych⁷².

Wymienione powyżej badania opierały się jedynie na danych ilościowych. W roku 2017 przeanalizowano również dane jakościowe dotyczące sytuacji osób chorujących psychicznie. Badaniami objęto osoby z zaburzeniami psychicznymi, ich rodziny oraz profesjonalistów zajmujących się wpieraniem ich. Za szczególnie ważne dla diagnozy systemu pomocy i oparcia społecznego na Mazowszu można uznać dane uzyskane właśnie od osób z zaburzeniami. Ich opinie jak dotąd rzadko brane były pod uwagę. Należy jednak uznać, że opinie tych, którzy najlepiej znają swoje problemy czyli samych chorych mogą być uznane za jedno z podstawowych źródeł informacji na temat optymalizacji form pomocy. Warto zaznaczyć, że badania objęły również osoby zaangażowane w ruch samopomocowy. Zebrano także opinie od członków rodzin. Ich doświadczenia są bardzo istotne, jako że uczestniczą oni w codziennym życiu osób z zaburzeniami, często tworząc jedyny dostępny element ich indywidualnej sieci wsparcia.

Dane pochodzące od bezpośrednich beneficjentów pomocy (osób chorujących i ich rodzin) zostały uzupełnione przez opinie na temat pożądanых zmian w programach oparcia, wyrażane przez profesjonalistów z placówek psychiatrycznej służby zdrowia i niemedycznych programów wsparcia. Badania objęły 172 osobową grupę mieszkańców Warszawy, dane były gromadzone w okresie czerwiec – sierpień 2016. Zbieranie danych zrealizowano poprzez spotkania fokusowe dotyczące: oceny dotychczasowych doświadczeń z korzystania z programów wsparcia środowiskowego oraz leczenia psychiatrycznego, trudności związanych z codziennym funkcjonowaniem, stygmatyzacją oraz oczekiwaniami związanymi z systemami leczenia i wsparcia. W przypadku członków samopomocowej Grupy Wsparcia Trop spotkania fokusowe zostały poszerzone o wywiady pogłębione.

Czynniki ważne dla efektywności pomocy i oparcia w opinii badanych zostały zaprezentowane poniżej. Wszystkie przytoczone wypowiedzi osób uczestniczących w

⁶⁹ Bronowski P., Sawicka M. (2010) Specjalistyczne usługi opiekuńcze jako ważny element środowiskowego leczenia osób chorych psychicznie, *Psychoterapia*, 4 (155), 35-51

⁷⁰ Bronowski P., Sawicka M., (2010) Zespół interdyscyplinarny – nowa jakość w opiece środowiskowej, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 20(3), 193-199.

⁷¹ Bronowski P., Sawicka M., Rozya P. (2016) Kim są i czego oczekują użytkownicy mieszkań chronionych? *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 25, 32-41.

⁷² Bronowski P., Sawicka M., Rowicka M., Jarmakowicz M. (2017) Sieci społeczne i poziom funkcjonowania społecznego uczestników warsztatów terapii zajęciowej i środowiskowych domów samopomocy – dwóch podstawowych placówek wsparcia dla osób chorujących psychicznie, *Psychiatria Polska*, 51(1), 139–152.

badaniach pochodzą z artykułu Bronowskiego „Czynniki wpływające na proces zdrowienia w opinii osób chorujących psychicznie, ich rodzin i terapeutów”⁷³.

Na podstawie analizy wypowiedzi badanych za zagadnienia szczególnie istotne dla procesu zdrowienia i systemu pomocy można uznać:

Znaczenie kontaktów społecznych

Wydaje się, że sprawa dostępu do relacji interpersonalnych i obecności innych ludzi jest kluczowa dla respondentów. Wyraźnie zaznaczona jest potrzeba przynależności i pozostawania w bliskich relacjach z innymi.

„W zdrowieniu pomaga przebywanie w gronie osób, które mnie akceptują”,

„Spotkania z innymi osobami, ze znajomymi, wychodzenie z domu, bo jak się siedzi w domu to dla zdrowia psychicznego to kiepskie jest żeby siedzieć w domu”,

„Spotykam się w klubach z ludźmi i gadanie z normalnymi ludźmi. Przebywanie z innymi zdrowymi i się wtedy lepiej czuję, jestem bardziej usamodzielniony”,

Za ważne dla procesu zdrowienia osoby chorujące uznały również dostęp do zorganizowanej, wartościowej aktywności. Nadaje to strukturę dnia, pozwala zaplanować funkcjonowanie i zdobyć sens życia:

„Ważne są - domy środowiskowe i różne zajęcia w tych domach. Zajęcia w Warsztacie Terapii też, bo osoby chore nie mogą siedzieć w domu”.

„Narzucanie sobie obowiązków różnych, aktywność to jest dobre. Jest sens życia”

„Ośrodek ma pozytywne działania, wychodzi się do innych ludzi”

Aktywność samopomocowa

Od osób z doświadczeniem choroby psychicznej zaangażowanych w samopomoc zebrano dane dotyczące ich opinii na temat prowadzonych w jej ramach aktywności. Wszyscy badani jednoznacznie pozytywnie wypowiadają się o swojej pracy w ramach Grupy:

„Wrażenia są niesamowite dlatego, że mogę pomagać innym.(...) jestem naprawdę zadowolony, że udało mi się wkręcić w tę grupę TROP.”

”Dla mnie jest to ważne bo ja przynależę do jakiejś grupy.”

⁷³ Bronowski P.(2017) Czynniki wpływające na proces zdrowienia w opinii osób chorujących psychicznie, ich rodzin i terapeutów W: Stare dylematy i nowe wyzwania w psychoterapii / Danielewicz Dorota , Rola Jarosław (red.), Warszawa, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, s.69-87.

Dość jasno określają swoją motywację do udziału w Grupie „Chcę być potrzebna w społeczeństwie, jak wszystkie osoby chcą się czuć potrzebna dla innych osób. To podwyższa naszą wartość, czujemy się dowartościowani przez to że jesteśmy potrzebni. Kiedy wiele osób słysząc o naszej chorobie odmawiało nam przyjęcia do pracy czuliśmy się odrzuceni przez społeczeństwo, niepotrzebni. Natomiast tutaj czujemy się potrzebni. Jesteśmy programem innowacyjnym i to mnie również motywuje do pracy i zachęca (...).”

Aktywność w ruchu samopomocowym wiąże się jednoznacznie z nastawieniami altruistycznymi: „Dlatego, że wiem jak cierpią ludzie chorzy, ja to przeżyłem sam, widziałem kiedy nie byłem w stanie nic zrobić, bałem się wszystkiego, bałem się wyjść na ulicę (...). To jest motywacja taka, że wiem jak ci ludzie cierpią i wiem, że oni potrzebują tej pomocy, (...) i to jest moja satysfakcja, że ja jestem w stanie im jakoś pomóc, spełnić w jakimś procencie ich marzenia pragnienia.” „Warto działać w Tropie, bo organizacja ta daje możliwość podejmowania różnych inicjatyw, np. dzięki Programowi Doradcy Telefoniczni, na bieżąco wykonujemy ważną pracę na rzecz innych chorych.”

W wypowiedziach dość często pojawiają się informacje o pozytywnym wpływie zaangażowania na ich samopoczucie psychiczne:

„ Ja pracując w tej Grupie, należąc do niej to czuję, że to dla mnie jest takie ozdrowieńcze, a druga rzecz, to jest bardzo fajnie, że ja mam poczucie, że mogę komuś pomóc zawsze powtarzałam, że nawet pomagając jednej osobie to ja już się super czuję.” „(...) to jest jakaś forma terapii, dziś szczerze mówiąc nie za bardzo mi się chciało wstać no ale musiałem i teraz się cieszę, że tu jestem, to jest autoterapia.”

„ Otwieram się na ludzi, poznałam dużo nowych osób sama dowiedziałam się o wielu kolejnych możliwościach bo pracując w Grupie Wsparcia Trop mamy szereg informacji o tym jak pomagać, o tym jak radzić sobie z tą chorobą. Cieszę się, że inni mogą korzystać z mojego doświadczenia, że mogę innym pomóc, że mogą dostrzec swoją szansę dzięki mnie.”

Członkowie Grupy Wsparcia Trop widzą celowość swojej pracy, wierzą, że może ona coś zmienić w sytuacji osób chorujących:

„Może zmienić wiele, jeśli to dojdzie do lekarzy, do szpitali, do placówek, że są ludzie przy telefonie, ludzie, którzy pomagają, może to uczuli naszą służbę zdrowia że trzeba bardziej otworzyć się na ludzi chorych. (...) żeby człowiek, który wychodzi za szpitala nie był pozostawiony sam sobie na łasce losu.”

„Dużo może zmienić, nawet ta świadomość gdzie próbujemy do uczniów dotrzeć i przekazać im wiedzę o tym jak wygląda chorowanie, o tym, że chory to nie jest wariat, tylko media kreują nas na wariatów i zmienienie tej świadomości to już jest bardzo duży krok i tak jak mówiłam dotarcie do tych specjalistów do profesjonalistów żeby oni też bardziej nas zauważali i w tym kierunku prowadzili leczenie to też jest duża wartość.”

„Wydaje mi się, że to jest bardzo potrzebne, i że może dużo zmienić, że osoby chore psychicznie nie będą musiały czekać tak wiele lat na to by ich stan zdrowia się polepszył nie muszą sami przechodzić przez to wszystko, nie muszą przechodzić przez to w osamotnieniu w izolacji społecznej.”

Poczucie zagubienia i brak ciągłości wsparcia

W wielu wypowiedziach osób z zaburzeniami psychicznymi często powtarza się wątek braku jasno wytyczonej drogi postępowania i wyznaczonego celu. Skutkuje to zagubieniem wśród różnorodnych ofert lub brakiem jasnych ustaleń i zaleceń. Zarówno leczenie jak i wsparcie nie ma wówczas wymiaru klarownie wyznaczonego procesu lecz jest zestawem przypadkowych lub doraźnych działań, których nikt nie koordynuje:

„Szczególnie ciężko jest zaraz po wyjściu ze szpitala, wtedy nie wiadomo co robić ze sobą.”

„Jak ktoś zachoruje pierwszy raz to nie wie nic, i jego rodzina też nic nie wie. I tak wchodzi w pustkę; a w szpitalach to jest tak, że jak pacjent się nie zgłosi to lekarz nawet nie rozmawia, czasem osoby nie wiedzą kto jest ich lekarzem prowadzącym.”

„Powinno się informować gdzie są kluby pacjenta po wyjściu ze szpitala. A mnie nikt nic nie powiedział.”

Jak wynika z powyższych uwag, szczególnie dotkliwie brak jasno sformułowanych zaleceń odczuwa się bezpośrednio po wyjściu ze szpitala, w sytuacji utrzymujących się jeszcze przez jakiś czas dużych trudności związanych z częściowymi objawami i deficytami w kontaktach społecznych.

W opinii członków rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi problem braku koordynacji oferowanych działań oraz słaby dostęp do informacji to również ważne i powszechne trudności negatywnie wpływające na przebieg procesu wsparcia. Większość osób z tej grupy ocenia poziom przekazywania informacji dotyczących programów wsparcia środowiskowego i leczenia źle lub bardzo źle. Podkreślano, że „było by jeszcze gorzej gdyby nie organizacje pozarządowe”.

Zdaniem członków rodzin wiele problemów osób z zaburzeniami psychicznymi wiąże się z czynnikami psychologicznymi skoncentrowanymi wokół kwestii niskiej samooceny i poczucia odrzucenia. Podkreślano również trudności w podejmowaniu aktywności i konieczność stałego wsparcia: brak inicjatywy własnej („dziecko szybko się zniechęca”), nieumiejętność załatwienia spraw „urzędowych”.

Zwracano uwagę również na to, że brakuje informacji ogólnej o sposobie radzenia sobie, osoby bliskie muszą szukać informacji rozsianych po Internecie. Podkreślano również brak informacji o całościowej ofercie wsparcia

Wiele uwag zgłaszanych przez rodziny dotyczyło braku jasnych perspektyw, co do dalszego postępowania w zakresie leczenia i wsparcia, szczególnie zaraz po zachorowaniu: „brak informacji, „pozbywanie się pacjenta”, „trzeba było radzić sobie samemu”, „syn nie był hospitalizowany, przepisano farmakoterapię i zalecono „pilnowanie pacjenta”, „sama wszystko załatwiałam”; skutkuje to poczuciem osamotnienia i braku wsparcia: „po wypisaniu ze szpitala nie było informacji, większość uzyskałam samodzielnie z wykorzystaniem Internetu oraz „intuicyjnie”; dotyczyły one też podejścia w radzeniu sobie z chorobą członka rodziny, w sytuacji pogorszenia – „lekarze zalecali natychmiastową hospitalizację”. „Nie było informacji, musiałam stale obserwować chorego, żyłam w napięciu”.

Podobnie widzą sytuację profesjonaliści, dla których brak konkretnej i długofalowej oferty dla osób z zaburzeniami psychicznymi może być szczególnie dotkliwy. Po raz kolejny pojawia się kwestia opuszczenia i poczucia bezradności po wypisie ze szpitali:

„Ci klienci z którymi rozmawiamy, to oni nam mówią, że dla nich najgorszy moment jest jak oni wychodzą ze szpitala bo jest pustka. Mają skierowanie do PZP, bo to dostają w szpitalu. Ale w PZP będą z nimi krótko rozmawiać i dadzą im receptę. Albo fartownie ktoś już chodzi do jakiegoś ośrodka, albo psychiatra jakoś sobie przypomniał o tym. Ale najczęściej on wychodzi w pustkę i albo ma troskliwą rodzinę, która znajdzie dla niego jakąś alternatywę i będzie z nim chodzić tam. Albo po prostu pozostanie w tym domu i będzie się gapił w ścianę bo nikt mu nic nie powiedział. Prawdopodobnie dobrym rozwiązaniem jest, żeby w wielu przypadkach jacyś konsultanci zjawiali się w szpitalu przed wypisem i tam zaczęli rozmawiać.”

