

INFORMATOR

O ZABURZENIACH I CHOROBAH
PSYCHICZNYCH ORAZ DOSTĘPNEJ POMOCY
W WOJEWÓDZTWIE ZACHODNIOPOMORSKIM



Pomorze
Zachodnie



**URZĄD MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO W SZCZECINIE**

Wydział Współpracy Społecznej
70-540 Szczecin, ul. Korsarzy 34
Tel. 91 44 16 220, fax. 91 44 16 231
www.wws.wzp.pl

Opracowanie graficzne, skład:

Kinga Grela

Druk:

ZAPOL Sobczyk Sp.j.
al. Piastów 42, 71-062 Szczecin
www.zapol.com.pl

Opracowanie merytoryczne:

dr EWA GIZA - lekarz psychiatra

Powielanie i przedruk tekstów zamieszczonych w publikacji
nie podlega ograniczeniom pod warunkiem podania źródła.

Wydanie informatora sfinansowano ze środków
Województwa Zachodniopomorskiego,
ujętych w budżecie w 2016 roku

Szczecin 2016

INFORMATOR

O ZABURZENIACH I CHOROBAH
PSYCHICZNYCH ORAZ DOSTĘPNEJ POMOCY
W WOJEWÓDZTWIE ZACHODNIOPOMORSKIM

Czym jest zaburzenie psychiczne, a czym choroba psychiczna?

Choroby i zaburzenia psychiczne są klasyfikowane w formie Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. Jak każda klasyfikacja, tak i ta, stanowi uproszczony opis rzeczywistości. Każdy człowiek ma swoją własną historię, każda choroba, zwłaszcza dotycząca psychiki – własną przyczynę, początek, przebieg. Bogactwo ludzkich przeżyć i doznań nie mieści się w żadnej klasyfikacji.

Według międzynarodowej praktyki diagnozowania, „zaburzenie”, w tym także psychiczne, ma swój wyraz w zachowaniach, przeżyciach i postawach obarczonych: cierpieniem, niesprawnością funkcjonowania, doświadczeniem zwiększonego ryzyka (śmierci, bólu, niesprawności) oraz znaczną utratą swobody. („Psychiatria dla studentów medycyny. Podręcznik” pod red. prof. dr hab. med. Adama Bilikiewicza, Warszawa 1998, s. 113).

Choroba psychiczna (w węższym znaczeniu) natomiast: „Jest to zaburzenie psychiczne w znacznym stopniu ograniczające wgląd, czyli poczucie, zdolność radzenia sobie ze zwykłymi wymaganiami życia lub utrzymania właściwego kontaktu z rzeczywistością” (cyt. jw.).

Choroba psychiczna to termin równoznaczny z psychozą: jest zaburzeniem psychicznym o charakterze przewlekłym, w największym stopniu wymagającym interwencji psychiatrycznej i leczenia farmakologicznego.



Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży

Często myśląc o zdrowiu dziecka, bierzemy pod uwagę jego zdrowie fizyczne, parametry rozwoju, zgłaszamy się z dzieckiem na badania kontrolne do pediatry, na szczepienia, dbamy o odżywianie. Natomiast zapominamy, iż zdrowie psychiczne dziecka jest tak samo ważne jak jego zdrowie fizyczne.

Zdrowe psychicznie dzieci potrafią radzić sobie z codziennymi problemami, mają poczucie własnej wartości, rozumieją się z rówieśnikami czy członkami rodziny.

Mówiąc o dbaniu o zdrowie psychiczne dzieci trzeba wziąć pod uwagę zarówno profilaktykę, jak i szybkie dostrzeżenie objawów zaburzeń psychicznych u dziecka i radzenie sobie z nimi. Zdrowie psychiczne jest uwarunkowane wieloma czynnikami, w tym biologicznymi (np. genetycznymi, przeżytymi chorobami, urazami), środowiskowymi (warunki życia, narażenie na substancje toksyczne), społeczno-ekonomicznymi (wsparcie społeczne, status społeczno-ekonomiczny) i wreszcie rodzinnymi (skład rodziny, funkcjonowanie poszczególnych członków rodziny, klimat emocjonalny, style wychowawcze).

Na część z tych czynników nie mamy wpływu lub wpływ ten jest bardzo ograniczony.

Rodzice swoimi postawami i sposobem traktowania dziecka mogą wspierać dziecko, stymulować jego rozwój i sprawiać, że będzie zdrowym emocjonalnie, szczęśliwym człowiekiem.

Ogromnie istotne jest okazywanie dziecku miłości, czułości i ciepła, wsparcia, gdy przeżywa trudne emocje, okazywanie zrozumienia. Wspólne spędzanie czasu, słuchanie dziecka, docenianie, chwalenie, nagradzanie, sprawia, że mały człowiek czuje, że jest dla rodzica ważny i wzmacnia jego poczucie wartości i chęć angażowania się w kolejne wyzwania. Uczenie dziecka odpowiedzialności, uczciwości, szczerości, szacunku wobec innych, samemu będąc wzorem, daje mu siłę do radzenia sobie z przeciwnościami.

