


Opieka i edukacja terapeutyczna w zaburzeniach zdrowia psychicznego

SKRYPT AKADEMICKI
dla studentów studiów magisterskich
na kierunku Pielęgniarstwo



Grażyna Wiraszka
dr n. med. mgr pielęgniarstwa
Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa WNoZ

Spis treści

ROZDZIAŁ 1.

WPROWADZENIE DO PROBLEMATYKI OPIEKI I EDUKACJI TERAPEUTYCZNEJ W ZABURZENIACH ZDROWIA PSYCHICZNEGO - Wyjaśnienie pojęć oraz ocena zapotrzebowania na opiekę i edukację terapeutyczną w świetle danych epidemiologicznych	4
1. Koncepcje zdrowia psychicznego	4
2. Determinanty zdrowia / zaburzeń psychicznych jako obszar oddziaływań psychoedukacyjnych	7
2.2. Zdrowie a zaburzenie psychiczne	7
2.3. Determinanty zdrowia / zaburzeń	8
2.4. Znaczenie stresu w powstawaniu zaburzeń psychicznych	11
3. Zdrowie psychiczne w świetle danych epidemiologicznych – implikacje do praktyki klinicznej i polityki zdrowotnej.....	13
4. Opieka i edukacja terapeutyczna w zaburzeniach zdrowia psychicznego – wyjaśnienie pojęć	21

ROZDZIAŁ 2.

PODSTAWY OPIEKI I EDUKACJI TERAPEUTYCZNEJ W ZABURZENIACH DEPRESYJNYCH.....	23
1. Depresja – pojęcie, rodzaje, postacie kliniczne, skutki.....	23
1.1. Pojęcie depresji.....	23
1.2. Typy zaburzeń depresyjnych.....	24
1.3. Klasyfikacja zaburzeń depresyjnych według ICD-10.....	25
1.4. Skutki depresji	25
2. Epidemiologia depresji.....	26
3. Charakterystyka zaburzeń depresyjnych	27
3.1. Objawy osiowe i dodatkowe w przebiegu dużej depresji.....	27
3.2. Różnicowanie przebiegu zaburzeń depresyjnych endogennych.....	28
3.3. Dystymia.....	28
3.4. Krótkotrwałe nawracające zaburzenia depresyjne	29
3.5. Depresje wieku podeszłego.....	29
3.6. Stany depresyjne poporodowe.....	29
4. Rozpoznanie epizodu depresyjnego według klasyfikacji ICD-10... ..	30
5. Przyczyny depresji.....	31
6. Funkcjonowanie i problemy chorego z depresją.....	33
7. Leczenie i opieka.....	34

ROZDZIAŁ 3

PODSTAWY OPIEKI I EDUKACJI TERAPEUTYCZNEJ W ZABURZENIACH LĘKOWYCH	35
1. Zaburzenia lękowe – informacje wprowadzające.....	35
2. Klasyfikacja zaburzeń lękowych.....	37
3. Typy i charakterystyka zaburzeń lękowych.....	38
4. Postępowanie w zaburzeniach lękowych.....	43

ROZDZIAŁ 4

PODSTAWY OPIEKI I EDUKACJI TERAPEUTYCZNEJ W PRZEBIEGU UZALEŻNIEŃ	46
1. Wprowadzenie do problematyki uzależnień	46
1.1. Substancja psychoaktywna jako przyczyna uzależnień.....	46
1.2. Konsekwencje stosowania substancji psychoaktywnych.....	47
1.3. Uzależnienia behawioralne	49
2. Uzależnienia od substancji narkotycznych	49
2.1. Rodzaje uzależnień.....	49
2.2. Metody terapii.....	51
2.3. Formy pomocy i oparcia społecznego dla uzależnionych od narkotyków	52
3. Alkohol jako substancja psychoaktywna	54
3.1. Wzory picia alkoholu.....	54
3.2. Reakcja organizmu na alkohol.....	55
4. Zespół uzależnienia od alkoholu i współuzależnienie	56
5. Udział pielęgniarki w terapii uzależnień	59

ROZDZIAŁ 5

ZAKRES POMOCY I WSPARCIA CHORYCH Z ZABURZENIAMI ZDROWIA PSYCHICZNEGO ORAZ RODZIN I OPIEKUNÓW	64
1. Ochrona zdrowia w ujęciu globalnym i krajowym	64
2. Znaczenie wsparcia społecznego w chorobie psychicznej	66
3. Sieć instytucjonalnego wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w ramach oferowanych świadczeń	69
4. Idea psychiatrii środowiskowej jako nowoczesny model pomocy i wsparcia osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego	74
4.1. Modele opieki psychiatrycznej.....	74
4.2. Założenia, postulaty i strategię psychiatrii środowiskowej.....	75
4.3. Model psychiatrii środowiskowej w Polsce.....	78

5. Kształtowanie postaw wobec chorych z zaburzeniami zdrowia psychicznego jako obszar ochrony zdrowia psychicznego – zapobieganie stygmatyzacji.....	81
5.1. Wprowadzenie do zagadnienia.....	81
5.2. Wybrane koncepcje zjawiska stygmatyzacji.....	82
5.3. Skutki stygmatyzacji.....	84
5.4. Przeciwdziałanie stygmatyzacji.....	85
6. Programy promocji zdrowia psychicznego	88

ROZDZIAŁ 6.

ZASADY OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ SPRAWOWANEJ WOBEC PACJENTA Z PRZEWLEKŁYMI ZABURZENIAMI

ZDROWIA PSYCHICZNEGO	93
1. Choroba psychiczna jako choroba przewlekła.....	93
2. Schizofrenia jako choroba przewlekła.....	94
3. Etapy choroby psychicznej - na przykładzie schizofrenii.....	102
4. Niepełnosprawność psychiczna.....	104
5. Zasady i kierunki opieki pielęgniarskiej i wsparcia wobec pacjenta z zaburzeniami zdrowia psychicznego.....	106

ROZDZIAŁ 7.

TRENINGI UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH I PSYCHOEDUKACJA JAKO METODY REHABILITACJI I WSPARCIA CHORYCH Z ZABURZENIAMI ZDROWIA PSYCHICZNEGO 9

W ODZYSKIWANIU OPTYMALNEJ SPRAWNOŚCI	109
1. Cele medycyny a zdrowie psychiczne.....	109
2. Pojęcie i zakres rehabilitacji w psychiatrii.....	110
3. Treningi umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych.....	112
4. Psychoedukacja i jej miejsce w opiece psychiatrycznej.....	115

PIŚMIENNICTWO	123
---------------------	-----

ROZDZIAŁ 1.

WPROWADZENIE DO PROBLEMATYKI OPIEKI I EDUKACJI TERAPEUTYCZNEJ W ZABURZENIACH ZDROWIA PSYCHICZNEGO -

Wyjaśnienie pojęć oraz ocena zapotrzebowania na opiekę i edukację terapeutyczną w świetle danych epidemiologicznych

1. KONCEPCJE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Próby definiowania zdrowia psychicznego podejmowane są przez wielu autorów, jednak wieloznaczność pojęcia powoduje ich różnorodność i brak jednej ogólnie przyjętej definicji [7]. W niniejszym rozdziale przedstawione zostanie podejście do zdrowia psychicznego w różnych koncepcjach i teoriach zdrowia.

NEGATYWNE DEFINIOWANIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO - UJĘCIE BIOMEDYCZNE

W ujęciu biomedycznym rozumienie zdrowia (również psychicznego) przeciwstawiane jest chorobie i określane jest jako:

***Brak objawów (psychopatologicznych) i procesu chorobowego
(zaburzeń i chorób psychicznych).***

Takie rozumienie zdrowia:

- Jest podejściem negatywnym do zdrowia; zdrowie nie jest bowiem definiowane jako takie, ale przez brak choroby.
- Człowiek zdrowy psychicznie to ten, u którego nie rozpoznaje się choroby, także wtedy, gdyby nie był zadowolony ze swojego życia i zdrowia.
- Takie podejście spotkało się z dużą krytyką; granica między zdrowiem i chorobą bowiem nie jest ostra, istnieje zawsze dość szeroka, "strefa pogranicza".
- Podejście biomedyczne odbiega od rozumienia zdrowia opisywanego przez WHO.

POZYTYWNE UJĘCIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Obecnie uznaje się, iż zdrowie psychiczne to coś więcej niż brak choroby: to nieodłączna (integralna) część naszego indywidualnego i zbiorowego zdrowia i dobrego samopoczucia [85, 88] oraz podstawowe prawo człowieka [85]. Aspekty te podkreślane są w różnych koncepcjach zdrowia, m.in. koncepcjach WHO.

Zdrowie psychiczne w ogólnym, holistycznym modelu zdrowia

Współcześnie obowiązujący w medycynie model zdrowia ujmowany w koncepcji holistycznej (*holos z gr. cały – czyli całościowe podejście do problemu zdrowia i choroby*) wyrażony został m.in. w latach 40-ych XX wieku w **definicji zdrowia podanej przez WHO:**

***„Zdrowie to pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny
a nie tylko brak choroby czy niepełnosprawności”.***

W koncepcji tej podkreślono:

- Że zdrowie psychiczne stanowi integralny element zdrowia człowieka i jest ono powiązane z pozostałymi jego obszarami – zdrowiem fizycznym, czy społecznym,
- Nierozzerwalność wymienionych aspektów zdrowia,
- Że zajmując się zdrowiem psychicznym musimy je analizować w kontekście zdrowia fizycznego, społecznego czy duchowego [Sokołowska],
- Znaczenie dobrostanu (psychicznego, fizycznego itd.) w ocenie stanu zdrowia.

Podejście pozytywne do zdrowia psychicznego według WHO

Wymiar pozytywny zdrowia psychicznego określany jest jako zespół właściwości emocjonalnych i osobowościowych umożliwiających radzenie sobie z trudnościami [Sok]. Dobre zdrowie psychiczne oznacza, że jesteśmy w stanie lepiej nawiązywać kontakty, funkcjonować, radzić sobie i rozwijać się [85].

Przykładem tego podejścia jest definicja podana przez WHO:

„Zdrowie psychiczne to stan dobrego samopoczucia, w którym jednostka zdaje sobie sprawę z własnych możliwości, radzi sobie z normalnymi stresami życiowymi, może produktywnie pracować i może wnieść wkład w swoją społeczność”

[Mental health: Fact sheet. The Regional Office for Europe of the World Health Organisation.] <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources/fact-sheet-mental-health-2019>
Introduction. In: World mental health report: transforming mental health for all. WHO, 2022: 1-8. [86]

Koncepcja zdrowia w ujęciu teorii salutogenetycznej (Antonovsky)

W myśl koncepcji ciągłości i zmienności stanów zdrowia człowieka, obrazowanej linią ciągłą – tzw. **continuum zdrowia** (od maksimum zdrowia do maksimum choroby), zdrowie jest procesem, które toczy się w sposób ciągły i ma charakter dynamiczny (podlega zmianom – przesunięciom). Na każdym poziomie zdrowia może pojawić się choroba, i na każdym poziomie choroby jest obecne zdrowie. Trudno jest jednoznacznie określić, w którym momencie kończy się zdrowie, a zaczyna choroba czy zaburzenie.



Rycina 1. Continuum zdrowie-choroba [opracowanie własne]

Według Antonovsky’ego, pozycja zdrowia człowieka na continuum zdrowie, zależy od uogólnionych zasobów odpornościowych (psychologicznych), a zasadniczą rolę w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi odgrywa **poczucie koherencji** - czyli orientacja życiowa polegająca na spostrzeganiu świata jako:

- **Zrozumiałego** - czyli możliwego do racjonalnego rozumienia; człowiek spostrzega świat jako uporządkowany, wytłumaczalny, przewidywalny;
- **Sterowalnego** - co oznacza, że człowiek posiada poczucie, że może mieć wpływ na to co się dzieje, poradzić sobie z tym co go spotyka, gdyż dostępne są mu zasoby pozwalające sprostać pojawiającym się wymaganiom życiowym;
- **Mającego sens** – pojawiające się wymagania życiowe stanowią dla człowieka wyzwanie warte zaangażowania i podjęcia aktywności; warto zatem inwestować w

życie, warto podejmować wysiłki i zadania, przed którymi staje człowiek [10, 7, 12, 11].

Koncepcja zdrowia psychicznego wg Kazimierza Dąbrowskiego

Kazimierz Dąbrowski, jest twórcą uznanej w świecie **teorii dezintegracji psychicznej, opartej na procesie rozwojowym** [13, 14, 7]. Według tej koncepcji:

„Zdrowie psychiczne jest to zdolność do wielopłaszczyznowego i wielopoziomowego rozwoju psychicznego w kierunku wszechstronnego rozumienia, przeżywania, odkrywania i tworzenia coraz wyższej hierarchii rzeczywistości i wartości, aż do konkretnego ideału indywidualnego i społecznego” [13].

Według Dąbrowskiego:

- Zdolność rozwoju opisana w definicji następuje poprzez procesy dezintegracji pozytywnej oraz integracji wtórnej [13,14],
- Każdemu człowiekowi dana jest możliwość rozwoju psychicznego w ciągu całego życia osobniczego; jeżeli z niego rezygnuje, to następuje w rozwoju stagnacja lub nawet regres i zaczynają przeważać struktury psychiczne związane z pierwotnymi popędami,
- Mimo danej człowiekowi możliwości rozwoju, większość ludzi nie aktywizuje swojego potencjału i zostaje na poziomie pierwszym lub drugim,
- Z powodu złożoności psychiki człowieka, rozwój nie odbywa się w sposób prosty. Zachodzące przemiany mają charakter burzliwy, a przejście z jednego poziomu do drugiego trwa wiele lat,
- Kryzysy rozwojowe są istotnymi elementami pozytywnego rozwoju i wyrazem rozwijającego się zdrowia psychicznego, a zaburzenia psychiczne, które są widocznym rezultatem dezintegracji, paradoksalnie właśnie one świadczą o zdrowiu psychicznym, jeśli dezintegracja ma charakter pozytywny.

W świetle powyższej teorii można uznać, że ludzie zdrowi psychicznie to ludzie, którzy mimo nerwic, poczucia niższości, depresji – koniecznych na różnych etapach rozwoju, dążą do integracji psychicznej na coraz wyższym poziomie oraz osiągnięcia coraz wyższych wartości.

Ciekawostka – Adam Bilikiewicz

„Kiedy przed 45 laty rozpocząłem specjalizację w psychiatrii, wszystko wydawało się jasne i zrozumiałe. Dokładnie wiedziałem, gdzie przebiega granica między zdrowiem a chorobą psychiczną. Po tylu latach pracy nie byłbym dzisiaj w stanie określić, czy owa granica rzeczywiście istnieje”.

2. DETERMINANTY ZDROWIA / ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH JAKO OBSZAR ODDZIAŁYWAŃ PSYCHOEDUKACYJNYCH

1. ZDROWIE A ZABURZENIE PSYCHICZNE

Zdrowie psychiczne istnieje w złożonym kontinuum, z doświadczeniami od optymalnego stanu dobrego samopoczucia do wyniszczających stanów wielkiego cierpienia i bólu emocjonalnego, związanych z problemami ze zdrowiem psychicznym [85].

Sposób, w jaki doświadczamy zdrowia psychicznego, zmienia się w ciągu naszego życia [89]. W dowolnym momencie życia, różnorodny zestaw czynników **indywidualnych, rodzinnych, społecznościowych i strukturalnych może chronić lub osłabiać nasze zdrowie psychiczne i zmieniać naszą pozycję w kontinuum zdrowia psychicznego.**

- Zagrożenia mogą się ujawniać na wszystkich etapach życia, ale te, które występują w okresach wrażliwych na rozwój, zwłaszcza we wczesnym dzieciństwie, są szczególnie szkodliwe.
- Czynniki ochronne podobnie występują przez całe nasze życie i służą wzmacnianiu odporności. Obejmują one m.in. nasze indywidualne umiejętności i atrybuty społeczne oraz emocjonalne, a także pozytywne interakcje społeczne, wysokiej jakości edukację, dobrą pracę, bezpieczne sąsiedztwo i spójność społeczności [85].

Zdrowie psychiczne ludzi różni się indywidualnie, w zależności od okoliczności, w których rodzą się, wychowują i żyją. Jest to spowodowane faktem, iż zdrowie psychiczne jest determinowane przez złożoną interakcję czynników indywidualnych, rodzinnych, społecznościowych i strukturalnych, które zmieniają się w czasie i przestrzeni i które są doświadczane inaczej przez poszczególne osoby [87].

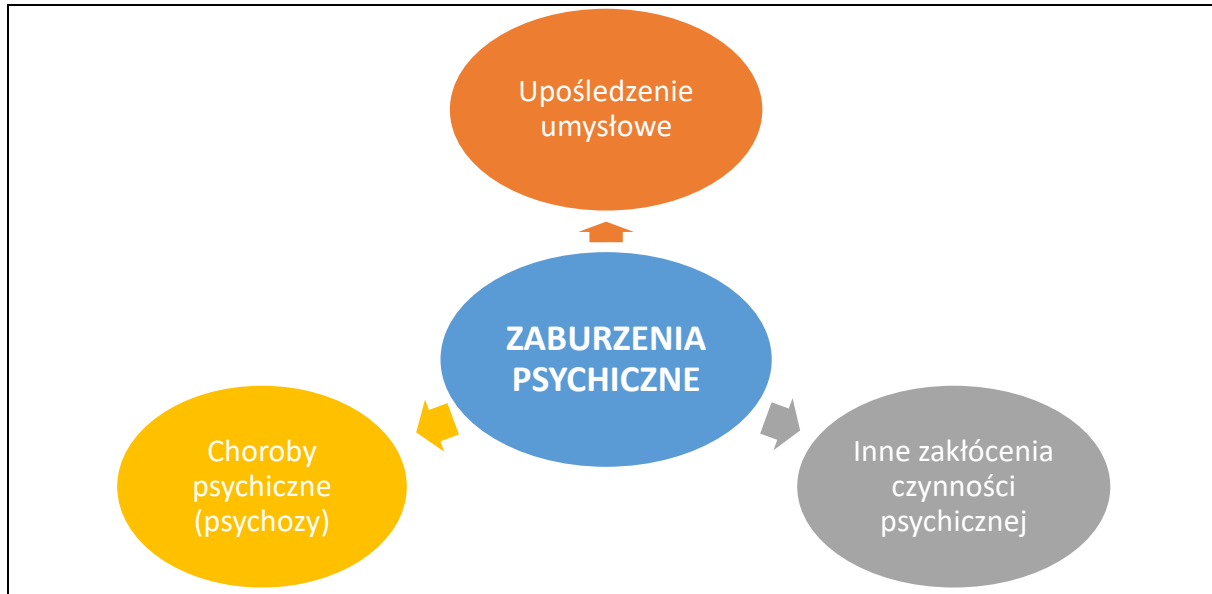
W sytuacji niesprzyjającej dla zdrowia mogą rozwinąć się **zaburzenia zdrowia psychicznego**. Zgodnie z definicją Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11)

- Zaburzenie psychiczne to zespół charakteryzujący się klinicznie istotnymi problemami w poznawaniu, regulacji emocjonalnej lub zachowaniu jednostki, które odzwierciedla dysfunkcję w procesach psychologicznych, biologicznych lub rozwojowych, i które leżą u podstaw funkcjonowania psychicznego i behawioralnego.
- Zaburzenia te zwykle wiążą się z cierpieniem lub upośledzeniem w osobistym, rodzinnym, społecznym, edukacyjnym, zawodowym lub innych ważnych obszarach funkcjonowania. Obejmują zdefiniowane kategorie zaburzeń w postaci jednostek chorobowych.
- Mogą być przyczyną niepełnosprawności psychospołecznej [86].

Obowiązująca w Polsce **Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego** (19 sierpień 1994 z późn. zm.) kierowana jest do osób **z zaburzeniami psychicznymi**, wśród których wymienia się osoby:

- Upośledzone umysłowo,
- Chore psychicznie - wykazujące zaburzenia psychotyczne (*choroba psychiczna – psychoza, zespoły psychotyczne**),
- Wykazujące inne zakłócenia czynności psychicznej (*zespoły niepsychotyczne**).

*wyjaśnienie autora



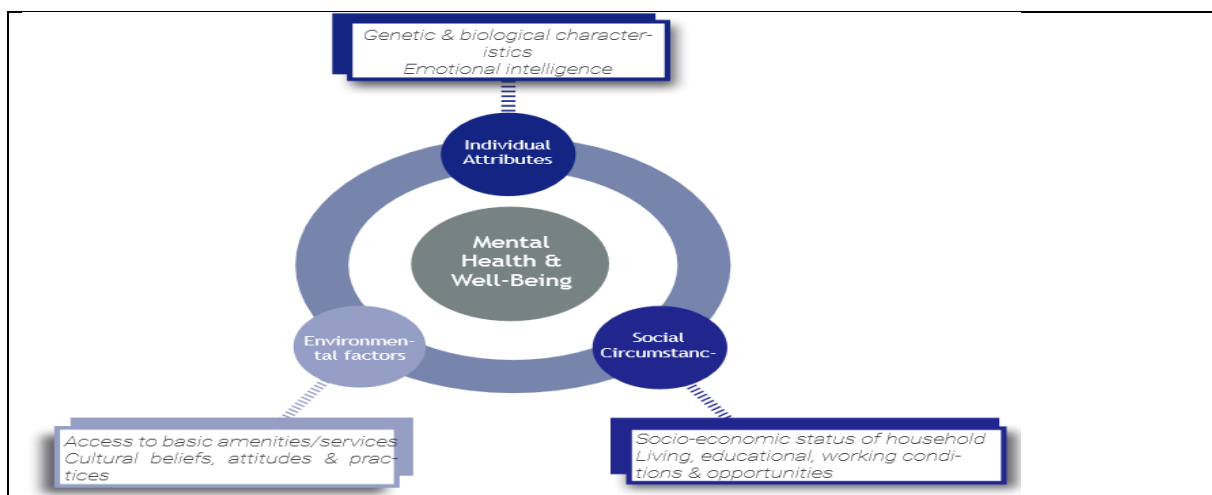
Rycina 2. Zaburzenia psychiczne [opracowanie własne]

2. DETERMINANTY ZDROWIA PSYCHICZNEGO I JEGO ZABURZEŃ

Zdrowie psychiczne jest determinowane przez złożoną wzajemną interakcję indywidualnych, społecznych i strukturalnych stresów i podatności [89].

Mają na nie wpływ nie tylko cechy indywidualne, ale także okoliczności społeczne, w jakich ludzie się znajdują i środowisko, w którym żyją. Te determinanty oddziałują dynamicznie i w zależności od kierunku ich działania **mogą zagrażać zdrowiu psychicznemu lub chronić stan psychiczny jednostki.**

Determinanty zdrowia psychicznego wg WHO, 2012



Rycina 3. Risks to Mental Health - WHO, 2012 [Źródło: WHO]

https://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources/fact-sheet-mental-health-2019>

Indywidualne cechy i zachowania

- Odnoszą się do umysłu i umiejętności radzenia sobie z myślami i uczuciami oraz radzenia sobie w życiu codziennym („inteligencja emocjonalna”), a także do

radzenia sobie ze światem społecznym poprzez udział w działaniach społecznych, biorąc odpowiedzialność lub szanując poglądy innych („inteligencja społeczna”).

- Na stan zdrowia psychicznego danej osoby mogą również wpływać czynniki genetyczne i biologiczne; to znaczy determinanty, z którymi ludzie się rodzą, w tym anomalie chromosomalne.

Uwarunkowania społeczne i ekonomiczne

- Bezpośrednie otoczenie społeczne - w tym możliwość zaangażowania się w relacje z członkami rodziny, przyjaciółmi lub współpracownikami,
- Okoliczności społeczno-ekonomiczne w którym się znajdują
- Ważnymi czynnikami są ograniczone lub utracone możliwości zdobycia wykształcenia i uzyskania dochodu.

Czynniki środowiskowe

Szeroko rozumiane środowisko społeczno-kulturowe i geopolityczne, w którym żyją ludzie, w tym poziom dostępu do podstawowych towarów i usług (woda, podstawowe usługi zdrowotne), narażenie na dominujące przekonania kulturowe, a także polityki społeczno-gospodarcze kształtowane na szczeblu krajowym; na przykład oczekuje się, że trwający globalny kryzys finansowy będzie miał znaczące konsekwencje dla zdrowia psychicznego, w tym zwiększone wskaźniki samobójstw i szkodliwego spożywania alkoholu. Dyskryminacja, nierówność społeczna lub płciowa oraz konflikty to przykłady niekorzystnych strukturalnych determinant dobrostanu psychicznego. [WHO, 2012. *Risks to Mental Health* https://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf]

Determinanty zdrowia psychicznego wg raportu WHO „World mental health report”, 2022

Raport wskazuje na podobne czynniki, klasyfikując je jako czynniki indywidualne (psychologiczne i biologiczne), czynniki związane z rodziną i społecznością oraz czynniki strukturalne.

Indywidualne czynniki psychologiczne i biologiczne

- Podatność osoby na problemy ze zdrowiem psychicznym jest uwarunkowana czynnikami psychologicznymi (na przykład czynnikami poznawczymi i interpersonalnymi) oraz czynnikami biologicznymi
- Odnoszą się do wewnętrznych i nabytych zdolności i nawyków jednostek w zakresie radzenia sobie z emocjami i angażowania się w relacje, działania i odpowiedzialność.
- Podatność biologiczna obejmuje:
 - genetykę,
 - ale także na przykład używanie konopi o dużej mocy, używanie substancji przez matkę i niedotlenienie przy porodzie.
 - zdrowie mózgu jest ważnym czynnikiem determinującym, ponieważ wiele czynników ryzyka lub czynników ochronnych wpływających na zdrowie psychiczne pośredniczy przez strukturę i funkcję mózgu.
 - Zdrowie psychiczne osoby zależy również od czynników stresogennych, na które wpływają czynniki rodzinne, społeczne i strukturalne w środowisku.

Rodzina i społeczność

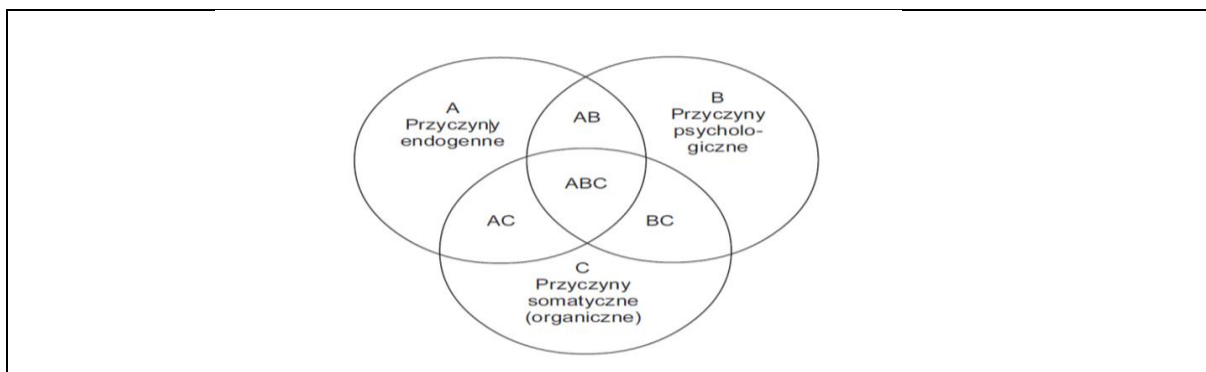
- Obejmują możliwości nawiązywania kontaktów z partnerami, rodziną, przyjaciółmi lub współpracownikami,
- Możliwości zarabiania na życie i angażowania się w sensowne działania, a także okoliczności społeczne i ekonomiczne, w których się znajduje.
- Zachowania i postawy rodzicielskie mają szczególny wpływ, zwłaszcza od niemowlęctwa do okresu dojrzewania, podobnie jak zdrowie psychiczne rodziców. Wiadomo, że surowe rodzicielstwo i kary fizyczne podważają zdrowie psychiczne dzieci, często prowadząc do problemów z zachowaniem. A znęcanie się zostało zidentyfikowane jako główny czynnik ryzyka problemów ze zdrowiem psychicznym w badaniu *Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors Study 2019*.
- Lokalne wsparcie społeczne i instytucje, takie jak dostęp do przedszkola, dobrych szkół i miejsc pracy, znacznie zwiększają lub zmniejszają możliwości, które z kolei umożliwiają każdej osobie wybór własnej ścieżki w życiu. Ograniczone lub utracone możliwości mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie psychiczne.

Czynniki strukturalne

- Odnoszą się do szerszego społeczno-kulturowego, geopolitycznego i środowiskowego otoczenia ludzi (infrastruktura, nierówności, stabilność społeczna i jakość środowiska). Kształtują one warunki codziennego życia.
- Dostęp do podstawowych usług i towarów, w tym żywności, wody, schronienia, opieki zdrowotnej i praworządności, jest ważny dla zdrowia psychicznego.
- Krajowe polityki społeczne i gospodarcze: np. ograniczenia nałożone podczas pandemii COVID-19 miały znaczące konsekwencje dla zdrowia psychicznego dla wielu osób, w tym stres, lęk lub depresję wynikające z izolacji społecznej, odłączenia i niepewności co do przyszłości
- Bezpieczeństwo i ochrona są ważnymi czynnikami strukturalnymi - przekonania, normy i wartości, szczególnie w odniesieniu do płci, rasy i seksualności; kryzysy klimatyczne i ekologiczne [97].

Model polietiologiczny powstawania zaburzeń psychicznych

Czynniki determinujące zdrowie psychiczne jak to opisano wcześniej, mają charakter wielosektorowy [85]. Dlatego też czynniki zagrażające zdrowiu psychicznemu i mające znaczenie w powstawaniu schorzeń psychicznych rozpatruje się w modelu polietiologicznym. Uznaje się, iż u podstaw ujawnienia się choroby, leży przeważnie kilka nakładających się na siebie czynników pochodzących z grupy przyczyn endogennych, psychologicznych czy somatogennych (schemat). Model ten wskazuje również, iż czynnik endogeny nie determinuje zachorowania.

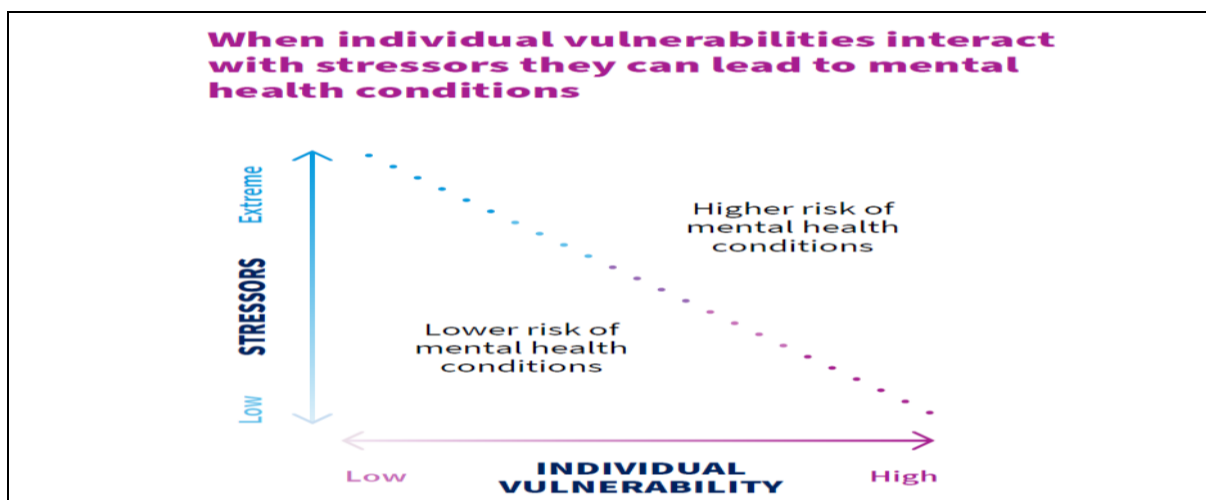


Rycina 4. Współwystępowanie różnych przyczyn choroby psychicznej [Źródło: MZ]

3. ZNACZENIE STRESU W POWSTAWANIU ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Dane WHO

W Raporcie WHO „*World mental health report*” (2022), wskazuje się, iż stan zdrowia psychicznego wynika z interakcji między podatnością jednostki a stresem spowodowanym przez wydarzenia życiowe i przewlekłe stresory. Indywidualna podatność na zachorowanie w interakcji z czynnikami stresogennymi, może doprowadzić do zaburzeń zdrowia psychicznego (rycina) [87].



Rycina 5. Znaczenie stresu w powstawaniu zaburzeń psychicznych [Źródło: 87]

Model Zubina i Spring (teoria podatność – stres)

Znaczenie stresu w powstawaniu zaburzeń psychicznych został opisany już w 1977 roku. **Zubin i Spring** przedstawili go w modelu wyjaśniającym zależność między czynnikami zwiększającymi ryzyko zachorowania i czynnikami ochronnymi. Model ten autorzy odnieśli do schizofrenii, choć ma zastosowanie również do innych schorzeń, zwłaszcza o podłożu endogennym.

