

Monika Kamper-Kubańska¹, Elżbieta Wieczór²

¹ Państwowa Akademia Nauk Stosowanych we Wrocławku, Wydział Nauk Społecznych i Humanistycznych, Zakład Pedagogiki, ORCID 0000-0002-0950-6652

² Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Instytut Nauk Pedagogicznych, ORCID 0000-0002-5632-6179

Spotkanie z pacjentem... (współ)obecność w terapii pacjenta psychiatrycznego

Meeting with the patient... (co)presence in the therapy
of a psychiatric patient

STRESZCZENIE

Wstęp. Doniesienia WHO oraz raporty z badań organizacji pozarządowych pokazują, że niezmiennie od lat zdrowie, a przede wszystkim zdrowie psychiczne, stanowi kluczowy element dyskursu interdyscyplinarnego. Nic więc dziwnego, że zdrowie w pełnym wymiarze stanowi ważny element kultury bezpieczeństwa, zaś wsparcie osób w kryzysie stanowi wyzwanie dla funkcjonowania społeczeństw i ich wewnętrznego bezpieczeństwa. W niniejszym opracowaniu starano się wskazać możliwości wykorzystania sztuki w procesie wsparcia terapii osób z zaburzeniami psychicznymi, koncentrując się przede wszystkim na przestrzeniach interakcji na linii pacjent – terapeuta.

Cel. Celem opracowania jest wskazanie obszarów integralnego podejścia do pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Odwołanie się do kategorii Innego na tle rozważań o kulturze bezpieczeństwa stanowi punkt wyjścia do dyskusji na temat roli terapeuty w budowaniu przestrzeni współodczuwania jako niezbywalnego elementu terapii i budowania poczucia integralności pacjenta.

Przegląd. Bezpieczeństwo zdrowotne, kultura bezpieczeństwa jest nierozzerwalnie związana z poczuciem bezpieczeństwa zarówno w wymiarze jednostkowym, jak i też w wymiarze globalnym, społecznym. Takie podejście do tematu rzuca niejako nowe światło na postrzeganie procesu terapeutycznego, albowiem mówiąc o kulturze bezpieczeństwa jako tle do rozważań o zdrowiu, nakłada na nas obowiązek uwzględnienia wszystkich aktorów: pacjentów i terapeutów jako wielowymiarowych Innych. Wprowadzenie

w dyskurs pojęcia Innego z jednej strony pozwala pokazać ową wielowymiarowość i złożoność tematu, a z drugiej ukazać przeszkody, które mogą pojawiać się w procesie osławania się społeczeństwa z owym Innym. Sztuka jako element wykorzystywany w terapii pozwala nam na wykreowanie postawy bycia twórczym Innym.

Dyskusja. Wprowadzenie do dyskursu kategorii Innego w odniesieniu do terapii osób z zaburzeniami psychicznymi pozwoliło nam na ukazanie przestrzeni współdziałania pacjenta i terapeuty jako niezbywalnego elementu budowania poczucia bezpieczeństwa obu stron procesu.

Wnioski. Pojawiająca się w tytule (współ)obecność zarówno pokazuje dobitnie wielowymiarowość podjętego zagadnienia i konieczność ukazywania go jako zjawiska interdyscyplinarnego, jak i otwiera przestrzeń dialogu pomiędzy pacjentem i terapeutą z wykorzystaniem sztuki jako medium.

SŁOWA KLUCZOWE

kultura bezpieczeństwa, sztuka w terapii, Inny, zdrowie psychiczne

SUMMARY

Introduction. WHO reports and reports from NGO research show that health, and above all mental health, has been a key element of interdisciplinary discourse for years. It is therefore not surprising that health, in its full dimension, is an important element of the culture of safety, and the support for people in crisis is a challenge for the functioning of societies and their internal security. In this study, we try to indicate the possibilities of using art in the process of supporting the therapy of people with mental disorders, focusing primarily on the areas of interaction between the patient and the therapist.

Aim. The aim of the study is to indicate the areas of integral approach to the patient, with particular emphasis on patients with mental disorders. Referring to the category of the Other against the background of considerations about the culture of safety is a starting point for a discussion on the role of the therapist in building the space of compassion as an inalienable element of therapy and building the patient's sense of integrity.