Nikt nie uczy, jak być dobrym rodzicem, uczy się tego razem z rosnącymi dziećmi i pojawiającymi się wyzwaniami. W ostatnich latach dostępnych jest coraz więcej warsztatów o wychowaniu dzieci – „szkoły dla rodziców”, „warsztaty dla dobrych rodziców” i licznych poradników.

Nawet jeśli najwłaściwiej dbamy o zdrowie psychiczne dzieci, normalnym jest, że dzieci doświadczają różnych problemów psychicznych. Większość trudności ma charakter przejściowy i nie wymaga leczenia w zakresie zdrowia psychicznego. Jednak gdy problemy te są poważne i uporczywe, rodzice powinni zwrócić się o pomoc do specjalistów.

Dzieci mogą doświadczyć pojedynczego zaburzenia lub więcej niż jednego w tym samym czasie.

Do często występujących zaburzeń zaliczamy:

- zaburzenia lękowe
- zespół nadpobudliwości psychoruchowej
- zaburzenia odżywiania
- zaburzenia nastroju
- używanie substancji psychoaktywnych, uzależnienia

Zaburzenia lękowe i zaburzenia nastroju zazwyczaj związane są z powtarzającym się intensywnym bólem emocjonalnym, trwającym miesiące lub lata. Dzieci te mogą odczuwać nieracjonalny strach i lęk, ciągły smutek i małe poczucie własnej wartości.

Dzieci cierpiące na zespół nadpobudliwości psychoruchowej mogą być nieuważne, nadpobudliwe, impulsywne. Mogą one nieustannie naruszać zasady, przeszkadzać w trakcie zajęć szkolnych.

Zaburzenia odżywiania zazwyczaj polegają na ekstremalnym niedojadaniu lub przejadaniu się, czemu towarzyszą uczucia głębokiego cierpienia co do kształtu lub wagi ciała.

Gdy mamy jakiegokolwiek wątpliwości co do funkcjonowania psychicznego naszego dziecka, można zwrócić się do lekarza pediatry/lekarza rodzinnego i poprosić o dokładne zbadanie dziecka. Lekarz rodzinny może skierować do psychologa, psychiatry dzieci i młodzieży, ale do specjalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego możemy zgłosić się również bez skierowania.

Dobrze jest również skontaktować się ze szkołą, przedszkolem dziecka, gdyż tam dzieci spędzają większość dnia. Pomocni mogą okazać się nauczyciele i psychologowie szkolni oraz pracownicy poradni pedagogiczno-psychologicznych.



Co powinno nas niepokoić w zachowaniu bliskiej osoby?

Nie da się w sposób jednoznaczny określić norm zachowania obowiązujących nas wszystkich i w każdej sytuacji, jednak da się dostrzec anomalie zachowań przyglądając się z wycuciem środowisku społecznemu, w którym osoba funkcjonuje.

Co zatem powinno nas niepokoić w zachowaniu bliskich nam osób?

1. Zaburzenia myślenia – dezorganizacja myślenia spowodowana rozkojarzeniem lub zupełnym porozrywaniem wątków myślowych.
2. Urojenia – fałszywe przekonania, które nie dają się skorygować żadną perswazją, nawet poprzez przytaczanie nieodpartych, z punktu widzenia logiki, argumentów na ich bezsensowność.
3. Omamy – zwane również halucynacjami, są to fałszywe spostrzeżenia wzrokowe, słuchowe, smakowe, węchowe lub czuciowe. Pacjent doświadczający omamów słyszy, widzi lub wyczuwa rzeczy, których w rzeczywistości nie ma. Często omamy współistnieją z urojeniami, dostarczając choremu „dowodów” na prawdziwość urojeń.
4. Zmiana uczuć – u chorego pojawiają się uczucia irracjonalne w danej sytuacji, np. pobudzenie, gniew lub lęk spowodowany zaburzeniami myślenia i postrzegania. W innej sytuacji może dojść do zubożenia uczuć i osoba sprawia wrażenie obojętnej na to, co się wokół niej dzieje. Nierzadko oba te stany przeplatają się.



5. Zmiana zachowań - wynikająca ze zmiany uczuć odmienność zachowań w porównaniu z zachowaniem znanym sprzed choroby. Zachowania są konsekwencją innych objawów wytwórczych i zewnętrzną manifestacją uczuć, obejmują więc irracjonalne pobudzenie lub apatię, dziwaczne dla otoczenia gesty lub całe sekwencje zachowań wynikających z doznawanych zaburzeń myślenia i postrzegania. Dla przykładu osoba doznająca omamów smakowych i węchowych, przekonana, że jest zatruwana, zmieni swoje zachowanie adekwatnie do tej sytuacji. Będzie odmawiać przyjmowania pokarmów, unikać przebywania w „zatrutych” pomieszczeniach, reagować podejrzliwością lub jawną wrogością i agresją w kontaktach ze swoimi domniemanymi prześladowcami.
6. Wycofywanie się z życia rodzinnego i społecznego (izolowanie się od otoczenia, brak zainteresowania sprawami, które dotychczas były istotne).
7. Zanik inicjatywy – blisko związany z wycofaniem, powodujący zubożenie aktywnych zachowań dotychczas charakteryzujących daną osobę. Chorzy wymagają nakłaniania i pokierowania nimi nierzadko w podstawowych czynnościach życiowych.
8. Ubóstwo myślenia i wypowiedzi – często chorzy wręcz skarżą się na „pustkę w głowie”, ograniczenie myślenia do kilku powracających stale, identycznych myśli. Obrazuje to często zubożenie wypowiedzi u osób dotychczas elokwentnych.
9. Zblednięcie emocjonalne – pacjenci dotychczas żywo reagujący emocjonalnie stają się jakby bezduszni, nie zainteresowani sprawami swoimi i swoich bliskich, sprawiają wrażenie osób bez uczuć.