Model ten opisuje „nie stałą chorobę” lecz „stałą biologiczną podatność na zachorowanie” (zranienie), która w interakcji z innymi niekorzystnymi czynnikami (stres) może powodować nadmierne obciążenie psychiczne, prowadząc do ujawnienia się

choroby [H]. Wyjaśnia „szczególny rodzaj relacji pomiędzy jednostką i otoczeniem, który jest przez jednostkę oceniany jako nadwyrężający lub przekraczający jej możliwości i zagrażający jej dobru” [S].

Model ten przedstawiany jest w postaci ułamka nazywanego „ułamkiem schizofrenicznym”, gdzie w liczniku znajdują się czynniki doprowadzające do zachorowania, a w mianowniku – czynniki ochronne, będące przeciwważą dla czynników zagrażających.

$$Z(N) = \frac{P + S}{L + U + W}$$

Z(N) – zachorowanie (nawrót)

P – biologiczna podatność na zachorowanie (zranienie)

S – stres

L – leczenie; *U* – umiejętności społeczne; *W* – wsparcie

Model ten zwraca uwagę na możliwość wpływu pacjenta i jego rodziny na przebieg choroby i powinien być podstawą leczenia i rehabilitacji psychiatrycznej (psychoedukacja w zapobieganiu nawrotom i powstawaniu objawów deficytowych).

Czynniki zagrażające

- **Podatność na zachorowanie**

To swoista wrażliwość biologiczna OUN, uwarunkowana zmianami w produkcji i transporcie neuroprzekazników (dopamina, serotonina, acetylocholina, glutaminian). Brak równowagi w działaniu przekazników przejawia się reagowaniem na stres w dysfunkcyjny sposób [H]. Im wyższy stopień podatności, tym większe prawdopodobieństwo zachwiania homeostazy organizmu, co może skutkować rozwojem choroby [S]. Częsty stres u osób z podatnością na zranienie, może doprowadzić do uaktywnienia choroby czy jej nawrotu.

- **Stres**

Mają tu znaczenie różne sytuacje, jak np. nagłe czy trudne wydarzenia życiowe (śmierć, choroba, podjęcie pierwszej pracy czy jej utrata), czy sytuacje o przewlekłym działaniu (np. napięta atmosfera rodzinna, stresująca praca itp.). Gdy natężenie stresu spowodowanego zdarzeniami życiowymi przekracza próg umiejętności radzenia sobie, zwiększa się ryzyko rozwoju objawów choroby.

Czynniki ochronne

- **Leczenie** – regularne przyjmowanie leków, współpraca pacjenta z lekarzem, regularne wizyty w poradni, dobór odpowiednich dawek leków, zastosowanie metod leczenia kompleksowego
- **Umiejętności społeczne** – to zdolność do skutecznego radzenia sobie z trudnościami i obciążeniami dnia codziennego, rozwiązywania problemów, wyrażania emocji, nawiązywania satysfakcjonujących kontaktów

interpersonalnych, a także umiejętności związane z własną chorobą – jak np. umiejętność rozpoznawania wczesnych (zwiastunowych) objawów choroby.

- **Wsparcie** – otrzymywanie pomocy od najbliższych, wsparcie emocjonalne, sieć wsparcia profesjonalnego i nieprofesjonalnego.

3. ZDROWIE PSYCHICZNE W ŚWIETLE DANYCH EPIDEMIOLOGICZNYCH – IMPLIKACJE DO PRAKTYKI KLINICZNEJ I POLITYKI ZDROWOTNEJ

CHOROBY PSYCHICZNE JAKO CHOROBY CYWILIZACYJNE

Do niedawna WHO wymieniała **cztery główne choroby cywilizacyjne** (przewlekłe choroby niezakaźne – NCDs) odpowiadające za 80% wszystkich przedwczesnych zgonów niezakaźnych, których przyczyną są cztery główne, behawioralne czynniki ryzyka (palenie tytoniu, nieprawidłowe odżywianie, brak aktywności fizycznej oraz alkohol) [1,2,3,4,5, 6,7]. Do chorób tych należą:

- Choroby układu krążenia - 17,9 mln zgonów rocznie
- Nowotwory – 9,3 mln zgonów rocznie
- Przewlekłe choroby układu oddechowego - 4.1 mln zgonów rocznie
- Cukrzyca – 2,0 mln zgonów rocznie [22, 21].

Agenda 5x5 NCDs

W ostatnim czasie, Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w sprawie zapobiegania i kontroli chorób niezakaźnych poszerzyła zakres działań z 4 głównych chorób niezakaźnych i 4 głównych czynników ryzyka („program 4 x 4 NCD”) o **problemy zdrowia psychicznego** i **zanieczyszczenie powietrza** („Agenda 5 x 5 NCD”) [26].

Globalne zagrożenia dla zdrowia psychicznego

WHO wskazuje, iż obecnie globalnymi zagrożeniami dla zdrowia psychicznego są:

- Nierówności ekonomiczne i społeczne;
- Stany nadzwyczajne w zakresie zdrowia publicznego (w tym COVID-19);
- Stany nadzwyczajne o charakterze humanitarnym (w tym konflikty i przymusowe przesiedlenia);
- Kryzys klimatyczny [89].

ROZPOWSZECHNIENIE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Wg WHO, problemy ze zdrowiem psychicznym są bardzo powszechne we wszystkich krajach świata [91, 92]. Wbrew ogólnie panującym przekonaniom, należą do jednych z częściej występujących problemów zdrowia [Grzywa]. Świadczy o tym m. in. włączenie zaburzeń psychicznych do pięciu głównych chorób cywilizacyjnych na świecie [26], czy też fakt, iż około **27% dorosłych mieszkańców Europy** doświadcza każdego roku

zaburzenia zdrowia psychicznego. Zaburzenia te najczęściej mają charakter **lękowy i depresyjny** [46].

Tendencje wzrostowe zachorowań w ostatnich dekadach

W Europie jak też w Polsce na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat obserwuje się stały wzrost występowania zaburzeń psychicznych (Wittchen i Jacobi, 2005; NPOZP, 2011, 2022; GUS 2012, TPN, 2018):

- **2012 rok - Dane GUS.** W tym roku wzrosła znacząco liczba pacjentów, u których zdiagnozowano: zaburzenia nastroju oraz zaburzenia nerwicowe (łącznie o ponad 87 tys.), organiczne zaburzenia psychiczne (o blisko 25 tys.), zaburzenia rozwojowe (o 18 tys. osób więcej)
- **Badania WHO Europe dla krajów Europy** (nie tylko Unii) wskazują, że pomiędzy rokiem 2005 i 2015 nastąpił wzrost rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych o **16%**,
- **Zgodnie z przewidywaniami WHO** spodziewać się należy dalszego wzrostu w następnych latach w obliczu wzmożonego ryzyka ze strony czynników niekorzystnych, jak również w związku ze starzeniem się społeczeństw w wielu krajach. W ciągu całego życia w krajach Regionu i krajach UE o wysokim lub średnim dochodzie na jakąś formę zaburzeń psychicznych cierpieć będzie w ciągu całego życia około 50% populacji.

Sytuacja epidemiologiczna w Polsce

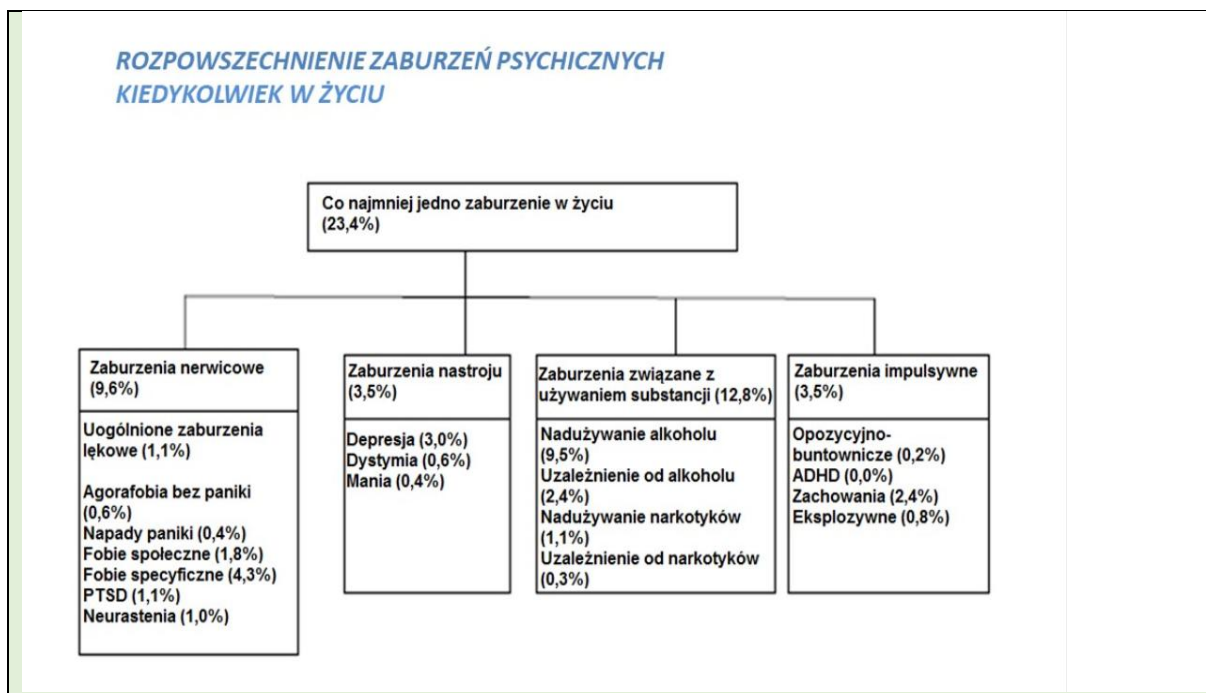
Dane z badania EZOP II

Na podstawie badania „*Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska*” prowadzone wśród próby pochodzącej z populacji ogólnej - **osób dorosłych w wieku 18-64 rok lata**, stwierdzono

- **Iż u 23,4%** badanych osób rozpoznano w ciągu życia przynajmniej jedno **zaburzenie psychiczne z 18 zaburzeń zdefiniowanych** wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 i Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczných Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV
 - **Co czwarta** osoba z tej grupy doświadczyła **więcej niż jednego** zaburzenia,
 - A co **dwudziesta piąta** – trzech i więcej. Grupę tych ostatnich pacjentów, mających doświadczenia z kilkoma zaburzeniami, można szacować na **blisko ćwierć miliona osób**.
- Największą grupę zaburzeń stanowią zaburzenia związane z **używaniem substancji** (12,8%), a zwłaszcza **alkoholu** (11,9%)
- U około **10% badanej** populacji stwierdzono **zaburzenia nerwicowe**, wśród których do najczęstszych należały fobie specyficzne (4,3%) i fobie społeczne (1,8%).
- Natomiast **zaburzenia nastroju** wśród zgłaszanych dolegliwości stanowią **łącznie 3,5%**, w tym **aż 3% stanowi depresja**. Należy zaznaczyć, że depresja

przez wzrost rozpowszechnienia staje się coraz bardziej istotnym problemem zdrowotnym oraz społecznym.

- **Impulsywne zaburzenia zachowania rozpoznawano u 3,5% badanej grupy**

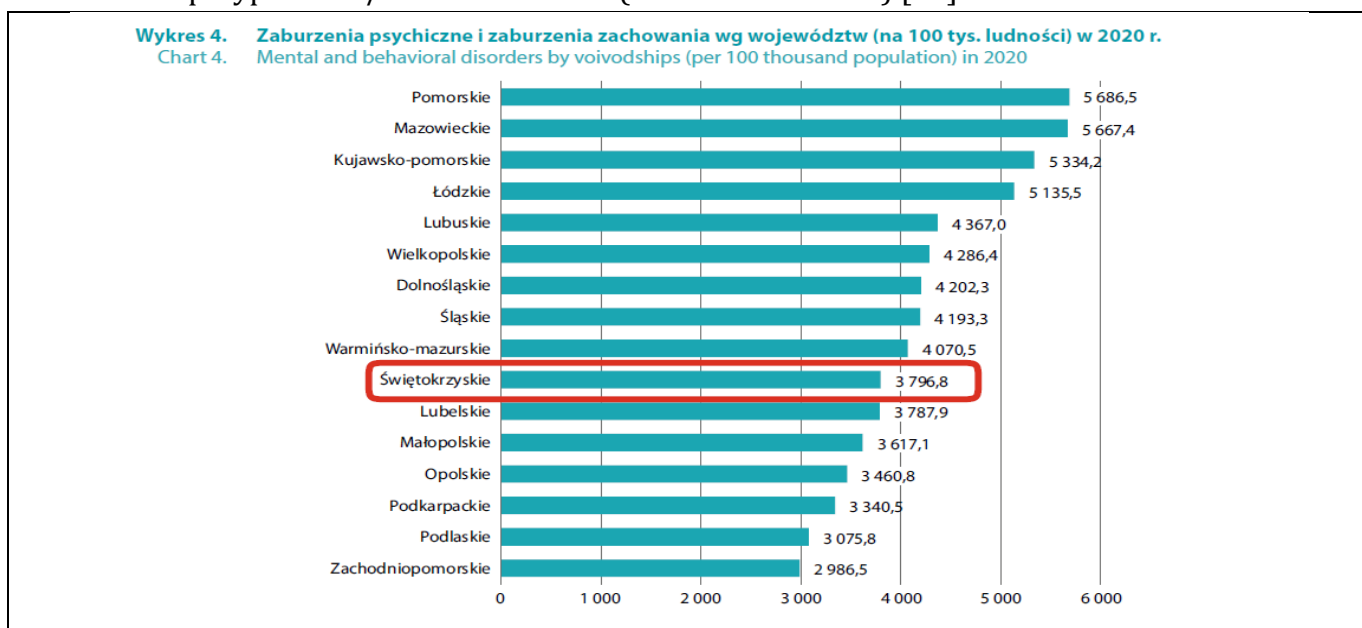


Rycina 6. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w Polsce [Źródło – EZOP Polska]

Przypadki chorób

Wg danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii, w 2020 roku w warunkach ambulatoryjnych (poradnie zdrowia psychicznego oraz poradnie dla uzależnionych) leczyło się **1mln 680 tys. osób** (ponad 4% ludności Polski):

- 4450 przypadków /100000 ludności (2019)
- 4 391 przypadków /100000 ludności (2020 – rok Covidu) [90].



Rycina 7. Zdrowie i Ochrona zdrowia w 2021 roku. [Źródło: GUS, Warszawa, Kraków 2022]

Fablica 2. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania – szczegółowe diagnozy
Table 2. Mental and behavioral disorders – in details

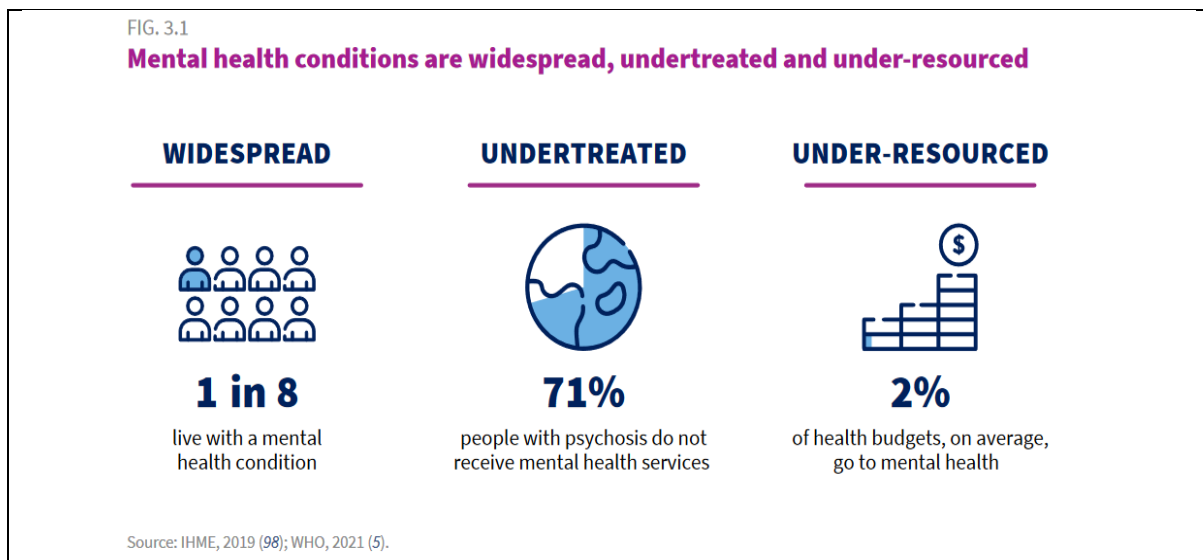
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (ogółem) Mental and behavioral disorders (in total)	2019	2020		
	W liczbach bezwzględnych In absolute numbers	W liczbach bezwzględnych In absolute numbers	W odsetkach wśród wszystkich chorych Among all patients (in %)	W odsetkach wśród pacjentów w ramach grupy Among patients in the group of disorders (in %)
(1) Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (bez uzależnień) ogółem Mental and behavioral disorders (without addiction) in total	1 484 174	1 471 029	87,8%	100,0%
zaburzenia nerwicowe neurotic disorders	532 228	533 068	31,8%	36,2%
zaburzenia nastroju (afektywne) affective disorders	344 231	350 349	20,9%	23,8%
organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi organic mental disorders including symptomatic syndromes	213 532	198 970	11,9%	13,5%
schizofrenia schizophrenia	139 265	132 928	7,9%	9,0%
(2) Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu ogółem Alcohol abuse disorders in total	163 167	143 497	8,6%	100,0%
zespół uzależnienia addiction syndrome	143 057	121 990	7,3%	85,0%
ostre zatrucia i używanie szkodliwe acute intoxication and alcohol related harm	13 050	13 115	0,8%	9,1%
(3) Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem środków psychoaktywnych ogółem Mental disorders caused by the use of psychoactive substances in total	45 823	47 149	2,8%	100,0%
zespół uzależnienia i zespół abstynencyjny addiction syndrome and abstinence syndrome	36 511	36 807	2,2%	78,1%
ostre zatrucia i używanie szkodliwe acute intoxication and psychoactive substances related harm	6 710	6 351	0,4%	13,5%
zaburzenia psychotyczne psychotic disorders	1 463	1 895	0,1%	4,0%
(4) Używanie tytoniu Smoking	1 459	1 469	0,1%	100,0%

Rycina 8. Zdrowie i Ochrona zdrowia w 2021 roku. [Źródło: GUS, Warszawa, Kraków 2022]

Sytuacja na świecie

Kluczowe problemy zdrowia psychicznego

- Problemy ze zdrowiem psychicznym są powszechne, niedostatecznie leczone i niedofinansowane [93] i są powszechnym problemem we wszystkich krajach świata [91, 92]. Są główną przyczyną lat życia z niepełnosprawnością, a samobójstwo pozostaje główną przyczyną śmierci na świecie.
- Ekonomiczne konsekwencje zaburzeń zdrowia psychicznego są ogromne, a straty produktywności znacznie przewyższają bezpośrednie koszty opieki.
- Systemy zdrowia psychicznego na całym świecie charakteryzują się poważnymi lukami w zarządzaniu, zasobach, usługach, informacjach i technologiach dla zdrowia psychicznego.
- Kilka czynników powstrzymuje ludzi przed szukaniem pomocy w przypadku zaburzeń zdrowia psychicznego, w tym ograniczony dostęp do wysokiej jakości usług, niski poziom wiedzy medycznej na temat zdrowia psychicznego i powszechna stygmatyzacja [93].

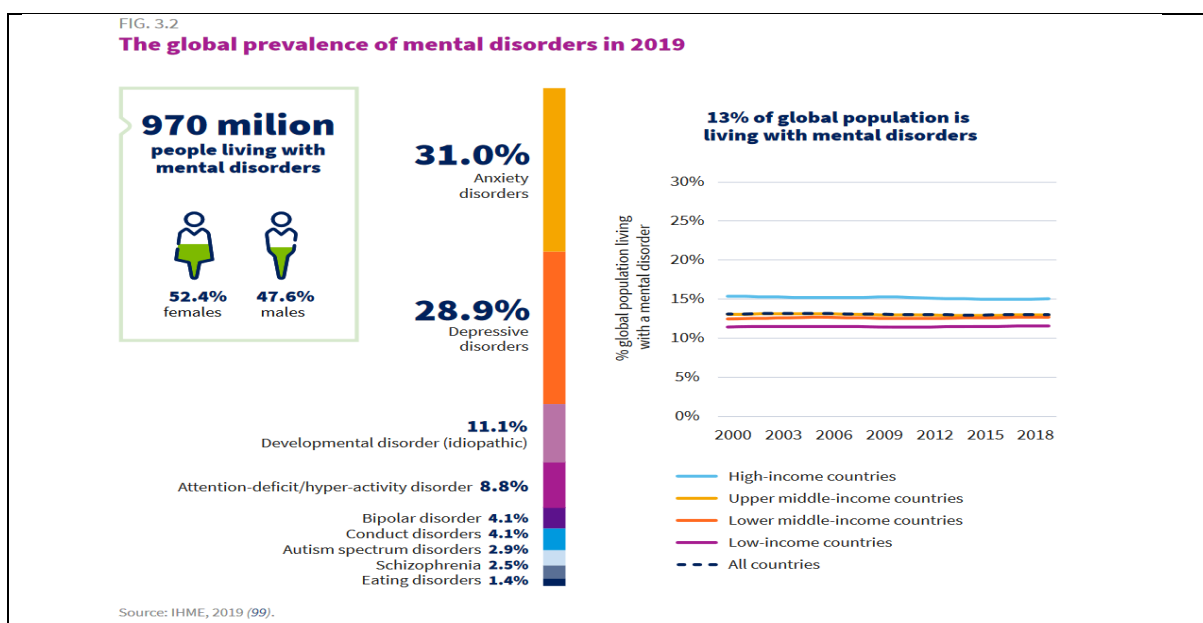


Rycina 9. Sytuacja w obszarze zdrowia psychicznego na świecie [Źródło: WHO, 2021]

- 1 na 8 osób ma problemy zdrowia psychicznego
- 71% osób z psychozą nie otrzymują usług z zakresu zdrowia psychicznego
- Średnio 2% budżetów na opiekę zdrowotną, przeznaczają się na opiekę psychiatryczną [93].

Chorobowość

- Szacuje się, że w latach 2000–2019, o 25% więcej osób żyło z zaburzeniami psychicznymi, ale ponieważ populacja świata rosła w mniej więcej tym samym tempie, częstość występowania zaburzeń psychicznych pozostała stała, na poziomie około 13% [93].
- Wg WHO, w 2019 roku, aż **970-u milionów** osób na całym świecie dotyczyły zaburzenia psychiczne (nie wliczając uzależnień) – 13% populacji. Najczęstszymi zaburzeniami były **zaburzenia lękowe i depresyjne** (schemat).



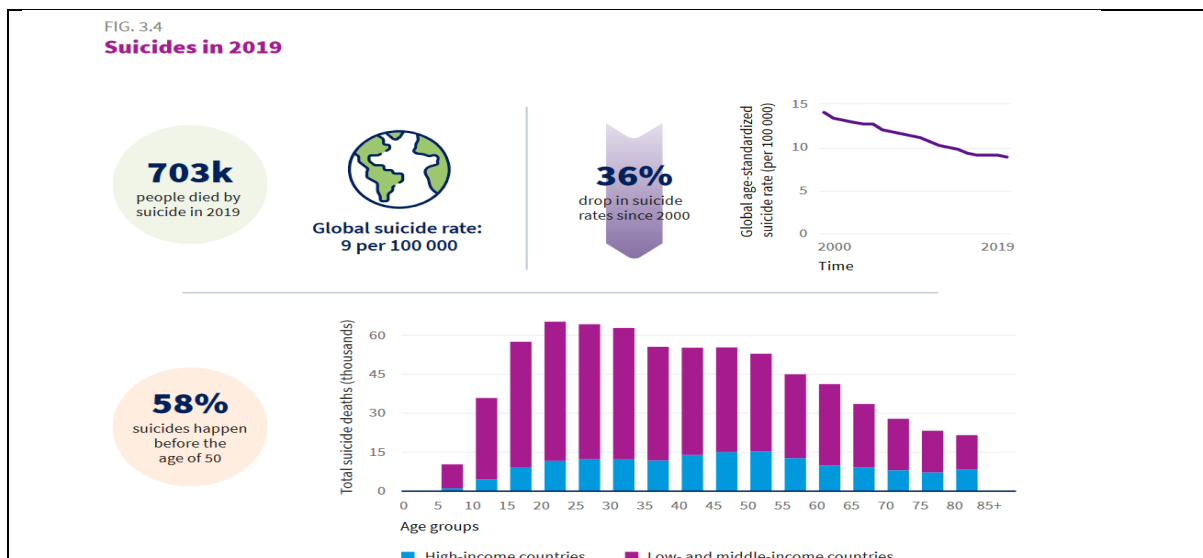
Rycina 10. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych na świecie [Źródło: WHO, 2019]

-
- Szacuje się, że w tym czasie **283 miliony** ludzi miało zaburzenia związane z używaniem alkoholu i **36 milionów** ludzi - zaburzenia związane z używaniem narkotyków, a **55 milionów** ludzi miało demencję.

Umieralność

Osoby z poważnymi problemami ze zdrowiem psychicznym – w tym schizofrenią i chorobą afektywną dwubiegunową – **umierają średnio 10 do 20 lat wcześniej** niż ogół populacji:

- Większość tych zgonów jest spowodowana chorobami, którym można zapobiec, zwłaszcza chorobami **układu krążenia, chorobami układu oddechowego i infekcjami, które są częstsze u osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego**. W takich przypadkach zaburzenia zdrowia psychicznego mogą nie być przyczyną zgonu, ale prawdopodobnie są głównym czynnikiem przyczyniającym się do śmierci (zaniedbania).
- Skutki uboczne leków stosowanych w przypadku poważnych schorzeń zdrowia psychicznego mogą mieć wpływ na przedwczesną śmiertelność, przyczyniając się na przykład do otyłości, nietolerancji glukozy i dyslipidemii.
- Ponadto osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego są bardziej narażone na dobrze znane czynniki ryzyka chorób niezakaźnych (NCD), w tym palenie, spożywanie alkoholu, niezdrową dietę i brak aktywności fizycznej.
- Samobójstwa
 - Samobójstwo **jest przyczyną ponad jednego na 100 zgonów na świecie. A na każdy zgon** samobójczy przypada ponad 20 prób samobójczych.
 - Samobójstwo dotyka ludzi ze wszystkich krajów i kontekstów.
 - W 2019 r. szacunkowo **703 000 osób w każdym wieku** (czyli 9 na 100 000 populacji) straciło życie przez samobójstwo.
 - Szacunki wskaźników samobójstw różnią się znacząco w zależności od kraju – od mniej niż dwóch zgonów samobójczych na 100 000 w niektórych krajach do ponad 80 na 100 000 w innych.
 - Około trzech czwartych (77%) wszystkich samobójstw ma miejsce w krajach o niskich i średnich dochodach, gdzie mieszka większość populacji świata (ilustracja) [93].



Rycina 11. Rozpowszechnienie zachowań suicydalnych na świecie [Źródło: WHO, 2019]

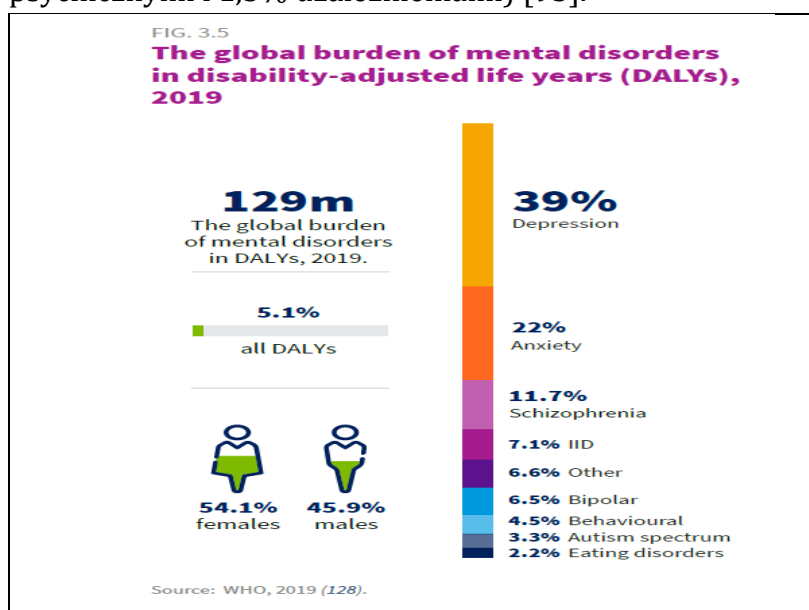
Globalne obciążenie zaburzeniami zdrowia psychicznego

Badania nad obciążeniem chorobami (Burden of Disease) szacują wpływ życia z chorobą i urazem oraz przedwczesnej śmierci na całą populację. Obejmują one

- Obliczenia wskaźnika określanego jako lata życia skorygowanego o niepełnosprawność (DALY), gdzie jeden DALY oznacza utratę jednego roku pełnego zdrowia
- DALY łączą w jednym pomiarze:
 - 1) Lata życia utracone z powodu przedwczesnej śmierci (YLL)
 - 2) Lata zdrowego życia utracone z powodu niepełnosprawności (YLD)

(*National Institute of Mental Health (U.S.); <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/disability/what-are-ylds.shtml>; **US Burden of Disease Collaborators. The state of US health, 1990-2010: burden of diseases, injuries, and risk factors. JAMA 2013, 310(6): 591-608, 2013.*** 93].

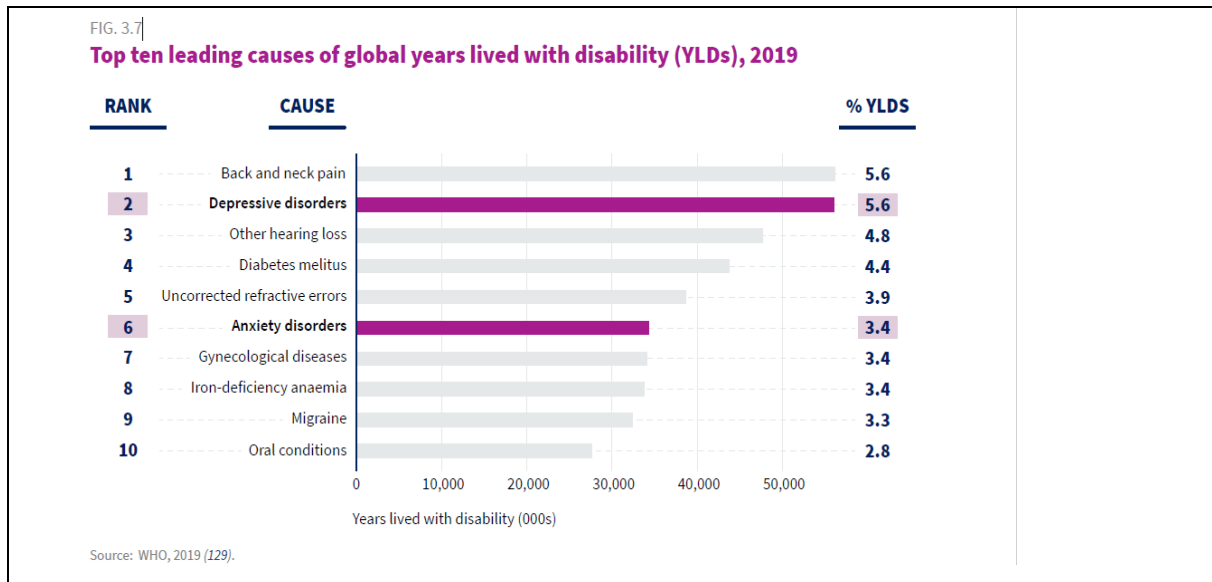
- **Choroby psychiczne i uzależnienia** w roku 2019 stanowiły **10,1%** globalnego obciążenia chorobami spośród wszystkich grup chorób (w tym 5,1% zaburzeniami psychicznymi i 1,5% uzależnieniami) [93].