Overview. Health security and the culture of safety are inextricably linked to the sense of security both in the individual dimension and in the global and social one. Such an approach to the subject sheds a new light on the therapeutic process, because when we talk about the culture of safety as a background for considering health, it imposes on us the obligation to consider all actors: patients and therapists as multidimensional Others. On the one hand, the introduction of the concept of the Other into the discourse allows us to show the multidimensionality and complexity of the subject, and on the

other hand, to show the obstacles that may appear in the process of society becoming accustomed to the Other. Art, as an element used in therapy, allows us to create an attitude of being a creative Other.

Discussion. The introduction of the category of the Other into the discourse, in relation to the therapy of people with mental disorders, allowed us to show the space of cooperation between the patient and the therapist as an inalienable element of building a sense of security for both sides of the process.

Conclusions. The (co-)presence appearing in the title clearly shows both the multidimensionality of the issue and the necessity of showing it as an interdisciplinary phenomenon, and on the other hand, it opens up a space for dialogue between the patient and the therapist with the use of art as a medium.

KEYWORDS

culture of safety, art in therapy, Other, mental health

„Najgorszą rzeczą w psychologicznym funkcjonowaniu człowieka jest bowiem automatyzm, brak refleksji i paraliżująca obawa przed weryfikacją. W imię własnego zdrowia psychicznego i rozwoju nie bójmy się sobie przyglądać. Nie martwmy się też, gdy znajdziemy jakiś defekt”.

[Ewa Woydyłło, *W zgodzie z sobą*]

Wstęp

Rozważania nad wspomaganiem terapii z wykorzystaniem sztuki należałoby osadzić w przestrzeni dyskursu na temat szeroko pojętego kontekstu wzajemnych oddziaływań sztuki i medycyny. Tak szeroki kontekst pozwoli nie tylko na humanistyczne osadzenie się z tematem wsparcia pacjenta psychiatrycznego, ale także na pokazanie (współ) obecności pacjenta i terapeuty w przestrzeni życia społecznego. Taka optyka da w naszym przekonaniu możliwość ukazania tematyki przez pryzmat holistycznego podejścia do zdrowia jako desygnatu bezpieczeństwa.

Cel

Celem opracowania jest wskazanie obszarów integralnego podejścia do pacjenta ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów z zaburzenia-

mi psychicznymi. Odwołanie się do kategorii Innego na tle rozważań o kulturze bezpieczeństwa stanowi punkt wyjścia do dyskusji na temat roli terapeuty w budowaniu przestrzeni współodczuwania jako niezbywalnego elementu terapii i budowania poczucia integralności pacjenta.

Przegląd

... czyli wokół kultury bezpieczeństwa

Mówiąc o zdrowiu ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia psychicznego, warto przywołać także pojęcie dobrostanu.

Zgodnie z definicją WHO zdrowie to przynależny człowiekowi dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny. Załamanie się zdrowia stanowić może poważne zagrożenie bezpieczeństwa, albowiem tylko zdrowy człowiek może brać czynny udział w efektywnej edukacji, w procesach organizacyjnych oraz aktywnie i twórczo włączać się w działania, celem których jest podnoszenie kultury bezpieczeństwa [1].

Owa twórczość człowieka, jego gotowość do bycia twórcą, stanowi dla nas punkt wyjścia do ukazania znaczenia twórczości w pracy z pacjentami psychiatrycznymi. Chciałybyśmy jednak pokazać zdrowie psychiczne jako niezbywalną część dobrostanu każdej jednostki, nie zaś odnosić się do konkretnej klasyfikacji chorób i zaburzeń. Twórczość zaś traktujemy także w kontekście szerszym niż tylko wytwory artystyczne, albowiem człowiek twórczy to człowiek zdolny do współodczuwania i (współ)bycia ze sobą i drugim człowiekiem, to także możliwość radzenia sobie z kryzysami i sytuacjami trudnymi, co z kolei stanowi ważny element kultury bezpieczeństwa.

Bezpieczeństwo jest zdolnością do kreatywnej aktywności podmiotu i oznacza stan obiektywny polegający na braku (bądź neutralizacji) zagrożenia. Ta kreatywna u danego podmiotu aktywność jest niewątpliwie uzależniona od potencjału zdrowotnego jednostkowych i zbiorowych podmiotów bezpieczeństwa [1].