Powyższe objawy nie wyczerpują bogactwa objawów zaburzeń psychicznych. Każdy pacjent choruje inaczej, a objawy prezentowane przez chorych czasami zaskakują swoją różnorodnością.

Fakty i mity dotyczące osób cierpiących na zaburzenia psychiczne i chorujących psychicznie

1 Chorujący na zaburzenia psychiczne są niebezpieczni dla otoczenia.

Nieprawda:

Stereotyp o niebezpieczeństwie osób chorujących psychicznie jest bardzo powszechny i dodatkowo wzmacniany w filmach, gdzie pojęcia takie jak schizofrenia, psychopatia, choroba psychiczna czy morderca są praktycznie jednoznaczne. W tych produkcjach niebezpiecznym przestępcom przypisuje się najczęściej chorobę psychiczną. Tymczasem według doniesień Polskiej Agencji Prasowej naukowcy wyliczyli, że w krajach rozwiniętych w populacji 14 mln osób występuje jeden przypadek morderstwa dokonanego przez osobę dotkniętą schizofrenią w ciągu roku. Zdecydowanie częściej zdarza się, że to właśnie chorujący są ofiarami przestępstw!

Osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne poddające się leczeniu nie są niebezpieczne, żyją wśród nas i mogą pełnić wszelkie role społeczne.

2 Zaburzeń psychicznych nie trzeba leczyć lekami.

Nieprawda:

Niestety obecnie nie są znane skuteczne sposoby leczenia większości zaburzeń psychicznych bez użycia środków farmakologicznych. Wynika to z faktu, że w mózgach większości chorych zachodzą niewłaściwe procesy chemiczne, które skutecznie uregulować można stosując leki. Ponadto przyczyny większości zaburzeń psychicznych nie są do końca znane, a leki podawane pacjentom pomagają zwalczyć objawy choroby i ułatwić im w ten sposób życie.

3

Dzieci nie mają problemów ze zdrowiem psychicznym.

Nieprawda:

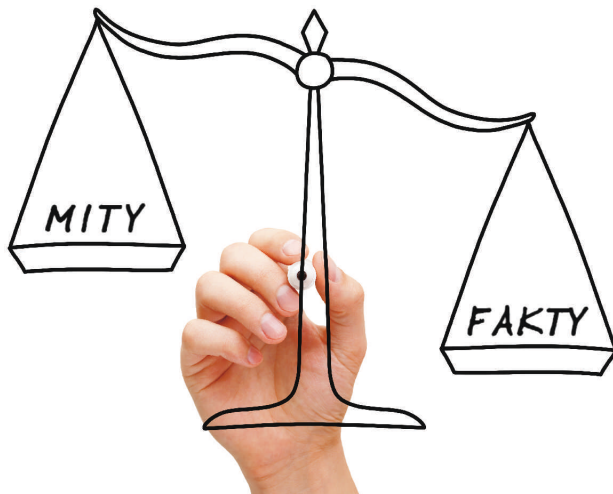
Według badań – aż połowa zaburzeń psychicznych objawia się zanim człowiek ukończy 14 lat, a trzy czwarte z nich rozpoczyna się przed 24 rokiem życia. Niestety leczone jest mniej niż 20% młodych osób potrzebujących terapii. Dlatego niezwykle ważne jest konsultowanie przez rodziców wszelkich niepokojących objawów występujących u dziecka ze specjalistą.

4

Osoby z zaburzeniami psychicznymi nie są zdolne do pracy zawodowej i nie powinny pracować.

Nieprawda:

Ludzie dotknięci zaburzeniami psychicznymi są tak samo wydajni, jak inni pracownicy. Według statystyk zaburzenia psychiczne dotyczą aż 25% społeczeństwa, dlatego istnieje duża szansa, że kontaktujesz się na co dzień zawodowo z chorującymi na nie, w części z tymi nieświadomymi. Osoby te często nie wyróżniają się spośród pracowników, gdyż z powodu powszechnej nietolerancji społecznej zmuszone są do ukrywania faktu, że są chorzy.