Rycina 12. Globalne obciążenie zaburzeniami zdrowia psychicznego [Źródło: WHO, 2019]

Główne przyczyny lat życia z niepełnosprawnością (YLD)

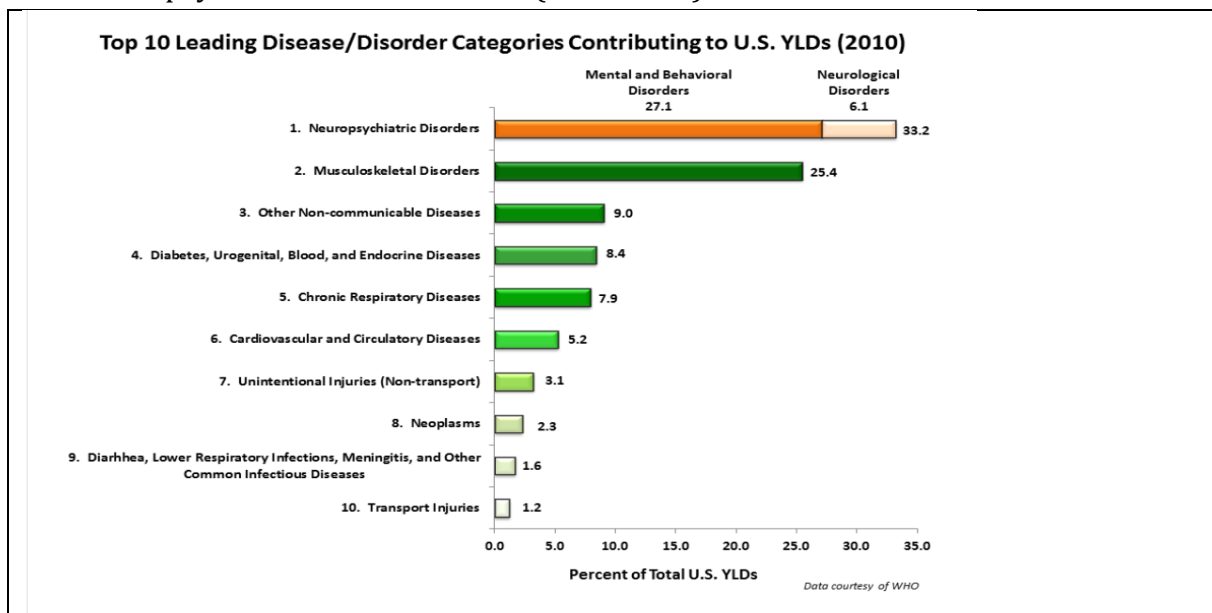
- Zaburzenia zdrowia psychicznego są główną przyczyną lat przeżytych z niepełnosprawnością (15,6%) YLD na świecie. Zaburzenia związane z używaniem substancji stanowią kolejne 3,1% YLD; a schorzenia neurologiczne stanowią 6,4%
- Od 2000 r. zarówno **zaburzenia depresyjne, jak i lękowe** niezmiennie znajdują się w pierwszej dziesiątce przyczyn wszystkich YLD na świecie [93].



Rycina 13. Zaburzenia zdrowia psychicznego a obciążenie niepełnosprawnością [Źródło: WHO, 2019]

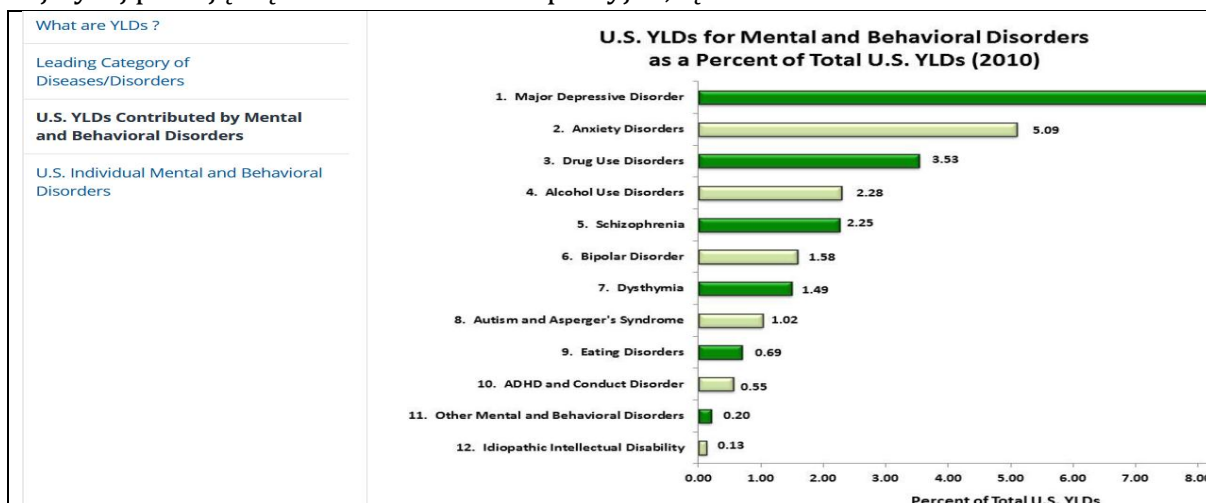
Sytuacja w USA

Również w USA obserwuje się podobne tendencje. Wśród 10 wiodących zaburzeń zdrowia w odniesieniu do lat życia z niepełnosprawnością, pierwsze miejsce zajmują zaburzenia psychiczne i behawioralne (schemat 4.)



Rycina 14. Wiodące zaburzenia a lata życia z niepełnosprawnością (Źródło: NI, USA)

Szczegółowa analiza grupy zaburzeń psychicznych i behawioralnych wskazuje, że najwyżej plasują się duże zaburzenia depresyjne, lękowe oraz uzależnienia i schizofrenia.



Rycina 15. Grupa zaburzeń zdrowia psychicznego i zaburzeń behawioralnych - YLDs [Źródło: NI, USA]

4. OPIEKA I EDUKACJA TERAPEUTYCZNA W ZABURZENIACH ZDROWIA PSYCHICZNEGO – Wyjaśnienie pojęć

Opieka

To dawanie oparcia, wsparcia, zaspokajanie potrzeb, których jednostka nie umie, nie może lub nie jest w stanie samodzielnie zaspokoić, żeby zachować równowagę biologiczną i psychiczną, przeżyć, zachować zdrowie, jakość życia, zapewnić prawidłowy rozwój. (Gajewska G., *Pedagogika opiekuńcza i jej metodyka*, Zielona Góra 2004, s. 20.)

Opieka pielęgniarska - pielęgnowanie

Związane jest swym zakresem z kompetencjami i funkcjami zawodowymi.

- **Wg WHO**, pielęgnowanie to sprawowanie opieki nad chorym oraz zapobieganie chorobom i umacnianie zdrowia.
- **Wg Henderson i ICN** - to pomaganie człowiekowi zdrowemu lub choremu (grupie ludzi) w wykonywaniu czynności znaczących dla utrzymania zdrowia lub jego odzyskania, które mógłby wykonywać on sam, gdyby miał potrzebną do tego siłę, wiedzę. Świadczenie tej pomocy powinno jak najszybciej doprowadzić do usamodzielnienia człowieka (def. V. Henderson – ICN, obowiązująca od roku 1996).

(Krupienicz A (red.) *Podstawy pielęgniarstwa - repetytorium przedegzaminacyjne*. Urban & Partner, Wrocław 2018 [1])

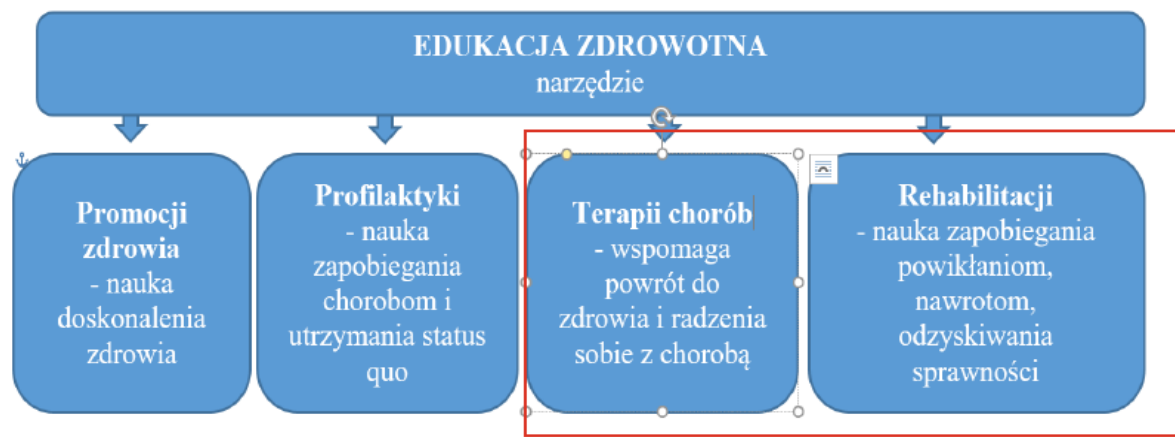
Funkcje zawodowe w pielęgniarstwie wg WHO

1. Świadczenie opieki i zarządzanie opieką.
2. **Uczenie pacjentów** oraz personelu zajmującego się opieką zdrowotną.
3. Realizowanie roli członka zespołu opieki zdrowotnej.
4. Działania na rzecz rozwoju praktyki pielęgniarstwa [1].

Edukacja zdrowotna

Edukacja zdrowotna to działania (kształcenie, nauczanie, wychowanie), których celem jest wyposażenie osób zdrowych lub chorych w wiedzę i umiejętności niezbędne do przyjęcia zachowań korzystnych dla zdrowia. Może być nakierowana na różne obszary zachowań zdrowotnych – promujących zdrowie, zapobiegających chorobie, wspomagających terapię oraz rehabilitację. Jest narzędziem stosowanym w ramach:

- Promocji zdrowia – aby doskonalić i potęgować zdrowie,
- Profilaktyki – aby zapobiegać chorobom i utrzymać stan dotychczasowy (status quo),
- Terapii (w tym rehabilitacji) - aby leczyć choroby, likwidować je, hamować i zmniejszać skutki [Wojnarowska].



Rycina 16. Edukacja zdrowotna jako narzędzie działań na rzecz zdrowia psychicznego [Modyfikacja własna na podstawie – Edukacja zdrowotna. Wojnarowska B.]

Edukacja terapeutyczna

Odnosi się do procesu terapii i związanej z nią rehabilitacji. Pacjent z zaburzeniami zdrowia psychicznego wymaga edukacji terapeutycznej nakierowanej na:

- **Prozdrowotne zachowania w procesie diagnostyczno-terapeutycznym**, czyli zachowania zdrowotne w chorobie, polegające na współpracy z lekarzem, pielęgniarką i dotyczące zachowania przez pacjentów pewnych reżimów postępowania i związanej z nimi niezbędnej wiedzy,
- **Zachowania rehabilitacyjne i zapobiegające nawrotowi choroby** (prewencja III stopnia). To zachowania chorych, które nie dopuszczają do negatywnych skutków choroby w sferze somatycznej, psychicznej i społecznej, zapewniają powrót do maksymalnie możliwej sprawności i funkcjonalności.

Psychoedukacja

Edukacja w zakresie zdrowia psychicznego i jego zaburzeń określana jest szerokim pojęciem „psychoedukacja”, która w różnych zakresach podejmowana jest w ramach kompetencji posiadanych przez poszczególnych specjalistów ochrony zdrowia – lekarzy, psychologów, pielęgniarki. Więcej na ten temat w kolejnych rozdziałach.

ROZDZIAŁ 2.

PODSTAWY OPIEKI I EDUKACJI TERAPEUTYCZNEJ W ZABURZENIACH DEPRESYJNYCH

1. DEPRESJA – POJĘCIE, RODZAJE, POSTACIE KLINICZNE, SKUTKI

1.1. Pojęcie depresji

Depresja (*depressio*; gr. *melancholia*) – termin używany w kilku znaczeniach.

W języku codziennym (potocznym) określenie depresja stosowane jest w związku z gorszym niż zwykle samopoczuciem i smutkiem (przygnębieniem), smutek zwykle jest krótkotrwały i trwa kilka lub kilkanaście godzin, związany jest z bieżącymi sytuacjami (chandra),

W znaczeniu medycznym:

- **Depresja jako objaw chorobowy** (B),
- **Depresja jako choroba** - uznawana jest za poważną, wymagającą leczenia chorobę [6] o charakterze ogólnoustrojowym [7]. Stanowi holistyczną dysfunkcję całego organizmu – zarówno nastroju, uczuć, myślenia jak i kondycji fizycznej [4] i określa długotrwały, szkodliwy i poważny stan, który może być klinicznie rozpoznany jako zespół depresyjny [8].
- **Depresja jako zespół psychopatologiczny - zespół depresyjny** – zespół objawów psychopatologicznych (zespół afektywny) w którym dominuje obniżenie nastroju. Oprócz obniżonego nastroju występuje m.in. obniżenie napędu psychoruchowego, lęk, dobowe zaburzenia rytmu, zanik popędu samozachowawczego (myśli i zamiary samobójcze); w depresji psychotycznej występują urojenia depresyjne, itp. (B).

1.2. Typy zaburzeń depresyjnych

Zespół depresyjny może mieć różny obraz symptomatologiczny, przyczynę, przebieg, nasilenie (B, B(P) B(P), P/2014). W związku z tym pojawiają się różne nazwy depresji, które jednak nie mają odzwierciedlenia w klasyfikacji. Biorąc pod uwagę poniżej wymienione kryteria wyróżnia się różne jej typy:

1) Kryterium - szczegółowy obraz symptomatologiczny:

- Depresje z **zahamowaniem** - na pierwszy plan wysuwają się zaburzenia psychoruchowe (napęd obniżony),
- Depresje z **podnieceniem psychoruchowym (lękowa, agitowana)** - na pierwszy plan wysuwają się zaburzenia psychoruchowe (napęd podwyższony),
- **Depresja anankastyczna** - z myślami (ruminacje) i czynnościami natrętnymi (kompulsje), często obecne są nawracające wyobrażenia o charakterze suicydalnym, myśli bluźniercze, zrobienia krzywdy bliskiej osobie,
- **Depresja psychotyczna** (z objawami psychotycznymi – urojenia depresyjne); ciężką postacią tej depresji jest **zespół Cotarda** – z urojeniami nihilistycznymi (np.

błędnych przekonań o nieistnieniu, zaniku lub rozkładzie narządów wewnętrznych ciała, gniciu lub obumieraniu organizmu, byciu martwym),

- **Depresja anestetyczna (depersonalizacyjna)** – występuje silne poczucie zubożenia, nasilony objaw anhedonii, niemożność przeżywania uczuć smutku, żalu, współczucia, litości; często występuje u ludzi młodych.

2) Kryterium- nasilenie depresji

- Depresja: **łagodna, umiarkowana, ciężka** bez objawów psychotycznych i ciężka z objawami psychotycznymi (ICD-10),
- **Subdepresja, depresja subkliniczna** - objawy pierwotne i wtórne są słabo nasilone.

3) Kryterium – przyczyny depresji

- **Depresje endogenne** - w przebiegu chorób afektywnych
 - Nawracające zaburzenia depresyjne – **depresja duża** (*w przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej*),
 - Zaburzenia depresyjne w CHAD (zespoły depresyjne występują na przemian z zespołami maniakalnymi).
- **Depresje somatogenne** - wtórne do schorzeń somatycznych, występują jako powikłanie psychiatryczne, określane również jako zaburzenia towarzyszące chorobom somatycznym (*comorbidity*) – bo nie są swoistym objawem danej choroby somatycznej; wg ICD-10 – określane jako **zaburzenia depresyjne organiczne**,
- **Depresje reaktywne** - zespół psychogeny związany z urazami psychicznymi, zawodowymi, emocjonalnymi (*psychotrauma*); dysproporcja między siłą stresu, a możliwościami adaptacyjnymi osobowości (np. w reakcji żałoby).

4) Kryterium - nietypowy przebieg. Określane również jako depresje **poronne, atypowe**. Należą do nich:

- **Depresje maskowane** - depresja jako objaw podstawowy nie występuje, zespół depresyjny jest maskowany przez inne objawy i zespoły, np. zespoły bólowe (głowy, w obrębie nerwów obwodowych), zaburzenia snu, przewlekłe utrzymujący się lęk, natręctwa, objawy krążeniowe czy ze strony układu pokarmowego (np. stany spastyczne).

5) Kryterium - czas trwania

- **Dystymia** - zaburzenia afektywne utrwalone, depresja przewlekła utrzymująca się długo – powyżej 2 lat, łagodne objawy i przebieg niepsychotyczny – w postaci subdepresji.

6) Kryterium - okres występowania nawrotów

- **Depresja sezonowa** - w CHAD, cechuje ją pojawianie się epizodów depresji jesienią lub zimą; wiązana jest z brakiem nasłonecznienia, częściej występuje w rejonach z dużym niedoborem słońca; częściej dotyczy młodych i kobiet (B, B(P) B(P), P/2014).

7) Kryterium - stany fizjologiczne i związane z wiekiem

- **Depresja poporodowa**,
- **Zespoły depresyjne inwolucyjne** - depresje w okresie **menopauzy i andropauzy** (lub zaraz po); mają związek ze zmianami hormonalnymi.

1.3. Klasyfikacja zaburzeń depresyjnych wg ICD-10

W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób **ICD-10** wyróżniono następujące postacie zaburzeń depresyjnych [R]:

- **Epizod depresyjny** (epizod dużej depresji) (F32) - rozpoznawane są w przypadku wystąpienia po raz pierwszy w życiu zespołu objawów depresyjnych, które trwają co najmniej 2 tygodnie,
- **Zaburzenia depresyjne nawracające** (F33) - rozpoznawane są wówczas, gdy u pacjenta wystąpiły co najmniej dwa epizody dużej depresji, ale nie występowały objawy maniakalne m.in. takie jak wzmożenie nastroju i zwiększona ilość energii, które przemawiałyby za diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej,
- **Epizod depresyjny w przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych** (F31),
- **Dystymia** (F34) - w przypadku utrzymywania się przez ponad 2 lata objawów depresyjnych, lecz o mniejszym nasileniu niż w przypadku epizodu depresyjnego,
- **Depresja poschizofreniczna** (F20) - przejawia się wystąpieniem objawów depresyjnych po epizodzie zaostrzenia psychozy schizofrenicznej, przy czym objawy schizofrenii mogą się nadal utrzymywać, lecz nie dominują już w obrazie klinicznym,
- **Organiczne zaburzenia depresyjne** - należące do organicznych zaburzeń nastroju (F06.3); mogą być wywołane przez różne stany wiążące się z dysfunkcją mózgu spowodowane pierwotną chorobą mózgu, chorobami układowymi, egzogennymi substancjami toksycznymi lub hormonalnymi, chorobami endokrynnymi lub innymi chorobami somatycznymi.

1.4. Skutki depresji

Depresja wpływa negatywnie na wszystkie sfery życia człowieka [15]. Stanowi istotny czynnik ryzyka:

- Samobójstw - są przyczyną 15-25% zgonów w tej grupie chorych,
- Rozwoju chorób somatycznych [7, 16, 17, 18]. Między innymi depresja zwiększa ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych [16, 17, 19, 18]. Jest często powiązana również z dyslipidemią i cukrzycą [19].
- Ponadto szacuje się, że prawdopodobieństwo przedwczesnego zgonu u osób chorujących na nią jest większe o **40-60%** w związku z problemami w obszarze zdrowia fizycznego, które często pozostają bez diagnozy i leczenia [10].

2. EPIDEMIOLOGIA DEPRESJI

Depresja jest jednym z najczęściej rozpoznawanych zaburzeń zdrowia psychicznego [1, 2] i źródłem wysokich kosztów społecznych oraz ekonomicznych [3]. W ciągu ostatnich lat obserwuje się wzrost zachorowań na depresję. Przypuszcza się, że przyczyną tej tendencji jest dominujący współcześnie styl życia, odosobnienie społeczne i związany z tym stres [9].

Według WHO

- Depresja dotyczy **około 350 milionów** ludzi na całym świecie (2019) [1],
- Stanowi **4,3% obciążenia wszystkimi chorobami** (2013) [10],
- Ponadto odpowiedzialna jest za **7,5% wszystkich lat życia przebiegających z niepełnosprawnością** (2019) [11].

W Polsce

- W przesiewowym badaniu WOBASZ (2005) występowanie objawów depresyjnych zidentyfikowano **u ponad 1/4** zbadanej populacji [12], natomiast depresję potwierdzoną badaniem klinicznym oceniano w tym czasie **na ok. 20%** [13],
- Wyniki epidemiologicznego badania EZOP (2012) prowadzonego według metodologii WHO opartej na definiowaniu zaburzeń wg kryteriów ICD-10 i DSM – IV, którym objęto 10 tysięcy Polaków w wieku 18-64 lata wskazują iż zaburzenia o charakterze depresyjnym dotyczą **około 3,6%** dorosłych mieszkańców Polski (depresja – 3,0%, dystymia 0,6%), a afektywne zaburzenia nastroju dotyczą **około 1 miliona** dorosłych Polaków [14].

Depresja a wiek

- W przeszłości występowanie depresji zwykle wiązano z wiekiem średnim i późnym populacji [4]. Jednakże analiza wskaźników jej rozpowszechnienia na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat wskazuje, **że jest to poważny problem zarówno wśród dorosłych, jak też ludzi młodych, a nawet dzieci** [2].
- Wg danych Global Burden of Disease Study (2015), depresja dotyczy prawie **6.0% kobiet** i nieco ponad **4.0% mężczyzn** na świecie w wieku **20-24 lata**, a dane te były wyższe niż w młodszej grupie wiekowej (15-19 lat) [11].
- Z kolei wg amerykańskiego (USA) National Institute of Mental Health (2016), duża depresja dotyczyła **około 10,9%** młodych dorosłych w wieku 18-25 lat [20].

3. CHARAKTERYSTYKA ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH

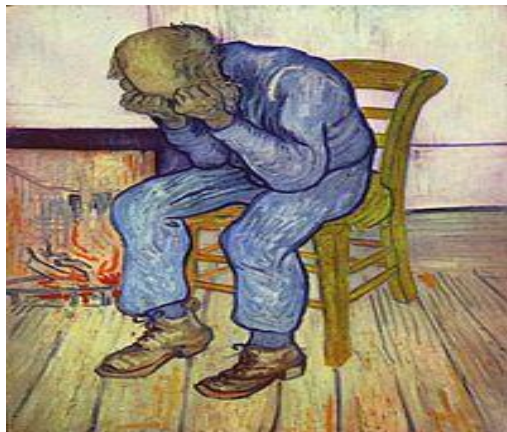
3.1. Objawy osiowe i dodatkowe w przebiegu dużej depresji

Objawy osiowe
<p>Obniżenie podstawowego nastroju</p> <ul style="list-style-type: none">• Depresja jako objaw - obniżenie nastroju, stan smutku, przygnębienia,• Niemożność odczuwania radości, szczęścia, satysfakcji (anhedonia),• Niekiedy zubożenie charakteryzujące się niezdolnością do przeżywania zarówno uczucia radości jak i smutku,• Płaczliwość/ niezdolność do płaczu,
<p>Obniżenie napędu psychoruchowego:</p> <ul style="list-style-type: none">• Spowolnienie tempa procesów myślowych, spowolnienie zapamiętywania i odtwarzania wydarzeń, poczucie niesprawności intelektu (rzekome otępienie),• Spowolnienie ruchów lokomocyjnych, a niekiedy osłupienie (całkowite zahamowanie ruchowe),• Czasem nie występuje zahamowanie, a pojawia się niepokój, a nawet silny lęk ze wzmożonym napędem psychoruchowym (może być przyczyną nieprzewidzianych nagłych zachowań zagrażających życiu - raptus melancholicus),• Szybka męczliwość.
<p>Objawy somatyczne i zaburzenia rytmów biologicznych na skutek zmian funkcji podwzgórza:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hipo- lub hipersomnia,• Okołodobowe wahania nasilenia psychopatologii (nasilenie w godzinach porannych i poprawa w popołudniowych, a zwłaszcza wieczorem),• Zaburzenia cyklu menstruacyjnego i brak hamowania wydzielania kortyzolu,• Zaburzenia libido, napięciowe bóle głowy, zaparcia, suchość w ustach, utrata łaknienia i zmniejszenie masy ciała.
<p>Lęk</p> <ul style="list-style-type: none">• Wolno płynący (przewlekły, utrzymujący się stale), niekiedy może objawić się pobudzeniem ruchowym (raptus melancholicus),• Często jest przez chorych umiejscawiany w okolicy przedsercowej lub nadbrzuszu (<i>tachykardia, podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, biegunka, uczucie pieczenia lub palenia skóry, zlewne poty, spłylenie oddechu, wrażenie ucisku na klatkę piersiową</i>).
Objawy dodatkowe
<p>Zaburzenie treści myślenia</p> <ul style="list-style-type: none">• Depresyjna ocena siebie, swojego postępowania, zdrowia, ujemna ocena przyszłości, przeszłości i teraźniejszości oraz perspektyw życiowych,• Urojenia depresyjne (<i>mówimy o nich, gdy ocena depresyjna odbiega znacząco od realiów</i>) - hipochondryczne, katastroficzne, poczucia winy, grzeszności, kary, nihilistyczne (<i>urojenia wtórne – syntymiczne, wynikają z obniżonego nastroju</i>),• Czasem myśli natrętne (<i>o zrobieniu komuś krzywdy, myśli bluźniercze</i>),• W konsekwencji może pojawić się zniechęcenie do życia oraz myśli i tendencje samobójcze.

Zaburzenia funkcjonowania w grupie społecznej (w rodzinie, miejscu pracy, szkole)

- Wtórne do objawów podstawowych, spowodowane utratą zainteresowań światem zewnętrznym, abulią, poczuciem niesprawności psychicznej i fizycznej, poczuciem ciągłego zmęczenia, koncentrowaniem się na przeżyciach depresyjnych, niemożnością zaspokajania podstawowych potrzeb,
- Powodują izolowanie się od otoczenia, czasem zerwanie wszelkich kontaktów z ludźmi,
- Chorzy nie są w stanie wykonywać pracy zawodowej, podołać obowiązkom domowym, a niekiedy nawet zaspokajać elementarnych potrzeb życiowych (co może stanowić zagrożenie dla życia).

(H 2007, B(P))



Vincent van Gogh – Stary człowiek pogrążony w smutku

Artysta cierpiący z powodu depresji, namalował w 1890 roku obraz przedstawiający desperację oraz brak nadziei.

3.2. Różnicowanie przebiegu zaburzeń depresyjnych endogennych

Rozwój i ustępowanie depresji

Objawy narastają zazwyczaj stopniowo, chociaż mogą pojawiać się również nagle i podobnie szybko ustępować (natomiast w ciągu kilku dni, niekiedy jednej doby – częściej w CHAD).

Obraz chorobowy

- Wykazuje duże zróżnicowanie u poszczególnych osób, również w sytuacji nawrotów u danej osoby (m.in. odgrywa tu rolę wiek - u osób starszych przebieg cięższy),
- W CHAD najczęściej występuje **depresja typowa** (występują głównie objawy podstawowe, niezbyt nasilony lęk, umiarkowane zahamowanie, zwykle bez urojeń), lub depresja, w której dominuje zahamowanie z hipersomnią,
- W **zaburzeniach depresyjnych nawracających** – często występuje depresja z dużym lękiem, niepokojem i bezsennością oraz depresja z urojeniami. ^{B(P)}

3.3. Dystymia

- Zaburzenia afektywne utrwalone, depresja przewlekła utrzymująca się długo – powyżej 2 lat a nawet przez całe życie, łagodne objawy i przebieg niepsychotyczny – w postaci subdepresji,

- Niektórzy uważają ją za „podprogową” formę zaburzeń depresyjnych nawracających, a inni, że wykazuje więz z zaburzeniami dwubiegunowymi,
- Występuje 2-krotnie częściej u kobiet,
- W obrazie klinicznym dominują: umiarkowane obniżenie nastroju, złe samopoczucie, uczucie ciągłego zmęczenia, niesprawności psychofizycznej, apatia i anhedonia, niska samoocena, często przewlekły lęk,
- Zdolność do wykonywania podstawowych obowiązków (domowych, zawodowych) najczęściej zachowana, ale odczuwają brak satysfakcji ,
- Obniżenie nastroju często jest połączone ze wzmożonym napięciem emocjonalnym, drażliwością, stanami dysforii i obwiniania innych,
- U części chorych występują dobowe wahania samopoczucia i zaburzenia snu.^(B)

3.4. Krótkotrwałe nawracające zaburzenia depresyjne

Zespół utrzymuje się krótko (nie dłużej niż 2 tygodnie, najczęściej 2-4 dni), nawracają w odstępach 3-4 tygodni. W obrazie nie różni się od depresji dużej, przebieg od stanów łagodnych po ciężkie z tendencjami samobójczymi. ^(B)

3.5. Depresje wieku podeszłego

- Zjawisko częste, ale trudne to rozpoznania z powodu współwystępowania licznych czynników etiologicznych i kojarzenia wielu objawów z wiekiem (od 5 do 44%),
- W wieku podeszłym znacznie częściej obserwuje się :
 - Depresje psychotyczne (urojenia nihilistyczne i hipochondryczne, okresowo halucynacje słuchowe),
 - Dystymie,
 - Depresje atypowe. ^(B/P)

3.6. Stany depresyjne poporodowe

Poporodowy stan depresyjny

- Epizod przejściowy (baby blues*; depresja trzeciego dnia),
- Nagła zmiana nastroju około 3 – 5 dnia po porodzie - wahania nastroju od płacznego do dysforii (rozdrażnienie) [1,2], zaburzenia snu, brak apetytu [2],
- Wiąże się ze stresem dotyczącym pierwszych trudności w karmieniu, zajmowaniu się dzieckiem i byciu matką [2],
- Dotyczy 30-75% kobiet [1], a nawet 50-80% [2],
- Jest najłagodniejszą postacią zaburzeń nastroju, nie wymagającą leczenia, stan ten mija samoistnie zwykle po 2 tygodniach, wymaga tylko czasu i wsparcia [1, 2]; jednak około 20% baby blues rozwija się w depresję poporodową [2],
- Z uwagi na wypis ze szpitala około 3 dnia – może nie być zauważona, konieczność monitorowania przez położną środowiskową oraz edukacja rodziców [2].

**(Baby blues, postnatal blues, postpartum blues, postpartum blues syndrom) – w języku polskim najbliższe określenie to smutek po urodzeniu dziecka, przygnębienie po porodzie – depresja 3 dnia [2].*

Depresja poporodowa

- Jest stanem **poważniejszym** niż depresja 3-a dnia i trwającym dłużej [2], **dotyczy** 10-15% kobiet [1, 2],
- **Największe ryzyko wystąpienia** w ciągu około 4¹ do 8 tygodni od porodu², ale szczytowe nasilenie depresja osiąga około 3-6 miesięcy później [2]. W ciągu pierwszego roku ryzyko jest większe 3-4x niż u kobiet w podobnym wieku, które w tym okresie nie rodziły; kobiety, które wcześniej przeszły depresję mają ryzyko na poziomie 25%, a kobiety które przeszły wcześniej depresję poporodową – 50% [2],
- **Przyczyna niejasna**, m.in. medyczny wzorzec wskazuje na znaczenie hormonalnych i wydzielniczych procesów podczas porodu i porożu; obecnie wskazuje się, że przyczyny nie różnią się od przyczyn innych chorób depresyjnych i są podobne również klinicznie; poza tym znaczenie ma niewielkie wsparcie społeczne, złe relacje małżeńskie, niepowodzenia życiowe w ostatnim okresie; znaczenie mogą mieć też powikłania porożowe [1], wcześniej leczone zaburzenia, np. choroba afektywna [2]. Poroż uznaje się za **czynniki wyzwalający** (precypitujący) pojawienie się zaburzeń afektywnych (w tym depresyjnych) [B(P)],
- Konsekwencje depresji matki mogą być przedłużone w czasie, ciężkie i mogą mieć wpływ na dziecko oraz całą rodzinę [1].

4. ROZPOZNANIE EPIZODU DEPRESYJNEGO WEDŁUG ICD-10

Aby stwierdzić występowanie epizodu depresyjnego:

- A) Muszą występować przez co najmniej dwa tygodnie przynajmniej dwa z trzech poniższych objawów:
- Obniżenie nastroju,
 - Utrata zainteresowań i zdolności do radowania się (anhedonia),
 - Zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i zmniejszenia aktywności,
- B) Oraz dwa lub więcej spośród następujących objawów:
- Osłabienie koncentracji i uwagi,
 - Niska samoocena i mała wiara w siebie,
 - Poczucie winy i małej wartości,
 - Pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości,
 - Myśli i czyny samobójcze,
 - Zaburzenia snu,
 - Zmniejszony apetyt.

5. PRZYCZYNY DEPRESJI

Depresja powstaje zazwyczaj w wyniku interakcji różnych czynników, a za punkt wyjściowy (początek łańcucha) uznawane są cechy genetyczne.

Model biologiczny

1) Uwarunkowania genetyczne (podatność genetyczna)

- Badania sprzężenia genetycznego wskazują na znaczenie nawet kilkudziesięciu genów. Za silniej związane z podatnością genetyczną uznawane są zaburzenia dwubiegunowe, a zaburzenia jednobiegunowe – za silniej związane z czynnikami środowiskowymi [K].
- Dobrze poznano polimorfizm genu transportera serotoniny, związany z uwrażliwieniem na obciążające zdarzenia życiowe (nawet łagodne sytuacje stresujące powodują 4-5x większe ryzyko[K]).