Odczuwanie stygmatyzacji

W relacjach osób z zaburzeniami psychicznymi szczególnie często pojawiały się wątki związane z nastawieniami wobec nich innych ludzi. Jest to problem dotkliwy, często występujący i stanowiący wyraźną barierę w zdrowieniu:

„Przeszkadza to, że ludzie nie wiedzą co to są choroby psychiczne, mylą choroby psychiczne z upośledzeniem umysłowym, przeszkadza to, że inni traktują nas gorzej”, „Przeszkadza mi poniżające myślenie osób zdrowych o mnie, że jestem gorsza, nie mam zrozumienia nawet w rodzinie, w rodzinie czasem za dużo wymagają, nie słuchają.”

„Chcemy być traktowani jak inne osoby, to jest dla nas bardzo ważne. Trzeba brać pod uwagę, że jesteśmy wrażliwsi, ale jesteśmy tacy sami jak inni. Traktowanie nas tak jakbyśmy nic nie wiedzieli i nie umieli jest bardzo złe. A my możemy wiele zrobić.”

“My nie spełniamy społecznych oczekiwań, odnośnie na przykład, że nie mamy męża, dzieci, rodziny. A normalnie ludzie, sąsiedzi lubią o tych sprawach rozmawiać. Nie mają może o czym z nami rozmawiać.”

Zwraca uwagę, że w wypowiedziach osób z zaburzeniami psychicznymi szczególnie często pojawiały się wątki dotyczące poczucia samotności, odrzucenia i braku zrozumienia u innych ludzi.

„To co najgorsze to chyba siedzenie w domu beczynne, no głównie chyba siedzenie w domu.”

„Okropne są przykre uwagi na ulicy, brak zrozumienia na ulicy wśród ludzi, przykre komentarze. To jest bardzo trudne i okropne”.

Członkowie rodzin również akcentowali problemy z kontaktami z ludźmi czyli niechętnie postawy społeczne wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Wymieniano tu: brak akceptacji ze strony otoczenia, bardzo wąskie kontakty społeczne poza rodziną, co skutkuje w wielu przypadkach zamknięciem się w sobie i tendencjami do wycofywania się z i tak nielicznych kontaktów (autostygmatyzacja).

Przytoczone powyżej informacje pochodziły od dość szerokiej i reprezentatywnej grupy respondentów (osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym członkowie ruchu samopomocowego), ich rodziny i profesjonaliści. Wnioski z nich należy uznać za istotne z punktu widzenia efektywności systemów pomocy i oparcia. Można je zestawić następująco:

- dla efektywnego zapewniania wsparcia istotne znacznie mają: czynniki psychologiczne (poczucie własnej wartości i pozytywna samoocena), dostęp do kontaktów społecznych, wspieranie samodzielności i niezależności oraz przełamywanie izolacji;
- niechętnie postawy wobec osób z zaburzeniami psychicznymi są silnie odczuwane i stanowią znaczącą przeszkodę w procesie zdrowienia. Potrzebne są działania destygmatyzacyjne, dzięki którym trudności te zostaną skutecznie zredukowane;

- udział w ruchu samopomocowym jednoznacznie pozytywnie wpływa na proces zdrowienia. Daje poczucie przydatności, wzmacnia samoocenę i przywraca poczucie podmiotowości;
- często brak jest kompleksowej, długofalowej indywidualnej strategii leczenia i wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi. W wielu przypadkach skutkuje to poczuciem zagubienia i osamotnienia;
- akcentowany jest również brak koordynacji udzielanego w środowisku wsparcia, powodującego nieefektywne wykorzystanie zasobów;

Dokumenty programowe i rozwiązania prawne dotyczące zapewniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Podstawowe dokumenty wskazujące na środowiskowy model wsparcia jako najbardziej efektywny oraz określające główne zasady zapewniania pomocy pochodzą sprzed kilku lub kilkunastu już lat. Są dobrze znane, można uznać że ich opracowanie w znaczącym stopniu przyczyniło się do realnej poprawy sytuacji osób z zaburzeniami psychicznymi w krajach, w których przyjęto środowiskowy, oparty na społecznościach lokalnych, sposób organizacji wsparcia. Do najważniejszych międzynarodowych dokumentów programowych w tym zakresie należy zaliczyć:

-The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding. New Hope, WHO

-Green Paper - Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union, EU 2005.

- European Pact for Mental Health and Well Being, WHO 2008.

- The European Mental Health Action Plan 2013–2020

W Polsce sytuacja wygląda dość podobnie – rozwiązania ustawowe umożliwiające realizację programów pomocy i oparcia społecznego powstały wiele lat temu.

W chwili obecnej programy te działają w oparciu o następujące akty prawne:

- Ustawa o Ochronie Zdrowia Psychicznego (1994),

- Ustawa o Rehabilitacji Zawodowej i Społecznej oraz Zatrudnianiu Osób Niepełnosprawnych (1997),

- Ustawa o Pomocy Społecznej (2004)

- Ustawa o Działalności Pożytku Publicznego i Wolontariacie (2003).

Za jeden ze szczególnie ważnych w Polsce dokumentów w tym kontekście należy uznać Narodowy Program Ochrony Zdrowia na lata 2021 – 2025. Wyznacza on podstawowe obszary wsparcia zdrowia, również psychicznego. Jednym z jego podstawowych celów jest profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa. Realizowane w jego ramach zadania powinny koncentrować się między innymi na wspieraniu zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym. W realizację tych zadań powinny być zaangażowane jednostki samorządu terytorialnego.

Zapewnianie oparcia społecznego w kontekście zdrowia psychicznego jest działaniem znajdującym swoje odzwierciedlenie również w dokumentach wyznaczających podstawowe kierunki polityki społecznej i zdrowotnej na Mazowszu. Trzeba zaznaczyć, że kwestie związane z zapewnianiem oparcia i pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi w pełni mieszczą się również w Strategii Polityki Społecznej Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 i odnoszą się do zapisów dwóch obszarów działań w ramach regionalnych polityk publicznych:

W Obszarze I – rekomenduje się poprawę dostępu do usług społecznych, w tym zdrowotnych dla osób długotrwale i ciężko chorych poprzez zwiększenie zakresu działań integracji społecznej ze społecznością lokalną, w tym osób w kryzysie psychicznym,

W Obszarze II – rekomenduje się przeciwdziałanie ubóstwu i wykluczeniu społecznemu osób i rodzin poprzez zwiększenie świadomości społeczności lokalnej o potrzebie inkluzji osób zagrożonych wykluczeniem, wykluczonych i wspieranie działań profilaktycznych prowadzonych przez publiczne i niepubliczne instytucje działające na rzecz włączenia społecznego i walki z ubóstwem również na rzecz osób doświadczających kryzysu psychicznego⁷⁴.

Należy tu wspomnieć również Mazowiecki Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2018-2021. Za szczególnie istotne należy uznać tu odwoływanie się w obu dokumentach do środowiskowego modelu pomocy jako podstawy zapewniania terapii i wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi. Innym ważnym dokumentem, jest Wojewódzki Program Pomocy i Oparcia dla osób z Zaburzeniami Psychicznymi.

Należy również podkreślić, że prowadzone na Mazowszu działania realizowane są w pełnej zgodności z Konwencją ONZ o prawach osób niepełnosprawnych.

⁷⁴ MCPS (2014) Strategia Polityki Społecznej Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, Warszawa.

Trzeba zaznaczyć, że wymienione powyżej krajowe i samorządowe akty prawne są wystarczającą podstawą do skutecznego zapewniania efektywnej pomocy dla osób z doświadczeniem kryzysów psychicznych. Nie wydaje się, aby wymagały one wprowadzania istotnych zmian. Trzeba je po prostu stosować. Wzrost efektywności lokalnych programów nie jest związany ze znaczącą potrzebą modyfikacji w aktualnie obowiązujących regulacjach. Stwarzają one odpowiednie podstawy prawne do tworzenia nowych placówek i programów oraz do ich rozwoju. Oczywiście na obszarach gdzie dostęp do nich jest niewystarczający należy je uruchamiać. Podstawy prawne oraz ścieżki finansowania są dostępne od lat. Tworzenie i prowadzenie programów pomocy i oparcia społecznego w znacznym stopniu zależy więc od samorządu województwa i społeczności lokalnych. Dotyczy to przede wszystkim obszarów poza dużymi miastami, w których dostęp do nich w wielu miejscach na Mazowszu jest niedostateczny. Należy natomiast położyć nacisk na promowanie podejścia nawiązującego do koncepcji umacniania i wspierania procesu zdrowienia. Potrzebna jest więc pomoc merytoryczna dla personelu, szkolenia i superwizje oraz lokalnie prowadzone kampanie zapobiegające stygmatyzacji osób chorujących psychicznie.

Dostępne na Mazowszu programy pomocy i oparcia społecznego

Środowiskowe programy wsparcia są instrumentem umożliwiającym efektywne wspieranie procesu zdrowienia osób chorujących psychicznie na poziomie społeczności lokalnej. Programy te działają w Polsce od połowy lat 90. ubiegłego wieku. Ich powstanie wiąże się w znacznym stopniu z rozwiązaniami zawartymi w Ustawie o Ochronie Zdrowia Psychicznego z roku 1994⁷⁵. Porządkowała ona kwestie związane ze stosowaniem przymusu (hospitalizacje wbrew woli, unieruchomienia etc) odwołując się do zasady pełnego poszanowania praw człowieka. Zawierała również rozwiązania dotyczące sposobu zapewniania opieki dla osób chorujących psychicznie jednoznacznie określając ich kierunek jako model środowiskowy, ściśle związany ze społecznością lokalną. Wprowadzała również nowatorskie jak na tamte czasy rozwiązania w postaci niemedycznych programów wsparcia dla osób chorujących psychicznie. Były to Środowiskowe Domy Samopomocy oraz Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze. Te dwa programy, finansowane z budżetu państwa, stanowią do dziś fundament programów środowiskowych. Warto zaznaczyć, że wprowadzenie

⁷⁵ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o Ochronie Zdrowia Psychicznego, Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375.

w Polsce rozwiązań środowiskowych w zakresie zapewniania oparcia dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej i niewątpliwym sukces tych programów są w znacznym stopniu związane z pomocą społeczną. To pracownicy socjalni wspólnie z organizacjami pozarządowymi zbudowali zręby tego systemu w Polsce w latach 90 ubiegłego wieku i w początkach nowego tysiąclecia⁷⁶. Dziś, z pewnej perspektywy, można stwierdzić, że programy te działają, są dostępne i efektywne. Zostało to potwierdzone w badaniach dotyczących zarówno pojedynczych programów jak i ich systemów w Warszawie, Krakowie i Lublinie⁷⁷. Warto podkreślić, że często pojawiający się przy określaniu tych programów przymiotnik „niemedyczne” ma duże znaczenie i nie pojawił się przypadkowo. Chodzi w nim o odróżnienie programów środowiskowych, nastawionych na szeroko rozumianą pomoc w prowadzeniu dobrego życia (jak to się określa w psychologii pozytywnej) od działań psychiatrycznych. W tych drugich uwagę koncentruje się przede wszystkim na objawach psychopatologicznych i ich kontroli. Różnica generalnie polega na odmiennych celach i metodach działania, choć oczywiście z punktu widzenia osób chorujących i skuteczności wspierania procesu zdrowienia, te dwie sfery – medyczna i społeczna – powinny współdziałać.

Dostępne programy wsparcia środowiskowego na Mazowszu są dość wszechstronne i rozbudowane. W ich skład wchodzi: Środowiskowe Domy Samopomocy, Warsztaty Terapii Zajęciowej, Ośrodki Wsparcia, Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze, Kluby, Mieszkania Chronione, programy podnoszenia kwalifikacji, wspierane zatrudnienie oraz inicjatywy samopomocowe. Programy te są najłatwiej dostępne w dużych miastach tworząc lokalne systemy wsparcia środowiskowego, tak jest również na Mazowszu. Jest ich mniej na terenach wiejskich, gdzie w społecznościach lokalnych zwykle mamy do czynienia z jednym typem placówki dziennej. Najczęściej jest to Środowiskowy Dom Samopomocy lub Warsztat Terapii Zajęciowej.

Mimo zróżnicowania wymienionych powyżej programów należy zaznaczyć, że mają one jednoznacznie wspólne cele. Są nimi wspieranie procesu zdrowienia oraz poprawa jakości życia osób chorujących. Korzystanie z programów jest zwykle możliwe w sposób mniej lub bardziej długoterminowy. Są one zróżnicowane pod względem intensywności oddziaływań w zależności od potrzeb i możliwości ich użytkowników. Zapewniają dostęp do szerokiego zestawu działań. Można do nich zaliczyć przede wszystkim:

- wzmacnianie indywidualnych sieci społecznych

⁷⁶ Załuska M, Prot K, Bronowski P. (2007) Psychiatria środowiskowa, jako środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

⁷⁷ Bronowski P. (2018) Środowiskowe programy wsparcia w procesie zdrowienia osób chorujących psychicznie, Wydawnictwo APS, Warszawa.

- rozwijanie umiejętności społecznych
- poradnictwo i wsparcie (psychologiczne lub samopomocowe)
- wsparcie codziennego funkcjonowania
- wzmacnianie samodzielności
- zdobywanie nowych umiejętności
- pomoc w uzyskaniu pracy

Jak już wspomniano, programy te w Polsce są obecnie dość zróżnicowane, dostosowane do indywidualnych potrzeb i możliwości osób chorujących. Aby w sposób jasny i przejrzysty zaprezentować ich specyfikę, poszczególne rodzaje programów zostaną omówione poniżej.