Najczęściej diagnozowane zaburzenia psychiczne



DEPRESJA

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) depresja jest wiodącą przyczyną niesprawności i niezdolności do pracy na świecie oraz najczęściej spotykanym zaburzeniem psychicznym. Choruje na nią w ciągu całego życia kilkanaście procent populacji osób dorosłych. Choroba ta dotyka dwa razy częściej kobiet. Co dziesiąty pacjent zgłaszający się do lekarza pierwszego kontaktu z powodu innych dolegliwości ma pełnoobjawową depresję, a drugie tyle osób cierpi z powodu pojedynczych objawów depresyjnych. Niestety ponad połowa tych przypadków pozostaje nierozpoznana, a spośród osób z rozpoznaną depresją jedynie połowa otrzymuje adekwatne leczenie. Z tego względu niezwykle ważną dla każdego (nie tylko dla lekarza) kwestią jest znajomość natury i objawów depresji oraz podstaw jej diagnostyki i leczenia.

Depresja to choroba, którą można i należy leczyć, jej objawy mogą mieć charakter zarówno nawracający, jak i przewlekły. Obecnie dostępne są coraz lepsze metody terapii, które z jednej strony zapewniają większą skuteczność, a z drugiej – są coraz mniej obciążające.

Najbardziej charakterystyczne objawy:

- Stopniowa utrata radości życia i odczuwania przyjemności, umiejętności cieszenia się rzeczami i wydarzeniami, które do tej pory były odczuwane jako radosne, aż do całkowitego ich zaniku (anhedonia).
- Obniżenie nastroju i przeżywania, połączone ze zubożeniem („jest mi wszystko jedno, co się dzieje i co się stanie”), poczucie pustki. Czasami zmienny (labilny), drażliwy nastrój, trudność w kontrolowaniu nastroju oraz smutek (mające głęboki i przenikliwy charakter, doświadczane przez większość czasu), płacz, który coraz trudniej kontrolować, a czasami niemożność panowania nad własnymi emocjami, impulsywność niezgodna z dotychczasowym zachowaniem.

- Ograniczenie aktywności życiowej, stopniowa utrata dotychczasowych zainteresowań, trudności w podejmowaniu różnych czynności i działań, aż do skrajnego zaniechania tych czynności (abulia) – na przykład niemożność wstania z łóżka, wykonania najprostszych czynności higienicznych, jak ubranie się, umycie, uczesanie.
- Myślenie depresyjne to pesymistyczna ocena własnej przeszłości, terażniejszości i przyszłości, utrata poczucia własnej wartości, zaniżona samoocena, poczucie bycia bezwartościowym, niepotrzebnym. Czasami urojenia depresyjne (fałszywe sądy, w których prawdziwość pacjent wierzy, pomimo daremnych prób skonfrontowania go z rzeczywistością) dotyczące poczucia winy, bycia grzesznym, karanym, skazanym, czy też dotyczące biedy, ubóstwa, braku jakichkolwiek perspektyw na przyszłość dla siebie i rodziny. Obecność takich urojeniowych myśli jest bezwzględnym wskazaniem do konsultacji u psychiatry.
- Narastające poczucie utraty sensu życia, bezsens życia, poczucie beznadziejności, myśli rezygnacyjne, myśli o śmierci.

Depresja u mężczyzn:

- Mężczyzna początkowo staje się osowiały, rozdrażniony, nawet agresywny. Nie ma apetytu lub ma nadmierny apetyt, pojawiają się bezsenność, lęki, kłopoty z pamięcią i koncentracją. W dalszej kolejności izoluje się od otoczenia – unika kontaktów z bliskimi i znajomymi. Odcina się od emocji, nie rozmawia o swoim nastroju, choć jest przygnębiony i czuje się bezwartościowy.
- Mężczyźni wykazują częściej niż kobiety w depresji nadmierną agresję, ryzykowne zachowania i nadużywają alkoholu, szukają zapomnienia w seksie.

PAMIĘTAJ!

„Branie się w garść”, wyjazd na urlop, łykanie witamin i środków wzmacniających DEPRESJI NIE WYLECZY.



SCHIZOFRENIA

Schizofrenia (inaczej „psychoza schizofreniczna”, termin „schizofrenia” pochodzi od słów schizis i phren, tłumaczonych odpowiednio jako: „rozszerzyć” i „umysł”) to przewlekła choroba, którą można i trzeba leczyć. Należy do tzw. zaburzeń psychiatrycznych (psychoz), czyli stanów charakteryzujących się zmienionym chorobowo, nieadekwatnym postrzeganiem, przeżywaniem, odbiorem i oceną rzeczywistości. Chory cierpiący na psychozę ma poważnie upośledzoną umiejętność krytycznej, realistycznej oceny własnej osoby, otoczenia i relacji z innymi, a nawet nie jest do niej zdolny. Występuje kilka postaci schizofrenii. W zależności od przeważających objawów wyróżnia się schizofrenię paranoidalną, hebefreniczną, katatoniczną, prostą, rezydualną i nie różnicowaną. W Polsce najczęściej rozpoznawana jest postać paranoidalna.

Ryzyko zachorowania na schizofrenię w ciągu całego życia wynosi około 1%. Równie często chorują kobiety, jak i mężczyźni. Jest to choroba ludzi młodych – ponad połowa zachorowań rozpoczyna się przed 30. rokiem życia. Mężczyźni zaczynają chorować średnio w nieco młodszym wieku (15.–24. roku życia) niż kobiety (między 25.–34. rokiem życia).