2) Hipotezy neurobiologiczne

- Występowanie objawów depresji związane jest z **zaburzeniami neuroprzekąźnictwa** w ośrodkowym układzie nerwowym. Hipotezy na temat neurochemicznego podłoża depresji koncentrują się głównie na nieprawidłowościach w neuroprzekąźnictwie serotoniny (**hipoteza serotoninowa**) oraz norepinefryny, zwanej także noradrenaliną (**hipoteza katecholaminowa**)

3) Neuroanatomiczna i hormonalna teoria depresji

- Nadmierna aktywność kory przedczołowej prawego płata czołowego,
- Niedobór tyroksyny, testosteronu u mężczyzn i estrogeny u kobiet, hiperkortyzolemia [S]

Model psychodynamiczny

- W powstawaniu depresji (i innych zaburzeń psychicznych, zwłaszcza zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości) istotną rolę odgrywają bieżące **wewnątrzpsychiczne konflikty pomiędzy impulsami, pragnieniami, dążeniami oraz deficyty rozwijanych funkcji psychicznych**, dla ukształtowania się których duże znaczenie mają doświadczenia z okresu rozwojowego (dzieciństwa i adolescencji). Freud uważał, że przyczyną depresji jest skierowanie całej agresji do wewnątrz, w efekcie czego dochodzi do obniżenia samooceny, samooskarżeń czy wręcz samobójstwa.
- Niektóre teorie akcentują **istnienie określonych typów osobowości predysponujących** do wystąpienia depresji (nadmierne poleganie na zewnętrznych źródłach samooceny, gratyfikacji oraz nadawania znaczenia własnym działaniom).

Model poznawczo-behawioralny

- Zakłada, że przyczyną depresji jest **przyswojenie sobie nieadaptacyjnych wzorców poznawczych i wzorców reagowania**, które można zmienić poprzez proces uczenia się.
- Szczególnym zainteresowaniem cieszy się model **Aarona T. Becka**
 - **Zachowanie jednostki zależy od typu informacji docierających do niej z zewnątrz, oraz sposobu, w jaki informacje te są przez nią przekształcane i interpretowane.**
 - Zdaniem Becka, u podłoża depresji leżą nieracjonalne **schematy poznawcze kształtowane w okresie dzieciństwa stanowiące rezultat traumatycznych wydarzeń, powtarzanych negatywnych osądów (najczęściej przez rodziców)** oraz przez naśladowanie depresyjnych modeli interpretowania i zachowania.
- Podstawowy schemat poznawczy dla rozwoju depresji to tzw. **triada depresyjna: negatywne myśli o sobie, o świecie i o przyszłości**. Takie poglądy są przyczyną niskiej samooceny oraz emocjonalnych i fizycznych objawów charakterystycznych dla depresji. Drugim mechanizmem depresji są systematycznie dokonywane **błędy poznawcze w procesie wnioskowania**, które sprzyjają pogarszaniu się samopoczucia i uniemożliwiają obiektywną ocenę sytuacji przez jednostkę.

Inne przyczyny

- Choroby somatyczne m.in. endokrynne, neurologiczne, zakaźne, nowotworowe, układowe, niedobory witamin oraz inne choroby psychiczne (np. schizofrenia),
- Działanie niektórych leków i substancje psychoaktywne,
- Przyczyny psychogenne - trudne sytuacje życiowe (rozwód, problemy finansowe lub śmierć bliskiej osoby mogą przyczynić się do zapadania na depresję[b],
- Cechy osobowościowe – **wysoki poziom neurotyzmu [K]**.

Znaczenie wydarzeń stresowych

Wydarzeniom stresowym – typu somatycznego oraz psychicznego (tzw. wydarzenia życiowe) – przypisuje się **znaczenie wyzwalające** (precypitujące) depresji. Do czynników typu somatycznego zaliczany jest również poród [b].

Teoria Kendlera

Przedstawił 3 ścieżki dochodzenia do depresji [K]. Proces pojawiania się depresji jest ciągły, gdzie do podatności genetycznej dołączają się inne czynniki prowadzące ostatecznie do depresji:

- Za pośrednictwem neurotyzmu i stanów lękowych,
- Za pośrednictwem substancji psychoaktywnych,
- Poprzez trudności życiowe (zaburzenia środowiska rodzinnego; niskie wykształcenie, traumy życiowe, słabe wsparcie społeczne; kłopoty małżeńskie).

Nakładanie się czynników na siebie (np. trudności życiowych na neurotyzm, zwiększa 20-krotnie ryzyko depresji).

Mechanizm patogenetyczny jednobiegunowych zaburzeń depresyjnych

Wg Kiejny można wskazać 3 ścieżki:

- 1) Poprzez zaburzenia struktury osobowości i stresujące wydarzenia życiowe,
- 2) Poprzez biologiczną dysfunkcję struktur emocjonalnych i stresujące wydarzenia życiowe,
- 3) Jako bezpośrednie konsekwencje podatności genetycznej.

6. FUNKCJONOWANIE I PROBLEMY CHOREGO Z DEPRESJĄ

Problemy w okresie zaostrzenia choroby

- **Myśli i tendencje samobójcze** (Przyczyna: Urojeniowe myśli depresyjne, niska samoocena, brak nadziei na poprawę zdrowia i losu)
- **Niechęć do nawiązywania kontaktów interpersonalnych lub jego brak, izolowanie się** (Przyczyna: Obniżenie nastroju, brak zainteresowań i zubożenie, zahamowanie psychoruchowe, negatywna samoocena)
- **Lęk przewlekły** i jego skutki utrudniające codzienne funkcjonowanie (objaw osiowy /dodatkowy)
- **Możliwość wystąpienia nagłego czynu zagrażającego bezpieczeństwu chorego** (Przyczyna: pobudzenie psychoruchowe z silnym lękiem)
- **Nie podejmowanie aktywności na rzecz zaspokajania potrzeb** swoich oraz rodziny (Przyczyna: Obniżenie nastroju, brak zainteresowań i zubożenie, zahamowanie psychoruchowe, negatywna samoocena)
- **Utrata zainteresowania otoczeniem** (Przyczyna: Obniżenie nastroju, brak zainteresowań i zubożenie, zahamowanie psychoruchowe, negatywna samoocena, koncentracja na myślach urojeniowych)
- **Odmawianie przyjmowania posiłków** (Przyczyna: Utrata łaknienia, urojenia depresyjne - próba samobójcza)
- **Trudność ze snem** (zasypianiem, sen przerywany) spowodowane zaburzeniami rytmów dobowych, depresyjnym myśleniem, niepokojem.

Problemy okresu remisji

Mogą występować:

- **Trudności związane z leczeniem** – odstawianie leków, nieregularne ich przyjmowanie, objawy niepożądane i powikłania farmakoterapii,
- **Problemy z pracą** (powrót, znalezienie pracy, zmiana pracy),
- **Brak akceptacji** w środowisku rodzinnym i społecznym, skutki stygmatyzacji, trudności w ponownym podjęciu swoich ról społecznych,

-
- **Deficyt wsparcia** profesjonalnego i nieprofesjonalnego,
 - **Obawy dotyczące nawrotu choroby.**

7. LECZENIE i OPIEKA

Metody terapii

- Leki przeciwdepresyjne, w przypadku urojeń – leki neuroleptyczne,
- Leczenie światłem,
- W ciężkich przypadkach sejsmoterapia,
- Psychoterapia, terapia zajęciowa,
- Psychoedukacja

Ogólne zasady opieki:

Opieka związana z zaostrzeniem choroby

- Ocena potrzeb zdrowotnych i podejmowanie adekwatnych interwencji, zwłaszcza w zakresie: zapewnienia bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego (w tym nawiązania relacji terapeutycznej z uwzględnieniem zasad komunikowania terapeutycznego),
- Zabezpieczenie deficytów w zakresie samoopieki (model opieki wspierający, unikanie modelu wyręczającego),
- Wspieranie w nawiązaniu relacji interpersonalnych i odzyskiwaniu wiary we własne siły,
- Realizacja zadań związanych z zastosowanymi metodami leczenia biologicznego i społecznego oraz w zakresie współpracy z rodziną pacjenta.

Opieka długoplanowa - po ustąpieniu objawów zaostrzenia

- Prowadzona w oddziałach (ogólny, rehabilitacyjny, dzienny, edukacyjny) oraz środowiskowych formach opieki w celu obniżenia ryzyka nawrotu choroby, przeciwdziałania chroniczacji zaburzeń i niepełnosprawności, zapobiegania dezadaptacji życiowej i izolacji społecznej.
- Polega na rozpoznawaniu sytuacji życiowej pacjenta i podejmowaniu adekwatnych interwencji.
- Działania nastawione oprócz kontynuowania terapii na:
 - Rehabilitację, np. społeczną, zawodową,
 - Psychoedukację pacjenta i rodziny/ opiekuna,
 - Proponowanie różnych form wsparcia środowiskowego, udziału w programach promocji zdrowia psychicznego.

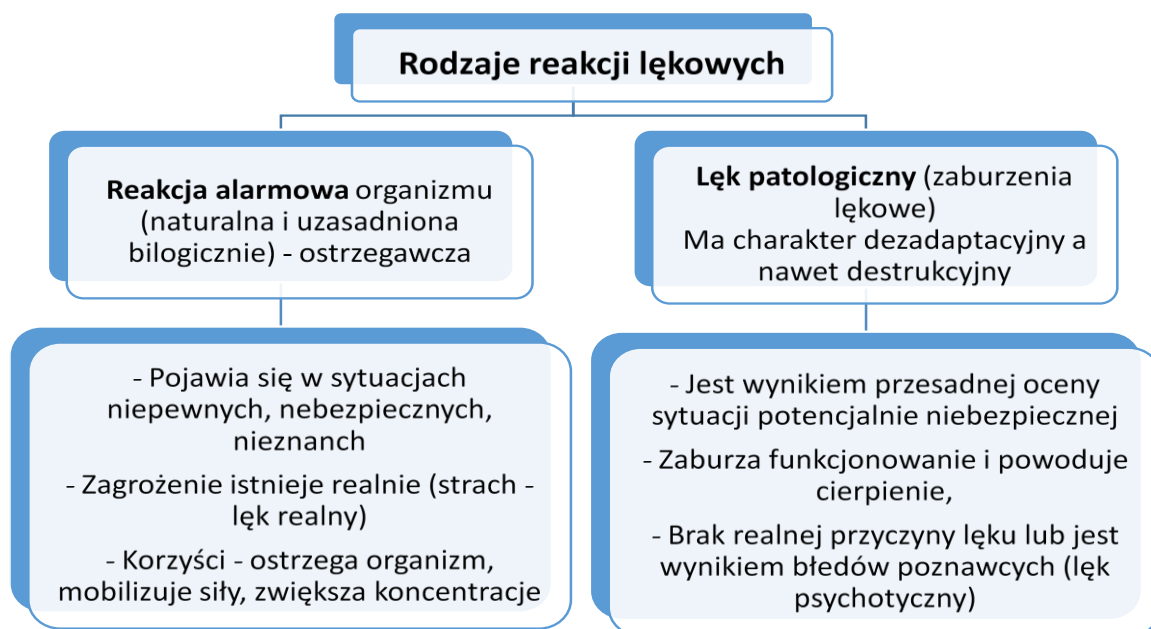
ROZDZIAŁ 3.

PODSTAWY OPIEKI I EDUKACJI TERAPEUTYCZNEJ W ZABURZENIACH LĘKOWYCH

1. ZABURZENIA LĘKOWE – informacje wprowadzające

Lęk jako reakcja alarmowa organizmu

- Lęk to nastrój w którym dominuje odczucie silnego zagrożenia,
- Jest to naturalna i uzasadniona biologicznie reakcja organizmu (reakcja alarmowa), pojawiająca się w sytuacjach niepewnych, niebezpiecznych, czy nieznanach,
- Organizm reaguje na bodźce zagrażające uczuciem dyskomfortu w postaci niepokoju, napięcia, strachu, obaw, lęku,
- U człowieka zdrowego lęk jest związany z realnie istniejącym zagrożeniem i najczęściej określany jest jako **strach** (lęk realny),



Rycina 17. Rodzaje reakcji lękowych [opracowanie własne]

- Człowiek odczuwa zagrożenie (strach) na 4 poziomach (S):
 - **Aspekt poznawczy** – to percepcja i rozpoznanie bodźców stanowiących o zagrożeniu życia/zdrowia jednostki,
 - **Aspekt somatyczny** – uaktywnienie części współczulnej układu autonomicznego (reakcja alarmowa, pogotowia – albo w formie walki, albo ucieczki),
 - **Aspekt emocjonalny** – to uczucie przerażenia, grozy, paniki, którym towarzyszą doznania somatyczne – drżenia, mrowienia, mdłości, itp.,
 - **Aspekt behawioralny** – próby poradzenia sobie z bodźcami zagrażającymi.

-
- Korzyści przeżywania strachu w sytuacji zagrożenia:
 - Ostrzega organizm,
 - Mobilizuje siły organizmu do działania (np. do ucieczki),
 - Zwiększa zdolność koncentracji (uwagi, zachowania ostrożności),
 - Skutki negatywne - w przypadku dużego nasilenia, lęk:
 - Ogranicza zdolność myślenia,
 - Ogranicza zdolność prawidłowego zachowania i koncentracji,
 - Może powodować nieprzemysłane (niebezpieczne) zachowania.

Lęk patologiczny (zaburzenia lękowe)

W praktyce psychiatrycznej lęk nie ma charakteru adaptacyjnego, ale staje się dezadaptacyjny lub nawet destrukcyjny.

O zaburzeniach lękowych możemy mówić wówczas, gdy:

- Lęk jest wynikiem przesadnej oceny sytuacji potencjalnie niebezpiecznej,
- Stany lękowe osiągają nasilenie zaburzające funkcjonowanie
 - Występują zbyt często, trwają zbyt długo,
 - Są zbyt dużym obciążeniem psychicznym,
 - Prowadzą do unikania ważnych czynności,
 - Człowiek traci panowanie nad sobą,
 - Powoduje znaczne cierpienie,
- Nie istnieje realna przyczyna lęku (chory nie jest w stanie określić przyczyny czy źródła lęku),
- Lęk jest wynikiem błędów poznawczych (zaburzenia spostrzegania czy myślenia) prowadząc do reakcji nieadekwatnych do sytuacji – **lęk psychotyczny**.

Postacie lęku

1) Lęk wtórny

- W chorobach somatycznych (np. zawał serca, napadowa tachykardia, nadczynność tarczycy, hipoglikemia, hipoksja, reakcja anafilaktyczna, choroby układu krążenia, reakcja na chorobę, np. nowotworową),
- W zaburzeniach psychicznych – np. w schizofrenii, zespołach abstynencyjnych.

2) Lęk pierwotny - to zespoły lękowe występujące niezależnie od innych zaburzeń.

Rozpowszechnienie zaburzeń lękowych

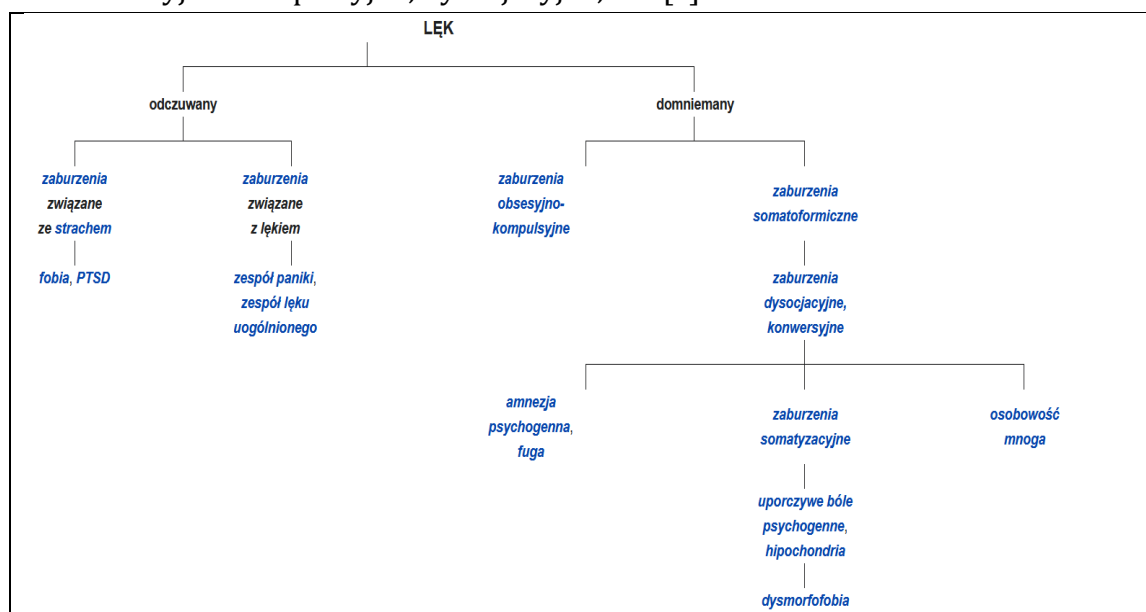
- W populacji ogólnej – 2 do 5%,
- W zaburzeniach kardiologicznych (10-15%),
- W praktyce ogólnolekarskiej (6%),
- Częściej występują u kobiet,
- Rozpoczynają się najczęściej w wieku 20-30 lat.

2. KLASYFIKACJA ZABURZEŃ LĘKOWYCH

Lęk odczuwany i domniemany

W najnowszych klasyfikacjach chorób, zaburzenia lękowe zostały wydzielone z szerokiej grupy zaburzeń określanych nerwicami. Tym samym rozróżniono:

- Zespoły zaburzeń związanych z **lękiem odczuwanym** (związane z wydarzeniem przykrym) – **zaburzenia lękowe**
- Zespoły zaburzeń związanych z **lękiem domniemanym** (stan emocjonalny powstający na podstawie wyobrażeń) – np. zaburzenia somatomorficzne, obsesyjno-kompulsyjne, dysocjacyjne, itd. [S]



Rycina 18. Klasyfikacja lęku [Źródło: S]

Tabela 1. Zaburzenia lękowe wg ICD-10 [Opracowanie własne, Źródło: Bilikiewicz]

Kod	Zaburzenia lękowe
F41.0	Lęk napadowy
F41.1	Lęk uogólniony
F41.2	Zaburzenia lękowo- depresyjne mieszane
	Lęk fobiczny
F40.0	Agorafobia - bez napadów paniki, - z napadami paniki
F40.1	Fobie społeczne
F40.2	Fobie swoiste
	Zaburzenia związane ze stresem
F43.0	Ostra reakcja na stres
F43.1	Zaburzenia stresowe pourazowe
F43.2	Zaburzenia adaptacyjne
	Zaburzenia osobowości
F60.6	Osobowość lękliwa

3. TYPY I CHARAKTERYSTYKA ZABURZEŃ LĘKOWYCH

LĘK UOGÓLNIONY (przewlekły, wolno płynący)

- Dotyczy 3-4% populacji,
- To długotrwałe utrzymujące się napięcie lękowe (lęk przesadny) o różnej, lecz mało zmieniającej się intensywności i utrzymuje się przez większość dnia,
- Objawy narastają powoli, a chory z czasem przyzwyczaja się do schorzenia,
- Charakteryzuje się:
 - Zamartwianiem, niepokojem dotyczącym wielu aspektów życia, np. bezpieczeństwa dzieci, sytuacji zdrowotnej, materialnej, itp.,
 - Pacjent ma katastroficzne nastawienie do życia, nie jest zdolny do relaksacji,
 - Pociąga za sobą liczne objawy somatyczne
 - napięcie, bolesność mięśni, kołatanie serca,
 - uczucie ciągłego zmęczenia i szybkiego męczenia się,
 - suchość w ustach
 - Przewlekłe utrzymuje się również
 - uczucie poirytowania, drażliwości, poczucie „bycia na krawędzi”, poczucie bezradności lub osaczenia,
 - zaburzenia w logicznym myśleniu i koncentracji uwagi,
 - zaburzenia snu (trudności w zasypianiu lub przesypianiu nocy),
- Trudności w radzeniu sobie z lękiem są źródłem złego samopoczucia, niewłaściwego funkcjonowania w życiu społecznym, zawodowym lub innych obszarach życia [S],
- Przeważnie osoby zgłaszają się do lekarza po wielu latach choroby z powodu objawów somatycznych, depresyjnych, zaburzeń snu.

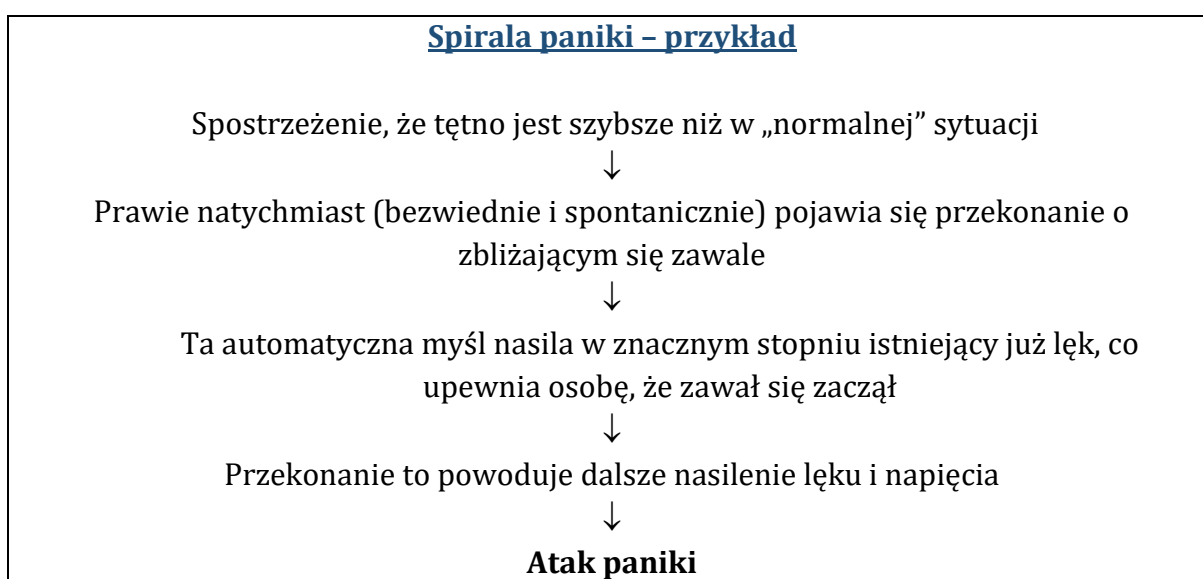
LĘK PANICZNY (zespół lęku napadowego)

- Nagłe, nieoczekiwane napady lęku o bardzo znacznym natężeniu, a w okresie między napadami chory nie odczuwa lęku,
- Objawy narastają do punktu kulminacyjnego w ciągu kilku minut, często o charakterze odczuwanym przez chorego w sposób dramatyczny (jako zagrożenie życia), którym towarzyszy lęk przed śmiercią,
- Trwa zwykle kilka, kilkanaście minut
- W utrzymywaniu objawów paniki rolę odgrywa **hyperwentylacja** - chory oddycha bardzo szybko, co w efekcie prowadzi do objawów klinicznych (np. zawroty głowy, uczucie mrowienia, mroczki przed oczami, tachykardia, ból w okolicy serca, odbijanie, wzdęcia brzucha), które pacjent traktuje jako dowody na pogarszanie się stanu zdrowia (błędne koło),
- Objawy lęku napadowego [S]
 - Nawracające nieoczekiwane napady paniki,
 - Oraz co najmniej jedno lub więcej z następujących zjawisk:
 - Ciągła obawa przed następnym napadem

- Obawa o jego przebieg i skutki
- Wyraźna zmiana zachowania w trakcie napadu lęku
- W czasie napadu chory przejawia niepokój ruchowy, może głośno wzywać pomocy, płakać, wyraz twarzy przerażony – odczuwa, że umiera, dusi się, pęka mu serce [B, K],
- Po ustaniu napadu może występować lęk antycypacyjny (przed nawrotem paniki) [K],
- Napady występują w sytuacjach nieprzewidywalnych, co prowadzi do obaw przed opuszczaniem domu i zależność od bliskich,
- Chorym towarzyszy znaczne cierpienie i poczucie choroby somatycznej [K],
- Mogą współwystępować z agorafobią,
- Lęk paniczny jest rozpoznawany, gdy kilka napadów paniki wystąpi w ciągu miesiąca [K].

Poznawczy model paniki [S]

- Osoby cierpiące na napady lęku panicznego cechują się nadwrażliwością na wszelkie sygnały pochodzące z organizmu, które interpretuje skrajnie katastroficznie, tworzy się spirala paniki (cykl paniki)



Rycina 19. Spirala paniki [Źródło: S]

FOBIE

Agorafobia

- Lęk nieproporcjonalnie silny doznawany w sytuacji, w której nie ma możliwości ucieczki i trudno jest liczyć na pomoc (osoba zazwyczaj boi się jazdy samochodem, znalezienia się w korku ulicznym, przebywania w odludnych miejscach, tłumie, hipermarketach lub samemu w domu),
- Agorafobię mogą komplikować napady paniki,

- Obok poczucia lęku i objawów wegetatywnych (obecnych we wszystkich zaburzeniach lękowych), bardzo często dochodzi do unikania sytuacji lękotwórczych, co może znacznie ograniczać funkcjonowanie danej osoby,
- Po wielu latach trwania choroby, chory nie jest w stanie wyjść z domu,
- Często rozwija się zależność od osób zaufanych,
- Częściej występuje u kobiet.

Fobie społeczne

- Występują u 2,4 do 13,3% populacji w ciągu całego życia, w podobnym odsetku u kobiet i mężczyzn [K],
- Przejawiają się nadmiernie silnym lękiem odczuwanym w czasie kontaktów z innymi ludźmi, gdy musimy się wypowiadać publicznie, podlegamy ocenie,
- Emocjom towarzyszą nieprzyjemne objawy – uczucie drżenia kończyn, pocenie się, wzmożone napięcie mięśniowe, kołatanie serca, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, rumieńce [K],
- Osoby takie unikają wystąpień publicznych, ale również inicjowania rozmowy [K],
- Mają świadomość, że objawy są nieuzasadnione (jak i w innych zaburzeniach), ale nie są w stanie nad nimi zapanować [K],
- Konsekwencją jest unikanie sytuacji lękotwórczych, co ogranicza zawodowe i towarzyskie funkcjonowanie takiej osoby, czasem prowadzi do całkowitej izolacji społecznej, załamania poczucia własnej wartości i depresji [K].

Fobie specyficzne

To przesadnie silna reakcja lękowa dotycząca wyłącznie określonych przedmiotów i sytuacji, np. lęk przed pajakami, wysokością, ciasnymi pomieszczeniami itp.

Zaburzenia lękowe związane ze stresem

- Historia rozpoznawania tych zaburzeń jest stosunkowo nowa. W 1989 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne wprowadziło do DSM –III zaburzenia określane jako PTSD (*post-traumatic stress disorder*):
 - Określono, że pojawiają się w następstwie przeżycia zagrażających życiu wydarzeń (skrajna trauma, stres traumatyczny) takich jak wojna, klęski żywiołowe, incydenty terrorystyczne, akty związane z przemocą, itp.,
 - Ludzie cierpiący na PTSD przeżywają traumę ponownie (w koszmarach sennych lub wyobrażeniach wdzierających się na jawie),
 - W kolejnych latach traumatyczne wydarzenie rozszerzono również na zdarzenia takie jak nagła nieoczekiwana śmierć bliskiej osoby, bycie świadkiem śmierci lub zagrożenia życia, lub uzyskanie diagnozy choroby śmiertelnej,
- Po wprowadzeniu pojęcia PTSD, WHO wprowadziła do ICD następujące rodzaje zaburzeń:
 - Ostrą reakcję na stres,
 - Reakcję przystosowawczą,
 - A w 1993 roku (do ICD-10) wprowadzono - Zaburzenia stresowe pourazowe,

-
- Wg ICD-10 stresor jest definiowany jako „ekspozycja na wyjątkowo zagrażający lub katastroficzny stresor, krótko- lub długotrwały” [S].

OSTRA REAKCJA NA STRES (zespół stresu pourazowego)

- Charakteryzuje się szybkim ustąpieniem objawów (zazwyczaj po kilku dniach), które pojawiły się po nagłym przeżyciu katastroficznej sytuacji przez osobę, która wcześniej nie miała zaburzeń psychicznych,
- Do wydarzeń zalicza się katastrofy żywiołowe, wypadki (np. kolejowy), wojnę, napady, nagłą jednoczesną śmierć kilku bliskich osób, itp.
- Zwykle pojawia się z zaburzeniami emocjonalnymi pod postacią paniki, lęku, strachu, niepokoju,
- Może przybierać formę „porażenia emocjonalnego” – nienaturalny spokój i zobojętnienie lub „napadu uczuciowego”,
- W obrazie dominuje zawężenie pola świadomości, zaburzenia orientacji, później rozpacz, gniew, lęk, depresja, wyłączenie się (amnezja, osłupienie) lub pobudzenie i nadmierna aktywność (np. paniczna ucieczka) [B; K].

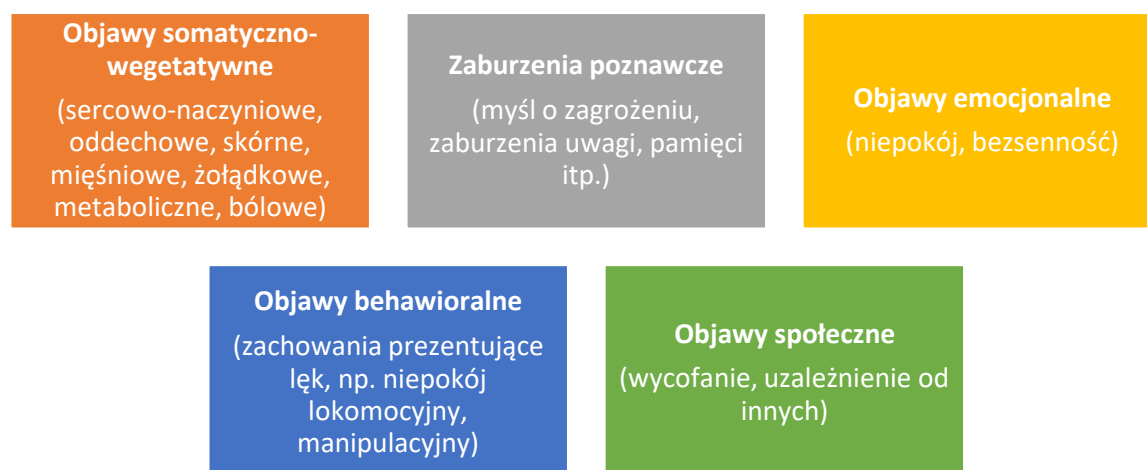
ZABURZENIA STRESOWE POURAZOWE (reakcja posttraumatyczna, *post-traumatic stress disorder - PTSD*)

- Są to opóźnione lub/i przedłużone reakcje na traumatyczny stresor (o wyjątkowo obciążającym i zagrażającym charakterze); trwają od kilku tygodni do 6 miesięcy,
- Występuje dotkliwe, natrętne przypominanie sobie sytuacji lub wydarzeń we wspomnieniach, wyobrażeniach na jawie lub w snach,
- Pojawia się zobojętnienie uczuciowe, izolowanie się, unikanie bodźców przywołujących wspomnienia,
- Przewlekłe późne następstwa (niekiedy przejawiają się przez dziesiątki lat, np. u byłych więźniów obozów koncentracyjnych) określa się jako trwałe zmiany osobowości po przeżyciu sytuacji ekstremalnej [B, K].

ZABURZENIA ADAPTACYJNE (przystosowawcze)

- Związane ze zmianą warunków zewnętrznych, np. przeprowadzka, migracja, utrata osoby bliskiej, zatrudnienia, przejścia na emeryturę - reakcja na stres psychospołeczny,
- Pojawiają się nie później niż miesiąc od zaistnienia sytuacji i trwają nie dłużej niż rok, są przemijające,
- Występuje obniżenie nastroju, zamartwianie się, poczucie, że osoba sobie nie poradzi, ograniczona zdolność do wykonywania codziennych czynności, mogą występować objawy lękowe i/lub agresywne, wybuchy gniewu, wycofywanie z kontaktów społecznych [B, K].