Środowiskowe Domy Samopomocy

Placówki te stanowią podstawę środowiskowych systemów wsparcia w Polsce. Są relatywnie łatwo dostępne, dysponują sprawdzonymi programami opartymi na wieloletnich już doświadczeniach – działają od końca lat 90. ubiegłego wieku. Oferują kompleksowy program zawierający indywidualne i grupowe wsparcie psychologiczne, terapię zajęciową oraz szereg aktywności wzmacniających codzienne funkcjonowanie. W wielu przypadkach Środowiskowe Domy mają w swojej ofercie wspieranie rodzin osób chorujących. Można uznać, że ich podstawowe działania nakierowane są z jednej strony na zapobieganie hospitalizacjom, z drugiej zaś na poszerzenie indywidualnych sieci społecznych. Programy Środowiskowych Domów Samopomocy są dostosowane przede wszystkim do potrzeb osób znajdujących się na wczesnych stadiach zdrowienia, które mają jeszcze problemy z kontrolowaniem objawów lub utrzymują się u nich problemy z pełniejszym funkcjonowaniem społecznym oraz poczuciem osamotnienia. W porównaniu z uczestnikami innych placówek wsparcia korzystający z ŚDS charakteryzują się dłuższym czasem trwania choroby, zachorowaniem w młodszym wieku i większymi problemami z kontrolą objawów⁷⁸.

Warsztaty Terapii Zajęciowej

Warsztat Terapii Zajęciowej to drugi podstawowy typ ośrodka dziennego wspierającego osoby chorujące psychicznie. Działają w systemie podobnym do Środowiskowych Domów Samopomocy, jednak ich cel jest nieco inny - program

⁷⁸ Bronowski P., Sawicka M., Rowicka M., Jarmakowicz M. (2017) Sieci społeczne i poziom funkcjonowania społecznego uczestników warsztatów terapii zajęciowej i środowiskowych domów samopomocy – dwóch podstawowych placówek wsparcia dla osób chorujących psychicznie, *Psychiatria Polska*, 51 (1), 139-152.

Warsztatów nakierowany jest na intensywną aktywizację społeczną i podjęcie zatrudnienia. Możliwość wykonywania pracy zawodowej jest dla osób chorujących psychicznie niezmiernie ważna. Praca, dzięki uzyskiwanemu wynagrodzeniu, pozwala zdobyć mniejszą bądź większą samodzielność. Nadaje również sens życia i daje poczucie przydatności. W przypadku osób chorujących uzyskanie zatrudnienia jest szczególnie trudne. Z jednej strony może wpływać na to utrzymywanie się lub nawroty objawów choroby, z drugiej niechęć pracodawców do zatrudniania osób z problemami psychicznymi. Warsztaty Terapii Zajęciowej starają się wyposażyć uczestników w umiejętności niezbędne do wykonywania pracy takie jak wytrwałość, punktualność czy koncentracja. Duża część programu nakierowana jest również na nabycie konkretnych umiejętności związanych z zajęciami prowadzonymi w poszczególnych pracowniach. Poza rozbudowaną terapią zajęciową w Warsztatach zapewniony jest również dostęp do wsparcia psychologicznego i spotkań społeczności terapeutycznej. Niektóre Warsztaty w swojej ofercie mają również wsparcie zawodowe w postaci doradztwa zawodowego i dostępu do staży zawodowych. Program tych placówek jest nastawiony w większym stopniu na aktywizację uczestników i z czasem podjęcie przez nich pełnego funkcjonowania społecznego. Z tego powodu są to placówki przeznaczone przede wszystkim dla osób znajdujących się na bardziej zaawansowanych stadiach zdrowienia. W porównaniu z uczestnikami innych programów charakteryzują się wyższym poziomem funkcjonowania społecznego i lepszymi sieciami wsparcia⁷⁹.

Ośrodki Wsparcia

To trzeci rodzaj placówek dziennych dla osób chorujących psychicznie. Ich programy są dość podobne do Środowiskowych Domów Samopomocy czyli są w największym stopniu nastawione na podtrzymanie codziennego funkcjonowania, wzmocnienie kontaktów społecznych oraz zapobieganie hospitalizacjom. Udzielane w nim wsparcie polega na zapewnieniu dostępu do porad psychologicznych, grup wsparcia, społeczności terapeutycznej oraz terapii zajęciowej. Ośrodki Wsparcia różnią się od Środowiskowych Domów przede wszystkim sposobem finansowania – środki na ich prowadzenie nie pochodzą z budżetu państwa, lecz z samorządu lokalnego. W praktyce oznacza to, że placówki te nie muszą spełniać dość wygórowanych oczekiwań formalnych dotyczących liczebności uczestników,

⁷⁹ Bronowski P., Sawicka M., Rowicka M., Jarmakowicz M. (2017) Sieci społeczne i poziom funkcjonowania społecznego uczestników warsztatów terapii zajęciowej i środowiskowych domów samopomocy – dwóch podstawowych placówek wsparcia dla osób chorujących psychicznie, *Psychiatria Polska*, 51 (1), 139-152.

powierzchni wykorzystywanego lokalu itp. tak jak to się dzieje w przypadku ŚDS. Poza tym oferta tych dwóch placówek nie różni się znacząco.

Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze

Jest to drugi, po Środowiskowych Domach Samopomocy, podstawowy i najbardziej dostępny rodzaj programów wsparcia środowiskowego. Tak jak i one został wprowadzony pod koniec lat 90. dzięki Ustawie o Ochronie Zdrowia Psychicznego. Dzięki temu dysponują one stabilnym finansowaniem i są obecnie jednym z najbardziej popularnych programów wsparcia. W porównaniu z wcześniej opisanymi są one jednak realizowane w sposób zupełnie inny. Wsparcie jest w nich zapewniane poprzez wizyty domowe u osób chorujących psychicznie. Są one realizowane przez interdyscyplinarny personel, w skład którego wchodzi przed wszystkim psychologowie, pracownicy socjalni oraz pielęgniarki psychiatryczne po odpowiednim stażu i przeszkoleniu do tego rodzaju pracy. Terapeuta buduje swoją ofertę wsparcia w ścisłej kooperacji z osobą chorującą, dostosowując ją do indywidualnych potrzeb, możliwości i oczekiwań. Skala podejmowanych działań jest tu bardzo szeroka i może obejmować pomoc w przełamywaniu izolacji społecznej, radzeniu sobie z objawami choroby, poprawie relacji z rodziną lub sąsiadami. Za jeden z podstawowych celów tego rodzaju działań należy uznać zapobieganie rehospitalizacjom i marginalizacji społecznej. Uczestnicy programów usług specjalistycznych dysponują szczególnie słabymi sieciami społecznymi, chorują w sposób najbardziej dotkliwy i długotrwały. Zdarza się, że na poszczególnych etapach zdrowienia, terapeuta z usług specjalistycznych jest ich jedynym kontaktem społecznym. Czas korzystania z usług jest jednym z najdłuższych ze wszystkich programów środowiskowych⁸⁰.

Kluby

Kluby to ciekawa forma wspierania osób chorujących psychicznie. W przeszłości często były nazywane „klubami pacjenta”. Jednak to stygmatyzujące określenie jest zupełnie niepotrzebne, w świetle badań dotyczących oczekiwań uczestników klubów można uznać, że są to placówki umożliwiające przede wszystkim ciekawe spędzanie wolnego czasu i dostęp do kontaktów społecznych. Oferta Klubów jest zwykle szeroka i elastyczna. Nie opiera się na sztywnych zasadach, raczej tworzy przyjazną przestrzeń do uczestnictwa. W ramach klubów możliwe jest wypicie kawy

⁸⁰ Bronowski P., Sawicka M., Charzyńska K. (2011) Home care services in the community treatment of mentally ill persons, „Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 3, 31-40

lub herbaty, oglądanie filmów, gry planszowe oraz inne tego rodzaju aktywności. Organizowane są wycieczki, wyjścia do kin czy teatrów. Możliwe jest także wspólne obchodzenie imienin, świąt lub innych uroczystości. W razie potrzeby dla uczestników zapewniony jest również dostęp do porad psychologicznych oraz rozmów wspierających. Podstawowym celem działania Klubów jest więc przełamywanie izolacji osób chorujących psychicznie poprzez zapewnienie im dostępu do kontaktów z innymi ludźmi i możliwości wartościowego spędzania czasu. Warto dodać, że Kluby to programy wsparcia, z których uczestnicy korzystają przez wyjątkowo długi czas – średnio przez ponad 7 lat. Trzeba też dodać, że z badań wynika również, że uczestnicy Klubów dysponują zwykle dużymi możliwościami interpersonalnymi oraz wysokim poziomem funkcjonowania społecznego. Często Kluby są uzupełnieniem uczestnictwa w innych placówkach wsparcia takich jak Środowiskowe Domy Samopomocy lub Warsztaty Terapii Zajęciowej⁸¹.

Mieszkania chronione

Jest to wyjątkowo ważny, jednocześnie słabo dostępny w polskich warunkach, program wsparcia. Posiadanie własnego miejsca do mieszkania to jeden z podstawowych warunków uzyskania samodzielności. Działania podejmowane w ramach tego programu polegają na zapewnieniu możliwości zamieszkania w warunkach grupowych z niewielkim, lub zupełnie bez wsparcia terapeutów. Jest to zwykle związane z czasowym wyprowadzeniem się z domu, w którym często może panować niekorzystna dla procesu zdrowienia atmosfera. Najczęściej wiąże się ona z nadmierną opiekuńczością bliskich lub też z konfliktami domowymi. Ich podstawą jest zwykle niezrozumienie specyfiki choroby lub generalnie konfliktowe relacje wewnątrzrodzinne. Innym potencjalnym powodem skorzystania z programu mieszkania chronionego może być brak własnego miejsca do życia utraconego na przykład w związku z zadłużeniem czynszowym i eksmisją.

Pobyty w mieszkaniu chronionym jest szansą na to, aby poczuć się samodzielnym i planować własne codzienne życie. Pozwala na nabycie doświadczeń i nawyków, które umożliwiają wyrobienie sobie umiejętności prowadzenia życia na własną rękę. Dotyczy to różnych sytuacji. Od najprostszych takich jak sprzątnięcie mieszkania aż do bardziej wymagających jak planowanie własnego budżetu i ułożenie sobie relacji ze współmieszkańcami. Zwykle pobyt w mieszkaniu chronionym pozytywnie wpływa na samoocenę i poczucie własnej wartości. Korzystny dla rozwijania indywidualnych zasobów jest również udział w procesach typowych dla

⁸¹ Bronowski P., Chotkowska K., Rowicka M. (2017) Klubu pacjenta – niedoceniany program wsparcia, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 26 (4), 221-235.

funkcjonowania w małej wspólnocie. Pozwalają one na testowanie umiejętności interpersonalnych w naturalnych warunkach oraz wzmacniają poczucie przynależności do grupy i zachowania prospołeczne. Od osób przebywających w tego rodzaju mieszkaniach, poza dostosowywaniem do warunków związanych ze wspólnym bytowaniem, zwykle oczekuje się również zaangażowania w wartościowe aktywności w ciągu dnia. Mają one najczęściej formę pracy zawodowej lub uczestnictwa w dziennych placówkach wsparcia takich jak Środowiskowe Domy Samopomocy, Ośrodki Wsparcia lub Warsztaty Terapii Zajęciowej. Uczestnikami tego rodzaju programów są więc osoby znajdujące się na wyższych stadiach procesu zdrowienia i dysponujące większymi zasobami osobistymi⁸².

Warto zaznaczyć, że mieszkania chronione często mają urzędową nazwę „mieszkań treningowych”. W tym określeniu kryje się informacja o tym, że pobyt w mieszkaniu jest ograniczony czasowo, najczęściej do kilku miesięcy.

Należy podkreślić jeszcze jeden aspekt działania mieszkań chronionych. Są one często jedyną szansą na uniknięcie konieczności pobytu w Domach Pomocy Społecznej. W warunkach polskich działają one w oparciu o model azylowy i można je określić mianem instytucji o cechach totalnych. Niestety w naszym kraju nadal jest to najbardziej popularny sposób zapewniania „zamieszkania chronionego”, szczególnie w przypadku osób chorujących psychicznie, które z uwagi na zadłużenie straciły własne mieszkanie. W tym kontekście warto pamiętać o programach mieszkań chronionych. Pobyt w nich daje również szansę na przetrwanie kryzysu i ustabilizowanie funkcjonowania.

Programy wzmacniające kwalifikacje

Umożliwienie podnoszenia kwalifikacji osobom chorującym psychicznie w znacznym stopniu przyczynia się do ich umacniania i wspierania procesu zdrowienia. W wielu przypadkach nie zdołały one z powodu trudności jakie wiązały się z chorobą, zdobyć wykształcenia. Podobnie sprawa ma się z umiejętnościami zawodowymi. Dostęp do programów szkoleniowych poprawiających sytuację zawodową jest również niedostateczny. Tym samym potencjalne możliwości osób chorujących są ograniczane co znacząco wpływa na ich sytuację na rynku pracy i utrudnia podejmowanie nowych ról społecznych. W efekcie przyczynia się również do wzmocnienia barier utrudniających uzyskanie samodzielności i niezależności. Warto pamiętać także o tym, że zdobywanie nowych kwalifikacji poprawia znacząco poczucie własnej wartości i buduje wiarę w siebie.

⁸² Bronowski P., Sawicka M., Rozya P (2016) Who are shelter housing users and what do they expect?, *Advances in Psychiatry and Neurology*, 25, 32-41.

Zorganizowane kursy umożliwiające uzupełnienie wykształcenia przez osoby z doświadczeniem choroby psychicznej właściwie nie są w Polsce dostępne. Jeśli osoba z doświadczeniem kryzysu stara się wrócić do nauki po to, aby na przykład uzyskać maturę (po przerwanej nauce w szkole średniej), i jednocześnie jest uczestnikiem jakiegoś programu wsparcia to może liczyć na pomoc ze strony jego personelu. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnoprawnych w ramach programu „Aktywny Samorząd” udziela dofinansowania do kształcenia na studiach wyższych osobom z orzeczoną niepełnosprawnością. Ze środków Funduszu można również otrzymać obecnie wsparcie finansowe zakupu sprzętu komputerowego oraz szkoleń w zakresie ich obsługi. Niektóre uczelnie wyższe prowadzą programy wspierające studentów z zaburzeniami psychicznymi. Dobrym przykładem może być tu program „Konstelacja Lwa” realizowany w latach 2010/2011 i uruchomienie w następnych latach Studenckiego Ośrodka Wsparcia na Uniwersytecie Jagiellońskim. Działania podejmowane w ich ramach nakierowane są na zwiększenie integracji społecznej i poprawę sytuacji na rynku pracy. Możliwe jest także uzyskanie wsparcia psychologicznego, udział w zajęciach poprawiających zdolności uczenia się oraz autoprezentacji⁸³.