Według Piwowarskiego-Zaplatyńskiego kulturę bezpieczeństwa stanowi ogół utrwalonego, materialnego i pozamaterialnego dorobku człowieka, który służy jego militarnie i pozamilitarnie szeroko rozu-

mianej obronności. Możemy mówić tu o swoistej trychomii złożonej z trzech strumieni: mentalno-duchowego, organizacyjno-prawnego i materialnego. Jednym z celów, do których dąży człowiek poprzez kulturę bezpieczeństwa, jest pobudzanie w społecznej i personalnej skali świadomości i przekonań o potrzebie samodoskonalenia i trychotomicznego rozwoju oraz kreowania motywacji i postaw powodujących indywidualne oraz kolektywne działania zgodne z przekonaniami, powodujące wzrost potencjału autonomicznej obronności indywidualnych oraz grupowych podmiotów bezpieczeństwa [1].

Dotychczasowa analiza pokazuje więc, że musimy szerzej spojrzeć na definicję zdrowia i wyjść poza schemat „braku choroby i braku niepełnosprawności”. Zdrowe jednostki, ale także całe zbiorowości społeczne, powinny mieć możliwość określania i realizowania swoich aspiracji, zaspokajania potrzeb egzystencjalnych (potrzeby niskie) oraz potrzeb wyższych (metapotreby) z samorealizacją na szczycie, uwzględniając swój rozwój psychosomatyczny, a także zmiany zachodzące w otoczeniu [1].

Takie podejście do pracy nad dobrostanem jednostki w kontekście terapii pacjenta psychiatrycznego otwiera nowe przestrzenie do analizy tego zjawiska. Terapia staje się nie tylko interakcją na linii pacjent – terapeuta, ale także przestrzenią wyrażania siebie i swoich potrzeb, bez obawy o/lub przed weryfikacją. Oczywiście taki stan rzeczy nie odnosi się do wszystkich oddziaływań terapeutycznych, jednak uwzględniając oddziaływania sztuką i poprzez sztukę, ten cel winien przyświecać terapii. Otwartość na kreację pacjenta, pozwalając na przenikanie się światów, pozwalają na ową tytułową (współ)obecność i przeciwdziałanie alienacji i wykluczeniu Innego jako gorszego.

Zdrowie psychiczne w ostatnich latach stało się priorytetowym zadaniem państw. Wynika to nie tylko ze zmian tempa życia, ale także z pogarszającego się stanu zdrowia psychicznego ludzi w różnych grupach wiekowych. Zauważamy wyraźne zakłócenia w tym obszarze, także w obszarze wsparcia, leczenia i oddziaływań terapeutycznych. Dobrostan psychiczny przestał być tylko kategorią medyczną, a stał się kategorią interdyscyplinarną, albowiem szerokie oddziaływanie profilaktyczne musi uwzględniać szeroki kontekst społeczny.

Według Furmanka zdrowie każdego członka danego społeczeństwa zależy w dużej mierze od wzorów kulturowych. Kultura przenika wszystkie zakresy funkcjonowania człowieka, kształtuje całość naszego poglądu na świat, podsuwa kategorie, które pozwalają na porządkowanie spostrzeżeń w tym zakresie [2].

Jest to zgodne z zapisami światowej Deklaracji Zdrowia, w której odnajdujemy zapis, że jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej jest najwyższy możliwy do uzyskania standard zdrowia [2].

Zdrowie, podobnie jak bezpieczeństwo, nie jest nam dane raz na zawsze. Są to niezbywalne elementy życia człowieka, o które musimy także dbać sami, dążąc do utrzymania równowagi. Jeśli w ten sposób spojrzymy na zdrowie, to jasnym winno stać się przekonanie, że zdrowie to nie tylko stan, ale i proces, w którym zachowanie i poprawa zdrowia wymagają podejmowania wielopłaszczyznowych działań [2].

Dyskusja

Kategoria Innego w dyskursie na temat bezpieczeństwa zdrowotnego i zdrowia psychicznego

Rozważania wokół interdyscyplinarnego ujmowania zdrowia prowadzą nas do namysłu nad pacjentem jako aktorem tego spektaklu. Na potrzeby niniejszych rozważań wprowadziłyśmy kategorię Innego, co w naszym odczuciu pozwoli ukazać wielowymiarowość oddziaływań w pracy z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi.