OBJAWY LĘKU



Rycina 20. Główne obszary funkcjonalne człowieka manifestujące objawy lęku [opracowanie własne]

- **Objawy somatyczno-wegetatywne**
 - Sercowo-naczyniowe (kołatanie serca, częstoskurcz, wzrost RR, omdlenia, zawroty głowy)
 - Oddechowe (wzrost częstości oddechów, krótki oddech)
 - Skóra (zaczernienie, plamy, wysypka, zaburzenia temperatury, potliwość, parestezje, w silnym lęku skóra blada)
 - Mięśniowo-szkieletowe (wzrost napięcia mięśni, drżenia, skurcze)
 - Żołądkowo-jelitowe (biegunka, nudności, bóle brzucha)
 - Inne objawy fizyczne (bóle głowy, bóle w klatce piersiowej, uczucie gorąca, wysychanie w jamie ustnej, częstomocz)
 - Metaboliczne (hiperglikemia)
- **Zaburzenia poznawcze**
 - Myśl o zagrażającej szkodzi i wyolbrzymianie niebezpieczeństwa
 - Oczekiwanie zagrożenia
 - Zaburzenia skupienia uwagi, sprawności pamięci i myślenia
 - Zawężone pole spostrzegania
- **Objawy emocjonalne**
 - Obawa, niepokój, zamartwianie się
 - Uczucie zagrożenia, trwożliwe oczekiwanie
 - Bezsenność, koszmary nocne
 - Derealizacja
- **Objawy behawioralne**
 - Niepokój manipulacyjny (wykonuje zbędne ruchy, manipulacja przedmiotami, dotykanie twarzy)
 - Mimika wyrażająca strach, szpaty powiek i źrenice rozszerzone, usta uchylone
 - Niepokój lokomocyjny (nie może usiedzieć, wstaje, chodzi)
 - Agresja
 - Osłabienie łaknienia
 - Drżący głos, chory przerywa rozmowę

-
- **Objawy społeczne**
 - Szukanie wsparcia i nadmierna zależność
 - Bezradność i nieśmiałość
 - Wycofywanie się z kontaktów
 - Niechęć podejmowania ryzyka i trudności z podjęciem decyzji

4. POSTĘPOWANIE W ZABURZENIACH LĘKOWYCH

Metody leczenia i opieki

- Farmakoterapia
- Psychoterapia
- Treningi relaksacyjne (np. trening autogenny Schultza, wizualizacja przyjemnych doznań)
- Psychoedukacja

Zasady postępowania z chorym

Zachowania w kontakcie z osobą z zaburzeniami lękowymi

- **Cierpliwość i spokój**

Dzięki spokojnemu i zdecydowanemu działaniu osoby pomagającej, pacjent nabiera zaufania do jej kompetencji oraz przekonania, że może uzyskać pomoc. Spokojna postawa redukuje niepokój chorego, a także możliwość popełnienia błędów (spokój w zachowaniu pielęgniarki, działaniach, komunikacji werbalnej i niewerbalnej, spokojny ton głosu, samoobserwacja i samokontrola zachowań).

- **Aktywność i zdecydowanie**

Chory w silnym niepokoju wymaga zdecydowanej postawy, która stwarza mu poczucie bezpieczeństwa. Okazując niezdecydowanie i niepewność, a zwłaszcza bezradność, osoba pomagająca potęguje niepokój chorego.

- **Chęć rozumienia chorego**

Empatia, czyli umiejętność wczucia się w sytuację pacjenta, wyobrażenie sobie co on czuje, zakomunikowanie pacjentowi (czyli zwerbalizowanie tego co dzieje się w jego emocjach), gotowość niesienia pomocy.

- **Wysłuchanie i uwzględnienie tego czego chce pacjent**

Kontakt jest znacznie łatwiejszy, gdy pacjent widzi, że jego zdanie się liczy i że osoba pomagająca stara się nawiązać z nim dialog,

- **Informowanie**, wyjaśnianie wszelkich interwencji

- **Stwarzanie poczucia bezpieczeństwa**

- Terapeutyczny kontakt
- Obecność przy chorym, serdeczność i życzliwość (nie można udawać serdeczności, może nasilać lęk chorego)

-
- Zainteresowanie się pacjentem, rozmowa z nim nawet jeżeli zgłaszane problemy wydają się nam błahe, nie odsyłanie chorego, co zmniejsza poczucie zagrożenia (pacjent szuka wsparcia, a jednocześnie boi się drugiego człowieka; zgłaszanie się do pielęgniarki z drobnymi sprawami może wyrażać pragnienie obecności pielęgniarki)
 - Nie perswadowanie odczuć chorego (mogą być odbierane jako bagatelizowanie problemów chorego).

Stosowanie w komunikacji z chorym właściwych technik terapeutycznych

- Oferowanie siebie, swojej obecności i chęci niesienia pomocy
- Zachęcanie do opisu przeżyć; opis doznań ułatwia uświadomienie sobie przez chorego lęku
- Aktywne słuchanie chorego
- Werbalizacja opisanych przez chorego doznań, co pozwala na zastanowienie się nad własnymi uczuciami i ukierunkowania na źródło i okoliczności występowania lęku; czasie werbalizacji należy mówić o tym co powiedział pacjent, unikając własnych interpretacji i sądów
- Wyjaśnianie

Psychoedukacja

Nauka w zakresie:

- Istoty zaburzeń
- Zachowań i metod przerywania lęku
- Relaksacji
- Redukcji stresu i technik oddychania (np. medytacja, joga).
- Ograniczania lęku i zapobiegania napadom przez edukację w zakresie stylu życia
 - a. Regularne ćwiczenia (chodzenie, bieganie, jazda na rowerze, itp.).
 - b. Ważna jest także odpowiednia dieta, z której należy wykluczyć kofeinę (jest środkiem pobudzającym).
 - c. Osoby, które palą papierosy, powinny rozstać się z nałogiem.
- Postępowanie i edukacja w przypadku hiperwentylacji
 - Głównym zadaniem w przypadku ataku hiperwentylacji będącej wynikiem stresu, jest obniżenie poziomu tlenu we krwi i zwiększenie ciśnienia parcjalnego CO₂ w surowicy krwi
 - Aby przywrócić równowagę gazową, chory musi oddychać spokojniej, z mniejszą częstotliwością, dlatego zachęcamy chorego do zwolnienia akcji oddechowej (wolnego, kontrolowanego oddechu)
 - Bardzo pomaga asystowanie, czyli wspólne oddychanie. W ten sposób łatwiej jest osiągnąć pożądany rytm oddechów i uspokoić się, dzięki czemu atak szybko mija
 - Osiągnięcie mniejszej częstości oddechów, w przypadku gdy pacjent jest skłonny do paniki, jest dość trudne. Dlatego, aby zmniejszyć ilość tlenu wprowadzanego do krwi, można zastosować jeden z następujących sposobów:

-
- Oddychanie przez nos z jednym zablokowanym nozdrzem (należy nacisnąć palcem na drugi płatek nosa);
 - Oddychanie przez usta zasłonięte dłonią lub przez zaciśnięte wargi;
 - Oddychanie do papierowej torby- jeden z najskuteczniejszych sposobów, ponieważ pozwala nie ograniczać wdechów i wydechów, ale jednocześnie zmniejsza poziom tlenu (w torbie stopniowo wzrasta stężenie dwutlenku węgla).

ROZDZIAŁ 4.

PODSTAWY OPIEKI I EDUKACJI TERAPEUTYCZNEJ W PRZEBIEGU UZALEŻNIEŃ

1. WPROWADZENIE DO PROBLEMATYKI UZALEŻNIEŃ

1.1. Substancja psychoaktywna jako przyczyna uzależnień

Przyczyną uzależnień, z wyjątkiem uzależnień behawioralnych, jest zażywanie substancji psychoaktywnych.

Pojęcie substancji psychoaktywnej

- To substancje, zarówno legalne jak i nielegalne, które używane są w celu oczekiwanego wpływu na psychikę i zachowanie,
- Używanie tych środków często prowadzi do powstania szkód zdrowotnych:
 - Psychicznym i somatycznym,
 - Zaburzeń funkcjonowania w rolach społecznych,
 - Często generuje problemy społeczne (przestępstwa, czyny niezgodne z dobrymi obyczajami, ubóstwo),
 - A większość z nich ma właściwości uzależniające (może wywołać uzależnienie fizyczne i/lub psychiczne) [6].

Rodzaje substancji psychoaktywnych

- WHO, wśród substancji psychoaktywnych wyodrębniła 10 grup, kierując się powszechnością stosowania poszczególnych środków, problemami zdrowotnymi i społecznymi; a w odniesieniu do nich wyróżniono zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane ich przyjmowaniem:
 - Alkohol,
 - Opiaty (np. morfina, kodeina),
 - Kanabinole (marihuana, haszysz),
 - Leki o działaniu uspakajającym i nasennym,
 - Kokaina,
 - Substancje psychostymulujące (np. amfetamina i jej pochodne, kofeina),
 - Substancje halucynogenne,
 - Tytoń,
 - Lotne rozpuszczalniki,
 - Używanie kilku substancji psychoaktywnych lub używanie innych substancji niż wyżej wymienione.
- W myśl polskiego prawa zażywanie wszystkich substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu i nikotyny) do 18 roku życia jest nielegalne [7].

1.2. Konsekwencje stosowania substancji psychoaktywnych

Ostre zatrucie

Często towarzyszą mu zaburzenia świadomości, funkcji poznawczych, postrzegania, afektu, zachowania lub innych funkcji i reakcji psychofizjologicznych,

Używanie szkodliwe (nadużywanie)

Polega na takim przyjmowaniu substancji psychoaktywnych, które powoduje dysfunkcje somatyczne i psychiczne, w tym upośledzony krytycyzm lub zaburzenia zachowania, które mogą mieć negatywny wpływ na stosunki międzyludzkie,

Zespół uzależnienia

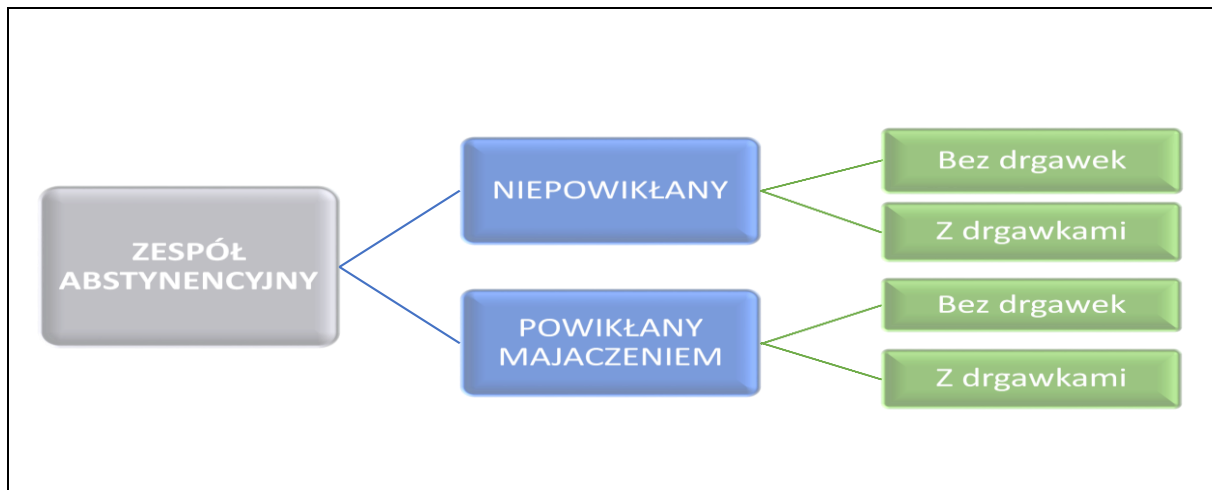
Określany jest jako kompleks, zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których przyjmowanie substancji lub grupy substancji psychoaktywnych dominuje nad innymi zachowaniami, które miały poprzednio dla pacjenta większą wartość. Wyróżnia się:

- **Zależność psychiczną** – stereotypowa, trudna do przezwyciężenia chęć (potrzeba, przymus psychiczny) zażycia środka uzależniającego w celu osiągnięcia znacznej poprawy samopoczucia (błogostanu, euforii) czy uniknięcia /usunięcia dyskomfortu psychicznego, np. obniżonego samopoczucia, rozdrażnienia, napięcia,
- **Zależność fizyczną** (tkankową) – powstaje wówczas, gdy w wyniku systematycznego stosowania substancji uzależniającej zostaje ona włączona w metabolizm organizmu. O istnieniu jej świadczy występowanie objawów abstynencyjnych (odstawiennych, głodu), które mogą pojawić się w sytuacji zaprzestania używania substancji, znacznego obniżenia dawki lub zastosowania środka antagonistycznego.

Rozpoznanie uzależnienia - Uzależnienie rozpoznaje się, gdy w okresie ostatniego roku stwierdza się występowanie co najmniej trzech z poniższych objawów:

- **Głód substancji** - silne pragnienie jej użycia albo odczuwanie przymusu jej używania;
- **Trudności kontrolowania zachowania** związanego z używaniem substancji;
- Występowanie charakterystycznych dla danej substancji **objawów abstynencyjnych** (odstawiennych) po zaprzestaniu lub zmniejszeniu ilości przyjmowanej substancji, a także używanie tej samej albo podobnie działającej substancji w celu zapobiegnięcia zespołowi odstawienia,
- **Tolerancja**, czyli potrzeba używania większych niż poprzednio dawek w celu uzyskania tego samego efektu;
- **Coraz większe zaniedbywanie** ważnych uprzednio zainteresowań i źródeł przyjemności i poświęcanie coraz większej ilości czasu na **zdobywanie substancji**;
- **Używanie substancji mimo wiadomych szkodliwych następstw** (fizycznych, psychicznych, społecznych).

Zespół abstynencyjny



Rycina 21. Przebieg zespołu abstynencyjnego [opracowanie własne]

- **Niepowikłany** – bez lub z drgawkami

To typowy dla substancji, zespół objawów pojawiający się po odstawieniu lub zmniejszeniu dawki danej substancji, występujący przeważnie po jej długotrwałym zażywaniu w dużych dawkach. Objawy są różnorodne, a wśród często występujących wymienia się: lęk, depresyjność, zaburzenia snu, niepokój, drażliwość, nudności, bóle mięśniowo-stawowe, nadpobudliwość wegetatywną, drżenie, silne pragnienie zażycia substancji. Po alkoholu, benzodiazepinach i barbituranach często pojawiają się powikłania w postaci napadów drgawkowych.

- **Powikłany majaczeniem** - bez lub z drgawkami

Początkowo manifestuje się niepokojem, lękiem oraz bezsennością. Towarzyszą mu również zaburzenia, świadomości (dezorientacja co do miejsca i czasu), urojenia, iluzje, omamy: wzrokowe, słuchowe, czuciowe. Chory widzi małe i wielkie zwierzęta, dziwne stwory, niezwykle twarze i postacie. Niejednokrotnie czuje i widzi chodzące po nim owady, robaki, czasem mówi o dziwnych smakach i zapachach. Charakterystyczne dla majaczenia są bezsenność oraz nasilanie się objawów w nocy, kiedy jest ciemno i panuje zła widoczność. Opisanym objawom towarzyszy z reguły ciężki stan somatyczny z wysoką temperaturą, zaburzeniami wegetatywnymi i zaburzeniami gospodarki wodno-elektrolitowej.

Zaburzenia psychiatryczne

Stan psychiatryczny występuje podczas zażywania lub bezpośrednio po zażyciu substancji (w ciągu 48 godzin). Symptomatyka jest bardzo różnorodna - urojeniowa (np. urojenia zazdrości u alkoholików): halucynacyjna (np. halucynoza alkoholowa), depresyjna, maniackalna, mieszana.

Zespół amnestyczny (zespół Korsakowa)

Zaburzenie amnestyczne spowodowane alkoholem lub innymi substancjami psychoaktywnymi – zaburzenia pamięci krótkotrwałej, poczucia czasu i orientacji, często z konfabulacjami. Pamięć natychmiastowa i funkcje poznawcze są dobrze zachowane.

Rezydualne i późno ujawniające się zaburzenia psychiatryczne

Zaburzenia funkcji poznawczych, afektu, osobowości lub zachowania, a także otępienia utrzymujące się przez pewien czas [1, 2, 3].

1.3. Uzależnienia behawioralne

Rozumie się przez to zaburzenia zachowania o charakterze nałogowym, niezwiązane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, które wiążą się z odczuwaniem przymusu i brakiem kontroli nad wykonywaniem określonej czynności oraz kontynuowaniem jej mimo negatywnych konsekwencji dla jednostki oraz dla jej otoczenia.

Do tego typu zaburzeń zachowania zalicza się przede wszystkim uzależnienie od:

- Hazardu,
- Komputera i internetu,
- Pracy,
- Seksu, pornografii,
- Zakupów (NPZ).

2. UZALEŻNIENIA OD SUBSTANCJI NARKOTYCZNYCH

2.1. Rodzaje uzależnień

Uzależnienie typu opiatowego (morfina i kodeina, heroina, fentanyl)

- Jest to silna **zależność psychiczna**, przejawiająca się przymusem ciągłego przyjmowania opiatów, której towarzyszy rozwój tolerancji, zmuszający do stałego zwiększania dawki w celu osiągnięcia pierwotnego efektu oraz nasilająca się w miarę **upływu czasu zależność fizyczna**,
- Opiatowy **zespół abstynencyjny** rozwija się szybko,
- **Powikłania** stosowania opioidów:
 - Ostre objawy zatrucia
 - Zaburzenia neurologiczne
 - Choroby płuc, choroby wątroby: (WZW typu B i C, zaburzenia funkcji wątroby); choroby układu mięśniowo-szkieletowego, zapalenie szpiku kostnego, infekcyjne zapalenia stawów krzyżowo-biodrowych, kostniejące zapalenie mięśni („łokieć narkomana”), czyli przekształcanie się tkanki mięśniowej, zniszczonej przez manipulacje igłą, w tkankę kostną, uszkodzenie mięśnia

-
- ramiennego, które prowadzi do zastąpienia włókien mięśniowych przez złogi wapnia,
- Zaburzenia immunologiczne u 90% narkomanów, zakażenie HIV i rozwinięcie AIDS;
 - Zaburzenia neurologiczne,
 - W przypadku pacjentek — narkomanek w ciąży warto pamiętać, że heroina i metadon łatwo przenikają barierę łożyskową, matka zakażona HIV lub HBV może zakazić noworodka, odstawienie heroiny lub metadonu pod koniec trzeciego trymestru może wywołać poród, metadon w niewielkiej ilości przenika do mleka matki, stąd mogą karmić piersią, u niemowlęcia uzależnionej od opioidów matki obserwuje się przeraźliwy płacz, drgawki, przyspieszony oddech.

Uzależnienie od konopi indyjskich (marihuany)

Jest to przewlekłe lub okresowe stosowanie ziela lub przetworów konopii indyjskich w celu uzyskania pożądaných subiektywnych doznań, które prowadzi **tylko do zależności psychicznej**. Konsekwencje:

- Przy dłuższym stosowaniu występują przewlekłe zapalenia spojówek, gardła, krtani oraz oskrzeli,
- Mniejsza masa urodzeniowa noworodków matek palących marihuanę,
- U uzależnionych możliwe jest zaostrzenie objawów schizofrenii,
- Przewlekłe stosowanie wywołuje zespół amotywacyjny.

Uzależnienie typu kokainowego

- Cechuje je **zależność psychiczna**, czasami osiągająca **stopień ciężkiego nałogu**, rozwija się tolerancja, ale nie stwierdza się zależności fizycznej. Kokaina działa pobudzająco, powoduje euforię, podniecenie, a niekiedy doznania omamowe,
- Występują ostre objawy zatrucia.

Zależność typu amfetaminowego

- Jest to **zależność psychiczna**, wywołana przez pochodne amfetaminy o działaniu pobudzającym i zmniejszającym łaknienie (*powodują podwyższenie nastroju, zmniejszają potrzebę snu, wzmagają stan czuwania, zwiększają zdolność do koncentracji uwagi i wydolność fizyczną*),
- **Zespół abstynencyjny**, jeżeli występuje w tym typie uzależnienia, nie jest ciężki, ale pojawia się wyczerpanie fizyczne i psychiczne oraz depresja; rozwój tolerancji jest powolny,
- **Narażenie na wypadki** spowodowane pobudzeniem i nastawieniem wielkościowym oraz dużym zmęczeniem w wyniku bezsenności,
- **Objawy niepożądane** ujawniające się w wyniku zażywania amfetaminy:
 - Napady paniki z uczuciem przerażenia, drżenia i obawa o stan zdrowia,
 - Psychoza amfetaminowa - błędna interpretacja działań otoczenia, omamy, nadmierna podejrzliwość,

- Zespół wyczerpania z uczuciem ogromnego zmęczenia i potrzebą snu (po okresie pobudzenia),
- Przewlekła depresja z zagrożeniem samobójstwem.
- Wysokie dawki amfetaminy (przyjmowane przez długi czas dożylnie lub doustnie) często prowadzą do psychozy paranoidalnej,
- Nie obserwuje się objawów abstynencyjnych, występują jednak zmiany w EEG, spełniające kryteria **zależności fizycznej**.

Uzależnienie od halucynogenów

- LSD (kwas D-lizergowy), psylocybina, meskalina, MDMA (metylenodwuoksymetamfetamina),
- Ten typ uzależnienia cechuje: pobudzenie OUN, zaburzeniem nastroju i postrzegania,
- Zależność psychiczna zazwyczaj nie jest duża. Nie stwierdza się także zależności fizycznej,
- Powikłaniami uzależnienia od halucynogenów są: napady lęku, paniki, pobudzenie emocjonalne, przewlekłe zespoły psychotyczne.

Uzależnienie od lotnych rozpuszczalników

- Jest to stan zatrucia osiągany przez wdychanie rozpuszczalników przemysłowych i aerozoli,
- W tym typie uzależnienia rozwija się tolerancja i zależność psychiczna, bez objawów zespołu abstynencyjnego,
- Objawy zatrucia i powikłania [1,2,3].

2.2. Metody terapii

Terapia substytucyjna (terapia metadonowa)

- Jest metodą kontrowersyjną, polega na zastępowaniu dożylnych narkotyków doustnymi preparatami, które dają te same efekty farmakologiczne, ale w sposób kontrolowany. Pacjent pozostaje nadal uzależniony od narkotyku, ale mniej szkodliwego i podawanego pod kontrolą,
- Założeniem terapii jest osłabienie motywacji do zażywania narkotyków dożylnych przez **wyeliminowanie bardzo nieprzyjemnych objawów abstynencyjnych** i **zlikwidowanie przyzwyczajenia fizycznego**, które w przypadku dożylnych narkotyków (np. heroiny) jest największym problemem w terapii,
- Dodatkowy cel, to zmniejszenia **ryzyka przenoszenia chorób związanych z brudnymi igłami**,
- Jest jedynie wstępem do długotrwałego leczenia. Celem leczenia jest stopniowe zmniejszanie dawek metadonu i jednoczesne prowadzenie zajęć terapeutycznych.

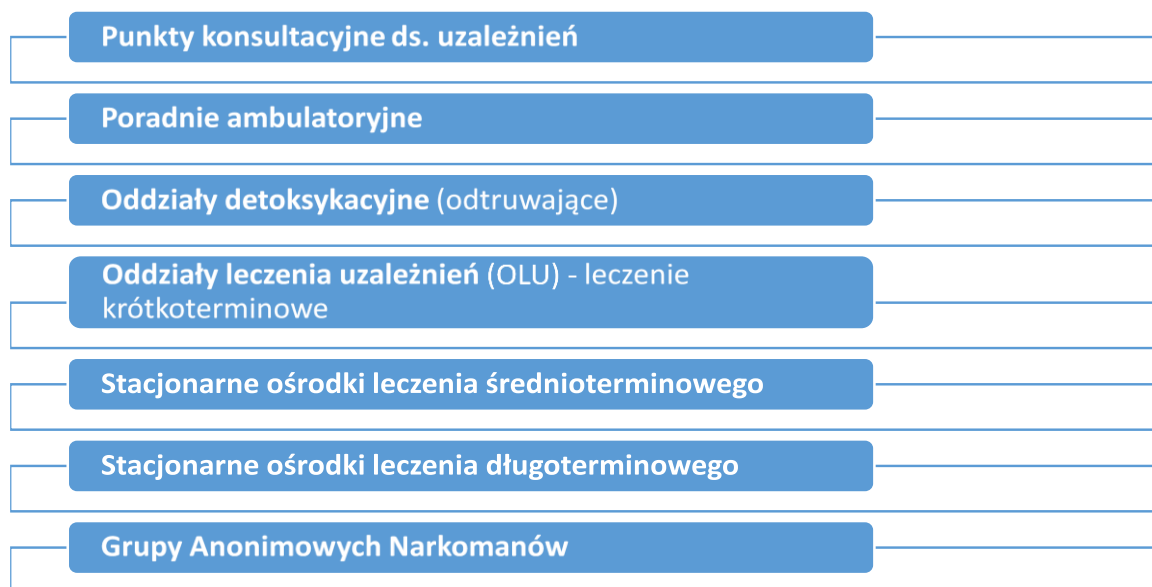
Terapia ukierunkowana na abstynencję

- Jej podstawowym warunkiem jest **całkowite odstawienie wszelkich środków psychotropowych**. Jest preferowana w przypadku uzależnienia od narkotyków dających słabsze uzależnienie fizyczne, np. marihuany.
- Metoda ta bazuje na **założeniu**, że do sięgnięcia po narkotyki skłoniły osobę uzależnioną trudności w nawiązywaniu kontaktów międzyludzkich. Dlatego celem tej terapii jest **nauczenie pacjenta budowy uczciwej, otwartej relacji** (zarówno w stosunku do terapeuty, jak i do współuczestników terapii). Niestety, do powodzenia tej metody potrzebna jest niezwykle silna motywacja do zerwania z nałogiem. Osoby, którym tej motywacji brakuje, przerywają terapię bardzo szybko – w ciągu pierwszego miesiąca rezygnuje aż 75% uczestników.

Terapia poznawczo-behawioralna

- Jej założeniem jest fakt, że w mechanizmie uzależnienia dużą rolę **odgrywa mechanizm uczenia**.
- W trakcie leczenia chory **uczy się, jak rozpoznawać sytuacje**, w których ryzyko powtórnego sięgnięcia po używkę jest duże i w jaki sposób można zwalczyć tę pokusę. Metoda ta polega na uporczywym powtarzaniu tych samych schematów, które po pewnym czasie ułatwiają uzależnionemu samokontrolę [13, 14, 15, 16].

2.2. Formy pomocy i oparcia społecznego dla uzależnionych od narkotyków



Rycina 22. Formy pomocy dla uzależnionych od narkotyków [opracowanie własne]

Punkty konsultacyjne ds. uzależnień

Najczęściej prowadzone przez stowarzyszenia lub fundacje, również przez jednostki samorządowe przy gminnych komisjach ds. uzależnień, gdzie zatrudniony jest terapeuta lub konsultant (udziela pomocy wstępnej, motywuje) [5].

Poradnie ambulatoryjne

- Oferują pomoc dla uzależnionych, a także członkom ich rodzin (terapii indywidualnej i grupowej, opieki medycznej, psychiatrycznej, badań psychologicznych i poradnictwa prawnego).
- W poradni zatrudnieni są **terapeuci-profesjoniści**, ale też **terapeuci-neofici** (*osoby, które wyszły z nałogu i pomagają innym w zdrowieniu, dzieląc się również własnym doświadczeniem i problemami z początków własnej terapii*). Poradnie ambulatoryjne oferują różnorodne formy terapii indywidualnej i grupowej.

Oddziały detoksykacyjne (odtruwające)

- Zwłaszcza dla osób, gdzie skutki psychiczne i wyniszczenie organizmu związane z zażywaniem środków są bardzo niebezpieczne dla zdrowia i życia. Środek narkotyczny zmienia funkcjonowanie komórek organizmu i zadaniem detoksykacji jest ponowne ustawienie funkcjonowania organizmu bez narkotyku, w miarę bezpiecznie i humanitarnie. Pomoc obejmuje:
 - Odtrucie od substancji przyjmowanej przez osobę uzależnioną,
 - Zmniejszenie objawów niepożądanych po odstawieniu narkotyków – *zmniejszenie głodu narkotycznego, bólów, napadów drgawek itd. oraz w skrajnych przypadkach do zapobiegania zgonom włącznie,*
 - Diagnostykę powikłań takich jak HIV, WZW i innych chorób zakaźnych,
 - Indywidualne dobranie leków do sytuacji psychicznej pacjenta,
 - Zapobieganie zaburzeniom psychicznym powstającym przy odstawianiu narkotyku,
 - Motywowanie do dalszego leczenia.

Oddziały leczenia uzależnień (OLU)

- Prowadzą **leczenie krótkoterminowe**,
- Ich program jest oparty na założeniach teorii psychologicznych mechanizmów uzależnienia oraz doświadczeń klinicznych. Na oddziałach można liczyć na całodobową opiekę medyczną, farmakoterapię oraz pomoc psychologiczną,
- Pierwotnie były przeznaczone dla osób uzależnionych od alkoholu, obecnie również dla narkomanów, ponieważ okazuje się, że program alkoholowy z indywidualnym prowadzeniem oraz ukierunkowaniem może być również skuteczny dla niektórych typów pacjentów uzależnionych od narkotyków,
- Program trwa od 6 do 8 tygodni, intensywne oddziaływania terapeutyczne (24 godziny na dobę) i jest wstępem do dalszej terapii - kontynuacja w poradni, bądź w ośrodku średnioterminowym.

Stacjonarne ośrodki leczenia średnioterminowego

- Wdrażają programy terapii uzależnień rekomendowanych,

-
- Oferują programy terapeutyczne trwające od 6 do 8 miesięcy. Zawierają one intensywny program terapii, połączony z podejściem indywidualnym, odbudowaniem norm i relacji międzyludzkich.

Stacjonarne ośrodki leczenia długoterminowego

- Wdrażają programy terapii trwające od 12–24 miesięcy oferowane przez placówki Monaru, Karanu, PTZN, ZOZy oraz inne fundacje.
- Kadre stanowią terapeuci, psycholodzy oraz neofici. Programy oparte są głównie na metodzie społeczności terapeutycznych i obejmują działania zarówno terapeutyczne, jak i społeczne (odbudowanie norm i wartości; ważnym aspektem udziału w systemie jest praca, możliwość realizacji siebie w różnych rolach)
- Ukończenie terapii nawet ośrodka długoterminowym nie jest ostatecznym „wyzdrowieniem”. Uzależnienie jest bowiem chorobą nieuleczalną i charakteryzuje się nawrotami, czyli kryzysami mogących spowodować ponowne sięgnięcie po narkotyki
- Dlatego też każdy absolwent ośrodka powinien po opuszczeniu ośrodka znaleźć swojego **osobistego terapeute**, bądź – jeśli ma taką możliwość – skorzystać z pomocy grupy wsparcia dla neofitów lub grupy Anonimowych Narkomanów.

Grupy Anonimowych Narkomanów (ang. *Narcotics Anonymous*, NA)

Uczestnictwo w NA jest otwarte dla wszystkich narkomanów, niezależnie od rodzaju używanych narkotyków lub sposobów ich łączenia. Kiedy przystosowywano do potrzeb NA *Pierwszy Krok* z literatury Anonimowych Alkoholików, słowo „alkohol” zastąpiono słowem „uzależnienie”.

3. ALKOHOL JAKO SUBSTANCJA PSYCHOAKTYWNA

3.1. Wzory picia alkoholu

Światowa Organizacja Zdrowia stosuje następujące definicje wzorów spożycia alkoholu:

- **Abstynencja** – całkowita rezygnacja ze spożywania alkoholu. Jest zdecydowanie najlepszym zaleceniem nie tylko dla osób z problemem alkoholowym,
- **Picie alkoholu o niskim ryzyku szkód** – to wzorzec spożywania alkoholu, który nie pociąga za sobą ryzyka poważnych konsekwencji zdrowotnych, psychologicznych i społecznych (spożywanie małych dawek alkoholu),
- **Picie okazjonalne** - upijanie się intencjonalne lub nieintencjonalne, któremu przypisuje się odpowiedzialność za niektóre szkody zdrowotne i społeczne (*wypijanie jednorazowo dużych dawek alkoholu*),
- **Picie ryzykowne** - to picie nadmiernych ilości alkoholu jednorazowo i w określonym czasie, nie pociągające za sobą aktualnie negatywnych konsekwencji, przy czym można oczekiwać, że konsekwencje te pojawią się, o ile obecny model

spożycia nie zostanie zmieniony (spożywanie ponad 1- 2 (kobiety) lub 3-4 (mężczyźni) porcji zawierających 10g alkoholu dziennie),

- **Picie szkodliwe** - to taki model picia alkoholu, który powoduje szkody zdrowotne somatyczne lub psychiczne (tj. zapalenie trzustki, poalkoholowe uszkodzenie wątroby, stany depresyjne, dysfotyczne, itp.), ale również szkody psychologiczne i społeczne (przy czym nie występuje uzależnienie od alkoholu),
- **Uzależnienie od alkoholu** - to zespół zjawisk somatycznych, behawioralnych i poznawczych, w których zdobywanie i picie alkoholu zaczyna dominować nad innymi ważnymi dotychczas aktywnościami życiowymi [8].

3.2. Reakcja organizmu na alkohol

Alkohol fizjologiczny występuje w organizmie człowieka w stężeniu nieprzekraczającym 0,15‰. Polskie prawo określa dwa odmienne stany, różniące się stężeniem alkoholu w organizmie (tabela 2).