Objawy schizofrenii:

1. objawy pozytywne – urojenia, halucynacje (omamy-słuchowe, wzrokowe, smakowe, dotykowe),
2. objawy negatywne – m.in. wycofanie z życia społecznego, utrata zainteresowań, zubożenie uczuciowe, bezczynność, anhedonia, spowolnienie ruchowe, zubożenie wypowiedzi,
3. zaburzenia poznawcze – zaburzenia koncentracji i uwagi, różnego rodzaju zaburzenia pamięci i inteligencji, trudności w skupieniu się i zorganizowaniu,

4. zaburzenia afektu (nastroju) – wiążą się z przeżyciami psychotycznymi (np. urojeniami, halucynacjami) oraz objawami negatywnymi i trudnościami, które z nich wynikają; mogą temu towarzyszyć smutek, żal, zmniejszona radość życia,
5. objawy dezorganizacji psychicznej – obejmują proces myślenia (chory ma trudności w zrozumieniu tego, co się wokół niego dzieje, postępowania ludzi, ich wypowiedzi) czy też zachowania chorego (zachowanie dziwaczne, nieadekwatne do sytuacji, chaotyczne).

Postaci schizofrenii:

- paranoidalna – dominują objawy pozytywne (objawy wytwórcze) – urojenia i omamy.
- hebefreniczna (zdezorganizowana) – górują niedostosowanie i objawy dezorganizacji w zakresie myślenia, afektu oraz zachowania (zachowanie nieprzewidywalne, chaotyczne, infantylne, mowa rozkojarzona).
- katatoniczna – przeważają stany tzw. osłupienia lub pobudzenia katatonicznego. Chory zazwyczaj nie nawiązuje kontaktu z otoczeniem, milczy, pozostaje w stanie „osłupienia katatonicznego” (skrajny bezruch, „zastyganie” w różnych pozycjach). Osłupienie katatoniczne może nagle przechodzić w stan bardzo silnego pobudzenia psychoruchowego – pacjent wykonuje ruchy chaotyczne, bez celu – po czym ponownie „zastyga” w osłupieniu.
- prosta – nie występują objawy pozytywne (wytwórcze); ta postać choroby zaczyna się powoli, a stopniowo narastające objawy negatywne są przyczyną załamania linii życiowej
- rezydualna – dominują tzw. przewlekłe objawy resztkowe (rezydualne) o w miarę stabilnym i niewielkim nasileniu, które utrzymują się przez dłuższy czas z wyraźną przewagą objawów negatywnych; w przeszłości u osób na nią cierpiących wystąpił co najmniej jeden epizod choroby z objawami wytwórczymi.
- niezróżnicowana – cechuje brak przewagi jednych objawów nad innymi i ich zmienność. Taki obraz choroby nie pozwala rozpoznać u pacjenta żadnej z omawianych wcześniej postaci schizofrenii.

ZABURZENIA PSYCHICZNE

Ryzyko samobójstwa: Ocenia się, że ryzyko samobójstwa wśród chorych na schizofrenię wynosi średnio około 10%; jest większe u mężczyzn i u osób w młodym wieku. Zwiększa się także w przypadku częstych nawrotów choroby z przewagą objawów pozytywnych i przy utracie wiary w rezultaty leczenia.

Pomimo tego, że jest to choroba przewlekła, znany jest sposób leczenia polegający na systematycznym udziale chorego wraz z rodziną w leczeniu farmakologicznym, terapii psychiatrycznej, psychologicznej. Systematyczny proces pozwala „zaleczyć” chorobę.



CHOROBA AFEKTYWNA DWUBIEGUNOWA (CHAD)

Choroba afektywna dwubiegunowa – określana także jako zaburzenia afektywne dwubiegunowe (w przeszłości nazywana chorobą lub psychozą maniakalno-depresyjną czy cyklofrenią) – charakteryzuje się występowaniem epizodów depresji, manii/hipomanii lub epizodów mieszanych. Pomiędzy tymi epizodami zwykle występują okresy remisji, tj. całkowitego braku objawów lub utrzymywania się nielicznych objawów o niewielkim nasileniu. Choroba afektywna dwubiegunowa to druga co do częstości przyczyna niezdolności do pracy z powodów psychiatrycznych. Rozpoczyna się najczęściej w młodym wieku (przed 35. rokiem życia), co w połączeniu z bardzo dużą nawrotowością objawów przyczynia się do poważnych, negatywnych konsekwencji we wszystkich aspektach życia chorego (funkcjonowanie społeczne, rodzinne, zawodowe, kondycja ekonomiczna, możliwość realizowania swojego potencjału intelektualnego).

Częstość występowania choroby afektywnej dwubiegunowej typu I i II szacuje się na około 2%, natomiast rozpowszechnienie wszystkich zaburzeń należących do spektrum tej choroby sięga 6–11%. Na chorobę afektywną dwubiegunową chorują równie często kobiety, jak i mężczyźni.