Świadomość ochrony zdrowia, a tym samym bezpieczeństwo zdrowotne, stanowi jeden ze strategicznych priorytetów Unii Europejskiej, co wynika z nasilenia się m.in. takich czynników determinujących zdrowie, jak:

- a) Zmiany demograficzne, w tym starzenie się społeczeństw, co wpływa na zmianę struktury chorób, znacząco podnosi koszty i zagraża równowadze unijnych systemów zdrowotnych.
- b) Zmiany warunków środowiskowych, w tym związanych z klimatem, poszerzającą się sferę nierówności społecznych i przemieszczaniem się całych grup ludności, co sprzyja występowaniu

katastrof naturalnych o szerokim, niekiedy globalnym zasięgu oraz zwiększa zagrożenie epidemiologiczne i bioterroryzm.

- c) Rozwój nowych technologii, które rewolucjonizują sposób, w jaki promuje się zdrowie, zapobiega zagrożeniom zdrowotnym i leczy choroby [2].

Owe priorytetowe podejście do kwestii zdrowia jako wartości możemy zestawić z pytaniem o naturę człowieka jako podmiotu oddziaływań zdrowotnych. Rodzą się naturalne pytania o naszą świadomość zdrowotną, o poczucie odpowiedzialności i (współ)odpowiedzialności za zdrowie w wymiarze jednostkowym i społecznym. Pojawiają się także pytania o świadomość i wiedzę na temat czynników chroniących i zagrażających oraz wspomagających oddziaływania profilaktyczne zarówno w wymiarze uniwersalnym, jak i też selektywnym i wskazującym. Pytania te wydają się niezbywalną częścią interdyscyplinarnego dyskursu, szczególnie w odniesieniu do zdrowia psychicznego, albowiem statystyki wskazują na wzrost zachorowań. Według opracowania przygotowanego przez Centrum Psychoterapii „Pokonaj Lęk” ponad 1/3 Polek i Polaków boi się o swoje zdrowie psychiczne i niemal 90% osób w Polsce uważa, że zdrowie psychiczne jest równie ważne, jak zdrowie fizyczne.

Z przedstawionych wyników możemy wyczytać, że co czwarty Polak cierpiał przynajmniej raz w życiu na jakieś zaburzenia psychiczne, a niemal 8% w ostatnich 12 miesiącach (wyniki zostały opracowane w oparciu o dane z lat 2018–2023). Polacy chorują najczęściej na zaburzenia nerwicowe (16%), a depresji doświadczyło prawie 5% Polaków – choruje na nią prawie 4 mln Polek i Polaków.

Kiedy prześledzimy częstotliwość występowania poszczególnych zaburzeń psychicznych, zauważymy, że:

- a) Co czwarty Polak (26,46% populacji) miał przynajmniej raz w życiu rozpoznane zaburzenie zdrowia psychicznego, w ostatnich 12 miesiącach takie zaburzenie stwierdzono u 7,93% Polek, a w ostatnim miesiącu (3,52%).
- b) Najczęstsze są zaburzenia nerwicowe; miało je 16,07% Polaków raz w życiu, 5,42% w ostatnim roku i 2,63% w ostatnim miesiącu. Najczęstsze zaburzenia nerwicowe to lęk napadowy (7,04%),

fobie swoiste (4,89%), stres pourazowy (2,24%). 44% Polaków wykazuje cechy lęku uogólnionego. Depresja dotknęła około 4 mln Polek i Polaków, zaś w ciągu 2022 odsetek Polek i Polaków odczuwających pogorszenie stanu psychicznego wzrósł o 10 punktów procentowych. Uzależnienia to problem 11,63% Polaków, głównie dotyczą one tytoniu i alkoholu.

- c) Dwóch na trzech mieszkańców Polski odczuwa zmęczenie lub osłabienie, a 8% Polaków doświadcza zaburzeń pamięci [3].