Tabela 2. Nazewnictwo związane z zawartością alkoholu w organizmie [opracowanie własne]

Stany związane ze stężeniem alkoholu	Zawartość alkoholu w organizmie	
	Krew	Wydychane powietrze
Stan po użyciu alkoholu	0,2‰ - 0,5‰	0,1 mg - 0,25 mg/1 dm ³
Stan nietrzeźwości	Powyżej 0,5‰	Powyżej 0,25 mg/1 dm ³

Alkohol może powodować różne reakcje:

Upojenie zwykłe

Jest to **reakcja organizmu na jednorazowe spożycie** alkoholu mogące spowodować negatywne skutki zdrowotne, społeczne i prawne

- **Okres podchmielenia** (we krwi 0,5 - 1,5‰) - Charakteryzuje się wzmożoną aktywnością ruchową, zmianą nastroju, zmniejszeniem krytycyzmu oraz nieproporcjonalnymi do bodźców reakcjami emocjonalnymi,
- **Okres upojenia właściwego** (we krwi 1,5-2,5 ‰) - Chwiejny chód, niezborność ruchowa, mowa bełkotliwa, agresywność,
- **Okres ciężkiego zatrucia** (we krwi powyżej 2,5‰) - Cechuje się dezorientacją w otoczeniu, niemożnością utrzymania pionowej pozycji oraz narastającymi zaburzeniami świadomości, przechodzącymi w końcowym stadium w stan śpiączkowy (kilka do kilkunastu godzin) mogący skończyć się zejściem śmiertelnym z powodu porażenia ośrodkowego. Ciężkie zatrucie alkoholem wymaga leczenia specjalistycznego **na oddziale toksykologicznym** [17].

Reakcje nietypowe

Nawet niewielka ilość spożytego alkoholu może spowodować nietypowe reakcje, szczególnie u osób z organicznymi uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego:

- **Zatrucie mieszane** – na skutek reakcji między alkoholem a innymi przyjmowanymi środkami chemicznymi,
- **Upicie patologiczne** – przemijający i krótkotrwały **stan psychozy**, z objawami wytwórczymi (omamy, urojenia, iluzje), z agresją, nagłym brutalnym wyładowaniem ruchowym oraz niepamięcią całkowitą lub częściową. Może występować u ludzi z zaburzeniami osobowości, zaburzeniami psychicznymi lub w wyniku interakcji alkoholu z innymi środkami psychoaktywnymi,
- **Upicie powikłane** – występują nieproporcjonalne do dawki spożytego alkoholu zmiany zachowania, połączone z silnym pobudzeniem ruchowym oraz skłonność do agresji,
- **Złożona postać upicia zwykłego** - występuje, gdy na osobę będącą w stanie upicia zwykłego zadziała silny bodziec w postaci urazu psychicznego czy mechanicznego, stan upicia może się wówczas pogłębić, pojawia się pobudzenie ruchowe połączone z agresją [16].

4. ZESPÓŁ UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU I WSPÓLUZALEŻNIENIE

Pojęcie zależności od alkoholu

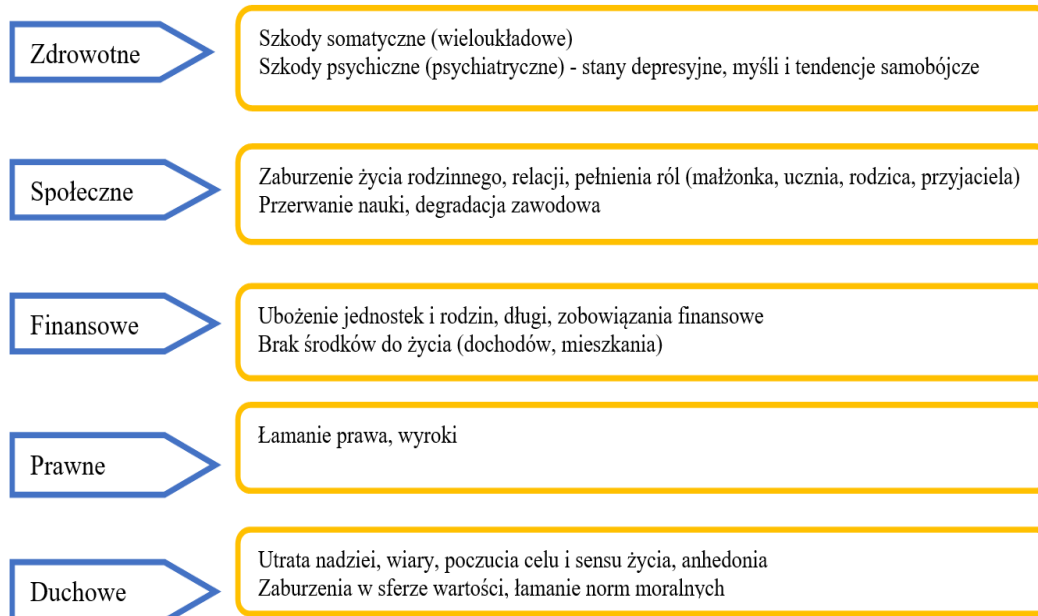
- Zespół uzależnienia od alkoholu określa się jako **zespół objawów somatycznych, behawioralnych i poznawczych, w których picie alkoholu staje się priorytetowe nad innymi poprzednio ważniejszymi zachowaniami** a jego rozpoznanie związane jest z potwierdzeniem objawów w określonym czasie [10, 11] (*omówione wcześniej*),
- Uzależnienie od alkoholu jest chorobą (**choroba alkoholowa**) - chroniczną, postępującą i potencjalnie śmiertelną. Nie jest możliwe całkowite jej wyleczenie, a jedynie zahamowanie narastania jej objawów i szkód zdrowotnych z nią związanych. Jest chorobą wieloczynnikową, uszkadzającą funkcjonowanie człowieka w sferze somatycznej, psychologicznej, społecznej i duchowej [12].

Fazy rozwoju choroby alkoholowej według Jelinka

1. **Stadium przedalkoholowe** – trwa do 2 lat, okres spożywania alkoholu z pobudek społecznych; osoba zaczyna **odczuwać pozytywy płynące z nadmiernego picia** - odprężenie, spokój wewnętrzny. Pojawia się wzorzec picia dla odprężenia i zredukowania napięcia, następuje wzrost tolerancji na alkohol.
2. **Faza ostrzegawcza** - zaczyna się wraz z **pierwszymi palimpsestami** (przerwy w pamięci) po nadmiernym spożyciu. Charakterystycznymi zachowaniami w tej fazie są picie ukradkiem, koncentracja na alkoholu, wzrost poczucia winy ze względu na picie.
3. **Faza krytyczna** - rozpoczyna się wraz z **utratą kontroli nad piciem** i wzrostem agresji spowodowanej nadużywaniem alkoholu. Alkoholik podejmuje liczne próby uzyskania kontroli nad sytuacją, uważa się nad sobą, zdarzają się próby samobójcze. Pojawia się „**klin**” - picie dla złagodzenia objawów odstawiennych.

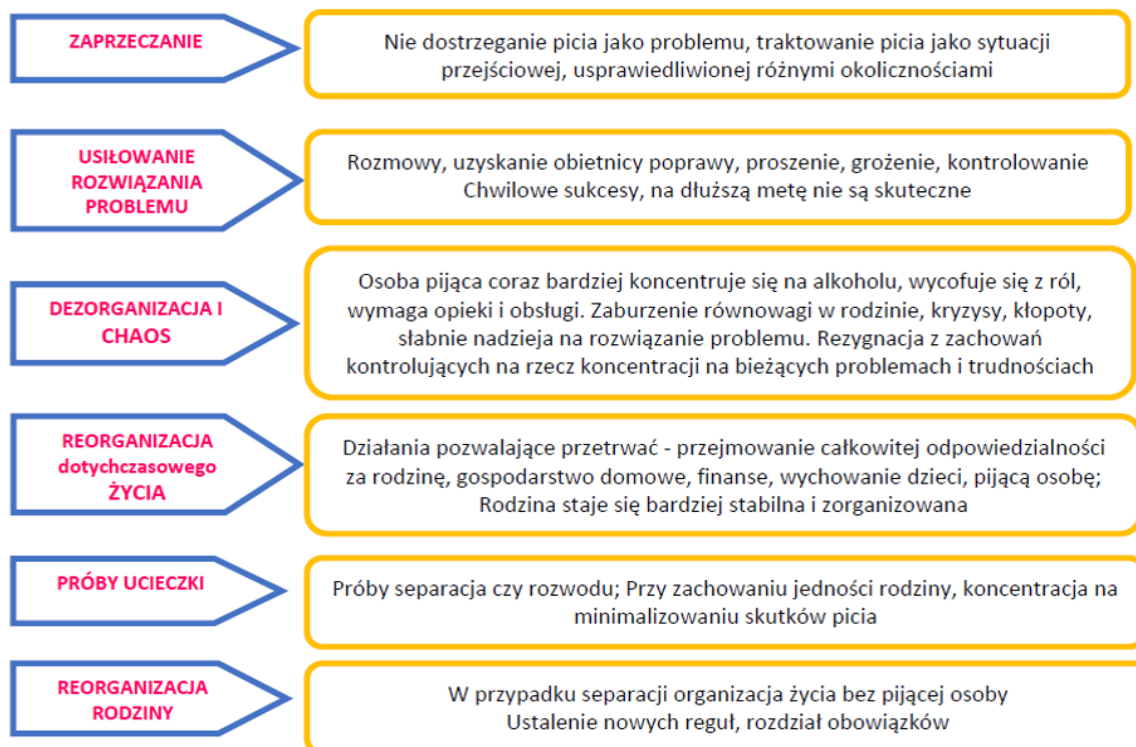
4. **Faza przewlekła** - zaczyna się od **ciągów alkoholowych** trwających nawet kilkanaście dni, konflikty z otoczeniem, często pojawia się utrata rodziny i pracy. Mocno zmniejsza się tolerancja na alkohol. Brak radykalnego leczenia w tej fazie grozi śmiercią [1, 2, 3].

Negatywne skutki uzależnienia od alkoholu



Rycina 23. Skutki uzależnienia od alkoholu [Opracowanie własne; źródło 4]

Alkoholizm a sytuacja rodzin



Rycina 24. Proces dostosowywania się rodziny do problemu alkoholowego osoby bliskiej [Opracowanie własne]

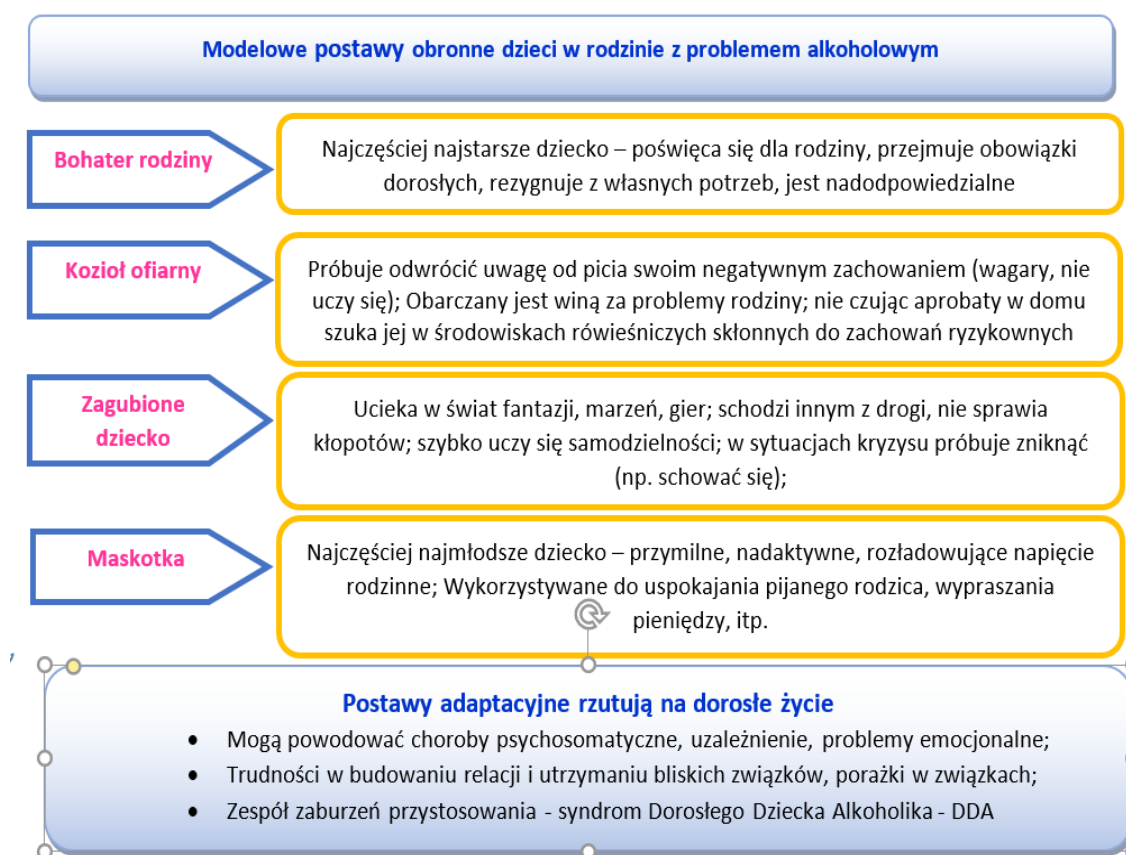
Konsekwencje picia dla członków rodziny

- Zaburzenia nerwicowe i emocjonalne (chaos emocjonalny, huśtawka nastrojów, stany lękowe i depresyjne, napięcie i stan ciągłego pogotowia emocjonalnego),
- Zagubienie, chaos poznawczy,
- Brak poczucia sensu i celu, pustka duchowa i brak nadziei,
- Zakłócenie wzorców normy i zdrowia,
- Wyraźnie odczuwane obniżenie jakości życia

Współuzależnienie

- Osoby dorosłe pozostające w związku z partnerami uzależnionymi od alkoholu określa się jako **współuzależnione**,
- Nie jest chorobą, lecz utrwaloną reakcją na przewlekłą i niszczącą sytuację życiową wynikającą z picia osoby bliskiej, ograniczającą w sposób istotny swobodę wyboru postępowania, prowadzącą do pogorszenia własnego stanu i utrudniającą realistyczne i skuteczne rozwiązanie problemu [4].

Sytuacja dzieci



Rycina 25. Dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym [Opracowanie własne; źródło 4]

5. UDZIAŁ PIEŁĘGNIARKI W TERAPII UZALEŻNIEŃ

Pielęgniarka będąc członkiem zespołu terapeutyczno-opiekuńczego uczestniczy w działaniach terapeutycznych i wspierających proces wychodzenia z uzależnienia zgodnie ze swoimi kompetencjami.



Rycina 26. Zespół terapeutyczno-opiekuńczy [opracowanie własne]

Zasady leczenia odwykowego w Polsce

- Leczenie odwykowe odbywa się w publicznych bądź niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej i jest bezpłatne, również dla osób nieubezpieczonych.
- Zasadniczą metodą leczenia jest psychoterapia uzależnienia; postępowanie medyczne ma wymiar wspomagający psychoterapię i jest nakierowane głównie na leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych, farmakologiczne wsparcie psychoterapii, oraz diagnostykę szkód wynikających z używania alkoholu.
- Leczenie uzależnienia jest dobrowolne, z wyjątkiem sytuacji sądowego zobowiązania do leczenia,
- System leczenia osób uzależnionych od alkoholu jest zorganizowany odrębnie od systemu leczenia osób uzależnionych od innych substancji psychoaktywnych.
- W systemie lecznictwa odwykowego funkcjonują 4 rodzaje zakładów lecznictwa odwykowego:
 - Ambulatoryjne przychodnie/poradnie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia.
 - Dzielne oddziały terapii uzależnienia od alkoholu (DOUTA)
 - Całodobowe oddziały terapii uzależnienia od alkoholu (COTUA)

-
- Oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (OLAZA) /oddziały detoksykacyjne
 - Czas niezbędny do przeprowadzenia skutecznej terapii to ok. 18 – 24 miesiące.
 - Hospitalizacja w OLAZA nie przekracza 10 dni. W tym czasie pacjenci poddawani są terapii farmakologicznej i powinni być motywowani do podjęcia leczenia w podstawowych programach terapii uzależnienia [3, 4].

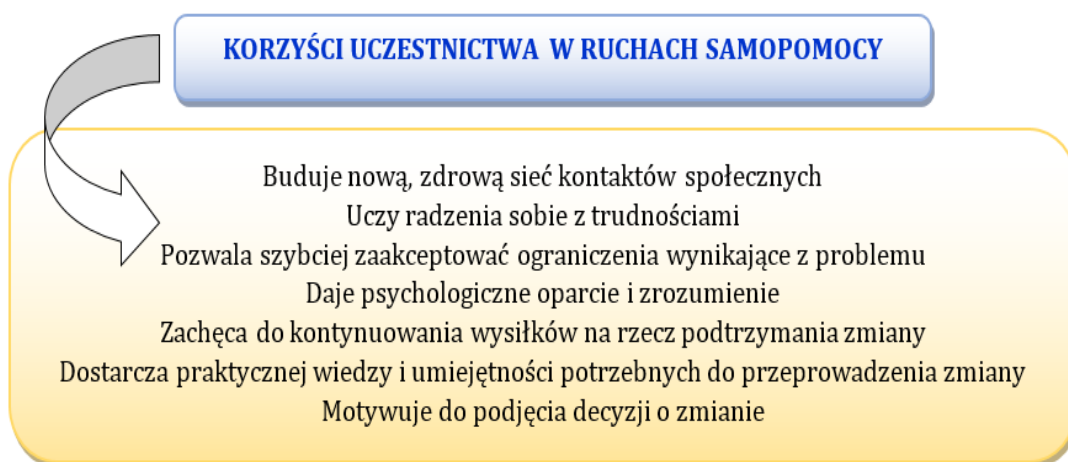
Formy leczenia uzależnienia od alkoholu

- **Leczenie zespołów odstawiennych**
 - Nie dłużej niż 10 dni leczenia w oddziałach detoksykacyjnych celem ustąpienia objawów abstynencyjnych
 - Pacjenci w trakcie pobytu nie są poddawani programowym oddziaływaniom psychoterapeutycznym, ale są do nich motywowani po zakończeniu postępowania medycznego.
- **Leczenie zespołów psychotycznych**
- **Leczenie uzależnienia**
 - **Psychoterapia indywidualna** - praca nad rozpoznawaniem i rozumieniem własnego uzależnienia, świadomość konsekwencji wynikających z picia, budowanie tożsamości alkoholika, uznanie braku kontroli nad piciem, praca nad problemami utrudniającymi leczenie
 - **Psychoterapia grupowa** - uczestniczenie w grupie pozwala na dookreślenie własnej tożsamości, odnalezienie u innych chorych podobnych problemów i mechanizmów radzenia sobie z nimi. Postawy pacjenta są społecznie kontrolowane, umożliwia to powstrzymanie od picia oraz motywację do abstynencji. Najbardziej rozpowszechnioną formą terapii grupowej jest Ruch AA.
 - **Farmakoterapia** - polega na podawaniu leku, który hamuje działanie enzymów pomagających metabolizować alkohol, co powoduje znaczne pogorszenie samopoczucia - lęk przed doświadczeniem bardzo złego samopoczucia zniechęca pacjenta do dalszego picia.
 - **Disulfiram** - *implant (Esperal), doustne tabletki (Anticol)*. Dla części lekarzy disulfiram jest jednak lekiem bardzo kontrowersyjnym. Naraża bowiem pacjentów na poważne ryzyko problemów zdrowotnych, łącznie ze zgonem, jeśli pacjent napije się alkoholu oraz powoduje wiele niepożądanych skutków ubocznych, jak: zaburzenia świadomości, ostre zespoły mózgowe, zespoły depresyjne, psychozy, polineuropatia, zaburzenia potencji oraz zmiany skórne.
 - **Naltrekson, akamprozat** – nowoczesne leki pomocne w leczeniu uzależnienia jako wsparcie oddziaływań psychologicznych i psychoterapii, samo przyjmowanie tych leków przez osoby uzależnione nie przynosi oczekiwanej poprawy.

- **Zajęcia edukacyjne** - spotkania z profilaktykiem, gdzie pacjent zdobywa wiedzę na temat szkodliwości alkoholu, mechanizmów uzależnienia, nawrotów
- **Treningi interpersonalne** - rozwijają umiejętności potrzebne pacjentowi do funkcjonowania społecznego
- **Sesje zapobiegania nawrotom** [1, 2, 3, 4].
- **Terapia rodzin, sesje rodzinne** - skoncentrowana na pomaganiu osobno osobom uzależnionym, współuzależnionym i dzieciom.
- **Psychoterapia współuzależnienia** [5]

Grupy samopomocowe

Korzyści ruchu samopomocowego dla uzależnionych



Rycina 27. Korzyści uczestnictwa w ruchach samopomocy [Opracowanie własne na podstawie: 4]

Ruch Anonimowych Alkoholików

- To dobrowolne, samopomocowe grupy osób uzależnionych od alkoholu, tworzone w celu leczenia alkoholizmu. Podstawą filozofii AA jest Dwanaście kroków AA, czyli zbiór zaleceń, które są systematycznie stosowane i wymieniane z innymi uczestnikami, które mają pomóc wyzwolić się z uzależnienia.
- Uczestnictwo w ruchach samopomocowych jest dobrowolne, anonimowe (nie ma żadnej rejestracji), bezpłatne, opiera się na zasadzie zachowania całkowitej poufności spraw poruszanych przez uczestników na spotkaniach oraz na dzieleniu się własnymi doświadczeniami w rozwiązywaniu problemu, który jest wspólny dla wszystkich członków grupy.
- Wszyscy członkowie sobie równi. Spotykają się w określonych miejscach i czasie. Spotkań (mityngów) nie prowadzą profesjonaliści, ale uczestnicy wybrani przez innych członków grupy. We wspólnocie obowiązują zasady gwarantujące każdemu uczestnikowi autonomię i poszanowanie wolności.

-
- W AA nie wolno wywierać presji, nakładać zobowiązań, oceniać, krytykować. Zasady te gwarantują członkom (zwłaszcza nowicjuszom) poczucie bezpieczeństwa, uczyć tolerancji, pokory, wdzięczności i brania odpowiedzialności za swoje decyzje i zachowania.
 - Ruch jest egalitarny, otwarty na wszystkich mających problemy z powodu picia, łatwo dostępny.

Grupy Al-Anon

- Celem jest wspieranie się osób współzależnych w trudnościach wynikających z życia z osobą pijącą i w zmianie swojego funkcjonowania na bardziej satysfakcjonujące.
- Uczestnictwo w Al-Anon może być bardzo korzystne bowiem osłabia izolację społeczną osób współzależnych, daje im nadzieję na poprawę jakości życia niezależnie od stanu pijącego małżonka oraz dostarcza sprawdzonych sposobów radzenia sobie z problemami charakterystycznymi dla rodzin z problemem alkoholowym, zarówno w okresie picia bliskich, jak i w okresie ich trzeźwienia.
- Program Al-Anon jest adaptacją programu 12 Kroków Anonimowych Alkoholików. W grupach obowiązują podobne zasady, zaś podstawową formą działalności są mitingi. Pomaganie opiera się na samopomocy. Na spotkaniach uczestnicy dzielą się swoimi doświadczeniami, sukcesami i problemami bez wsparcia profesjonalistów.

Wspólnota Al-Ateen

- Młodzi ludzie, w wieku 12-18 lat, pod opieką osoby dorosłej wspierają się w trudnych sytuacjach wynikających z życia z pijącym rodzicem i uczą się z nimi radzić.
- Dowiadują się, na czym polega uzależnienie, jak zmienia się funkcjonowanie rodziny z problemem alkoholowym, dzięki czemu lepiej rozumieją rzeczywistość systemu rodzinnego, w którym żyją i lepiej rozumieją siebie. Mitingi Al-Ateen nie są w Polsce zbyt liczne.

Grupy DDA - Dorosłe Dzieci Alkoholików

- Osoby identyfikujące się jako DDA pracują według adaptacji programu 12 Kroków Anonimowych Alkoholików.
- Celem Programu Wspólnoty DDA jest wyzwolenie się z bolesnej przeszłości, zrozumienie sensu przeżytych doświadczeń, akceptacja teraźniejszości, rozbudzenie chęci i pasji do działania, samorozwoju, wzajemnej pomocy.
- Istotne znaczenie „terapeutyczne” można przypisać samej przynależności do wspólnoty opartej na głębokich relacjach z innymi uczestnikami grupy [5].

Funkcjonowanie i problemy chorego

Okres terapii z towarzyszącymi powikłaniami somatyczno-psychotycznymi

- Przeżywanie przykrych doznań fizycznych i psychicznych (zmniejszenie ilości lub brak danej substancji) i zagrożenie powikłaniami zespołu abstynencyjnego
- Zaburzone postrzeganie i interpretowanie rzeczywistości (omamy i urojenia mogą wystąpić m.in. w majaczeniu, psychozie alkoholowej, w przebiegu barbituranowego zespołu i podczas używania kokainy. Objawy te wywołują lęk, niepewność, pobudzenie psychoruchowe
- Zaburzenia orientacji allo- i autopsychicznej (dezorientacja co do miejsca i czasu oraz własnej osoby) występują min. w majaczeniu alkoholowym i w zespole abstynencyjnym uzależnienia od benzodiazepin i barbituranów.
- Zaburzenia komunikowania się - są wynikiem konfliktów wewnętrznych, braku wglądu we własne emocje, lęku, agresji i przeżyć psychotycznych oraz deficytów w zakresie umiejętności społecznych.
- Zachowania agresywne - mają związek z niepokojem i lękiem wynikających z doznań psychotycznych
- Zaburzenia snu - bezsenność czy koszmarne sny występują najczęściej w zespołach abstynencyjnych, majaczeniu alkoholowym, halucynozie alkoholowej
- Niedobory pokarmowe, zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej. Występują szczególnie w przebiegu nadużywania i uzależnienia od alkoholu. Podjęcie działań zmierzających do wyrównania niedoborów pokarmowych i wodno-elektrolitowych.
- Powikłania somatyczne w postaci różnorodnych schorzeń, często zagrażające życiu (np. krwawienia z przewodu pokarmowego) na skutek przewlekłego picia alkoholu.
- Trudności w podjęciu współpracy z zespołem terapeutycznym - Mają związek z występującymi w uzależnieniu mechanizmami obronnymi, a szczególnie mechanizmem zaprzeczania. Współistniejące często zaburzenia osobowości są powodem działań manipulacyjnych wobec otoczenia. Brak motywacji do leczenia wynika ponadto z nawracających reakcji poszukiwania i przyjmowania środka uzależniającego, co stanowi istotę uzależnienia.

Okres remisji – trzeźwy alkoholik

- Zarzucenie abstynencji i powrót do nałogu,
- Brak wsparcia i odrzucenie przez najbliższych,
- Trudności z dostępem do wsparcia profesjonalnego i ruchów samopomocowych ułatwiających utrzymanie stanu trzeźwości,
- Problemy somatyczne i psychiczne wynikające z długookresowego szkodliwego picia alkoholu,
- Brak pracy, bezdomność.

ROZDZIAŁ 5.

ZAKRES POMOCY I WSPARCIA CHORYCH Z ZABURZENIAMI ZDROWIA PSYCHICZNEGO ORAZ RODZIN I OPIEKUNÓW

1. OCHRONA ZDROWIA PSYCHICZNEGO W UJĘCIU GLOBALNYM I KRAJOWYM

Wprowadzenie

Współcześnie, wraz z ewolucją koncepcji zdrowia i jego uwarunkowań, pojęcie opieki w obszarze zdrowia psychicznego ujmuje się kompleksowo - **jako ochrona zdrowia psychicznego**.

Zgodnie ze stanowiskiem WHO (2019) [1]:

- Zdrowie psychiczne powinno być postrzegane jako **cenne źródło kapitału ludzkiego i dobrobytu** w społeczeństwie; jest potrzebne, aby się rozwijać, dbać o siebie i wchodzić w interakcje z innymi,
- Dlatego ważne jest
 - aby odpowiadać na potrzeby osób z określonymi zaburzeniami psychicznymi,
 - ale także chronić i promować zdrowie psychiczne wszystkich ludzi.

Zakres / kierunki ochrony zdrowia psychicznego wypracowane zostały przez ostatnie dekady i obecnie określają je polskie i międzynarodowe akty prawne i dokumenty dotyczące zdrowia psychicznego.

Deklaracja o Ochronie Zdrowia Psychicznego - Europejska Konferencja Ochrony Zdrowia Psychicznego (WHO, Helsinki 2005)

- **Kraje europejskie zobowiązały się wprowadzić politykę i ustawodawstwo, które pozwolą na:**
 - Poprawę dobrego samopoczucia psychicznego całej populacji,
 - Stworzenie warunków do zapobiegania zaburzeniom psychicznym,
 - Dobre funkcjonowanie społeczne i osobiste ludzi doświadczających problemów psychicznych.
- **Polityka ochrony zdrowia psychicznego powinna uwzględniać następujące działania:**
 - Rozwijanie świadomości znaczenia dobrego samopoczucia psychicznego dla funkcjonowania społeczeństwa,
 - Przeciwdziałanie **stygmatyzacji**, nierówności i dyskryminacji, jakiej doświadczają osoby chorujące psychicznie i ich rodziny,
 - Opracowanie i wdrożenie systemów ochrony zdrowia psychicznego, które uwzględnią promocję, profilaktykę, leczenie i rehabilitację,
 - Zapewnienie kształcenia kadr o odpowiednich kompetencjach,

-
- Wykorzystanie do realizacji tych zadań doświadczeń i wiedzy osób doświadczających zaburzeń psychicznych i ich opiekunów.

Europejski plan działania na rzecz zdrowia psychicznego

WHO wskazuje pięć priorytetów w zakresie zdrowia psychicznego:

- 1) Wzmacnianie dobrostanu ludności poprzez wspieranie działań promujących dobrostan psychiczny i zapobiegających zaburzeniom psychicznym;
- 2) Wzmocnienie pozycji odbiorców usług i opiekunów, tak aby usługi mogły odpowiadać ich potrzebom, aspiracjom i doświadczeniom;
- 3) Rozwój usług, w szczególności praktyki środowiskowej w krajach o średnich i niskich dochodach, gdzie usługi były tradycyjnie świadczone w dużych instytucjach psychiatrycznych;
- 4) Poprawa stanu opieki nad osobami upośledzonymi umysłowo w Europie, ze szczególnym uwzględnieniem warunków osób z niepełnosprawnością intelektualną i długoterminowymi problemami zdrowia psychicznego, które zbyt często żyją w niedopuszczalnych warunkach, a także rozwój wsparcia rodziny i usług społecznych;
- 5) Zapewnienie/ dostęp do informacji wysokiej jakości.

Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce

W Polsce podstawowym źródłem prawa **jest Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 roku** (z późniejszymi zmianami)

W ustawie określono, iż zdrowie psychiczne jest „*fundamentalnym dobrem osobistym człowieka*” a jego ochrona polega na:

- 1) Promocji zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym
 - Działania te są podejmowane przede wszystkim wobec dzieci, młodzieży, osób starszych i znajdujących się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla ich zdrowia psychicznego,
- 2) Zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym,
- 3) Kształtowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza
 - Zrozumienia,
 - Tolerancji i życzliwości,
 - A także przeciwdziałaniu ich dyskryminacji.

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (2023-2025)

Cele:

- 1) **Zapewnienie** osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb
 - Upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o model opieki środowiskowej,
 - Upowszechnienie nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży opartego o trzy poziomy referencyjne,
 - Upowszechnianie i zapewnienie dostępu do specjalistycznych programów terapeutycznych oraz procedur diagnostycznych,
 - Upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego,
 - Aktywizacja zawodowa i społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi,
 - Skoordynowanie dostępnych form opieki i wsparcia,
 - Udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego dzieciom, uczniom, rodzicom i nauczycielom,
 - Opracowanie i wdrożenie nowego, zintegrowanego i kompleksowego modelu opieki nad osobami uzależnionymi i ich bliskimi,
 - Upowszechnienie rekomendowanych założeń do programów terapeutycznych dla dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych,
 - Opracowanie we współpracy z towarzystwami naukowymi właściwymi w sprawach uzależnień oraz z podmiotami zrzeszającymi psychoterapeutów uzależnień, standardów lub rekomendacji postępowania medycznego, psychologicznego i psychoterapeutycznego w podmiotach prowadzących działalność leczniczą w zakresie leczenia uzależnień;
- 2) Prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi.
 - Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących przedstawiania wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach,
 - Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi.

2.ZNACZENIE WSPARCIA SPOŁECZNEGO W CHOROBIE PSYCHICZNEJ

Zapotrzebowanie na wsparcie

Doświadczenie przewlekłej choroby psychicznej stanowi trudną dla pacjenta i jego rodziny sytuację zwiększającą zapotrzebowanie na wsparcie. Choroba powoduje bowiem często:

- Pogorszenie sprawności psychofizycznej,
- Obniżenie statusu materialnego i niepewność albo utratę pracy,

-
- Prowadzi do alienacji, poczucia osamotnienia i niezrozumienia, oraz skutków stygmatyzacji,
 - Ważne znaczenie mają również skutki uboczne prowadzonej farmakoterapii.

Pojęcie, źródła i rodzaje wsparcia społecznego

Pojęcie wsparcia społecznego

- To powszechnie oczekiwana pomoc dostępna dla jednostki lub grupy w sytuacjach trudnych, stresowych, przełomowych, a których sami nie są w stanie przezwyciężyć;
- Ten szczególny sposób i rodzaj pomocy ma służyć mobilizacji sił po to, by móc radzić sobie ze swoimi problemami.