Kursy i szkolenia podnoszące kwalifikacje dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej są zwykle prowadzone przez organizacje pozarządowe. Jednym z pierwszych tego rodzaju kompleksowych przedsięwzięć nakierowanych na zapobieganie wykluczeniu cyfrowemu w Polsce był prowadzony w ramach europejskiego programu Grundtvig w latach 2002-2004 międzynarodowy projekt ICAR (Internet Communication and Active Rehabilitation for People with Mental Disorder). Uczestniczyło w nim 5 organizacji pozarządowych z Polski, Niemiec i Holandii. Celem projektu było nabycie umiejętności w posługiwaniu się komputerami osobistymi i Internetem przez osoby z doświadczeniem choroby psychicznej. W ramach kursu jego uczestnicy mogli zdobyć kompetencje w tym zakresie oraz stać się aktywnymi użytkownikami Internetu, część osób została również przeszkolona w tworzeniu stron internetowych. Kurs prowadzony w 3 krajach ukończyło ponad 240 osób, badania ewaluacyjne po roku od jego zakończenia wykazały efektywność w zakresie trwałości nabytych umiejętności oraz w zakresie deklarowanej jakości życia⁸⁴. W roku 2006 program został zaliczony do grupy 20 najlepszych programów edukacyjnych w zakresie technologii ICT realizowanych w Europie w latach 2000-2005 w ramach programu Grundtvig.

⁸³ Nowak Adamczyk D. (2014) Studenci z zaburzeniami psychicznymi w przestrzeni akademickiej – system wsparcia edukacyjnego na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie, *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 4 (13), 73-94.

⁸⁴ Bronowski P., Sawicka M., Kluczyńska S, Kosznik Wałag K,(2010) The use of the Internet to break mental disability, *Archives of Polish Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 71-77.

Chronione zatrudnienie

Jest to termin dość szeroki. Oznacza grupę zróżnicowanych w swoim działaniu programów umożliwiających podjęcie pracy zarobkowej w warunkach nieco innych niż to się odbywa na wolnym rynku pracy. Należy pamiętać, że zapewnianie tego rodzaju pomocy jest niezwykle istotne w kontekście wspierania procesu zdrowienia. Daje szansę na uzyskanie samodzielności i pełnej kontroli nad własnym życiem. Jest to możliwe z jednej strony dzięki wynagrodzeniu, z drugiej z uzyskiwanym poczuciem przydatności i wzrostem samooceny. Trudno wyobrazić sobie efektywny system wsparcia środowiskowego bez dostępu do tego rodzaju programów.

Generalnie rzecz biorąc, pomoc w zdobyciu zatrudnienia może być realizowana na dwa sposoby: może to być tworzenie specjalnych grupowych miejsc pracy dla osób chorujących psychicznie lub udzielanie indywidualnego kompleksowego wsparcia w zdobywaniu zatrudnienia na wolnym rynku. Pierwszy sposób polega zwykle na tworzeniu przedsiębiorstw, które zatrudniają osoby chorujące tworząc dla nich specjalne warunki wykonywania pracy. Dobrym przykładem tego rodzaju działalności jest pensjonat „U Pana Cogito” w Krakowie. Jego obsługa rekrutuje się spośród osób z doświadczeniem choroby psychicznej. Po odpowiednim przeszkoleniu mogą oni efektywnie wywiązywać się ze swoich obowiązków zawodowych. Innym przykładem tego rodzaju programu jest działalność firmy Ekon z Warszawy, która zatrudnia przy sortowaniu śmieci dużą grupę osób chorujących⁸⁵. Ten rodzaj wspierania zatrudnienia wydaje się bardziej dostępny dla osób z doświadczeniem choroby, jednak w pewnym stopniu wiąże się z poczuciem, że pracuje się w warunkach „specjalnych”. Przykładem tego rodzaju efektywnych działań realizowanych na Mazowszu jest również Gospoda „Jaskółeczka” działająca w Radomiu.

Innym sposobem wspierania zatrudniania osób chorujących jest udzielanie im kompleksowej pomocy w zdobyciu pracy na otwartym rynku. Jest to działanie wieloelementowe. Zwykle zaczyna się od kontaktu z doradcą ds. zatrudnienia, który wspólnie z osobą z doświadczeniem kryzysu dokonuje diagnozy zawodowej, ocenia jej oczekiwania i możliwości. Kolejnym krokiem jest znalezienie pracodawcy, który zgodzi się ją zatrudnić. Pracodawca otrzymuje pełne wsparcie od doradcy zawodowego, zostaje poinformowany o korzyściach związanych z zatrudnieniem osoby niepełnosprawnej i możliwościach uzyskania dofinansowania z Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych, często udzielana jest mu również pomoc

⁸⁵ Szczupał B.(2015) Aktywizacja społeczno zawodowa i zatrudnienie osób z zaburzeniami psychicznymi – wybrane uwarunkowania i rozwiązania praktyczne, *Annales Universitatis Mariae Curia Skłodowska*, 28 (1), 179-193.

w przygotowaniu wymaganych dokumentów. Zarówno pracodawca jak i osoba podejmująca zatrudnienie jest informowana o tym, że w razie wystąpienia trudności w wykonywaniu pracy mogą oni liczyć na pomoc ze strony doradcy zawodowego. Te dość rozbudowane działania pozwalają na to, aby osoba chorująca podejmująca aktywność zawodową z jednej strony mogła liczyć na wsparcie w pokonaniu trudności, z drugiej zaś miała poczucie, że wykonuje pracę w warunkach wolego rynku zatrudnienia.

Trzeba jeszcze podkreślić rolę Warsztatów Terapii Zajęciowej jako placówek przygotowujących do podjęciach zatrudnienia. Ich programy są szczególnie przydatne, jeśli w ich skład wchodzi pracownia aktywizacji zawodowej, która przygotowuje do powrotu na rynek pracy i wyszukuje odpowiednie oferty.

Należy dodać, że programy umożliwiające podjęcie zatrudnienia (niezależnie od formy tego wsparcia) są przeznaczone dla osób, które osiągnęły bardziej zaawansowane stadia procesu zdrowienia.

Inicjatywy samopomocowe

Polegają one przede wszystkim na angażowaniu się w działalność grup samopomocowych. Grupy takie, tworzone przez osoby chorujące psychicznie, bez udziału profesjonalistów, zapewniają dostęp do wsparcia, wzajemnych interakcji, poczucia bezpieczeństwa i przydatności. Do innych działań samopomocowych należy zaliczyć prowadzenie działań antystygmatyzacyjnych oraz zapewniających pomoc dla innych chorych (np. w formie porad telefonicznych).

Dobrym przykładem jednej z nielicznych w Polsce i działających na Mazowszu tego rodzaju inicjatyw jest Grupa Wsparcia Osób z Doświadczeniem Kryzysu Psychicznego TROP. Powstała ona w roku 2013, działa w oparciu o Akademię Pedagogiki Specjalnej w Warszawie oraz Bródnowskie Stowarzyszenie Przyjaciół i Rodzin Osób z Zaburzeniami Psychicznymi Pomost. Została utworzona przez osoby chorujące psychicznie, które odczuwały potrzebę pracy na rzecz innych i poprzez to wspierania swojego procesu zdrowienia. Grupa spotyka się regularnie raz w miesiącu na terenie Akademii. Spotkania mają charakter ogólny i organizacyjny. Od początku swojego istnienia Grupa spotkała się ponad 90 razy. Jej członkowie prowadzą dość rozbudowaną działalność koncentrującą się przede wszystkim na wspieraniu innych chorych oraz na działaniach destygmatyzacyjnych. Polegają one między innymi na prowadzeniu prelekcji w szkołach różnych szczebli, uczelniach oraz instytucjach i organizacjach pozarządowych. Występują na konferencjach naukowych i w mediach. Regularnie wydają Biuletyn „Tropiciel” .

Działania członków Grupy Wsparcia Trop są adresowane przede wszystkim do innych osób chorujących. Ma to formę prowadzenia warsztatów motywujących do podejmowania działalności samopomocowej, wspólnym z profesjonalistami prowadzeniem w Warszawie Punktu Konsultacyjnego dla osób z problemami zdrowia psychicznego. Członkowie Grupy przygotowali również Poradnik dla osób chorujących psychicznie zawierający między innymi ich relacje z radzenia sobie z chorobą ⁸⁶.

Jednym z prowadzonych najdłużej (nieprzerwanie od roku 2014 do dziś) działań TROPu jest program „Doradcy Telefoniczni”. Polega on na udzielaniu porad dla osób chorujących psychicznie i ich rodzin. Doradcami są członkowie TROPu, pełnią oni dyżury telefoniczne od poniedziałku do czwartku w godzinach popołudniowych. Przed przystąpieniem do udzielania porad Doradcy zostali przeszkoleni przez psychologów z Instytutu Psychologii Akademii Pedagogiki Specjalnej. Regularnie korzystają z superwizji profesjonalnego psychologa.

Opisane powyżej dziewięć rodzajów programów stanowią obecnie podstawę wspierania procesu zdrowienia rozumianego jako pomoc w prowadzeniu satysfakcjonującego i dobrego życia. Są kompleksowe i mogą być dostosowywane do indywidualnych potrzeb osób z ich korzystających. Badania dotyczące ich efektywności obejmujące 400 osób z Warszawy, Lublina i Krakowa wykazały, że chorujące na schizofrenię osoby uczestniczące w nich dysponują licznymi sieciami społecznymi, wyższym deklarowanym poziomem jakości życia oraz lepszym poziomem funkcjonowania społecznego w porównaniu z chorującymi, którzy w takich programach nie uczestniczyli ⁸⁷.

W kontekście ich intensywności i krótkoterminowych celów można dostępne obecnie programy podzielić na dwie grupy. Pierwsza z nich to te nakierowane przede wszystkim na podtrzymanie codziennego funkcjonowania i zapobieganie rehospitalizacjom. Są one przeznaczone dla osób znajdujących się na mniej zaawansowanych stadiach zdrowienia. Mogą okazać się szczególnie przydatne dla osób wychodzących z kryzysu, po odbytej hospitalizacji lub tych, u których objawy choroby utrzymują się przez dłuższy czas. Należą do nich Środowiskowe Domy Samopomocy, Ośrodki Wsparcia, oraz Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze.

Druga grupa jest nastawiona na zdecydowanie wyższy stopień aktywizacji. Wchodzące w jej skład programy koncentrują się na wzmacnianiu samodzielności, niezależności i przełamaniu stygmatyzacji. Należą do nich Warsztaty Terapii Zajęciowej, Mieszkania Chronione, Kluby, wspomagane zatrudnienie, inicjatywy

⁸⁶ Bronowski P., Bednarzak J., (2018) *Grupa Wsparcia Trop – pięć lat doświadczeń*, „Zeszyty Pracy Socjalnej”, 23,1

⁸⁷ Bronowski P. (2018) Środowiskowe systemy wsparcia w procesie zdrowienia osób chorujących psychicznie, APS, Warszawa.

samopomocowe oraz programy podnoszenia kwalifikacji. Są one przeznaczone przede wszystkim dla osób lepiej radzących sobie z objawami choroby, które osiągnęły bardziej zaawansowane stadia procesu zdrowienia, mają większe możliwości i oczekiwania.

Dwie zróżnicowane grupy programów pozwalają znaleźć ofertę dostosowaną do możliwości i oczekiwań osób znajdujących się na różnych stadiach zdrowienia. Mimo tego zróżnicowania ogólne cele podejmowanych działań są niezmiennie. W każdym przypadku chodzi o wspieranie funkcjonowania w społeczności lokalnej poza całodobowymi instytucjami leczniczymi i opiekuńczymi oraz poprawę jakości życia. Mogą być realizowane niezależnie od aktualnego stanu psychicznego i możliwości osób chorujących. Należy pamiętać o specyfice dynamicznego procesu zdrowienia który może ewoluować i w zależności od tego zastosowania różnych metod wsparcia.

Poszczególne niemedyczne programy wsparcia środowiskowego działają najbardziej efektywnie, jeśli są wzajemnie powiązaniem systemem oddziaływać. Podstawą jest tu oczywiście ich współpraca. Najczęściej dochodzi do niej w dużych miastach, w których dostępnych jest zwykle wiele programów. Z optymalną sytuacją mamy do czynienia wówczas, gdy całe spektrum programów jest dostępne w jednej społeczności lokalnej (na przykład w obrębie jednej dzielnicy, mniejszego miasta lub powiatu). Możliwe jest wówczas dobranie odpowiedniej oferty z bardzo zróżnicowanego zestawu i dostosowanie jej do konkretnego etapu zdrowienia. Wspólne monitorowanie i omawianie zmieniających się możliwości i oczekiwań przez terapeutów i osobę chorującą należy uznać za podstawę partnerskiej współpracy. Jeśli pozytywne zmiany w procesie zdrowienia postępują to należy rozważyć skorzystanie z innego rodzaju programu wsparcia i zaproponować udział w bardziej intensywnych działaniach nakierowanych w większym stopniu na wzmacnianie samodzielności. Ofertą taką, następującą po okresie uczestnictwa w Środowiskowym Domu Samopomocy, może być na przykład udział w Warsztacie Terapii Zajęciowej, programach podnoszenia kwalifikacji lub zamieszkanie w Mieszkanii Chronionym. Ważne jest, aby unikać sytuacji, w ramach której, mimo poprawy samopoczucia i wzrostu możliwości kontynuowania procesu zdrowienia, korzystanie z pojedynczego programu przewleka się (na przykład poprzez wieloletni pobyt w Środowiskowym domu Samopomocy). Udzielane wsparcie powinno więc mieć charakter dynamicznego, zwykle rozpisanego na lata, procesu.