Powyższe zaprezentowane dane stanowią jedynie wycinek całego obrazu. Pozwalają one jednak zwrócić uwagę na wagę problemu, z którym się mierzymy i zastanowić się nad naszą (współ)odpowiedzialnością za powyższy stan. Pojawia się także pytanie o to, w jaki sposób winniśmy oddziaływać na człowieka chorego, ale także jak powinniśmy budować poczucie odpowiedzialności za siebie i innych, aby wspomagać proces leczenia i terapii osób, które już doświadczyły choroby, a także jak wspomagać proces oddziaływań profilaktycznych, aby starać się minimalizować wskaźnik zachorowań.

Warto więc zwrócić się w stronę edukacji zdrowotnej. Demel zwrócił uwagę, że wychowanie zdrowotne (...) partycypuje w realizacji generalnych celów wychowania, zmierzając do „poznania i rozumienia samego siebie oraz opanowania najtrudniejszej ze sztuk – „sztuki życia” [4].

Woynarowska, odwołując się do charakterystyki według Ewles'a i Simnett, wyróżniła pięć podejść w edukacji zdrowotnej. W podejściu medycznym naszym celem jest zapobieganie chorobom, zaburzeniom i niepełnosprawności. Cel ten możemy osiągnąć poprzez eksponowanie medycznej interwencji w zapobieganiu lub zmniejszaniu skutków chorób. W kolejnych dwóch podejściach, tj. behawioralnym i edukacyjnym, celem jest kształtowanie zachowań zmniejszających ryzyko chorób oraz przekazywanie wiedzy, ułatwianie zrozumienia zdrowia jako podstawy do podejmowania decyzji i działania. W obu tych podejściach kierunki działań zmierzają w stronę zachęcenia do zmiany postawy, zachowań zdrowotnych oraz zdrowego stylu życia. Działania koncentrują się także na przekazywaniu informacji o przyczynach i skutkach zachowań zagrażających zdrowiu, poznawaniu postaw i wartości, kształtowaniu umiejętności zdrowego stylu życia.

Te kierunki działań są rozbudowywane w kolejnych dwóch podejściach: podejściu zorientowanym na jednostkę, w którym celem jest praca z poszczególnymi osobami, zorientowana na ich indywidualne potrzeby. W podejściu tym kierunki działań nakierowane są na pomoc w identyfikacji własnych problemów, dokonywanie wyboru i podjęcie działania. W ostatnim, środowiskowym podejściu celem jest dokonywanie zmian w środowisku społecznym i fizycznym, aby sprzyjało ono zdrowotnym wyborom. Kierunki podjętych działań prowadzą do zachęcania do dokonywania zmian (np. w polityce, relacjach międzyludzkich) w środowisku fizycznym i społecznym [5].

Odnosząc się zatem do kategorii Innego, możemy stwierdzić, że na szczególną uwagę zasługuje podejście zorientowane na jednostkę i podejście środowiskowe. Stanowią one bowiem według nas przestrzeń do ukazania perspektywy towarzyszenia pacjentowi w procesie zdrowienia w taki sposób, aby zachodzące w nim zmiany miały nie tylko wymiar medyczny, ale i – a może przede wszystkim – społeczny. W odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi ma to szczególne znaczenie, albowiem postrzeganie pacjenta jako Innego winno prowadzić do odejścia od demonicznej wizji choroby na rzecz dostrzegania Innego jako wartościowego, Innego wzbogacającego, albowiem pokazuje On świat po dwóch stronach lustra. W podejściu skoncentrowanym na jednostce ważna staje się personalizacja. Stawanie się osobą i sobą jest także kluczowe w kontekście terapii, w tym terapii przez sztukę, o czym chcielibyśmy wspomnieć w ostatniej części niniejszego opracowania.

Jedną z cech personalizacji jest kształtowanie poczucia własnej godności – godność zaś i wolność to niezbywalne prawa każdego człowieka i winny one być desygnatami zdrowia psychicznego. Terapia osób z zaburzeniami psychicznymi ma za zadanie m.in. przywracanie owej godności w świecie społecznym, deklarującym otwartość, a ukrywającym się za etykietowaniem i naznaczaniem.

Kiedy mówimy o (współ)obecności w terapii i spotkaniu z pacjentem, nie możemy zapominać o budowaniu właściwego, społecznego wizerunku osób chorych psychicznie.