Źródła wsparcia

Naturalne

- Partner życiowy, grupy przyjacielskie, rodzina, znajomi, sąsiedzi itd.,
- Relacje wsparcia funkcjonują tam spontanicznie, nie są sformalizowane i są wzajemne,
- Takie źródła wsparcia najkorzystniej działają na rzecz zdrowia, gdyż nie powodują stygmatyzacji, są na ogół łatwo dostępne i często objęte relacją zaufania interpersonalnego,
- Różnią się między sobą **potencjałem terapeutycznym**
 - Badania potwierdzają wpływ wysokiego potencjału naturalnych systemów oparcia na przebieg leczenia niektórych zaburzeń psychicznych i psychosomatycznych.
 - Brak lub zubożenie tego systemu mogą prowadzić do pojawiania się zaburzeń, a np. u chorych na schizofrenię zwiększa ryzyko nawrotu choroby.

Sformalizowane

- To stowarzyszenia i instytucje, w tym także instytucje związane z opieką zdrowotną.
- Tym różnią się od naturalnych źródeł wsparcia, że funkcjonują według określonych reguł, mniej spontanicznie i rzadko na zasadzie wzajemności, niekiedy dostęp do nich jest utrudniony.

Rodzaje wsparcia

1. Strukturalne ujęcie wsparcia

Obiektywnie istniejące sieci wsparcia społecznego, z którymi powiązana jest jednostka i które są dla niej dostępne:

- **Wsparcie spostrzegane** - wynika z wiedzy i przekonań człowieka o tym gdzie i od kogo może uzyskać pomoc, na kogo może liczyć w trudnej sytuacji oraz z przekonania o dostępności sieci wsparcia,
- **Wsparcie otrzymywane** - faktycznie otrzymana pomoc.

2. Funkcjonalne ujęcie wsparcia

W zależności od okoliczności i przeżywanych trudności chory potrzebuje różnego rodzaju wsparcia. Najczęściej wyróżniane są następujące rodzaje i formy wsparcia:

- **Informacyjne i edukacyjne** – czyli:
 - Udzielanie rad, porad prawnych i medycznych oraz informacji pomocnych w rozwiązywaniu życiowych problemów jednostki,
 - Wzbogacanie wiedzy samego niepełnosprawnego oraz jego rodziny na temat choroby, o możliwościach leczenia i rehabilitacji, o instytucjach w których można uzyskać pomoc, o istniejących grupach samopomocy; w psychiatrii ważną rolę odgrywa np. wiedza o rzeczniku praw pacjenta szpitala psychiatrycznego.
- **Emocjonalne i wartościujące**, polegające na okazywaniu:
 - Zrozumienia, współczucia, podtrzymywaniu na duchu w chwilach kryzysu emocjonalnego: *"jesteś przez nas kochany", "nie poddawaj się"*;
 - Uczuć uznania, akceptacji, potwierdzaniu znaczenia i wartości osoby dla życia społecznego: *"jesteś dla nas bardzo ważny", "jesteś dla nas kimś znaczącym", "bez ciebie nie dalibyśmy rady"*.
- **Materialne**, polegające na:
 - Dostarczaniu środków materialnych, różnego rodzaju darów etc., ułatwiających egzystencję osoby z ograniczoną sprawnością.
 - Wsparcie to uzupełnia przede wszystkim deficyt finansowy i braki materialne, stwarzając tym samym warunki, poprzez ograniczanie trosk codziennego życia, do podejmowania aktywności i rozwoju osoby niepełnosprawnej.
- **Instrumentalne**
 - To wsparciem przez świadczenie usług,
 - Polega na udzielaniu pomocy przy wykonywaniu dodatkowych czynności codziennych, prac domowych oraz czynności poza domem.

Systemy wsparcia

Współczesny model pomocy należy rozpatrywać jako uzupełniające się systemy, funkcjonujące w obszarze działań pomocowych. Do systemów tych zalicza się:

- 2) **Pierwotny system wzajemnych świadczeń** - opartych na wzajemnych relacjach najbliższych – **rodzina**,
- 3) **Wtórny system świadczeń pomocowych** - realizowanych w bezpośrednich kontaktach, aktywizują biorcę i dawcę świadczeń - **grupy samopomocy i wolontariuszy**,
- 4) **Pośrednie systemy pomocy** - **czyli inicjatywy pozarządowe**, różnego typu stowarzyszenia i fundacje oraz instytucje szczebla lokalnego (*grupy charytatywne, dostarczające pomocy materialnej, zespoły doradztwa prawnego, grupy modlitewne itp.*)

5) Formalny system pomocy

- **Społecznej** - reprezentowany przez pracowników socjalnych, profesjonalnie przygotowanych do świadczeń pomocowych;
- **Medycznej,**
- **Edukacyjnej, ekonomicznej,** itp.

System wsparcia wg Kirenko

1) Pozainstytucjonalny system wsparcia społecznego

- Rodzina, Grupy samopomocy, Wolontariat,

2) Instytucjonalne systemy wsparcia społecznego

- To system którego rozwój wspierany jest prawnymi rozwiązaniami.

3. SIEĆ INSTYTUCJONALNEGO WSPARCIA DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI W RAMACH OFEROWANYCH ŚWIADCZEŃ

SIECI WSPARCIA MEDYCZNEGO

Lecznictwo ambulatoryjne (poradnie zdrowia psychicznego)

- 1) Wg WHO jest to jedna z najistotniejszych korzystnych zmian w opiece psychiatrycznej ostatnich kilkudziesięciu lat (również w Polsce),
- 2) Zalecanym modelem opieki jest świadczenie usług przez ten sam wielodyscyplinarny zespół, pod którym chory pozostaje w formach całodobowej i pośrednich,
- 3) W Polsce powszechnym miejscem leczenia są:
 - **Poradnie zdrowia psychicznego,**
 - **Poradnie odwykowe** - ze zwiększającą się ofertą udzielanych świadczeń.

Formy pośrednie

Stanowią ważną składową sieci wsparcia, która umożliwia prowadzenie terapii bez odrywania chorego od jego środowiska oraz niski koszt leczenia:

- **Oddziały dzienne**

Stanowią formę pośrednią między poradnią a oddziałem pełnodobowym, co umożliwia:

- Utrzymanie związku chorego z osobami bliskimi
- Możliwość oddziaływania na najbliższe otoczenie pacjenta
- Zmniejszenie kosztów leczenia
- Ułatwienie adaptacji do środowiska po leczeniu szpitalnym
- Zwiększenie autonomii pacjenta
- Zmniejszenie oporów przed leczeniem psychiatrycznym

- **Oddziały (zespoły) leczenia środowiskowego**

- Przeznaczone są dla pacjentów, którzy mogą pozostać w domu pod warunkiem zapewnienia im systematycznej, profesjonalnej opieki,
- Pacjentowi i jego otoczeniu świadczenia udzielane są w ich środowisku, które obejmują:
 - Hospitalizację domową
 - Interwencje kryzysowe
 - Treningi podstawowych umiejętności życiowych w środowisku domowym.

- **Hostele**

- Przeznaczone dla osób wymagających leczenia w warunkach naturalnego środowiska społecznego, które uzyskały już względną samodzielność, ale wymagają jeszcze wsparcia i dłuższego czasu na adaptację do warunków życia pozaszpitalnego,
- Biorą czynny udział w takich czynnościach jak pranie, gotowanie, sprzątanie,
- Personel hosteli ogranicza się do kilku godzin dziennie, co zwiększa ich samodzielność i autonomię,
- W Polsce sieć hosteli jest słabo rozwinięta (9 placówek w całym kraju).

Lecznictwo stacjonarne – szpitale psychiatryczne

Obecnie działania w zakresie ochrony zdrowia psychicznego podejmowane w kierunku rozwoju **psychiatrii środowiskowej** wyznaczają następujące trendy w lecznictwie stacjonarnym:

- Powstawanie oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych,
- Zmniejszanie ilości hospitalizacji / i łóżek szpitalnych na rzecz form środowiskowych – **dezinstytucjonalizacja**.

PODSUMOWANIE – sytuacja sieci wsparcia medycznego

- W Polsce powszechnym miejscem leczenia są formy ambulatoryjne:
 - Poradnie zdrowia psychicznego - *jednak co 3-a poradnia funkcjonuje 2-3 dni w tygodniu, a w ok. 40 powiatach nie zorganizowano stałych poradni, ponadto 60% to zakłady niepubliczne,*
 - Poradnie odwykowe - ze zwiększającą się ofertą udzielanych świadczeń, cechuje je jednakże słaba integracja z innymi formami opieki psychiatrycznej.
- Odnotowuje się przyrost Oddziałów Dziennych, natomiast Zespoły Leczenia Środowiskowego oraz Hostele stanowią zbyt małą liczbę w stosunku do potrzeb.
- W opiece stacjonarnej
 - Nastąpiła redukcja łóżek w szpitalach psychiatrycznych (*jednakże nadal 60% lecnictwa zlokalizowana jest w dużych szpitalach psychiatrycznych*),
 - Skrócił się średni roczny czas leczenia z 66 dni - do 35,

-
- Zmniejszaniu się łóżek w szpitalach psychiatrycznych towarzyszy pożądanym, ale powolny proces powstawania oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych.
 - Niedostatek środków przeznaczanych w Polsce na finansowanie świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej jest szacowany na około 20%
 - Skutkiem tego deficytu jest rosnące zadłużenie placówek oraz obniżenie jakości i dostępności opieki oraz deficyt w zasobach ludzkich (niepokojący, zwłaszcza w ostatnich latach, jest wyraźny odpływ fachowego personelu - lekarzy, psychologów, pielęgniarek).
 - Wielkość wielu szpitali, trudne warunki pobytu, niedostateczne finansowanie w poważnym stopniu obniża jakość i skuteczność leczenia oraz utrudnia realne poszanowanie godności i praw leczonych pacjentów, podtrzymuje ryzyko powstawania i utrwalania się patologicznych następstw takiej instytucjonalizacji opieki (utrwalanie deficytów funkcjonowania, zanikanie więzi z rodzinami, utrata niezależności życiowej pacjentów, stygmatyzacja).
 - Ważnym elementem systemu ochrony zdrowia psychicznego, są **instytucje działające w obszarze pomocy społecznej** (DP dla osób psychicznie przewlekle chorych oraz upośledzonych i środowiskowe domy samopomocy). Potencjał ten jednak działa w sposób słabo skoordynowany z działaniem opieki zdrowotnej.

SIEĆ OPARCIA SPOŁECZNEGO

Domy pomocy społecznej

Przeznaczone dla osób, które z uwagi na wiek, sytuację życiową, warunki rodzinne, przewlekłą chorobę czy niepełnosprawność nie są w stanie funkcjonować we własnym środowisku zamieszkania. Są to domy dla:

- Dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- Dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
- Przewlekle psychicznie chorych.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze

- Przeznaczone dla chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo w środowisku chorego:
 - Którzy mają poważne trudności w życiu codziennym (sprawy bytowe i zatrudnienia),
 - Zwykle wielokrotnie hospitalizowani z różnymi formami pośrednimi – nie utrzymują się jednak w naturalnym środowisku.
- Świadczenia, które mogą być udzielane przez pielęgniarki, terapeutów, psychologów, pracowników socjalnych obejmują
 - Usprawnianie funkcjonowania społecznego,
 - Pielęgnację,

-
- Rehabilitację,
 - Wspieranie psychologiczno-pedagogiczne oraz edukacyjno-terapeutyczne,
 - Pomoc mieszkaniową.

Środowiskowe domy samopomocy

- Mogą mieć charakter pobytu dziennego, zajęć świetlicowych, klubów pacjenta,
- Przeznaczone są dla osób z zaburzeniami psychicznymi potrzebującymi opieki, jeżeli:
 - Przebywają w zakładzie psychiatrycznej opieki szpitalnej, a ich stan tego nie wymaga,
 - Przebywają w warunkach środowiskowych niekorzystnych dla ich zdrowia psychicznego,
 - Nie znajdują w miejscu zamieszkania stosownych form wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.
- Powinny zapewniać:
 - Psychiatryczną opiekę zdrowotną (konsultacje i okresowe oceny stanu psychicznego, psychoterapia i terapia farmakologiczna),
 - Rehabilitację społeczną (podtrzymywanie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, terapia zajęciowa, przygotowanie do podjęcia pracy, pomoc w uzyskaniu zatrudnienia),
 - Jednym z podstawowych zadań jest strukturyzacja dnia, która jest mocno zaburzona w przebiegu choroby.

Sieć pomocy w zakresie rehabilitacji zawodowej

Warsztaty terapii zajęciowej – WTZ (placówki dzienne)

- Wypełniają lukę małej ilości miejsc pracy dla osób psychicznie chorych, stanowią ogniwo pomiędzy oddziałem dziennym a pracą zarobkową,
- Uczestnik może być osoba z orzeczoną niezdolnością do pracy, ale kwalifikująca się do rehabilitacji zawodowej w formie terapii zajęciowej,
- Celem WTZ jest:
 - Poprawa sprawności niezbędnych do możliwie niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia w środowisku:
 - Ogólne usprawnianie,
 - Rozwój umiejętności czynności dnia codziennego,
 - Rozwój umiejętności zawodowych umożliwiających w przyszłości podjęcie pracy zawodowej,
 - **Zmiana statusu pacjenta na uczestnika** (uczestnicy podpisują listę obecności, są rozliczani z przepracowanych godzin, mogą otrzymywać kieszonkowe - 20% najniższego wynagrodzenia).

Zakład aktywności zawodowej

Celem tej formy wsparcia jest:

- Zatrudnienie osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego stopnia niepełnosprawności (zatrudnienie pośrednie nie docelowe),
- Przygotowanie poprzez rehabilitację zawodową i społeczną do życia w otwartym środowisku,
- Pomoc w realizacji pełnego i niezależnego życia.

Praca zawodowa

Realizowana poprzez:

- Spółdzielnie inwalidzkie,
- Zakłady pracy chronionej,
- Stanowiska przystosowane w zwykłych zakładach pracy.

Pozarządowe systemy pomocy i wsparcia

Dostępnych jest wiele stowarzyszeń i fundacji działających na rzecz osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego, np.:

- Stowarzyszenie „*Braterstwo Serc*”, działające na rzecz chorych psychicznie od 1992,
- Fundacje na rzecz chorych psychicznie – *Krakowska Fundacja Hamlet*,
- *Koalicja na Rzecz Zdrowia Psychicznego (od 1993)*, skupiająca kilkadziesiąt stowarzyszeń i grup samopomocowych z terenu całego kraju, stara się integrować różne środowiska i instytucje wokół wielu ważnych zagadnień związanych z szeroko pojętą ochroną zdrowia psychicznego,
- *Związek Stowarzyszeń Rodzin i Opiekunów Osób Chorych Pol-Familia (od 2001)*, zrzeszający stowarzyszenia z wielu miast polskich,
- *Koalicja Teraz Zdrowie (od 2006, Warszawa)* - pierwsza inicjatywa łącząca środowiska lekarzy, pielęgniarek, aptekarzy, managerów ochrony zdrowia, producentów leków oraz pacjentów,
- Stowarzyszenia i grupy pomocowe i samopomocowe działające na rzecz osób z problemem alkoholowym i ich rodzin. Stanowią one uzupełnienie działalności zakładów opieki zdrowotnej, organizując długookresowe społeczne i emocjonalne wsparcie osobom przewlekle chorym – *grupy AA, kluby abstynentów, grupy Al.-ANON i Al.-ATEEN*,
- Porozumienie Związków i Stowarzyszeń Abstynenckich, funkcjonujące pod nazwą *Polska Rada Ruchu Abstynenckiego (PRRA)*.
- Organizacje działające na rzecz osób uzależnionych od narkotyków - *Stowarzyszenie Monar, Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii, Stowarzyszenie Karan*, które prowadząc wiele ośrodków rehabilitacyjnych i poradni profilaktyczno-rehabilitacyjnych, wspomagają publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Na wzór ruchów AA, organizuje się także spotkania Anonimowych Narkomanów. W obszarze obu

rodzajów uzależnień rosnącą i różnorodną aktywnością wykazują się od kilkunastu lat kościoły i związki wyznaniowe.

- Stowarzyszenie i Fundacja „**Nadzieja Rodzinie**” w Kielcach (od 2002 r.) - oferuje m.in. pomoc w ramach:
 - Świadczeń realizowanych przez poradnie dla dorosłych i młodzieży z problemami zdrowia psychicznego oraz osób uzależnionych,
 - Ośrodka rehabilitacyjnego i trzech hosteli dla osób uzależnionych,
 - Zakładu aktywności zawodowej,
 - Sieci klubów dla młodzieży,
 - Środowiskowego domu samopomocy dla osób z niepełnosprawnością intelektualną i zaburzeniami czynności psychicznych.
- Stowarzyszenie „**Kielecki Dom pod Fontaną**” działa od 2006 roku,
 - Adresowany jest do osób doświadczających kryzysów zdrowia psychicznego,
 - Tworzy warunki i szanse takiego rozwijania własnych możliwości i umiejętności, które pozwalają na aktywne i satysfakcjonujące kierowanie własnym życiem,
 - Współpracuje z pracodawcami w celu tworzenia Miejsc Zatrudnienia Przejściowego,
 - Przygotowuje swoich Członków do podjęcia pracy, organizując szkolenia podnoszące kwalifikacje i umiejętności zawodowe.

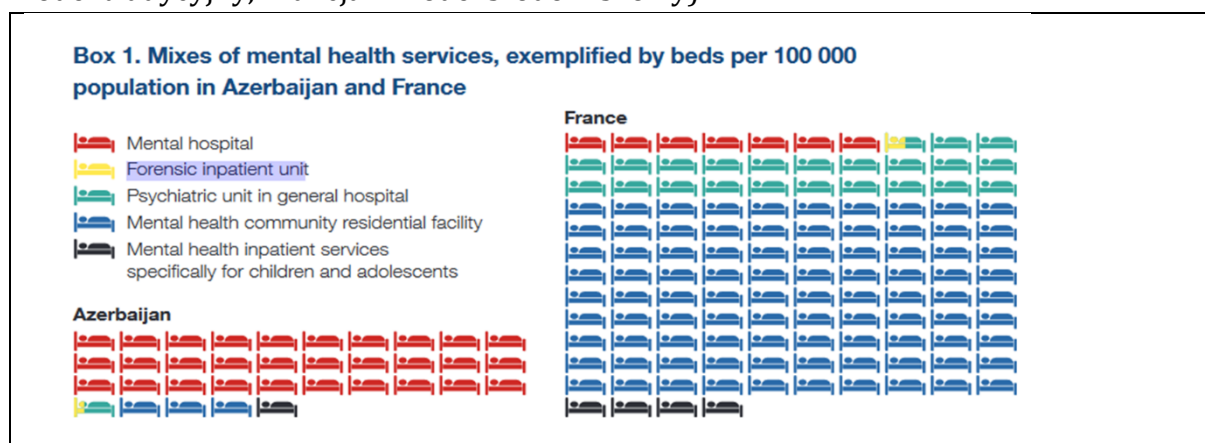
4.IDEA PSYCHIATRII ŚRODOWISKOWEJ JAKO NOWOCZESNY MODEL POMOCY I WSPARCIA OSÓB Z ZABURZENIAMI ZDROWIA PSYCHICZNEGO

4.1.Modele opieki psychiatrycznej

- **Tradycyjny model opieki**, w którym centralne miejsce zajmuje (zajmowała) hospitalizacja psychiatryczna,
- **Środowiskowy model opieki psychiatrycznej** - psychiatria środowiskowa
 - Chodzi o zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi takiej pomocy i opieki, takich form wspierania i oparcia, aby mogły one żyć we własnym środowisku społecznym, w sposób zapewniający jak najwyższą jakość życia,
 - Główny ciężar opieki spoczywa na formach leczenia **umiejscowionych poza szpitalem** (*poradnie, oddziały dzienne, zespoły leczenia domowego, kluby-domy, hostele, mieszkania chronione itp.*), a rola hospitalizacji jest ograniczona do niezbędnego minimum.
 - Idea ta w Europie Zachodniej i w USA w znacznym stopniu wyparła poprzedni, tradycyjny model opieki,
 - Liczne, wieloletnie badania europejskie i amerykańskie wykazały, że model środowiskowy przynosi istotnie lepsze efekty niż tradycyjny

- Istotnie skraca czas hospitalizacji,
- Poprawia standard życia, zwiększa poziom aktywności zawodowej i innych umiejętności życiowych.
- Sprzyja poczuciu satysfakcji z usług leczniczych, systematyczności leczenia farmakologicznego oraz zmniejsza poziom obciążenia rodzin.

Porównanie modeli opieki psychiatrycznej w krajach wysoko i słabo rozwiniętych (na przykładzie Francji i Azerbejdżanu) przedstawia poniższy schemat (Azerbejdżan – model tradycyjny, Francja – model środowiskowy)



Rycina 28.. Żróźnicowanie form opieki psychiatrycznej w róznych krajach Europy (Źródło: Mental Health Atlas 2017, Monitoring mental health systems and services in the who european region; World Health Organization Regional Office for Europe, https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/396765/EMH-Atlas-6.pdf)

W Polsce jesteśmy w trakcie budowania form opieki środowiskowej i dezinstytucjonalizacji. W tym celu powołano kolejne Narodowe Programy Ochrony Zdrowia Psychicznego (na lata 2011-2015, 2017-2022, w trakcie konsultacji społecznych jest projekt NPOZP na lata 2023-2030).

4.2. Założenia, postulaty i strategie psychiatrii środowiskowej

Dehospitalizacja i deinstytucjonalizacja

To rezygnacja z dużego szpitala psychiatrycznego jako miejsca, w którym trudno jest wytworzyć sprzyjające powrotowi do zdrowia środowisko. Deinstytucjonalizacja dotyczy szpitala, ale również każdej dużej totalnej instytucji, jak np. domy opieki. Polega na jednocześnie realizowanych zadaniach:

- Przenoszeniu pacjentów ze szpitala do środowiska, jako podstawowego miejsca ich leczenia,
- Ograniczenia leczenia w placówkach stacjonarnych (w tym również czasowe) i zmiana modelu ich funkcjonowania, m.in. tak, aby leczenie odbywało się jak najbliżej miejsca zamieszkania,
- Rozwój różnych alternatywnych form środowiskowych.

Poszerzenie celów opieki nad pacjentem

Nie ograniczają się one niemal wyłącznie do poprawy stanu klinicznego, ale obejmują przede wszystkim:

- Wczesne **zapobieganie społecznym dysfunkcjom i izolacji**, które choroba może wywołać. Stąd nacisk m. in. na takie elementy jak:
 - Leczenie w naturalnym dla chorego środowisku społecznym,
 - Rozeznanie i zaspokojenie jego podstawowych potrzeb,
 - Wyrabianie niezbędnych umiejętności społecznych,
 - Włączenie rodzin w terapię.
- Zapewnienie oparcia i przyjaznych **postaw społecznych** przeciwdziałających napiętnowaniu, nierówności traktowania i wykluczeniu społecznemu.

Formy pracy z pacjentem proponowane w psychiatrii środowiskowej

Społeczność terapeutyczna

To sposób organizacji pracy zarówno szpitalnego oddziału jak też innych placówek (środowiskowych), którego istotą jest:

- Wyeliminowanie sztywnej, hierarchicznej struktury, w której nie ma miejsca na głos, inicjatywę i aktywność twórczą pacjenta zajmującego najniższe miejsce w hierarchii
- Społeczność terapeutyczną tworzą pacjenci wraz z całym personelem.
- Jest miejscem zgłaszania propozycji, skarg i wniosków, wspólnego uzgadniania programu dnia i tygodnia, doboru zajęć, negocjowania i rozwiązywania konfliktów, ustalania zadań i podejmowania za nie odpowiedzialności.
- Odbywa się to na regularnych spotkaniach społeczności. W konsekwencji część zajęć terapeutycznych realizowana jest w formie **samoorganizowania się pacjentów** (*gimnastyka poranna, wycieczki, spotkania, wieczorki, konkursy itp.*). Dla bieżącej realizacji zadań wybierany jest samorząd społeczności czy odpowiednie komisje.

Aktywne wychodzenie do pacjenta w środowisku

- Jest ważną strategią postępowania dla wszystkich chorych z zaburzeniami psychiatrycznymi, którzy po opuszczeniu szpitala
 - Mają trudności w kontynuowaniu leczenia w poradni, zaniedbują swoje potrzeby życiowe, izolują się,
 - Są szczególnie narażeni na społeczne wykluczenie, bezrobocie, skrajne ubóstwo, głód i bezdomność, nie są zdolni do egzekwowania swoich praw.
- Wiąże się z tym:
 - Potrzeba wyszukiwania takich osób przez pracowników socjalnych,
 - Wprowadzenie w poradniach systemu opieki czynnej,
 - Stałe utrzymywanie z chorymi kontaktu przez pracowników zespołów leczenia środowiskowego lub pomocy społecznej,

-
- W razie zaniechania leczenia, wszczęcie postępowania sądowego o przymusowe leczenie.
 - W niektórych krajach dla realizacji tych zadań wprowadzono funkcję „**terapeuty prowadzącego**” - osoby który pozostaje w długotrwałym kontakcie terapeutycznym z danym pacjentem, pomaga mu w uzyskaniu odpowiedniej oferty terapeutycznej.

Aktywny udział pacjenta w procesie terapii

- Współpraca w procesie leczenia, układ partnerski. Dobrowolne, świadome i aktywne uczestnictwo pacjenta w miarę poprawy stanu psychicznego w procesie leczenia.
- Wymaga **działań psychoedukacyjnych**.

Współpraca z rodziną pacjenta

- Prowadząca do tego, aby z czasem rodzina była zdolna aktywnie uczestniczyć w leczeniu i rehabilitacji chorych, stanowić środowisko wspierające o walorach terapeutycznych.

Zmiana wizerunku chorego psychicznie w świadomości społecznej

- Kształtowanie postaw społecznych wobec chorych psychicznie i działania destygmatyzujące.

Wzmacnianie i budowanie sieci oparcia społecznego

- Posiadanie sieci społecznego oparcia ułatwia radzenie sobie ze stresem i wpływa korzystnie na przebieg chorób.
- Ponieważ osoby chore psychicznie mają mniej liczne i mniej wydolne systemy wsparcia w porównaniu z osobami zdrowymi, ważną strategią jest:
 - Wzmacnianie naturalnego systemu wsparcia pacjenta (*udzielanie wsparcia i pomocy rodzinie chorego, mediacje sąsiedzkie, w miejscu pracy*),
 - Tworzenie oparcia w klubach i grupach samopomocy oraz wsparcia instytucjonalnego.

Aktywne leczenie w środowisku (ACT- *active community treatment*)

- Postępowanie w odniesieniu do przewlekle psychicznie chorych w ich środowisku naturalnym.
- Może być realizowane przez placówki leczenia środowiskowego i rehabilitacji w systemie lecznictwa psychiatrycznego jak i placówki oparcia społecznego w systemie pomocy społecznej.
- Podstawowym założeniem ACT jest podejście rehabilitacyjne do codziennych czynności życiowych – doradztwo, pomoc, trening umiejętności, konsultacje, stymulowanie, wspieranie aktywności własnej pacjenta zamiast wyręczania go w czynnościach. W Polsce realizowane są przez nieliczne jeszcze zespoły (oddziały) leczenia środowiskowego.

4.3. Model psychiatrii środowiskowej w Polsce

Propozycje związane z rozwojem opieki środowiskowej w Polsce

- Zamykanie dużych instytucji psychiatrycznych (a przynajmniej ich zmniejszenie),
- Objęcie placówek zdrowia psychicznego rejonizacją, co ułatwia objęcie społeczności lokalnej rzeczywistą opieką psychiatryczną w środowisku,
- Integracja leczenia psychiatrycznego z opieką podstawową,
- Tworzenie oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych,
- Tworzenie zespołów opieki środowiskowej,
- Tworzenie mieszkań chronionych i innych placówek jako alternatywy dla DPS,
- Dostępność rehabilitacji zawodowej i udział w życiu zawodowym.

Założone korzyści

- Destygmatyzacja,
- Poprawa warunków życiowych pacjentów,
- Zwiększenie dostępności świadczeń (zalecenie WHO) i ciągłość opieki,
- Zmniejszenie izolacji, poprawa systemu naturalnego wsparcia, zapobieganie wykluczeniu społecznemu
- Ułatwia kształcenie personelu.

Działania na rzecz opieki środowiskowej w Polsce

Realizacja psychiatrycznej opieki środowiskowej jest wszędzie zadaniem lokalnych społeczności, wymagającym skoordynowanego działania organów samorządowych, wspartych polityką społeczną państwa.

W Polsce od kilkudziesięciu lat podkreśla się potrzebę zmian modelu opieki psychiatrycznej. W tym celu:

- Powołano **NPOZP na lata 2007-2015**, w którym przedstawiono model opieki środowiskowej w postaci **Centrów Zdrowia Psychicznego** (nie udało się jednak tego modelu wdrożyć),
- Powołano kolejny **NPOZP na lata 2017-2022**, w którym określono model opieki środowiskowej jako „niezbędny kierunek zmian, polegający na zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej blisko miejsca ich zamieszkania opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym”.
- W latach 2018/19 zgodnie z NPOZP 2017-2022 zaczęto wprowadzać pierwsze programy pilotażowe uruchamiające Centra Zdrowia Psychicznego w Polsce, na bazie istniejących już oddziałów psychiatrycznych.
- **Świętokrzyskie** - pilotażowy program opieki psychiatrycznej uruchomiono przy Szpitalu przy ul. Kusocińskiego w Kielcach oraz (wcześniej) w Sandomierzu.
- Obecnie trwają prace nad projektem kolejnego **NPOZP na lata 2023-2030**, który ma kontynuować działania na rzecz modelu opieki środowiskowej.

Centra Zdrowia Psychicznego podstawą opieki środowiskowej

CZP postulowane były najpierw przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, a następnie przez kolejne powoływane NPOZP (2007-2015, 2017-2022 oraz w projekcie na lata 2023-2030).

Podstawowe założenia CZP

Centrum tworzy się w celu zapewnienia opieki co najmniej 1500-et osobom dorosłym, na obszarze zamieszkałym przez co najmniej ok. 50 tys. mieszkańców (obszar odpowiadający wielkości powiatu lub dużej gminy/dzielnicy).

Minimalna dostępność placówek

A. Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) dla osób z zaburzeniami psychicznymi		
Placówka	Minimalny wskaźnik lub liczba placówek	Uwagi
CZP dla dorosłych	1 CZP/50–200 tys. mieszkańców; CZP powinno łącznie spełniać wskaźniki dostępności proponowane dla form organizacyjnych wchodzących w jego skład	w każdym powiecie, dużej gminie lub dzielnicy dużego miasta; stosownie do lokalnych potrzeb
CZP dla dzieci i młodzieży	1 CZP/50–200 tys. mieszkańców; CZP powinno łącznie spełniać wskaźniki dostępności proponowane dla form organizacyjnych wchodzących w jego skład	w każdym powiecie, dużej gminie lub dzielnicy dużego miasta; stosownie do lokalnych potrzeb

Rycina 29. Założenia dla Centrów Zdrowia Psychicznego [Źródło: NPOZP, 2007-2015]

Cel działania CZP

- Poprawa jakości leczenia psychiatrycznego – jego dostępność, ciągłość i skuteczność,
- Ograniczenie rozmiarów i negatywnych skutków hospitalizacji, a tym samym kosztów opieki psychiatrycznej,
- Uruchamianie inicjatywy i zasobów społecznych lokalnej społeczności,
- Przeciwdziałanie stygmatyzacji i wykluczeniu chorych,
- Zapewnienie warunków do społecznej integracji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zadania CZP

- Wszechstronna psychiatryczna opieka zdrowotna (diagnostyka, leczenie i rehabilitacja oraz orzecznictwo i konsultacje),
- Centrum udziela:
 - Czynnej opieki długoterminowej (powyżej 60 dni) dla chorych z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, wymagających ciągłej opieki i leczenia, związanych z Centrum terytorialnie (możliwość dojazdu i kontaktu) oraz społecznie (społeczność lokalna),
 - Opieki długoterminowej (powyżej 60 dni) dla innych chorych z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi,
 - Opieki krótkoterminowej (do 60 dni) - dla chorych z zaburzeniami epizodycznymi lub nawracającymi,
 - Pomocy konsultacyjnej (porady jednorazowe lub opieka do 7 dni) – dla innych osób potrzebujących świadczeń diagnostycznych lub krótkotrwałej terapii,

– Opieki szpitalnej - w niezbędnym zakresie.

- **CZP ściśle współpracuje z działaniami i placówkami pomocy społecznej** w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i społecznych chorych, np. w zakresie świadczeń opiekuńczych, pomocy materialnej i mieszkaniowej, rehabilitacji zawodowej, domów samopomocy i pomocy społecznej. Współpraca ta może być zintegrowana instytucjonalnie.