Efektywne zapewnianie pomocy i oparcia społecznego – kluczowe elementy

Reasumując informacje zamieszczone w poprzednich częściach niniejszego opracowania można wymienić kwestie, od których zależy skuteczność działań wspierających osoby chorujące psychicznie. Należą do nich:

- Jasno określony cel działania programów

Naczelnym celem jest wspieranie osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego w dążeniu do możliwie szczęśliwego i dającego satysfakcję życia. Warto zarazem podkreślić, że powinno się to odbywać w sposób możliwie odległy od paternalizmu i dyrektywności, by unikać swoistego niebezpiecznego „miękkiego ubezwłasnowolnienia” uczestników.

- Odbiorcy

Środowiskowe systemy wsparcia są dostosowane do potrzeb osób chorujących psychicznie. Stanowią oni podstawową grupę użytkowników programów. Mogą z nich również korzystać osoby chorujące na inne zaburzenia psychiczne, które utrudniają funkcjonowanie i są przewlekłe (np. zespoły urojeniowe i omamowe na tle organicznym lub choroby afektywne).

Warto zaznaczyć, że dzięki temu, iż w skład systemów wsparcia wchodzi programy dość zróżnicowane, mogą one być wartościową ofertą zarówno dla osób z zaburzeniami psychicznymi, jak i tych, którzy właśnie zaczęli chorować. Zasady środowiskowych systemów wsparcia są również podstawą dla działań obejmujących dzieci i młodzież oraz seniorów przejawiające zaburzenia psychiczne.

- Zasięg działania

Optymalnym obszarem, które powinny obejmować programy pomocy i oparcia jest społeczność lokalna. Określone terytorium, interakcje społeczne oraz więź społeczna powodują, że społeczność lokalna jest „matą ojczyzną”, która zaspokaja potrzebę przynależności. W praktyce można ją rozumieć jako dzielnicę dużego miasta lub powiat. Optymalna liczebność populacji objętej działaniami systemu wsparcia powinna wynosić od 50 do 150 tysięcy. Ograniczenie działań do jednej społeczności lokalnej daje szansę na precyzyjne określenie potrzeb mieszkających w niej osób chorujących psychicznie i deficytów w zakresie poszczególnych form wsparcia. Dzięki takiemu zakreśleniu skali działania możliwa jest również realizacja skutecznych i odpowiednio dobranych programów nastawionych na zapobieganie stygmatyzacji.

Perspektywa społeczności lokalnej daje ponadto szansę na stworzenie skutecznego lobby działającego na rzecz wsparcia osób chorujących psychicznie.

- Kompleksowość oferty

Jedną z podstawowych cech systemów wsparcia środowiskowego powinna być jego kompleksowość i wszechstronność. Skuteczność podejmowanych działań będzie determinowana przede wszystkim tym, czy w ramach systemu, na poziomie jednej społeczności lokalnej, można będzie zaoferować wsparcie dla wszystkich osób chorujących psychicznie, niezależnie od ich potrzeb, możliwości i oczekiwań. Proces zdrowienia jest doświadczeniem indywidualnym, składa się z różnych elementów, dlatego też działania prowadzone w ramach systemu muszą stanowić wszechstronną i wielowątkową ofertę.

Koncentrując na poziomie środowiska lokalnego różne działania, uzyskuje się system w pełni wydolny, który tworzy ofertę dostosowaną do wszystkich etapów procesu zdrowienia.

Ważne jest również, aby w skład systemu wchodziły również programy możliwie łatwo dostępne, oczekujące przy przyjęciu minimum formalności lub w ogóle nie wymagające ich. Na takich zasadach działają, np. kluby oczekujące od użytkowników jedynie zaakceptowania podstawowego regulaminu. Dostęp do zróżnicowanych programów wsparcia skoncentrowanych na poziomie społeczności lokalnej daje szansę na to, że działania wzmacniające proces zdrowienia będą łatwo dostępne, dostosowane do indywidualnych potrzeb i oczekiwań ich użytkowników.

- Koordynacja działań

Koordynacja podejmowanych działań może przyczynić się do wzrostu efektywności lokalnych systemów wsparcia. Trzeba pamiętać, że koordynacja będzie dotyczyła programów prowadzonych przez różne podmioty. Są nimi organizacje pozarządowe, pomoc społeczna oraz samorząd lokalny. Do tego dochodzą jeszcze programy psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Koordynacja prowadzonych działań jest ważna, dzięki niej możliwe będzie pełne wykorzystanie możliwości tkwiących w systemie.

- Realizatorzy

Ważne jest, aby przy tworzeniu i prowadzeniu środowiskowych systemów wsparcia pamiętać o specyfice realizującego go zespołu. Jako że system składa się z różnorodnych programów, zespół ten ma interdyscyplinarny charakter. W jego skład wchodzi osoby o takich specjalnościach zawodowych, jak: psycholodzy, terapeuci zajęciowi, pedagodzy, trenerzy pracy, pracownicy socjalni, pielęgniarki psychiatryczne. Wszyscy oni dysponują przygotowaniem zawodowym, jednak praca z osobami chorymi psychicznie w środowisku wiąże się z wyzwaniami i obciążeniami.

Dlatego też ważne jest, aby zespół otrzymywał odpowiednie wsparcie. Należy podkreślić dwa elementy, które są szczególnie przydatne dla specyfiki pracy z użytkownikami środowiskowych programów wsparcia. Przede wszystkim personel powinien mieć zapewniony regularny dostęp do szkoleń i superwizji. Stanowi to realne wsparcie w codziennej pracy, wpływając na jej wysokie standardy, efektywność oraz możliwość profesjonalnego rozwoju członków zespołu.

- Zapobieganie stygmatyzacji osób chorych psychicznie

Podstawowym celem programów środowiskowych jest wzmacnianie procesu zdrowienia i poprawa jakości życia ich użytkowników. Większość działań zmierzających do osiągnięcia tych celów jest realizowana poprzez bezpośrednie wspieranie osób chorych psychicznie. Jednak trudno jest oczekiwać, aby proces ten ograniczał się jedynie do samych osób chorujących. Jeśli myślimy kompleksowo o skutecznym wspieraniu osób chorujących psychicznie i ich dobrym życiu, to nie możemy pomijać szerszego kontekstu, czyli społeczności lokalnej. Przewycięzania trudności związanych z życiem z chorobą to jedno zagadnienie, nieprzyjazne środowisko społeczne to drugi element silnie wpływający na sytuację osób chorujących.

Jednym z ważniejszych zjawisk negatywnie wpływających na jakość życia jest stygmatyzacja osób chorych psychicznie i niechętnie wobec nich postawy społeczne. Dlatego skuteczne wsparcie tych osób powinno również obejmować społeczność lokalną, w której żyją. W obecnych polskich warunkach, tak jak to już było w przypadku koordynacji systemów, działania takie powinny być realizowane przede wszystkim przez organizacje pozarządowe.

[Instytucjonalne programy wsparcia dla osób chorujących psychicznie dostępne w Województwie Mazowieckim](#)

Do tego, aby skutecznie wspierać osoby z doświadczeniem choroby niezbędne jest prowadzenie działań zróżnicowanych i dostosowanych do indywidualnych potrzeb i możliwości. W chwili obecnej w Województwie Mazowieckim dostępne są wszystkie, opisane w rozdziale 7 rodzaje programów oparcia społecznego przeznaczone dla tej grupy. Dane dotyczące dostępności głównych programów pomocy i oparcia (ośrodków dziennych, całodobowych oraz wsparcia w domach osób chorujących psychicznie) na Mazowszu w podziale na podregiony z okresu 2018-2020 zawarte są w tabelach 3-12.

Tabela 3. Wsparcie osób chorujących psychicznie: makroregion Mazowsze

	2018	2019	2020
Liczba osób korzystających z usług specjalistycznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi	1 702	1 648	1511
Środowiskowe domy samopomocy	38	38	38
Domy pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych	26	26	26

Tabela 4. Wsparcie osób chorujących psychicznie: podregion m.st. Warszawa

	2018	2019	2020
Liczba osób korzystających z usług specjalistycznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi	690	639	581
Środowiskowe domy samopomocy	11	11	11
Domy pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych	1	1	1

Tabela 5. Wsparcie osób chorujących psychicznie: podregion warszawski wschodni

	2018	2019	2020
Liczba osób korzystających z usług specjalistycznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi	121	104	95
Środowiskowe domy samopomocy	5	5	5
Domy pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych	3	3	3

Tabela 6. Wsparcie osób chorujących psychicznie: podregion warszawski zachodni

	2018	2019	2020
Liczba osób korzystających z usług specjalistycznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi	145	144	122
Środowiskowe domy samopomocy	3	3	3
Domy pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych	4	4	4

Tabela 7. Wsparcie osób chorujących psychicznie: podregion żyrardowski

	2018	2019	2020
Liczba osób korzystających z usług specjalistycznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi	63	56	61
Środowiskowe domy samopomocy	1	1	1
Domy pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych	1	1	1

Tabela 8. Wsparcie osób chorujących psychicznie: podregion siedlecki

	2018	2019	2020
Liczba osób korzystających z usług specjalistycznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi	250	244	232
Środowiskowe domy samopomocy	2	2	2
Domy pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych	1	1	1

Tabela 9. Wsparcie osób chorujących psychicznie: podregion radomski

	2018	2019	2020
Liczba osób korzystających z usług specjalistycznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi	71	64	59
Środowiskowe domy samopomocy	6	6	6
Domy pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych	6	6	6

Tabela 10. Wsparcie osób chorujących psychicznie: podregion ciechanowski

	2018	2019	2020
Liczba osób korzystających z usług specjalistycznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi	74	86	74
Środowiskowe domy samopomocy	2	2	2
Domy pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych	5	5	5

Tabela 11. Wsparcie osób chorujących psychicznie: podregion ostrołęcki

	2018	2019	2020
Liczba osób korzystających z usług specjalistycznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi	174	178	163
Środowiskowe domy samopomocy	5	5	5
Domy pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych	1	1	1

Tabela 12. Wsparcie osób chorujących psychicznie: podregion płocki

	2018	2019	2020
Liczba osób korzystających z usług specjalistycznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi	114	133	124
Środowiskowe domy samopomocy	3	3	3
Domy pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych	4	4	4

Analizując powyższe informacje należy podkreślić, że programy oparcia społecznego dla osób chorujących psychicznie w województwie mazowieckim dostępne są od wielu już lat. Zwraca uwagę pewna nierównowaga w ich liczbie w zależności od poszczególnych podregionów Mazowsza. Dominującą pozycję zajmuje tu obszar aglomeracji warszawskiej w której koncentruje się znaczna ich liczba. Trzeba ponadto podkreślić wyraźną tendencję do słabszego wykorzystania specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób chorujących psychicznie. Liczba osób z nich korzystających systematycznie spada.

Warsztaty Terapii Zajęciowej

Warsztaty Terapii Zajęciowej są przydatnymi ośrodkami wspierającymi proces zdrowienia u osób z doświadczeniem choroby psychicznej. Ich programy są nastawione na osiągnięcie celów związanych z intensywną aktywizacją oraz nabywaniem kompetencji zawodowych i umiejętności interpersonalnych umożliwiających powrót na rynek pracy i uzyskanie samodzielności.

Dane o dostępności Warsztatów Terapii Zajęciowej z których mogą korzystać osoby chorujące psychicznie w poszczególnych podregionach Mazowsza znajdują się w tabeli 13.

Tabela 13. Warsztaty Terapii Zajęciowej dla osób chorujących psychicznie na Mazowszu w roku 2020

Podregion	Liczba WTZ dostępnych dla osób chorujących psychicznie
M.st. Warszawa	4
warszawski wschodni	4
warszawski zachodni	5
Ciechanowski	2
Ostrołęcki	4
Płocki	7
Radomski	12
Siedlecki	3
Żyrardowski	3

Jak wynika z powyższej tabeli we wszystkich podregionach województwa mazowieckiego znajdują się Warsztaty Terapii Zajęciowej oferujące wsparcie dla osób chorujących psychicznie. Łącznie na Mazowszu jest ich 44. Zaznacza się jednak nierównomierność w ich rozmieszczeniu. Do podregionów dysponujących dużą ich liczbą należą: radomski i płocki, mniej Warsztatów jest natomiast w ciechanowskim, żyrardowskim i siedleckim.

Program wsparcia osób chorujących psychicznie prowadzony przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Opisując dostępne na Mazowszu formy pomocy dla osób chorujących psychicznie należy również wspomnieć o możliwości skorzystania z rządowego Programu Oparcia Społecznego dla osób chorujących psychicznie realizowanego przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Jak wynika z poniższej tabeli, zainteresowanie programem można określić jako niezbyt wysokie. W roku 2020 wzięły w nim udział łącznie jedynie 4 mazowieckie Jednostki Organizacyjne Pomocy Społecznej, skorzystało z nich nieco ponad 100 osób z zaburzeniami psychicznymi.

Tabela 14. Wykorzystanie programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w latach 2018-2020 na Mazowszu

Wyszczególnienie	Liczba JOPS 2018	Liczba JOPS 2019	Liczba gmin 2020	Liczba osób 2018	Liczba osób 2019	Liczba osób 2020
Program Oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi	5	4	4	150	123	118

Zaangażowanie mazowieckich organizacji pozarządowych w zapewnianie pomocy i oparcia społecznego osobom z zaburzeniami psychicznymi

Należy podkreślić, że jednym z ważniejszych elementów wpływających na zapewnienie skutecznego wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest aktywność podejmowana w tym zakresie przez mazowieckie organizacje pozarządowe. W swych działaniach odpowiadają one na realnie istniejące, najczęściej o zasięgu lokalnym, potrzeby i oczekiwania różnych grup społecznych. W przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi to właśnie organizacje pozarządowe od wielu już lat zapewniają skuteczne wsparcie realizując programy skutecznie wzmacniające tę specyficzną grupę odbiorców. Z analizy danych uzyskanych z Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej wynika, że w roku 2020 zaangażowanie organizacji pozarządowych w ten obszar działania dzięki finansowaniu przez samorząd Mazowsza jest szerokie i kompleksowe.