W latach 40. XX wieku przeprowadzono w USA jedno z pierwszych badań dotyczących postaw społecznych wobec osób chorych psychicz-

nie. Badania te obecnie przeprowadza się regularnie na całym świecie i pokazują one, że pomimo wzrostu świadomości społecznej na temat chorób psychicznych w dalszym ciągu przeważają postawy, które możemy określić w kategorii stygmatu czy negatywnego stereotypu. Postawy te nacechowane są lękiem, podejrzliwością, niezrozumieniem i znacznym dystansem.

Goffman wykorzystał kategorię stygmatu na określenie postaw ludzi względem osób, które w ocenie społecznej niekorzystnie odróżniają się od typowej „większości”. Stygmatyzacja pozbawia ludzi chorych psychicznie godności, przeszkadza im w pełni uczestniczyć w życiu społecznym, narusza ich prawa człowieka [4].

Wprowadzić należy do opisu postaw społecznych względem osób chorych także kategorie stereotypu i dyskryminacji. Najczęściej powielanym stereotypem jest przeświadczenie o tym, iż osoby chore psychicznie są niebezpieczne dla otoczenia. Może to prowadzić do zachowań dyskryminacyjnych. Dyskryminacja chorych psychicznie na poziomie relacji międzyludzkich przejawia się w traktowaniu tych ludzi w sposób pogardliwy, podkreślający ich niższość intelektualną, odmiennność i niepełnosprawność [4].

Takie powielane stereotypy utrwalane bywają przez media i środowiska opiniotwórcze, co rzutuje na budowanie niewłaściwego i nierealnego obrazu osób borykających się z zaburzeniami psychicznymi. Taki obraz wypacza ideę kreowania postaw otwartości względem odmienności, utrudnia przebieg terapii skoncentrowanej na personalistycznym podejściu i może niewłaściwie wpływać na same jednostki chore, które utracą wiarę w możliwość powrotu do funkcjonowania społecznego w wymiarze zgodnym z profilem choroby. Dyskryminacja i stygmatyzacja zaburzają także proces działań profilaktycznych, albowiem w dalszym ciągu występuje społeczna niechęć do korzystania z porad psychologów i psychiatrów.

Reasumując dotychczasowe rozważania, należy podkreślić, iż myśląc o humanistycznym podejściu do pacjenta, winniśmy dążyć do społecznego utrwalenia poczucia (współ)odpowiedzialności za zdrowie zarówno w wymiarze jednostkowym, jak i społecznym oraz w wymiarze globalnym, wielowymiarowym. Rozważania wokół zdrowia psy-

chicznego pokazują, iż pomimo wzrostu wskaźników i zachorowań wciąż funkcjonujemy w przestrzeni tabu i nierealnego opisu zjawiska prowadzącego do stereotypizacji i dyskryminacji.

W Raporcie Rzecznika Praw Obywatelskich z 2014 roku odnajdujemy wręcz pytanie o to, czy ochrona zdrowia psychicznego to „zapomniany obszar” praw człowieka i pacjenta w naszym kraju [6].

Tomasz Szafrński, jeden z autorów opracowania zaprezentowanego w ramach Raportu, zwraca uwagę na swoistą klęskę humanitaryzmu. Podkreśla on, iż ogromna luka w obecności, dostępności i jakości opieki psychiatrycznej w stosunku do potrzeb dotyczy całego świata. Najbardziej zaznacza się to w krajach najbiedniejszych, ale także w krajach rozwiniętych – osoby z zaburzeniami psychicznymi wciąż należą do kategorii wykluczonych [6]. Co może zatem stać się antidotum na ten stan rzeczy? Jedną z dróg jest solidarność i wyjście poza system leczenia psychiatrycznego na rzecz wdrożenia wsparcia multiinstytucjonalnego. Zdaniem autora konieczne jest wykorzystanie środków wykraczających poza te, które są dostępne psychiatrii i zaangażowanie innych osób i instytucji, zarówno zatrudnionych w ochronie zdrowia, jak i poza nią oraz społeczności lokalnych [6].