Symptomy choroby dzielą się na dwie grupy:

1. objawy depresyjne: spowolniona aktywność życiowa, brak kreatywności, intelektualna pustka, lęki, koszmary, bezsenność; objawy stopniowo, powoli nasilają się; średni czas trwania depresji to 3-6 miesięcy; przy dużym nasileniu możliwe są próby samobójcze,
2. objawy maniakalne: są odwrotnością depresyjnych; pojawiają się i narastają szybko zwykle w ciągu kilku dni i trwają krócej; wyrażają się nadzwyczajną aktywnością fizyczną i intelektualną, zanikają lęki, koszmary, zmniejsza się potrzeba snu i odpoczynku; w skrajnych przypadkach mania może spowodować całkowitą dezorganizację postępowania chorego, prowadząc do zachowań agresywnych, urojeń i halucynacji.

Epizod mieszany przejawia się jednoczesnym występowaniem objawów zarówno depresji, jak i manii/hipomanii. Spowolnieniu psychoruchowemu może towarzyszyć przyspieszenie myśli, aż do goniwy myśli, niepokój, drażliwość. Z kolei większej aktywności może towarzyszyć poczucie smutku, utraty radości i sensu życia, myśli samobójcze. Stany mieszane z drażliwością czy zwiększonym napędem psychoruchowym z utratą sensu życia („pobudzeniem z depresją”) wymagają szczególnie wnikliwej obserwacji pacjenta pod kątem myśli i tendencji samobójczych.

Pomimo tego, że jest to choroba przewlekła, znany jest sposób leczenia polegający na systematycznym udziale chorego wraz z rodziną w leczeniu farmakologicznym, terapii psychiatrycznej, psychologicznej. Systematyczny proces pozwala „zaleczyć” chorobę.



ZABURZENIA NERWICOWE

Zaburzenia nerwicowe, inaczej nazywane są zaburzeniami lękowymi, to zaburzenia psychiczne, które mają bardzo różne symptomy. Osoba chora zdaje sobie zazwyczaj sprawę ze swoich objawów, ale przeżywa przed nimi lęk.

Nerwica jest przykładem choroby cywilizacyjnej. Rozpowszechnienie nerwic narasta. Często można spotkać się ze stwierdzeniem, że objawy nerwicy przejawia około 20% populacji.

Nerwica i jej objawy mają rozmaite postaci. Jest to właściwe zespół zaburzeń nerwicowych. Objawy nerwicy obejmują fobie, lęk, trudności z przystosowaniem się do wymagań społecznych, problemy w relacjach i różnych sytuacjach społecznych: w pracy, życiu towarzyskim, występach publicznych, nawet jeśli to tylko zebranie kilku osób. Objawy nerwicy mogą mieć charakter emocjonalny lub somatyczny (objawy cielesne), zaburzają także naszą zdolność do uczenia się, pamięć i koncentrację.

Nerwica często manifestuje się:

- bólami głowy, żołądka lub kręgosłupa oraz uczuciem bólu serca, które pojawiają się w momentach napięć lub stają się przewlekłe, gdy długo żyjemy w stresie;
- zawrotami głowy;
- kołataniem serca;
- problemami z oddychaniem, uczuciem duszności i ciężaru w klatce piersiowej;
- sztywnością mięśni i uczuciem, że całe ciało jest obolałe;
- zaburzeniami w funkcjonowaniu zmysłów, zwłaszcza słuchu i wzroku;
- zaburzeniami pracy narządów wewnętrznych, bardzo często układu pokarmowego; podłoże nerwicowe mogą mieć też alergie oraz atopowe zapalenie skóry.

O zaburzeniach nerwicowych może świadczyć:

- bliżej nieokreślony niepokój, który towarzyszy nam niemal cały czas – rodzaj poddenerwowania, poczucie wiszącego nad nami nieokreślonego niebezpieczeństwa;
- czarne myśli, czyli przewidywanie zawsze najgorszego;
- niemożliwy do kontrolowania lęk przed pewnymi sytuacjami, osobami, zdarzeniami (np. pajakami, małymi pomieszczeniami, lataniem samolotem, przed przebywaniem w grupie ludzi, wystąpieniami publicznymi itd.), czyli fobie;
- powracająca apatia i brak motywacji, uczucie „nic mi się nie chce”;
- częste poirytowanie, niecierpliwość, poczucie frustracji;
- brak radości w życiu, trudności z odczuwaniem przyjemności (zawsze jest jakieś ale);
- zmienność nastrojów; niestabilność emocjonalna; trudności z zasypianiem.

Zaburzenia nerwicowe są wynikiem przewlekłego nieodreagowanego stresu i wymagają głównie psychoterapii, konsultacji psychiatrycznej.