W roku 2020 udział organizacji pozarządowych w realizacji poszczególnych zadań zawartych w Wojewódzkim Programie Pomocy i Oparcia Społecznego dla osób z Zaburzeniami Psychicznymi na lata 2018 – 2021 przedstawiał się następująco:

Zadanie „Wsparcie samodzielności społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi oraz ich rodzin”.

Z organizacjami pozarządowymi zawarto 11 trzyletnich umów na lata 2018-2020 oraz 12 rocznych umów na rok 2020.

Zadanie „Rozwój zróżnicowanych form działań oraz usług społecznych wspierających rodziny z dziećmi w zakresie depresji, zaburzeń odżywiania oraz kompulsywnych zachowań związanych z używaniem nowych technologii”.

Zawarto 6 trzyletnich umów na lata 2018-2020 oraz 6 rocznych umów na rok 2020.

Zadanie „Rozwój zróżnicowanych form działań oraz usług społecznych wspierających samodzielność osób dotkniętych Chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi oraz ich rodzin”.

Zawarto 9 trzyletnich umów na lata 2018-2020 i 10 rocznych umów na rok 2020.

Zadanie „Udzielenie pomocy i oparcia społecznego dla osób starszych chorujących psychicznie – utworzenie Dziennego Domu Pobytu dla osób starszych z chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera”.

Zawarto 6 trzyletnich umów na lata 2020-2022. Zadanie 5. Rozwój zróżnicowanych form działań oraz usług społecznych wspierających rodziny z dziećmi i młodzieżą z zespołem Aspergera.

Z organizacjami pozarządowymi zawarto 7 rocznych umów na rok 2020.

Na podstawie powyższych informacji można stwierdzić, że organizacje pozarządowe na Mazowszu odgrywają znaczącą rolę w udzielaniu pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Zaangażowanie organizacji pozarządowych dotyczyło wielu aspektów wsparcia. Należy podkreślić ważne dla efektywności tych działań elementy:

- dużą liczbę organizacji pozarządowych, które są zaangażowane w realizację programów,
- dużą liczbę projektów realizowanych w okresie 3 lat. Taki okres prowadzenia programów, w porównaniu z umowami rocznymi, przekłada się zwykle na możliwości lepszego planowania oddziaływań w dłuższej perspektywie i tym samym wpływa na ich większą efektywność,
- zwraca uwagę program prowadzony przez organizacje pozarządowe program wsparcia dla osób z zespołami otępiennymi. Jest on realizowany poprzez Domy Dziennego Pobytu prowadzonych przez organizacje pozarządowe. Wypełnia on znaczącą lukę w zakresie pomocy dla tej coraz liczniejszej na Mazowszu populacji seniorów z zespołami otępiennymi.

Dobre praktyki w zakresie wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi na Mazowszu

Realizowane obecnie na Mazowszu programy wsparcia dla osób chorujących psychicznie są prowadzone przede wszystkim przez organizacje pozarządowe i pomoc społeczną. Warto odnotować również udział innych podmiotów takich jak szkoła wyższa. Przykłady szczególnie ciekawych przedsięwzięć zostały opisane poniżej.

Wspieranie samopomocy osób chorujących psychicznie – Grupa Wsparcia Trop. (Bródnowskie Stowarzyszenie Przyjaciół i Rodzin Osób z Zaburzeniami Psychicznymi Pomost).

Celami programu było wspieranie samopomocy osób chorujących psychicznie oraz zapobieganie stygmatyzacji. Działania w dominującym stopniu były realizowane przez osoby z doświadczeniem choroby psychicznej skupione w działającej od roku 2013 Grupie Wsparcia Osób z Doświadczeniem Kryzysu Psychicznego TROP. W ramach programu realizowane były między innymi prelekcje destygmatyzacyjne oraz dyżury telefoniczne ekspertów przez doświadczenie. Wspólnie z profesjonalistami udzielali oni również porad w punktach konsultacyjnych. Prowadzili również spotkania motywujące do podejmowania aktywności samopomocowej na terenie Mazowsza.

Projekt „Dość Stygmatyzacji II !” (Fundacja Pozytyw).

W ramach projektu uruchomiono Punkt konsultacyjny dla osób po doświadczeniu kryzysu psychicznego oraz ich rodzin i opiekunów. Konsultacji udzielał psychoterapeuta oraz w zależności od potrzeb również psychiatra. Udzielono 150 godzin indywidualnych konsultacji z uczestnikami projektu, często z dojazdem do gmin, lub do osoby konsultowanej do jej miejsca zamieszkania. Prowadzono również konsultacje dla przedstawicieli instytucji pomocy i wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie tworzenia lokalnej koalicji służącej destygmatyzacji oraz nowych kierunków działań poprawiających warunki funkcjonowania osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin. W ramach projektu zorganizowano również rozbudowaną kampanię informacyjną "Dość stygmatyzacji" w której wykorzystano między innymi media społecznościowe, prasę lokalną oraz zorganizowano spotkania ze środowiskami lokalnymi.

„Tacy jak wszyscy – wsparcie samodzielności społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi oraz ich rodzin z powiatu sierpeckiego” (Fundacja Mocni Mocą Nadziei).

W ramach projektu prowadzono działania nakierowane na wspieranie samodzielności osób chorujących psychicznie na terenach wiejskich powiatu sierpeckiego (tereny gmin Mochowo, Gozdowo, Rościszewo, Sierpc, Szczutowo, Zawidz). Jest to obszar, w którym tego rodzaju aktywności nie były prowadzone w przeszłości i przez to są szczególnie przydatne. Realizowano regionalne kampanie społeczne nastawione na zapobieganie stygmatyzacji, utworzono grupę samopomocową oraz przeprowadzono działania aktywizujące osoby chorujące psychicznie.

Wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi oraz ich rodzin poprzez przeprowadzenie poradnictwa i warsztatów podnoszących wiedzę i umiejętności niezbędne do samodzielności w życiu osobistym i społecznym”, (Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom, Młodzieży i Osobom Dorosłym „DOM”).

Projekt realizowany jest na terenie powiatów węgrowskiego i sokołowskiego. Polega na organizacji warsztatów grupowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które są prowadzone przez psychologa i seksuologa. Realizowano również warsztaty z udziałem rodzin i opiekunów osób z zaburzeniami psychicznymi, które były prowadzone przez psychologa, seksuologa oraz lekarza psychiatrę. Zorganizowano również warsztaty z arteterapii dla osób z zaburzeniami psychicznymi. W ramach projektu wydawano broszury i przygotowywano spoty reklamowe promujące aktywność osób z zaburzeniami psychicznymi. Stworzono również dwie grupy wsparcia (w powiecie sokołowskim i węgrowskim).

Dzienne Domy Pobytu dla osób starszych z chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera.

Placówki te stanowią realną odpowiedź na coraz bardziej widoczne potrzeby tej specyficznej populacji.

Celem projektu jest zorganizowanie Dziennych Domów Pobytu (DDP) dla osób starszych cierpiących z powodu zespołu otępiennego w przebiegu choroby Alzheimera w ramach pilotażowego programu. Cele ich działania można zestawić następująco:

- zapewnienie zróżnicowanych form wsparcia w zakresie usług społecznych,
- wzmacnianie umiejętności prowadzenia codziennych aktywności uczestników oraz umożliwienie im aktywnego udziału w życiu lokalnej społeczności;

- wsparcie osób sprawujących opiekę nad osobami starszymi poprzez edukację, poradnictwo oraz oddziaływania terapeutyczne;
- podnoszenie kompetencji personelu projektu
- promowanie idei dotyczącej ośrodków wsparcia DDP;
- budowa międzypokoleniowego wolontariatu wokół działań projektowych.

W roku 2020 uruchomiono 6 Domów Dziennego Pobytu. Ich działalność, tak jak to było w przypadku innych placówek wsparcia, była poważnie utrudniona przez epidemię SARS-CoV-2. Zgromadzone podczas prowadzenia tych placówek doświadczenia przyczynią się do opracowania wojewódzkiej strategii na rzecz chorych z chorobami otępiennymi.

Kurs „Doradcy do Spraw Zdrowienia. Wsparcie procesu zdrowienia i aktywizacji społecznej osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego”, Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie, Narodowe Centrum Badań i Rozwoju.

Kurs został zaplanowany w nawiązaniu do idei umacniania i wzmacniania zasobów osób z doświadczeniem choroby. Przyczynia się z jednej strony do wzrostu zasobów i potencjału przydatnego w procesie zdrowienia, z drugiej zaś wyposażyć uczestników w umiejętności niezbędne do wykonywania funkcji Doradcy ds. spraw zdrowienia, czyli działania na rzecz innych chorych.

Program Kursu został przygotowany przez dwie grupy: profesjonalistów pracujących z osobami z doświadczeniem choroby psychicznej oraz osoby chorujące. Szczególnie ważne w procesie opracowywania programu były informacje i przemyślenia płynące od osób z doświadczeniem kryzysu zdrowia psychicznego. Wypowiadały się one na temat poszczególnych przedmiotów z programu kursu oraz metod ich prowadzenia. Wszystkie zajęcia dydaktyczne odbywają się w salach wykładowych Akademii i są prowadzone przez nauczycieli akademickich. Program „Doradcy do Spraw Zdrowienia. Wsparcie procesu zdrowienia i aktywizacji społecznej osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego” jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020. Uzyskał dofinansowanie w konkursie organizowanym przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju.

Tematyka kursu jest interdyscyplinarna i dość kompleksowa. Kurs ma zapewnić wiedzę dotyczącą różnych aspektów wspierania osób chorujących psychicznie.

Program obejmuje 6 modułów tematycznych:

- Jak chronić swoje prawa i uzyskiwać wsparcie,
- Doradztwo i wsparcie innych chorych,

- Przedsiębiorczość społeczna,
- Umacnianie i zdrowienie,
- Jak poczuć się przydatnym,
- Posługiwanie się nowoczesnymi technologiami informatycznymi.

Każda edycja kursu jest zaplanowana na 100 godzin dydaktycznych. Zajęcia odbywają się podczas 5 zjazdów sobotnio-niedzielnym. Na zakończenie, po egzaminie testowym, uczestnicy otrzymują „Certyfikat Doradcy ds. Spraw Zdrowienia”.

Prowadzenie kursu jest zaplanowane na lata 2019-2021, będzie w nim uczestniczyło łącznie 180 osób. Uczestnicy kursu otrzymują również indywidualne wsparcie psychologiczne w wymiarze 5 godzin. Jest ono przydatne w kontekście trudności, z jakimi muszą radzić sobie osoby chorujące psychicznie uczestniczące w procesie dydaktycznym. Chodzi tu oczywiście o sprawy takie, jak obciążenie nauką i konieczność uczestniczenia w dość intensywnych zajęciach. Ważne jest również motywowanie do uczestnictwa w kursie i wsparcie w radzeniu sobie z trudnościami w nauce (uczestnicy kursu przyjmują leki wpływające na zdolność koncentracji). Nie dysponują zwykle doświadczeniami związanymi z uczestnictwem w klasycznym programie edukacyjnym zawierającym takie elementy, jak nacisk na terminowość, punktualność, intensywne przyswajanie wiedzy i poddawanie się egzaminom. Do chwili obecnej zrealizowano cztery edycje kursu. Ukończył go znaczący odsetek osób, które go rozpoczęły. Dotychczasowe doświadczenia są bardzo pozytywne. Jego uczestnicy, mimo braku doświadczeń w tego rodzaju przedsięwzięciach bardzo chętnie i pilnie uczęszczają na zajęcia. Mimo tego, że podczas sobót i niedziel realizowanych jest dość dużo godzin dydaktycznych nie wywołuje to problemów z frekwencją. Z relacji uzyskanych od absolwentów kursu wynika, że są oni zadowoleni z jego przebiegu. Pozytywnie wyrażają się o jego programie i poszczególnych zajęciach. Cenią możliwość uczestniczenia w kursie wielokrotnie podkreślając, że ma on zupełnie inny charakter niż zajęcia grupowe, w których uczestniczyli w placówkach psychiatrycznych i pomocowych. Realizowane tam zajęcia były nastawione przede wszystkim na kwestie związane z radzeniem sobie z objawami choroby i leczeniem. W kursie realizowanym przez APS dostrzegają natomiast możliwość dostępu do wiedzy podnoszącej ich zasoby indywidualne, informacje dotyczące metod pomocy innym chorym oraz umiejętności pomagania.

Program kursu jest objęty rozbudowanymi procedurami ewaluacyjnymi z zakresu badań ilościowych i jakościowych. Dane są zbierane w trakcie każdej edycji kursu i po ich zakończeniu. Ich analiza stanowi podstawę do przygotowania podręcznika prowadzenia tego rodzaju szkoleń dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej w innych polskich uczelniach.

Innym przykładem dobrych praktyk w zakresie pomocy i oparcia społecznego jest koncentrujące się na zapewnieniu dostępu do zatrudnienia Przedsiębiorstwo Społeczne „Gospoda Jaskółeczka” w Radomiu. Gospoda jest prowadzona od roku 2007. Jest to innowacyjne przedsiębiorstwo społeczne powstałe z inicjatywy Stowarzyszenia Ochrony Zdrowia Psychicznego Wzajemna Pomoc. To pierwsza na Mazowszu gospoda zatrudniająca osoby dotknięte zaburzeniami psychicznymi dla których praca jest szansą na udział w życiu społecznym.

Wpływ pandemii SARS–CoV-2 na dostęp do pomocy i oparcia społecznego

Pandemia SARS-Cov-2 ma znaczący wpływ na stan zdrowia psychicznego mieszkańców Mazowsza. Dotyczy to również możliwości sprawnego zapewniania pomocy i wsparcia dla osób chorujących psychicznie.