Kształtują się tutaj dwa podstawowe kierunki działań. Jeden z nich (zalecany przez WHO) to zaangażowanie lekarzy POZ i pracowników podstawowej opieki zdrowotnej. Istotą tego podejścia jest udział lekarzy POZ w procesie stawiania diagnozy po konsultacji ze specjalistą i podejmowania pierwszych czynności medycznych. Powodzenie tego modelu zależy od dobrej edukacji personelu podstawowej opieki zdrowotnej w ścisłej współpracy ze specjalistami.

Drugi kierunek to budowanie sieci wsparcia angażujących wszelkie możliwe instytucje publiczne i prywatne oraz społeczności lokalne w działania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego [6].

Wnioski

Sztuka w służbie medycyny – o wykorzystaniu sztuki i tworzenia w procesie (współ)obecności z pacjentem

„Z punktu widzenia ściśle lekarskiego choroba psychiczna jest zjawiskiem szkodliwym, które często prowadzi do degradacji i zahamowania działalności twórczej, ale z perspektywy historii, poznania psychologicznego i wartości kulturowych poszerzyła ona wiedzę ludzką o takie obszary, których przyszłoby może żałować, gdyby je skreślić z dziejów ludzkości.”

Antoni Kępiński [7]

Poruszona w poprzedniej części kategoria Innego w tej części zestawiona zostanie z twórczością osób z zaburzeniami psychicznymi. Jest to w naszej ocenie jedna z form nie tylko wsparcia terapeutycznego, ale nade wszystko jedna z form spotkania z pacjentem.

Inny kojarzony jest przede wszystkim z filozofią dialogu, z odniesieniem do rozważań Emmanuela Lévinosa, według którego inność była wartością absolutną, wyrazem ludzkiej podmiotowości i głębokiego dla niej szacunku, z drugiej zaś strony była nie tyle zgodą, co imperatywem niepoznawalności drugiego człowieka [7].

Według Hanny Żuraw, mówiąc o Innym, należy wyróżnić cztery synonimiczne kategorie. Inny oznacza: dziwnego, odmiennego, niejednoznacznego oraz nienormalnego, anormalnego, zaburzonego. Inny zatem to także ten, który nie mieści się w normach, wykracza poza ramy owych norm, ale też niemogący ich osiągnąć [7].

Powyższa analiza pokazuje więc, że mówiąc o Innym jako kategorii opisu, balansujemy na pograniczu dwóch światów: świata twórczej odmienności oraz świata bycia poza marginesem społecznym. Od niebanalności do nienormalności. Zatem jak odnaleźć się w dialogu z owym Innym, aby móc powiedzieć o twórczym i terapeutycznym spotkaniu? Jak nadać sens czemuś, co wymyka się kryteriom? A może pozwolić sobie na brak oceny i wtedy możliwe stanie się poznanie i odkodowanie języka? Sztuka od wieków wymyka się „normom”, daje przestrzeń dla wielu interpretacji, staje się złożonym światem kodów i symboli, których odczytanie pozwala poznać przede wszystkim siebie.

Warto więc, pisząc o twórczości osób z zaburzeniami psychicznymi, sięgnąć po psychopatologię ekspresji. Od chwili, gdy psychopatologia ekspresji zaczęła się wyodrębniać jako świadoma swego przedmiotu dyscyplina, szczególne zainteresowania badaczy budziły przede wszystkim formalne osobliwości wytworów plastycznych pacjentów chorych psychicznie. Zaczęto też stawiać dwa różne pytania natury poznawczej. Jedno dotyczyło specyfiki świata, w którym żyje pacjent. Drugie dociekało osobliwości takiego a nie innego obrazowania tego, co pacjent zamierzał przedstawić [7].

Zatem jak stworzyć ową przestrzeń spotkania na styku dwóch światów: sztuki i medycyny, aby można było mieć poczucie personalizacji pacjenta?

Wykorzystanie sztuki w procesie leczenia znane jest już od starożytności, kiedy to odkryto, że sztuka może doprowadzić do zjawiska katharsis, czyli oczyszczenia. Współczesna nam arteterapia opisywana była przez wybitnych przedstawicieli świata starożytnego i chociaż nie posługiwali się oni pojęciem arteterapia, to w swoich opracowaniach i oddziaływaniach wykorzystywali sztukę, zwracając uwagę na jej lecznicze siły.