Leczenie psychiatryczne bez zgody pacjenta

Do najważniejszych aktów prawnych regulujących tą kwestię należy *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego oraz kodeks cywilny, kodeks rodzinny i opiekuńczy, kodeks postępowania cywilnego, kodeks karny i kodeks postępowania karnego.*

art. 22 ust. 1a – przyjęcie chorego do szpitala bez ważnego skierowania; rozwiązanie takie stosuje się, kiedy jest sytuacja nagła i nie ma czasu na uzyskanie opinii lekarza przed przyjęciem

art. 22 ust. 2 – gdy osoba jest upośledzona umysłowo lub chora psychicznie w stopniu uniemożliwiającym wyrażenie woli, o umieszczeniu w szpitalu decyduje sąd opiekuńczy; w wyjątkowych przypadkach (*art. 22 ust.2a*) osobę taką można przyjąć bez decyzji sądu na podstawie pisemnej zgody lekarza psychiatry

art. 23 ust. 1 – gdy dotychczasowe zachowanie osoby chorej psychicznie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża ona bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób; w ciągu 48h lekarz powinien poinformować o tej decyzji ordynatora, ten zaś w ciągu 72h od chwili przyjęcia powiadamia właściwy sąd opiekuńczy

art. 24 ust. 1 – gdy dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych osoba zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie

art. 29 ust. 1 pkt 1 – gdy dotychczasowe zachowanie osoby chorej psychicznie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego (*art.29 ust.1 pkt 1 ustawy*), przyjęcie do szpitala następuje na podstawie decyzji sadu opiekuńczego

art. 29 ust. 1 pkt. 2 – gdy osoba chora jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia; za wcześniejszą zgodą sądu opiekuńczego wydaną na wniosek rodziny, ośrodka pomocy społecznej, przedstawiciela ustawowego

art. 29 ust. 2 – gdy osoba chora odmawia hospitalizacji, wówczas małżonek, krewny w linii prostej, rodzeństwo, przedstawiciel ustawy lub osoba sprawująca faktyczną opiekę nad osobą chorą psychicznie mogą złożyć wniosek do sądu opiekuńczego właściwego dla miejsca zamieszkania tej osoby o zastosowanie przymusowej hospitalizacji.

W sytuacji gdy: nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu zdrowia psychicznego chorego, na co wskazuje jego dotychczasowe zachowanie, oraz gdy osoba chora psychicznie jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę stanu jej zdrowia.

PAMIĘTAJ!

Do wdrożenia środków przymusu nie wystarcza zdiagnozowanie choroby, czyjaś obawa, ale musi wystąpić rzeczywiste zagrożenie lub co najmniej wysokie prawdopodobieństwo jego powstania! (art. 18 ustawy). Najlepiej aby leczenie szpitalne odbywało się za zgodą pacjenta, ale nieprawdą jest, aby osoba chorująca psychicznie w zaostrzeniu choroby nie mogła być hospitalizowana dobrowolnie.

PAMIĘTAJ!

- Choroby i zaburzenia psychiczne można i należy leczyć w celu uzyskania remisji pełnej lub remisji funkcjonalnej, tj. powrotu do normalnego życia.
- Choroby psychiczne i zaburzenia powinien zdiagnozować i leczyć lekarz psychiatra.
- Terapia powinna być kompleksowa, ale podstawową rolę odgrywa leczenie farmakologiczne.
- Systematyczne leczenie, w zależności od obrazu klinicznego i przebiegu choroby, może przynieść długotrwałe remisje.
- Leczenie farmakologiczne należy kontynuować także w okresie remisji w ramach profilaktyki nawrotów choroby.
- Ważna jest dobra współpraca pacjenta i jego rodziny z lekarzem psychiatrą (i innymi terapeutami) prowadzącym leczenie oraz psychoedukacja zarówno pacjenta, jak i jego rodziny, obejmująca informację na temat choroby i umiejętności radzenia sobie z jej objawami i towarzyszącymi jej trudnościami.
- Bardzo istotne znaczenie ma odpowiednie wsparcie rodzinne i środowiskowe pacjenta.

Co może wyzwać lub nasilać zaburzenia psychiczne

- Przewlekłe zmęczenie
- Przewlekły stres
- Trudne emocjonalnie sytuacje życiowe, np. żałoba, rozwód, poród, ciąża, połów
- Nadużywanie alkoholu, narkotyków, dopalaczy, środków psychoaktywnych, leków
- Bezsennosc
- Choroby somatyczne, np. cukrzyca,
- Zaburzenia odżywiania (bulimia, anoreksja)

Rola rodziny i najbliższego otoczenia w procesie zdrowienia

Rola rodziny w procesie zdrowienia pacjenta i późniejszym funkcjonowaniu jest niezmiernie ważna. Dowiedziono, iż ryzyko nawrotu choroby jest tym większe im większy, panuje poziom napięcia emocjonalnego w środowisku rodzinnym. Rodziny, mając najlepsze intencje wobec swego chorującego bliskiego, stosują różne „techniki” pomocy. Zdarza się, że krytykują go, chcąc w ten sposób wymóc na nim np. aktywność. Skutkuje to tym, że pacjent czuje się nieakceptowany, nierozumiany i gorszy, co wzmacnia w nim poziom wewnętrznego napięcia i niskie poczucie własnej wartości. Innym sposobem reakcji rodzin jest nadmierne wyręczanie go we wszystkim i osaczanie uczuciami. To z kolei powoduje u chorego przekonanie, że jest zwolniony z wszelkich obowiązków i inni załatwią różne sprawy za niego, może też powodować u niego poczucie niezaradności, bezradności.

Zatem nie jest dobrze, gdy bliscy są „zbyt daleko” lub „zbyt blisko” pacjenta. Nadmierna intensywność uczuć – pozytywnych czy też tych negatywnych – nie jest korzystna.