Pandemia, z różnym nasileniem, jest obecna w naszym życiu społecznym od dłuższego czasu i nie wydaje się, aby miało się to w najbliższym czasie zmienić. Możemy już dziś zidentyfikować podstawowe elementy związane z pandemią, które mogą stanowić czynniki obciążające w kontekście dobrostanu psychicznego. Do najważniejszych z nich należy zaliczyć:

- silne poczucie zagrożenia związane z niebezpieczeństwem zarażenia się wirusem (dotyczy to również osób bliskich). Przebieg choroby covid 19 wywołanej przez wirus jest dość zróżnicowany, w wielu przypadkach bywa dramatyczny i prowadzi do śmierci. Stanowi realne zagrożenie, które mimo szczepień oraz utrzymywania dystansu społecznego jest odczuwane powszechnie,

- skutkuje to życiem w przewlekłym stresie co z kolei zwiększa ryzyko rozwinięcia w przyszłości Zespołu Stresu Pourazowego (PTSD),

- długie okresy zamknięcia społecznego i gospodarczego (lockdown). „Zamknięcie” okresowo stanowi jedyny sposób powstrzymania rozpowszechniania się wirusa. Jednocześnie może skutkować silnym poczuciem osamotnienia i bezradności,

- nieprzewidywalność przebiegu pandemii skutkująca silnym poczuciem zagrożenia i lęku. Dynamika i skala rozpowszechniania się wirusa jest trudna do przewidzenia. Można już oczywiście wnioskować o sezonowości zarażeń lecz zarówno początek, zakończenie oraz dynamika kolejnych fal epidemii jest trudna do przewidzenia.

Skutkuje to zwiększeniem poczucia braku bezpieczeństwa i trudnościami w planowaniu aktywności zarówno w skali jednostkowej jak i społecznej, - w związku z pandemią zdecydowanie ograniczona jest dostępność do pomocy psychologicznej i psychiatrycznej, szczególnie w okresach wprowadzenia ograniczeń w stacjonarnej pracy placówek medycznych i wsparcia społecznego.

Wymienione powyżej okoliczności znacząco wpływają na stan psychiczny. Z nielicznych jeszcze badań wynika, że do obserwowanych często konsekwencji należy zaliczyć przede wszystkim nasilenie stanów lękowych oraz obniżenie nastroju. Badania dotyczące wpływu pandemii na stan psychiczny są obecnie jeszcze dość szczątkowe i przeprowadzono je na relatywnie małych grupach. Można jednak wyciągać z nich wstępne wnioski. W raporcie z badania kierowanego przez dr hab. Małgorzatę Dragan z Uniwersytetu Warszawskiego dotyczącego następstw pandemii dla zdrowia psychicznego wynika, że ponad połowa badanych (51%) zgłasza objawy wskazujące na załamanie funkcjonowania i wykonywania codziennych obowiązków. Nasilone objawy depresyjne zgłasza 38% badanych. Aż 62% uczestników badania relacjonuje nasilone objawy lęku uogólnionego, polegające na stałym odczuwaniu lęku lub nadmiernym zamartwianiu się, w znaczny sposób wpływającym na wiele obszarów funkcjonowania w życiu codziennym. Znaczący odsetek badanych (37%) wskazuje na objawy zespołu stresu pourazowego (PTSD). Zaburzenie to jest następstwem zdarzenia traumatycznego, a więc związanego z zagrożeniem życia i zdrowia. Sytuacja pandemii SARS-CoV-2 może być postrzegana jako taki właśnie rodzaj doświadczenia⁸⁸.

Warto również podkreślić, że z międzynarodowych badań wynika, że ponad połowa osób, u których przed pandemią odnotowano zaburzenia depresyjne czy lękowe, odczuła pogorszenie stanu zdrowia psychicznego na skutek pandemii⁸⁹.

W szczególnym stopniu sytuacja ta dotyka osób, które jeszcze w okresie przed pojawieniem się wirusa SARS – CoV-2 przejawiały długotrwałe objawy przewlekłych zaburzeń psychicznych (ze szczególnym uwzględnieniem zaburzeń afektywnych i ze spektrum schizofrenii). Ta grupa jest w szczególnym stopniu narażona na pogłębienie się odczuwanych objawów choroby.

Należy dodać że znaczny wpływ na dostępność do wsparcia społecznego na Mazowszu miało zamknięcie placówek zapewniających je dla osób chorujących psychicznie. Decyzją Wojewody Mazowieckiego od dnia 24.10.2020 r. została

⁸⁸ <http://psych.uw.edu.pl/2020/05/04/zdrowie-psychiczne-w-czasie-pandemii-covid-19-raport-wstepny-z-badania-naukowego-kierowanego-przez-dr-hab-malgorzate-dragan/>

⁸⁹ Gobi S. et al (2020) Worsening of Preexisting Psychiatric Conditions During the COVID-19 Pandemic, Front. Psychiatry, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.581426>

zawieszona działalność w środowiskowych domach samopomocy, dziennych domach i klubach seniora, klubach samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi, centrach integracji społecznej, warsztatach terapii zajęciowej i placówkach wsparcia dziennego. Decyzja ta została uchylona 18.02.2021 r. Obecnie placówki działają w wersji stacjonarnej, jednak wobec stale zmieniającej się sytuacji pandemicznej nie wiadomo jak długo stan ten będzie trwać.

W sytuacji wstrzymania pracy placówek w wersji stacjonarnej w części z nich uruchomiono działania oparte na formach online oraz konsultacjach telefonicznych. Niektóre ośrodki rozpoczęły udzielanie indywidualnych porad w sytuacjach kryzysowych (przy zachowaniu odpowiednich zasad ograniczających możliwość rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2).

Jak już wspomniano, w przypadku osób chorujących psychicznie pandemia miała dotkliwy wpływ na ich sytuację. Jak wynika z wcześniej cytowanych danych, w wielu przypadkach mogło skutkować to nasileniem się objawów choroby. Miały na to wpływ przede wszystkim następujące elementy:

- wzrost poczucia zagrożenia związanego z ryzykiem zarażenia się wirusem. Nie dysponujemy jeszcze wyczerpującymi i w pełni wiarygodnymi badaniami dotyczącymi specyfiki zaraźliwości wirusa w poszczególnych grupach społecznych. Trzeba jednak zaznaczyć, że pojawiły się doniesienia, według których to właśnie grupa osób chorujących na schizofrenię jest szczególnie narażona na ciężki przebieg zarażenia⁹⁰.

- silne poczucie osamotnienia wywołane izolacją społeczną. Jak wynika z wcześniej zaprezentowanych ustaleń to właśnie osoby chorujące psychicznie z uwagi na specyfikę tych schorzeń mają duże trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji społecznych i z pełnieniem ról społecznych. Często z tego powodu oraz w związku z dyskryminującymi postawami społecznymi ich funkcjonowanie społeczne bywa poważnie utrudnione. Dodatkowo stan izolacji społecznej spowodowany pandemią nasilił jeszcze te trudności w znacznym stopniu.

- zamknięcie stacjonarnego działania poradni zdrowia psychicznego i oddziałów dziennych utrudnił dostęp do pomocy psychiatrycznej. „Lockdown” w przypadku środowiskowych domów samopomocy, klubów i warsztatów terapii zajęciowej spowodował bardzo duże ograniczenia w kompensowaniu słabych sieci społecznych. W wielu przypadkach zamknięcie placówek spowodowało ponadto zaburzenie stabilnej struktury dnia zapewnianej przez udział w ich programach. Działania tych placówek w pandemii ograniczały się do indywidualnych i grupowych spotkań online

⁹⁰ Nemani K, Li C., Olfson M et al. (2021) Association of Psychiatric Disorders With Mortality Among Patients With COVID-19, JAMA Psychiatry. 2021;78(4):380-386. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.4442

oraz konsultacji telefonicznych. Są to niewątpliwie przydatne i efektywne formy pomocy, jednak stanowiły formę działań jedynie zastępczych i interwencyjnych. Pełny dostęp do zasobów oparcia społecznego oferowanego przez normalnie działające placówki nie był możliwy.

Pandemia i wywołane przez nią ograniczenia w dostępie do „klasycznych” (stacjonarnych) form zapewniania pomocy stawiają osoby z doświadczeniem chorób psychicznych w podwójnie trudnej sytuacji. Specyfika przebiegu tych chorób skutkuje przewlekłe utrzymującymi się objawami psychopatologicznymi i masywnymi problemami w satysfakcjonującym funkcjonowaniu społecznym. Zjawiska te zostały nasilone przez pandemię poprzez zwiększenie się poziomu odczuwanego lęku i dodatkowym ograniczeniem kontaktów społecznych wywołanych przez lockdown. Jednocześnie dostęp do programów zapewniających skuteczne wsparcie został w znacznym stopniu uniemożliwiony lub poważnie utrudniony przez zamknięcie placówek prowadzących je. Sytuacja powoduje konieczność wypracowania lub udoskonalenia nowych form zapewniania pomocy poprzez działania realizowane online i konsultacje telefoniczne.

Podsumowanie i rekomendacje

Podsumowując informacje i ustalenia dotyczące obecnego stanu systemu pomocy i wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi na Mazowszu zaprezentowane w poprzednich częściach niniejszego opracowania należy podkreślić następujące kwestie:

- Cele oraz metody działania programów pomocy i oparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi realizowane w społecznościach lokalnych Mazowsza odwołują się do koncepcji wspierania procesu zdrowienia i umacniania.
- Programy te są zróżnicowane i w pełni dostosowane do specyfiki funkcjonowania osób z zaburzeniami psychicznymi. Prowadzone są wszystkie dostępne w Polsce ich rodzaje, jednak ze zróżnicowaną w zależności od poszczególnych środowisk lokalnych, dostępnością.
- Warunki do rozwoju tych programów są obecnie dostateczne w kontekście podstaw prawnych i źródeł finansowania. Należy więc wspierać środowiska lokalne w tworzeniu nowych i doskonaleniu działania obecnie istniejących programów i ośrodków.

- Metody działania programów należy rozwijać i ulepszać. Szczególne znaczenie ma tu dostarczenie profesjonalistom informacji o metodach pracy opartych na budowaniu podmiotowości i niezależności osób w nich uczestniczących.

- Stygmatyzujące postawy wobec osób chorujących psychicznie to jedna z podstawowych przeszkód w efektywnym zapewnianiu pomocy. Są one nadal silnie ugruntowane w naszym społeczeństwie.

- Jednym z podstawowych i zarazem trudno dostępnych na Mazowszu (i w całej Polsce) narzędzi umacniania są inicjatywy samopomocowe osób chorujących psychicznie. W tym kontekście trzeba podkreślić szczególną wagę działań nakierowanych na wzmocnienie samodzielności i niezależności beneficjentów uczestników programów, szczególnie w kontekście wspierania ruchu samopomocowego.

- Mazowieckie organizacje pozarządowe są intensywnie zaangażowane w udzielenie pomocy i wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi. Należy to ocenić jednoznacznie pozytywnie. Dzięki nim oferta wsparcia jest różnorodna, kompleksowa i może być dostępna na poziomie różnych środowisk lokalnych

- W przypadku osób chorujących psychicznie ważna jest baza zapewniająca udzielanie oparcia i pomocy dla tych osób (środowiskowe domy samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej, kluby, mieszkania chronione, specjalistyczne usługi opiekuńcze, dzienne domy pomocy). Dostęp do nich jest na Mazowszu względnie dobry choć nadal istnieją regiony z ograniczoną liczbą tego rodzaju programów.

- Warto zwrócić uwagę na spadającą w ciągu ostatnich lat liczbę osób chorujących psychicznie korzystających z programu Specjalistycznych Usług Opiekuńczych i podjąć działania mające na celu lepsze wykorzystanie tego efektywnego programu oparcia.

- Całkowicie nowym, w stosunku do ostatnich lat, czynnikiem wpływającym na sytuację grupy objętej pomocą i wsparciem jest pandemia wirusa SaRS Cov 2. W znacznym stopniu wpłynęła ona zarówno na sytuację osób z zaburzeniami psychicznymi jak i na ograniczenia w dostępie do niezbędnego wsparcia.

Bazując na powyższych ustaleniach można sformułować zalecenia dotyczące rozwoju systemu zapewniania pomocy i oparcia społecznego osobom chorującym psychicznie mieszkającym na Mazowszu:

- należy rozwijać obecnie istniejący system wsparcia nakierowany na wspieranie procesu zdrowienia, poprawy jakości życia i efektywnego funkcjonowania w społecznościach lokalnych;

- niezbędne jest opracowanie i uruchomienie nowych form wsparcia w kontekście przedłużającej się pandemii wirusa SARS-CoV-2;
- trzeba również przygotować system oddziaływań nakierowanych na redukcję konsekwencji związanych z przeżywaniem podczas pandemii stanów lękowych, depresyjnych i poczucia zagrożenia. Należy liczyć się, z tym, że stany te związane z poczuciem zagrożenia i osamotnienia będą wpływały na dobrostan osób z zaburzeniami psychicznymi jeszcze w następnych latach;
- konieczne jest wzmacnianie współpracy pomiędzy podmiotami realizującymi lokalne działania na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi (partnerstwa lokalne). Pozwoli to na wymianę doświadczeń oraz przygotowywanie wspólnych dla różnych podmiotów programów. Przyczyni się to do wzrostu ich efektywności. Warto więc wspierać zawieranie lokalnych porozumień między różnymi partnerami realizującymi programy oparcia społecznego i tworzenie wydolnych kanałów komunikacyjnych między nimi;
- wobec wzrastających potrzeb w zakresie udzielania wyspecjalizowanego wsparcia różnym grupom z zaburzeniami psychicznymi wyraźna jest potrzeba intensyfikacji działalności szkoleniowej dla profesjonalistów realizujących tego rodzaju działania. W obecnych warunkach zagrożenia pandemią może być ona oparta na kształceniu na odległość (online).
- należy wspierać angażowanie osób z doświadczeniem choroby psychicznej do zapewniania wsparcia innym chorym. Chodzi tu w szczególności o osoby posiadające kwalifikacje w tym zakresie zdobyte na kursach lub szkoleniach (np. po kursie „Doradcy ds. Zdrowienia”). Może się to odbywać na bazie ich zatrudnienia lub wolontariatu w ośrodkach i programach oparcia.
- wskazana jest kontynuacja i rozwinięcie działania Dziennych domów Pobytu czyli wyspecjalizowanych ośrodków zapewniających wsparcie dla osób z zespołami otępiennymi oraz ich rodzin. Coraz większy odsetek zróżnicowanych zaburzeń otępiennych staje się udziałem populacji seniorów. Konieczność udzielania tym osobom oraz ich bliskim kompleksowej pomocy zapewnianej przez ośrodki dzienne działające w społecznościach lokalnych wydaje się szczególnie istotna.