Zdaniem Natansona terapia sztuką pozwala na poprawę samopoczucia, subiektywnego stanu zdrowia, a nawet na obiektywną poprawę zdrowia [8].

Jan Paweł II w jednej z refleksji na temat sztuki stwierdził, że tym, co najbardziej ujawnia kondycję egzystencjalną współczesnego człowieka, jest twórczość artystyczna [9].

Dotychczasowe rozważania, podjęte tropy, pozwalają zatem na postawienie konkluzji, iż to nie choroba winna definiować człowieka, a jego gotowość do bycia twórczym w różnych aspektach swojego życia. Twórczość osób chorych psychicznie pozwala terapeutom, ale i też osobom stojącym z boku, na wejście w interakcję z twórcą, chociaż tak naprawdę winniśmy mówić o możliwości wejścia w interakcję z sobą samym, swoimi wyobrażeniami, lękami i nurtującymi nas pytaniami. Postawiona w tytule teza o spotkaniu z pacjentem i (współ)odczywaniu ma dwojaki wymiar. Po pierwsze pozwala na poznanie drugiego człowieka i spotkanie się z nim w sytuacji kryzysu, który wymaga od

niego sił witalnych, aby z tego kryzysu się wyzwolić. Drugi wymiar to wymiar osobisty. Obcując z twórczością drugiego człowieka, wchodzimy w świat „intymnych rozmów” o emocjach i poprzez te emocje doświadczamy siebie. Dzięki obcowaniu z osobą żyjącą na pograniczu doświadczamy poniekąd geniuszu, albowiem pryzmat poznawania świata w chorobie i poprzez chorobę pozwala tym pacjentom doświadczać i odczuwać dziś to, co inni może dostrzegą dopiero jutro.

Pojawiająca się w tytule (współ)obecność dobitnie pokazuje zarówno wielowymiarowość podjętego zagadnienia, jak i konieczność ukazania go jako zjawiska interdyscyplinarnego, które otwiera przestrzeń dialogu pomiędzy pacjentem a terapeutą z wykorzystaniem sztuki jako medium. Pojawia się także jeszcze przestrzeń spotkań osobistych: pacjenta i terapeuty z sobą samym.

Martin Buber zwrócił uwagę na fakt, że „gdy indywiduum uzna drugiego człowieka w całej jego inności jak siebie jako człowieka, i w ten sposób przedrze się ku drugiemu, wtedy – w tym bliskim i przejmującym spotkaniu przełamać ono swoją samotność [10].

PIŚMIENNICTWO

1. Szczepłowska D., Grys I., Sokołowski M. Zdrowy tryb życia jako element kultury bezpieczeństwa, Zdrowy tryb życia jako element kultury bezpieczeństwa. *Kultura Bezpieczeństwa. Nauka – Praktyka – Refleksje*, 2014;16(16):474–475.
2. Krzewniak D. Kultura bezpieczeństwa zdrowotnego. *Kultura Bezpieczeństwa*, 2016;5: 6,3,5,7.
3. <https://www.pokonajlek.pl/zdrowie-psychiczne-polakow/> [stan na dzień 09.01.2024].
4. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2007;11,476–477.
5. Michałowska D. Edukacja prozdrowotna – podejścia, modele, metody. *Przegląd Terapeutyczny*, 2008;4:3.
6. Szafrński T. Ochrona zdrowia psychicznego we współczesnym świecie. [w:] Wciórka J. (red.) *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki RPO*, Warszawa 2014:13–15.
7. Nieduziak E.M. Twórczość Innego – nowa wartość w sztuce i w społeczeństwie? *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej*, 2017;16:164–165,170.
8. Spielvogel I. Medycyna i sztuka – arteterapia na przykładzie Epitafium Rodziny Kerberów w Brzegu. *Liturgia Sacra* 23 (2017);2:513.

9. Bociek B. Twórczość artystyczna jak ujawnienie kondycji psychiczno-egzystencjalnej człowieka na przykładzie życia i twórczości Edwarda Muncha. *Studia Elbląskie*, 2010;11:287.
10. Jastrząb J., Krasoń K. Z sobą i o sobie – czyli spotkanie z pacjentem (tom 1). Wyd. Akademii Sztuk Pięknych w Katowicach, Katowice 2022:27.

LICZBA ZNAKÓW: 29 608