Rodziny mogą się uczyć, jak być „w sam raz” poprzez spotkania z psychiatrą lub psychologiem, a także spotkania z innymi rodzinami i grupy wsparcia. Trudnym, lecz niezwykle ważnym zadaniem rodziny jest:

- unikanie w stosunku do pacjenta nadmiernej krytyki
- unikanie wobec pacjenta nadmiernej opiekuńczości i osaczania go uczuciami
- zachowanie spokojnej życzliwości i pomaganie pacjentowi w odzyskiwaniu umiejętności życia społecznego oraz wspieranie jego prób skutecznego radzenia sobie ze stresami.

(Opracowano na podstawie B. de Barbaro, K. Ostoja-Zawadzka, A. Cechnicki „Możesz pomóc. Poradnik dla rodzin pacjentów chorych na schizofrenię i zaburzenia schizotypowe”)

GDZIE UZYSKAĆ POMOC?

Jak otoczenie społeczne (instytucje, środowisko zawodowe, NGO, środowisko sąsiedzkie) może pomóc rodzinie chorego?

- Odciążyć z poczucia winy
- Wzmocnić zdolności do przetrwania i wyjścia z kryzysu
- Z poszanowaniem autonomii rodziny wpływać na model komunikacji
- Przeciwdziałać izolacji społecznej rodziny

Gdzie uzyskać bezpłatną poradę i pomoc?

.....

- W instytucjach służby zdrowia – Szpitalu, Poradniach Zdrowia Psychicznego, Dziennych Oddziałach Psychiatrycznych, u lekarzy rodzinnych, w przychodniach itp.
- W instytucjach pomocy społecznej, m.in. Ośrodkach Pomocy Społecznej, Zespołach Interdyscyplinarnych, Gminnych Komisjach Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Powiatowych Centrach Pomocy Rodzinie (PCPR)
- W organizacjach pozarządowych – stowarzyszeniach zajmujących się pomocą osobom chorującym psychicznie, ośrodkach wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi

PORADY TELEFONICZNE

- **Telefoniczna Pierwsza Pomoc Psychologiczna**
22 425 98 48
(opłata zgodnie z cennikiem Twojego operatora telefonicznego)
pn. - pt. godz. 17.00-20.00, sob. godz. 15.00-17.00
- **Antydepresyjny Telefon Zaufania Centrum ITAKA**
22 654 40 41, pn., czw. godz. 17.00-20.00
- **Antydepresyjny Telefon Forum Przeciw Depresji**
22 594 91 00, śr., czw. godz. 17.00-19.00

- Infolinia przeznaczona dla osób z problemami psychicznymi lub ich rodzin
22 885 84 83
- Młodzieżowy Telefon Zaufania
192 88
- Bezpłatny telefon zaufania dla dzieci i młodzieży
116 111
- Szczeciński Telefon Zaufania „Anonimowy Przyjaciół”
91 813 63 63, pn. - pt. godz. 17.00-20.00
- Telefon Zaufania dla Osób Dorosłych w Kryzysie Emocjonalnym
116 123, pn. - pt. godz. 14.00-22.00
- Telefon Stowarzyszenia Aktywnie Przeciwko Depresji
22 843 18 75, śr. godz. 16.00-17.00
- Bezpłatna linia wsparcia dla osób po stracie bliskich
800 108 108,
pn. - pt. godz. 14.00-20.00
- Stowarzyszenie Rodzin i Opiekunów Osób Chorych Psychiczenie „Rodzina” w Szczecinie
al. Bohaterów Warszawy 27a lok. 3, 70-340 Szczecin
- Stowarzyszenie Użytkowników Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej „Feniks”
ul. Warszawska 15, 78-100 Kołobrzeg, tel. 94 353 03 12, 782 888 026
- Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób Mniejszych Szans – „Więź”
ul. Arkońska 17/18, 71-470 Szczecin, 91 829 01 02
- Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych, Ich Rodzin i Przyjaciół „Przystań”
ul. W. Andersa 24, I piętro, 75-626 Koszalin, 502 678 096

GDZIE UZYSKAĆ POMOC?

Gdzie można znaleźć więcej informacji i porad dotyczących zaburzeń psychicznych?

- <http://psychiatria.mp.pl/>
- <http://www.psychiatria.pl/>
- <http://online.synapsis.pl/>
- <http://www.psychologia.edu.pl>
- <http://www.zaburzeniapsychiczne.pl/>
- <http://emocje.pro/>
- <http://mam-efke.pl/>
- <http://psychika.com.pl/>
- <http://drogadosiebie.pl/choroby-duszy/>
- <http://www.depresja.org/>
- <http://forumprzeciwdepresji.pl/>
- <http://www.depresjaza.pl/>
- <http://www.depresja.ws/>
- <http://www.depresja.info.pl/>
- <http://www.stopdepresji.pl/>
- <http://pokonaccien.pl/>
- <http://www.dwubiegunowa.net.pl/>
- <http://bipolardisorder.fora.pl/>
- <https://tacyjakja.pl>
- <https://feniks.kolobrzeg.pl>
- <https://stowarzyszenierodzina.blogspot.com>
- <https://www.wiez.org>