Wykorzystane źródła

Kierunki Działań w Zakresie Polityki Zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2018-2021

Mazowiecki Poradnik i Informator. Jak radzić sobie z kryzysem, znaleźć wsparcie i poszerzać swoje możliwości, Stowarzyszenie Pomost

Mazowiecki Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2018-2022

Narodowy Program Ochrony Zdrowia na lata 2016 - 2020

Ocena zasobów pomocy społecznej w oparciu o sytuację społeczną i demograficzną Województwa Mazowieckiego za 2020 rok, MCPS

Ocena zasobów pomocy społecznej w oparciu o sytuację społeczną i demograficzną Województwa Mazowieckiego za 2019 rok, MCPS

Strategia Polityki Społecznej Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

Wojewódzki Program Pomocy i Oparcia Społecznego dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi na lata 2018 -2022

Wsparcie osób z Zaburzeniami Psychicznymi. Informator, 2017, MCPS

Strona internetowa Głównego Urzędu Statystycznego <https://stat.gov.pl/>

Strona internetowa Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej <http://mcps.com.pl/>

Strona internetowa Samorządu województwa Mazowieckiego

<https://www.mazovia.pl/>

Bibliografia

- Anthony W., Rogers E., Farkas M. (2003) Research on evidence – based practices: future directions in an era of recovery, *Community Ment Health J.*, 39, 101-114.
- Anzai N., Yoneda S., Kumagai N., Nakamura Y., Ikebuchi E., Liberman R (2002) Training persons with schizophrenia in illness self management, *Psychiatric Services*, 3, 199-211.
- Bengtsson-Tops A, Ericsson U, Ehliasson K. (2014) Living in supportive housing for people with serious mental illness: A paradoxical everyday life. *Int J Ment Health Nu*; 23: 409-418.
- Bjorkman T., Hansson L., (2000) What do case managers do? An investigation of case manager interventions and their relationship to client outcome, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35, 43 -50.
- Brenner H., Pfammatter M. (2000) Psychological therapy in schizophrenia: what is the evidence?, *Acta Psychiatr Scand*, 102, 74-77
- Bronowski P. Kaszyński H. (2020) *Kryzys psychiczny*, Difin, Warszawa
- Bronowski P. (2012) Środowiskowe systemy wsparcia w procesie zdrowienia osób chorujących psychicznie, *APS*, Warszawa.
- Bronowski P., Załuska M (2008), Social support of chronically mentally ill patients, *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 13-19.
- Bronowski P., Sawicka M., Kluczyńska S., (2009) Sieci społeczne osób chorujących psychicznie objętych środowiskowym programem wsparcia i rehabilitacji, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, nr 4.
- Bronowski P., Sawicka M., Kluczyńska S., Kosznik – Wałąg (2010) The use of the Internet to break the mental disability. Self – experience, *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 12,2, 73-77.
- Bronowski P., Sawicka M., Charzyńska K., Home care services in the community treatment of mentally ill persons, *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2011, nr 3.
- Bronowski P., Sawicka M., (2010) Zespół interdyscyplinarny – nowa jakość w opiece środowiskowej, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 20(3), 193-199.
- Bronowski P., Sawicka M., Rozya P. (2016) Kim są i czego oczekują użytkownicy mieszkań chronionych? *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 25, 32-41.
- Bronowski P., Sawicka M., Rowicka M., Jarmakowicz M. (2017) Sieci społeczne i poziom funkcjonowania społecznych uczestników warsztatów terapii zajęciowej i środowiskowych domów samopomocy – dwóch podstawowych placówek wsparcia dla osób chorujących psychicznie, *Psychiatria Polska*, 51(1), 139–152.
- Bronowski P. (2017) Czynniki wpływające na proces zdrowienia w opinii osób

- chorujących psychicznie, ich rodzin i terapeutów W: Stare dylematy i nowe wyzwania w psychoterapii / Danielewicz Dorota , Rola Jarosław (red.), Warszawa, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, s.69-87.
- Bronowski P., Chotkowska K., Rowicka M.(2017) Kluby pacjenta – niedoceniany program wsparcia, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 26 (4), 221-235.
- Bronowski P., Bednarzak J. (2018) Grupa Wsparcia Trop – pięć lat doświadczeń, *Zeszyty Pracy Socjalnej*, 23, nr 1.
- Booth R. (2002) Loneliness as a component of psychiatric disorders. *Medscape General Medicine*, 2(2):1–7.
- Brown G., Birley J., (1968) Crisis and life changes and the onset of schizophrenia, *Journal of Health and Social Behaviour*, 9, 203-214.
- Brown C., Rempfer M., Hamera E. (2008) Correlates of insider and outsider conceptualizations of recovery, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32, 23-31.
- Browne G., Courtney M. (2005) Housing, social support and people with schizophrenia: a grounded theory study, *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 311-326.
- Butzlaff R., Hooley J. (1998) Expressed emotion and psychiatric relapse., *Arch Gen Psychiatry*, 55, 547–52.
- Castelein S., Bruggeman R., van Busschbach J. T., van der Gaag M., Stant A. D., Knegtering H., et al., (2018) The effectiveness of peer support groups in psychosis: a randomized controlled trial, *Acta Psychiatrica Scandinavica* , 118.
- Corrigan P. (2003) Towards an integrated, structural model of psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26,4, 346-358.
- Czabała J. (2012) *Zdrowie psychiczne. Zagrożenie i promocja*, IPIŃ, Warszawa.
- Davidson L. (2003) *Living outside mental illness: qualitative studies of recovery in schizophrenia*, University Press, New York.
- Deegan P. (1996) Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19, 91-97.
- Furlan P., Zuffranieri M.(2009) Four-year follow-up of long-stay patients settled in the community after closure of Italy's psychiatric hospitals, *Psychiatric Services*, 60:1198–1202.
- Gallupi A., Turola M., Nanni M., Mazzoni P., Grassi L. (2010) Schizophrenia and quality of life: how important are symptoms and functioning?, *Int J Ment Health Syst.*; 4: 31.
- Gobi S. et al (2020) Worsening of Preexisting Psychiatric Conditions During the COVID-19 Pandemic, *Front. Psychiatry*, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.581426>
- Hölling I.(2001) About the impossibility of a single (ex-)user and survivor of psychiatry position, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104 (410).

- Jacobson N., Greenley D. (2001) What is recovery? A conceptual model and explication, *Psychiatric Services*, 52, 482-485
- Kilian R., Lindenbach I., Löbig U., Uhle M., Angermeyer M. (2001) Self-perceived social integration and the use of day centers of persons with severe and persistent schizophrenia living in the community: a qualitative analysis, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36, 545–552.
- Knutson MB, Newberry S, Schaper A (2013) Recovery education: A tool for psychiatric nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 20:874–881.
- Kyle T, Dunn J,R. (2008) Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: a review. *Health Soc Care Comm*;16: 1-15.
- Lieberman R., Wallace C., Blackwell C., Eckmann T., Vaccaro J., Kuehel T. (1993) Innovations in skills training for the serious mentally ill: the UCLA Social and Independent Living Skills Module, *Innov Res*, 2, 43-59.
- Lieberman R. (1996) Two years outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*, 153, 1585-1592.
- Lieberman R., Kopelewicz A., Ventura J., Zarate R., Mintz J. (2002) Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia, *International Review of Psychiatry*, 14, 256-272.
- Lieberman, R., Silbert K., (2005). *Community Re-Entry: Development of Life Skills. Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes: Vol. 68, 3: Special Topic: Constituting Community: Creating a Place for Oneself*, pp. 220-229.
- Linhorst D., Eckert A., (2002) Conditions for empowering people with severe mental illness, *Social Service Review*, 6.
- Linhorst D., Eckert A. (2003) Conditions for empowering people with severe mental illness, *Social Service Review*, 6, 279-304.
- Lysaker P., Cambell K., Johanessen J. (2005) Hope, awareness of illness, and coping in schizophrenia spectrum disorders, *J Nerv Ment Dis*, 193, 287-92.
- Macpherson R, Shepherd G, Edwards T. (2004) Supported accommodation for people with severe mental illness: a review. *Adv Psychiatr Treat* May, 10 (3): 180-188.
- Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders WHO Guidelines. 2018.
- Marder S., Wirshning W., Mintz J., McKenzie, Johnston K., Eckman T., Lebell M., Zimmermann Lieberman R., Wallace C., Blackwell G., Mintz J., Kopelewicz A, Vaccaro J. (1998) Skills training vs. psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*, 155, 1087-1091.

- Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak B. (2012) Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań "Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej - EZOP Polska", Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Mueser K., Salyers M., Mueser P.(2001) A prospective analysis of work in schizophrenia, *Schizophr Bull*, 27, 281–96
- Mueser K., Bellack A. (2007) Social skills training: Alive and well?, *Journal of Mental Health*, 16, 549-552.
- Moller MD, McLoughlin KA (2013) Integrating Recovery practices into psychiatric nursing: where are we in 2013? *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 19:113–116.
- Nemani K, Li C, ;Olfson M et al.(2021) Association of Psychiatric Disorders With Mortality Among Patients With COVID-19, *JAMA Psychiatry*. 2021;78(4):380-386. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.4442
- Nowak Adamczyk D (2014) Studenci z zaburzeniami psychicznymi w przestrzeni akademickiej – system wsparcia edukacyjnego na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie, *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania* 4 (13), 73-94.
- OECD (2018) Mental health problems costing Europe heavily.
- OECD/EU (2018) Health at a Glance: Europe 2018, State Of Health In The EU Cycle.
- Omeni E, Barnes M., MacDonald D., Crawford M., Rose D.(2014) Service user involvement: impact and participation: a survey of service user and staff perspectives, *BMC Health Services Research*, nr 14.
- Pitschel – Waltz Q, Leuchtm S, Bouml J, Kissling W, Engel R. (2001) The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia - A Meta-analysis, *Schizophrenia Bulletin*, 27(1):73-92.
- Penn D., Mueser K. (1995) Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia, *Am J Psychiatry*, 153, 607-617.
- Pevalin D., Goldberg D.(2013) Social precursors to onset and recovery from episodes of common mental illness, *Psychological Medicine*, 33 (2).
- Prot K., Pawłowska M. (2009) The effectiveness of community care for people with severe mental disorders, *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 43-50.
- Rembowski J. (1992), *Samotność*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk
- Repper J., Carter T. (2011) A review of the literature on peer support i mental health services, *Journal of Mental Health*, 20 (4).
- Szczupał B. (2015) Aktywizacja społeczno zawodowa i zatrudnienie osób z zaburzeniami psychicznymi – wybrane uwarunkowania i rozwiązania praktyczne, *Annales Universitatis Mariae Curia Skłodowska*, 28 (1),179-193.
- Sellwood W., Thomas C., TARRIER N., Jones S., Clewes J., James A., Welford M., Palmer J., Mc Carthy E. (1999) A randomised controlled trial of home based rehabilitation

- versus outpatient – based rehabilitation for patients suffering from chronic schizophrenia, *Soc Psychiatry Epidemiol*, 34, 250-253.
- Sęk H., Cieślak R. (2006) Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne, w: H. Sęk., R. Cieślak (red) *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, PWN, Warszawa
- Sęk, H. (1997). Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysowej. W: D. Kubacka Jasińska, A. Lipowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*, Wydawnictwo, ALL. Kraków
- Size and Burden of Mental Disorders and other Disorders of the Brain in Europe 2010. Slade M (2010) Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches, *BMC Health Serv Res* 10:26 doi: 10.1186/1472-6963-10-26.
- Thornicroft G., Tansella M. (2010) *W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Turner R., Lloyd D. (1995) Lifetime traumas and mental health: The significance of cumulative adversity, *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 360-376.
- Turner – Cowson J., Wallcraft J. (2002) The recovery vision for mental health services and research: a British perspective, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 245-254.
- WHO (2005) *Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*, Copenhagen, World Health Organization, 7.
- WHO (2001a) *Leksykon terminów. Psychiatria i zdrowie psychiczne*, Światowa Organizacja Zdrowia, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- WHO (1998) *WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs: Report on WHO Consultation*. Geneva.
- WHO (2001a) *Leksykon terminów. Psychiatria i zdrowie psychiczne*, Światowa Organizacja Zdrowia, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- WHO (2001b) *Mental Health: New Understanding. New Hope. The Way Forward*, World Health Organization.
- WHO (2005) *Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*, Copenhagen, World Health Organization
- Wojtyniak B., Goryński P. (2018), *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania – synteza*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.
- Załużka M, Prot K., Bronowski P. (2007) *Psychiatria środowiskowa, jako środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

Xiang Y., Weng Y., Li W., Gao L., Chen G., Xie L., Chang Y., Tang W., Ungvari G. (2006) Training patients with schizophrenia with the community re – entry module. A controlled study, Soc Psychiatr Epidemiol, 41, 464 -469.

<http://psych.uw.edu.pl/2020/05/04/zdrowie-psychiczne-w-czasie-pandemii-covid-19-raport-wstepny-z-badania-naukowego-kierowanego-przez-dr-hab-malgorzate-dragan/>