Struktura CZP

Centrum składa się co najmniej z:

- **Zespołu ambulatoryjnego** - porady lekarskie i psychologiczne, indywidualna i grupowa pomoc psychoterapeutyczna, czynności pielęgniarstwa, interwencje socjalne
- **Zespołu środowiskowego** - wizyty domowe, terapia indywidualna i grupowa, praca z rodziną, treningi umiejętności, budowanie sieci oparcia społecznego, zajęcia i turnusy rehabilitacyjne
- **Zespołu dziennego** - częściowa hospitalizacja
- **Zespołu szpitalnego** - dostęp do odpowiednio kwalifikowanej psychiatrycznej opieki stacjonarnej. Podstawowym i docelowym rozwiązaniem powinny być świadczenia oddziału psychiatrycznego lokalnego szpitala ogólnego, uzupełniane profilowanymi świadczeniami innych szpitali. Tam, gdzie to możliwe, oddział stanowi integralną część centrum.
- **W zależności od miejscowych potrzeb i zasobów** - opieka nad dziećmi i młodzieżą może funkcjonować równoległe, niezależnie w **Centrach Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży** lub w ramach jednego ośrodka (zespół dziecięco-młodzieżowy CZP).
- CZP może, ponadto, organizować **inne zespoły o zadaniach wyspecjalizowanych** w leczeniu wybranych grup chorych
 - Np. zespoły: zaburzeń nerwicowych, psychogeriatryczne, rehabilitacyjne
 - Lub inne zespoły o zadaniach specyficznych (np. pomoc kryzysowa, hostele i inne formy chronionego zakwaterowania).

3. KSZTAŁTOWANIE POSTAW WOBEC CHORYCH Z ZABURZENIAMI ZDROWIA PSYCHICZNEGO JAKO OBSZAR OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO – zapobieganie stygmatyzacji

5.1. Wprowadzenie do zagadnienia

Problemy funkcjonowania chorych z zaburzeniami zdrowia psychicznego pogłębiają rozpowszechnione w społeczeństwie:

- Postawy i sądy na temat choroby psychicznej, które są najczęściej wynikiem braku wiedzy i oparte są na stereotypach (1),
- Oraz zjawisko stygmatyzacji (6, 11).

Uważa się, że stygmatyzacja jest jednym z najważniejszych współczesnych problemów i wyzwań w dziedzinie zdrowia psychicznego i jest społeczną niesprawiedliwością (Ś).

Zagadnienie stygmatyzacji w zapisach prawnych

Wiele dokumentów rangi światowej jak też krajowej podkreśla konieczność prowadzenia polityki ochrony zdrowia psychicznego uwzględniającej wśród swych działań również zadania mające przeciwdziałać stygmatyzacji i nierówności, m.in.:

- Deklaracja o Ochronie Zdrowia Psychicznego (WHO, Helsinki 2005) – jako jedno z zadań na rzecz ochrony zdrowia psychicznego wymienia: *„Przeciwdziałanie stygmatyzacji, nierówności i dyskryminacji, jakiej doświadczają osoby chorujące psychicznie i ich rodziny”*.
- W Polsce
 - W Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 roku (z późn. zm.), jak również w NPOZP na lata 2017-2022 wymieniony został podobnie brzmiący cel *„Kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji i życzliwości, a także przeciwdziałaniu ich dyskryminacji”*,
 - W projekcie NPOZP na lata 2023-2030 wśród różnych celów, odniesiono się również do tej problematyki podkreślając konieczność *„prowadzenia działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi”*.

Ujęcie ogólne stygmatyzacji

- Pojęcie stygmatyzacji wiąże się z nieakceptującą postawą społeczną i odnoszone jest do wielu problemów, np.
 - Medycznych,
 - Narodowościowych,
 - Społecznych,
- Termin „stygmat” pochodzi od łacińskiego słowa „stigma” i oznacza piętno, znamię lub znak czegoś,

- Jego geneza związana jest ze starożytną Grecją, gdzie używano go na określenie znaków cielesnych sygnalizujących, że ze statusem moralnym ich nosiciela wiąże się coś nadzwyczajnego i złego zarazem (Ś),
- Charakteryzuje się sprowadzeniem całej osobowości i wszystkich cech człowieka do jednego wymiaru związanego z jedną, dominującą cechą, będącą stygmatem (12).

Piętno społeczne w chorobie psychicznej

- W potocznym rozumieniu **za stygmatyzację** z powodu choroby psychicznej uważa się **negatywne postawy i reakcje**, które znaczna część społeczeństwa przejawia wobec chorych psychicznie,
- W przypadku choroby psychicznej ma znaczenie pejoratywne, nawiązując do piętna wypalanego w starożytności na ciele niewolników i przestępców od których należało stronić zwłaszcza w przestrzeni publicznej (Ś),
- Jest zjawiskiem powszechnym i transkulturowym i należy do stygmatów silnie wykluczających społecznie,
- Wśród zaburzeń psychicznych szczególnie mocno stygmatyzująca wydaje się schizofrenia,
- Wiąże się z nieprawidłową oceną osób z zaburzeniami psychicznymi, najczęściej spostrzeganych jako mniej wartościowe od osób oceniających (11, 1),
- Stygmatyzowanie (etykietyzowanie) polega na tym, że jeżeli ktoś leczy się u psychiatry lub przebywał w szpitalu psychiatrycznym, to już zawsze uznawany jest za odmiennego, gorszego od innych, złego,
- Etykietę tę trudno jest zmienić, nawet w sytuacji, kiedy dana osoba nie wykazuje żadnych zaburzeń zachowania, jest zdolna do podjęcia wcześniej wykonywanej pracy, powrotu do normalnego funkcjonowania w rodzinie (11),
- Dotyka nie tylko pacjenta, ale również jego rodzinę (1).

5.2. Wybrane koncepcje zjawiska stygmatyzacji

Koncepcja stygmatyzacji Ervinga Goffmana

- Według twórcy teorii „**piętno**” jest „atrybutem” dotkliwie dyskredytującym, a osoba posiadająca taki atrybut postrzegana jest jako osoba mniej wartościowa, naznaczona, mniej pożądana społecznie,
- Wśród stygmatyzowanych Goffman wyróżnia osoby:
 - **Zdyskredytowane** - ułomność jest znana i widoczna od razu, a problemem dla tych osób jest radzenie sobie z napięciem w relacjach i kontaktach społecznych,
 - **Dyskredytowalne**
 - Odmienność ich nie jest znana lub od razu rozpoznawalna. Dla nich kluczową kwestią jest kontrolowanie informacji na temat swej ułomności,

-
- Stają ciągle wobec problemu: „*czy, jak, komu, gdzie, kiedy*” ujawnić swój skrywany sekret,
 - Stosowanie mechanizmu „**pomijania piętna**” - pozwala często uniknąć dyskredytacji, ale odbywa się to dużym kosztem (*ciągłe napięcie, niepokój, obawa, że tajemnica może w każdej chwili ujawnić się, stałe utrzymywanie wzmożonej czujności i kontroli nawet w najbardziej banalnych sytuacjach społecznych*),
 - Tendencja do „**rozprzestrzeniania piętna**” jest główną przyczyną unikania relacji z osobami napiętnowanymi.

Koncepcje piętna choroby psychicznej

Teoria Scheffa

- Według twórcy koncepcji, proces kontroli społecznej określa pewne normy i jednorodność grupy, a w przypadkach zaburzenia tych norm (dewiacji) mogą być stosowane sankcje,
- Scheff wymienia trzy rodzaje reakcji: moralne oburzenie, segregację (np. szpital psychiatryczny) i etykietowanie,
- Tworzenie stereotypów dotyczących chorych i choroby psychicznej następuje **w procesie internalizacji**,
- W przypadku próby podjęcia przez osobę „naznaczoną” powrotu do dawnych ról - napotyka ona na poważne trudności,
- Stygmatyzowanie powoduje, że chory napotyka na silny opór społeczny i dyskryminację w różnych dziedzinach życia społecznego.
- Według Scheffa, pod wpływem presji społecznej jednostka ostatecznie
 - Akceptuje **rolę chorego psychicznie**,
 - Wokół niej „organizuje swoje zachowania”,
 - W ten sposób zaczyna się „**kariera przewlekłej choroby psychicznej**”.

Teoria etykietowania wg Linka (lata 80-e XX wieku)

- Według autora do pogorszenia funkcjonowania społecznego przyczynia się sama choroba jak również etykieta,
- Etykietowanie może mieć następujące konsekwencje:
 - Może być przyczyną zachowań określanych jako dewiacyjne i może prowadzić do ich utrwalenia,
 - Może mieć również skutki w innych dziedzinach życia (zatrudnienie, dochód, relacje społeczne ze znajomymi, przyjaciółmi, rodziną),
- Za możliwy uznał pośredni wpływ naznaczenia społecznego na utrwalenie czy zaostrzenie zaburzeń psychicznych - **poprzez zwiększanie poziomu stresu związanego z niemożnością realizowania siebie** (*brak zatrudnienia, mniejszy dostęp do źródeł wsparcia itp.*),

- Podobnie jak Scheff, Link mówi o **mechanizmie internalizacji** w nabywaniu postaw wobec chorych i choroby psychicznej:
 - Ludzie w trakcie procesu socjalizacji **internalizują społeczne koncepcje choroby psychicznej** i uczą się co to znaczy być chorym psychicznie. Rodzi się stopniowe przekonanie, że postawy społeczne wobec tych chorych są negatywne (*większość ludzi odrzuciłby ich jako sąsiadów, pracowników, znajomych, uważałaby ją jako mniej wiarygodną, inteligentną, kompetentną*),
 - Zinternalizowane przekonania o powszechnej dewaluacji i dyskryminacji chorych psychicznie, nabierają dla osoby, która zachoruje nowego znaczenia. Zaczynają się odnosić do „Ja” i przekształcają się w „oczekiwanie odrzucenia”,
- Wg Linka, „naznaczone” osoby podejmują trzy główne strategie, za pomocą których starają się unikać negatywnych skutków stygmatyzacji:
 - Zachowywanie informacji na temat leczenia psychiatrycznego w tajemnicy,
 - Wycofanie z kontaktów społecznych, postrzeganych jako źródło zagrożenia,
 - Edukowanie innych w celu wpłynięcia na nieprzychylnie postawy społeczne.

Piętno publiczne i samopiętnowanie wg Corrigan

- **Piętno publiczne** (public stigma) - to stygmatyzacja związana z postawami społecznymi wobec chorych psychicznie,
- **Samopiętnowanie** (self-stigma) obejmuje
 - **Samostereotypy** (*self-stereotype*), czyli negatywne przekonania o samym sobie związane z przynależnością do napiętnowanej grupy;
 - **Samouprzedzenia** (*self-prejudice*), czyli negatywne reakcje emocjonalne wynikające z akceptacji i odniesienia do siebie stereotypów (zaniżona samoocena, niskie poczucie samoskuteczności);
 - **Samodyskryminacja** (*self-discrimination*), czyli reakcja behawioralna na uprzedzenia, np. rezygnacja z poszukiwania pracy.

Piętno strukturalne i instytucjonalne

- Stygmatyzacja może mieć charakter instytucjonalny lub strukturalny i przyczyniać się do ograniczania szans życiowych różnych grup mniejszościowych,
- Stygmatyzacja **instytucjonalna** to różnego rodzaju praktyki, reguły i procedury publicznych i prywatnych instytucji posiadających pewną władzę, które w sposób intencjonalny – świadomie i celowo ograniczają prawa i możliwości życiowe pewnych grup,
- Stygmatyzacja **strukturalna** ma natomiast charakter niezamierzony, np. dążenie do finansowej efektywności może powodować społeczne wykluczenie i dyskryminację słabszych grup.

5.3. Skutki stygmatyzacji

- Utrudnia osobom chorym psychicznie pełny udział w życiu społecznym,

- Prowadzi do zmniejszenia szans życiowych, samorealizacji i realizacji ważnych życiowych celów,
- Utrudnia dostęp do takich zasobów jak np. mieszkanie, edukacja, zatrudnienie, co skutkuje obniżeniem ich statusu ekonomicznego,
- Prowadzi do ograniczania niektórych praw obywatelskich,
- Przyczynia się do wykluczenia i izolacji społecznej z powodu odrzucenia przez najbliższych oraz z działalności społecznej,
- Przyczynia się do przyjęcia defensywnej postawy, wycofania z relacji społecznych, co skutkuje ograniczeniem sieci społecznej,
- Prowadzi do obniżenia samooceny i samoskuteczności, depresji, gorszej jakości życia,
- Chorzy zdają sobie sprawę z negatywnego stosunku do nich, co niekorzystnie wpływa na np. poszukiwanie pracy, chęć poszukiwania profesjonalnej pomocy i pogarsza współpracę w leczeniu, ponieważ obawiają się oni odrzucenia.
- W efekcie sytuacja ta prowadzi do:
 - Obniżenia skuteczności podejmowanych wysiłków terapeutycznych,
 - Utrudnia proces zdrowienia,
 - Zwiększając poziom stresu przyczynia się pośrednio do pogorszenia stanu klinicznego (zwiększa szanse na pojawianie się kolejnych epizodów, zaostrzeń, procesu chronicznego a w konsekwencji niesprawności).

3.4. Przeciwdziałanie stygmatyzacji

- Obowiązujące akty prawne nakładają na nas obowiązek kształtowania właściwych postaw społecznych wobec choroby psychicznej oraz przeciwdziałania takim zjawiskom jak dyskryminacja, wykluczenie społeczne czy stygmatyzacja.
- Ponieważ stosunek społeczeństwa do chorych psychicznie zbudowany został na mitach, coraz częściej podkreśla się, że konieczna jest jego zmiana w kierunku akceptacji i tolerancji inności, aby:
 - Chorzy z zaburzeniami psychicznymi przestali doświadczać wyalienowania, dystansu i stygmatyzacji ze strony otoczenia,
 - Mogli w pełni włączyć się w jego życie i zintegrować z jego członkami.

Poziomy interwencji Haghghat'a

Haghghat uważa, że skuteczna destygmatyzacja musi mieć charakter ciągły i kompleksowy, oparty na 6 poziomach interwencji:

- Poziom poznawczy (interwencja edukacyjna),
- Poziom afektywny (interwencja psychologiczna),
- Poziom dyskryminacji (interwencja legislacyjna),
- Poziom zaprzeczania (interwencja lingwistyczna),
- Poziom ekonomiczny (interwencja polityczna),

-
- Poziom ewolucyjny (interwencja intelektualna i kulturowa).

Przykłady działań destygmatyzacyjnych

Opierając się na wymienionych przez Haghghat'a poziomach interwencji na rzecz przeciwdziałania stygmatyzacji, można wymienić następujące działania:

W zakresie działań edukacyjnych - podkreślanie [7,11]

- Powszechności problemów psychicznych. Należą one do najczęstszych chorób i mogą dotknąć każdego człowieka,
- Możliwości ich leczenia, a nawet wyleczenia. Przekonanie związane z XIX wiecznym podejściem do chorych i brakiem możliwości ich leczenia zostało obalone w latach 50-ych XX wieku wraz z wprowadzeniem neuroleptyków,
- Faktu, że wbrew opiniom, choroby psychiczne są rzadko związane z agresją i przemocą, zwłaszcza nakierowaną na innych – liczba przestępstw, a zwłaszcza przeciwko mieniu i życiu jest zdecydowanie mniejsza wśród osób cierpiących na choroby psychiczne niż wśród osób zdrowych. Chorzy psychicznie mogą być niebezpieczni, jednak częściej dla siebie niż dla otoczenia.

W zakresie działań legislacyjnych

- Opracowanie spójnego programu polityki i ustawodawstwa zapewniających równe prawa, odpowiadające standardom praw człowieka i przeciwdziałających dyskryminacji i stygmatyzacji,
- Popieranie integracji dzieci i młodzieży z problemami zdrowia psychicznego poprzez system szkoleń edukacyjnych,
- Wprowadzanie polityki zatrudnienia, mającej na celu eliminację stygmatyzacji i dyskryminacji osób z problemami zdrowia psychicznego,
- Organizowanie zawodowych szkoleń dla osób z problemami zdrowia psychicznego i wspieranie adaptacji miejsc i metod pracy do ich specjalnych potrzeb, w celu zapewnienia im zatrudnienia na konkurencyjnym rynku pracy.

W zakresie interwencji informacyjno-edukacyjnej

- Stworzenie ram dla konstruktywnego dialogu ze środkami masowego przekazu.

Zapobieganie stygmatyzacji – zapisy w NPOZP

• NPOZP na lata 2017-2022

W zakresie prowadzenia działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi, wymieniono:

- Opracowanie ogólnych zasad postępowania dotyczących przedstawiania wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach,
- Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi;

• Projekt NPOZP na lata 2023-2030

W zakresie prowadzenia działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi wymieniono prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących:

- Przedstawiania wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach,
- Konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi.

10 tez Adama Bilikiewicza

W Polsce stygmatyzacji szczególnie podlegają chorzy ze schizofrenią. Program zmiany postaw społecznych można zawrzeć **w 10 tezach**, które odpowiadając współczesnej wiedzy starają się przeciwstawić stereotypom i niechętnym postawom społecznym:

- **Schizofrenia jest chorobą** – nie jest jakimkolwiek wykroczeniem, nikt nie ponosi za nią winy, wiąże się z cierpieniem i imperatywem pomocy,
- **Schizofrenia jest chorobą o wielu wymiarach** – nie tylko neurobiologicznym, ale także osobowym, społecznym i duchowym,
- **Schizofrenia nie jest tylko chorobą** – lecz także indywidualnym i społecznym doświadczeniem człowieka
- **Schizofrenia nie jest chorobą dziedziczną** – czynniki genetyczne wywierają wpływ, lecz nie determinują zachorowania w sposób jednoznaczny, bez udziału czynników niegenetycznych
- **Schizofrenia nie jest chorobą nieuleczalną** – rokowanie jest poważne, lecz nie zawsze niepomyślne, a prawie zawsze w istotny sposób można chorym pomóc
- **Jest schizofrenia – nie ma „schizofreników”** – choroba nie określa osoby chorego, zawsze zachowuje on podmiotowość i znaczne obszary zdrowego funkcjonowania
- **Chory na schizofrenię pozostaje człowiekiem, osobą, obywatelem** – jak każdy z nas, choroba nie odbiera człowieczeństwa, godności ani praw obywatelskich
- **Chorzy na schizofrenię nie zagrażają innym bardziej niż osoby zdrowe** – agresja stanowi problem u zdecydowanej mniejszości chorych, a leczenie umożliwia jej kontrolę
- **Chorzy na schizofrenię oczekują szacunku, zrozumienia i pomocy** – należy przeciwdziałać stygmatyzacji, niezrozumieniu i dyskryminacji
- **Schizofrenia rzuca światło na pytania egzystencjonalne wspólne chorym i zdrowym** – chorzy mają wiele do powiedzenia, trzeba ich tylko uważnie słuchać

4. PROGRAMY PROMOCJI ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Działania w tym zakresie wyznaczają podstawowe dokumenty państwowe, publikowane jako Narodowe Programy Zdrowia. W każdym z nich znajdują się cele kierunkowane na zdrowie psychiczne.

Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025

W aktualnym NPZ, wśród celów operacyjnych 2 cele dotyczą zdrowia psychicznego:

Cel operacyjny 2 - Profilaktyka uzależnień

Cel operacyjny 3 – Promocja zdrowia psychicznego

NPZ nakreśla działania w zakresie poszczególnych rodzajów profilaktyki uzależnień i działalności Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

Promocja zdrowia i profilaktyka w działalności KCPU

Profilaktyka uzależnień – celem jej jest:

- ograniczanie rozmiarów używania lub nadużywania substancji psychoaktywnych (alkohol, nikotyna, narkotyki, nowe substancje psychoaktywne, leki)
- oraz zapobieganie różnorodnym szkodom zdrowotnym i społecznym, które są z tym związane, takim jak: groźne choroby i infekcje, wypadki drogowe, zatrucia i przedawkowania, uzależnienia, niepełnosprawność, marginalizacja, konflikty z prawem, problemy młodych ludzi w uzyskaniu zatrudnienia, akty agresji, problemy w relacjach z innymi, problemy w nauce i inne destrukcyjne lub szkodliwe czyny popełniane pod wpływem substancji psychoaktywnych oraz w związku z nimi

Profilaktyka problemów behawioralnych - obejmuje nadużywanie:

- Internetu, komputera lub telefonu, problemowy hazard

Profilaktyka problemów i zaburzeń psychicznych - obejmuje przeciwdziałanie

- m.in. zaburzeniom zachowania, depresji, samobójstwom.

Podsumowanie - Profilaktyka uzależnień, problemów psychicznych i behawioralnych polega na:

- eliminowaniu lub redukowaniu wpływu znaczących czynników ryzyka używania i nadużywania substancji psychoaktywnych / problemów behawioralnych / problemów zdrowia psychicznego,
- osłabianiu / kompensowaniu zagrożeń (czynników ryzyka) poprzez działanie czynników chroniących

Standardy profilaktyki – skuteczne strategii i programy

Okres prenatalny/ niemowlęcy

- Interwencja wobec kobiet w ciąży i młodych matek uzależnionych od substancji psychoaktywnych
- Wizyty domowe u kobiet w ciąży lub u młodych matek z grupy ryzyka

Okres przedszkolny (2-5 lat)

- Edukacja przedszkolna nastawiona na rozwój umiejętności społecznych i poznawczych

Okres wczesnoszkolny (6-11 lat)

- Programy rozwijania umiejętności rodziców,
- Programy poprawy jakości edukacji szkolnej i klimatu szkoły,
- Programy rozwijania umiejętności psychospołecznych dzieci w wieku wczesnoszkolnym.

Okres adolescencji (11-19 lat)

- Programy edukacji normatywnej i rozwijania umiejętności życiowych młodzieży,
- Polityka kształtowania kultury szkoły sprzyjającej zdrowiu i bezpieczeństwu uczniów.
- Motywowanie do zmiany ryzykownego zachowania (krótkie interwencje profilaktyczne),
- Długoterminowe wspieranie młodzieży z grup ryzyka (mentoring),
- Zwiększanie osobistych kompetencji u osób podatnych na zachowania ryzykowne ze względu na ich psychologiczną charakterystykę

Młodzi dorośli (20 lat i więcej)

- Ograniczanie dostępności do legalnych substancji psychoaktywnych poprzez politykę fiskalną i inne regulacje prawne utrudniające dostęp do alkoholu i nikotyny,
- Minimalizowanie szkód związanych z nierozsądnym korzystaniem z substancji psychoaktywnych (w miejscach zabawy i rekreacji)
- Motywowanie do zmiany ryzykownego zachowania [standardy profilaktyki, KCPU]

System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego - KCPU

- System wprowadzono w ramach realizacji zadań z zakresu promocji zdrowia i zapobiegania zaburzeniom wynikającym z celów NPOZP

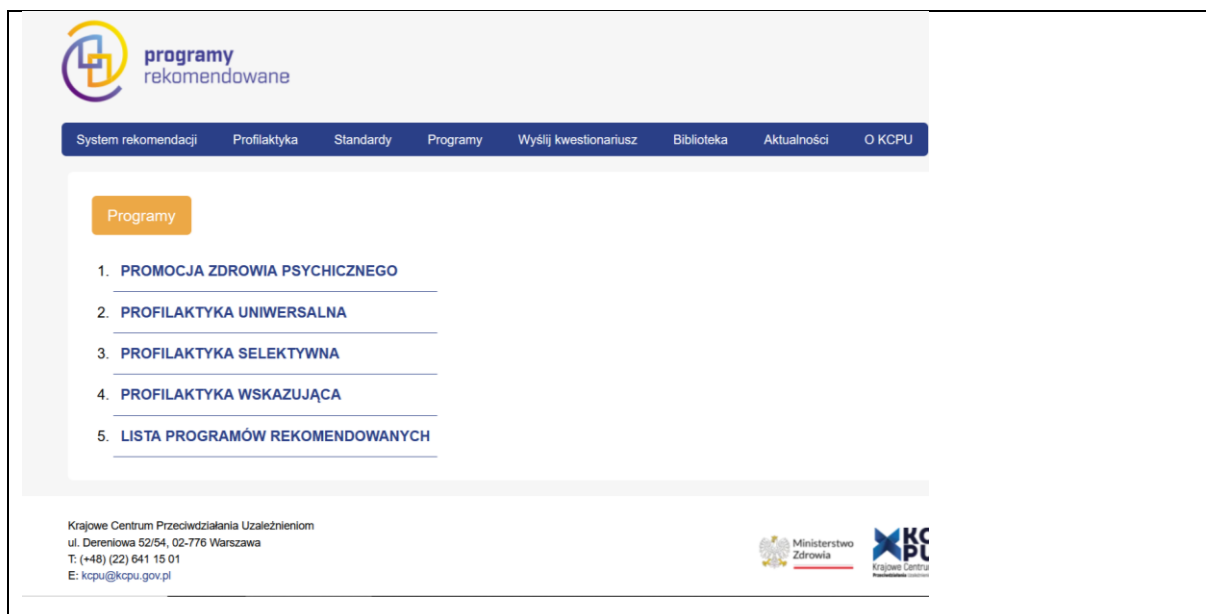
-
- System oceny jakości programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego opracowany i wdrażany we współpracy /przez:
 - KBPN (Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii)
 - PARPA (Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych)
 - ORE (Ośrodek Rozwoju Edukacji)
 - IPiN (Instytut Psychiatrii i Neurologii).
 - Obecnie (od 2022 instytucje połączone jako KCPU)
 - W ramach systemu dokonywana jest ocena programów z obszarów promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki uzależnień (profilaktyki narkomanii, profilaktyki problemów alkoholowych) oraz programów profilaktyki innych zachowań problemowych (ryzykownych) dzieci i młodzieży.
 - Programy są badane pod kątem spełnienia standardów - szczegółowych wymagań odnoszących się do jakości programu jako całości, a także poszczególnych etapów jego realizacji, tj. etapu diagnozy i oceny potrzeb, wyboru grupy docelowej, planowania celów i sposobów ich realizacji, zapewnienia jakości realizacji oraz monitorowania i oceny efektów programu w trakcie ewaluacji.

Zakresy programów rekomendowanych

Programy rekomendowane dotyczą:

- **Promocji zdrowia psychicznego** – na wszelkie działania mające na celu polepszenie jakości życia i dobrostanu psychicznego całej populacji, w tym również osób z problemami zdrowia psychicznego i ich opiekunów (rodzin, przyjaciół, bliskich). Cele te można zrealizować poprzez opracowanie i wprowadzenie w życie skutecznych planów działań (programów) promujących zdrowie psychiczne.
- **Profilaktyki uniwersalnej** – ukierunkowana na całe populacje (bez względu na stopień indywidualnego ryzyka występowania problemów). Ich celem jest zmniejszanie lub eliminowanie czynników ryzyka sprzyjających rozwojowi problemów w danej populacji i wzmacnianie czynników wspierających prawidłowy rozwój
- **Profilaktyki selektywnej** – ukierunkowana na jednostki i grupy zwiększonego ryzyka (ze względu na swoją sytuację społeczną, rodzinną, środowiskową lub uwarunkowania biologiczne)
- **Profilaktyki wskazującej** –profilaktyka ukierunkowana na jednostki (lub grupy) wysokiego ryzyka demonstrujące wczesne symptomy problemów związanych z używaniem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych.

Przykłady programów rekomendowanych

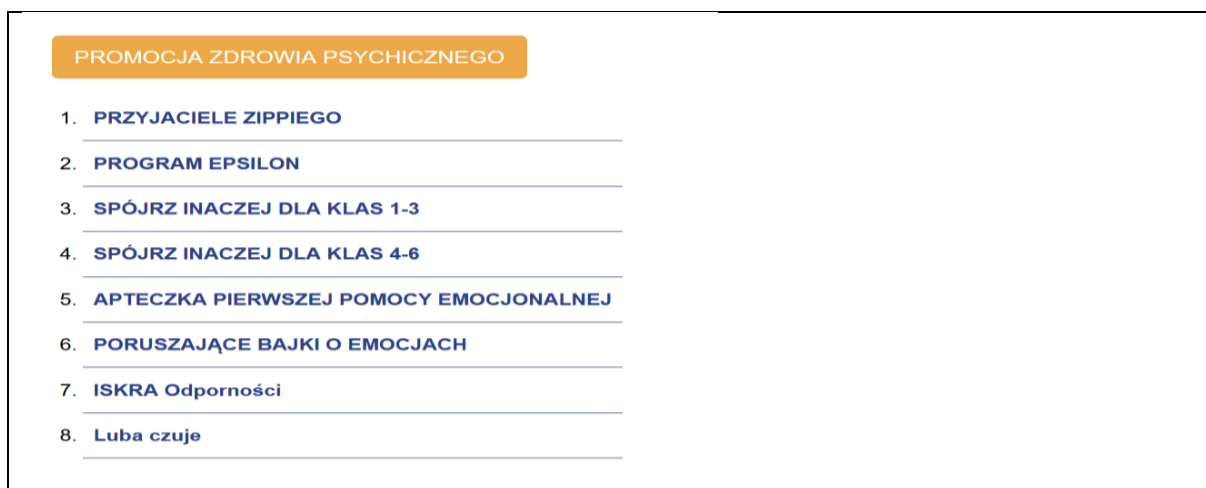


The screenshot shows the website 'programy rekomendowane' with a navigation menu and a list of programs. The list includes:

1. PROMOCJA ZDROWIA PSYCHICZNEGO
2. PROFILAKTYKA UNIWERSALNA
3. PROFILAKTYKA SELEKTYWNA
4. PROFILAKTYKA WSKAZUJĄCA
5. LISTA PROGRAMÓW REKOMENDOWANYCH

Contact information for Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom is provided at the bottom left, and logos for the Ministry of Health and the National Center for Addictions are at the bottom right.

Rycina 30. Grupy programów w zakresie zdrowia psychicznego rekomendowanych przez KCPU [Źródło: <https://programyrekomendowane.pl/strony/o-kbpn,106>]



The screenshot shows a list of programs under the heading 'PROMOCJA ZDROWIA PSYCHICZNEGO':

1. PRZYJACIELE ZIPPIEGO
2. PROGRAM EPSILON
3. SPÓJRZ INACZEJ DLA KLAS 1-3
4. SPÓJRZ INACZEJ DLA KLAS 4-6
5. APTECZKA PIERWSZEJ POMOCY EMOCJONALNEJ
6. PORUSZAJĄCE BAJKI O EMOCJACH
7. ISKRA Odporności
8. Luba czuje

Rycina 31. Programy promocja zdrowia psychicznego rekomendowane przez KCPU



The screenshot shows a list of programs under the heading 'PROFILAKTYKA UNIWERSALNA':

1. ARCHIPELAG SKARBÓW
2. PROGRAM DOMOWYCH DETEKTYWÓW „JAŚ I MAŁGOSIA NA TROPIE”
3. PROGRAM FANTASTYCZNE MOŻLIWOŚCI
4. LABORATORIUM WIEDZY POZYTYWNEJ
5. PROGRAM WZMACNIANIA RODZINY
6. SZKOŁA DLA RODZICÓW I WYCHOWAWCÓW
7. PROGRAM PROFILAKTYCZNY DEBATA
8. TRZY KOŁA
9. UNPLUGGED
10. ARS, CZYLI JAK DBAĆ O MIŁOŚĆ?
11. SPÓJRZ INACZEJ DLA KLAS 1-3
12. SPÓJRZ INACZEJ DLA KLAS 4-6
13. PROGRAM PROFILAKTYCZNO – WYCHOWAWCZY EPSILON
14. APTECZKA PIERWSZEJ POMOCY EMOCJONALNEJ
15. TUTORING SZKOLNY – program pedagogiki dialogu
16. ZAGRAJMY RAZEM
17. PROJEKT LUSTRO
18. WSPÓLNE KROKI W CYBERŚWIECIE
19. ISKRA Odporności

Rycina 32. Programy w zakresie profilaktyki uniwersalnej rekomendowane przez KCPU

PROFILAKTYKA SELEKTYWNA
1. PROGRAM WSPOMAGANIA ROZWOJU PSYCHOSPOŁECZNEGO DZIECI NIELUBIANYCH
2. PROGRAM WSPOMAGANIA ROZWOJU PSYCHOSPOŁECZNEGO DZIECI NIEŚMIĄŁYCH
3. FRED GOES NET
4. BEZPIECZNIEJ W DOROSŁOŚĆ
5. PROGRAM WZMACNIANIA RODZINY
6. ŚRODOWISKOWA PROFILAKTYKA UZALEŻNIEŃ
7. SZKOLNA INTERWENCJA PROFILAKTYCZNA
8. PROGRAM NAUKI ZACHOWANIA
9. PROFILAKTYCZNY BANK DOBRYCH PRAKTYK

Rycina 33. Programy w zakresie profilaktyki selektywnej rekomendowane przez KCPU

PROFILAKTYKA WSKAZUJĄCA
1. FRED GOES NET
2. BEZPIECZNIEJ W DOROSŁOŚĆ
3. SZKOLNA INTERWENCJA PROFILAKTYCZNA

Rycina 34. Programy w zakresie profilaktyki wskazującej rekomendowane przez KCPU

ROZDZIAŁ 6.

ZASADY OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ SPRAWOWANEJ WOBEC PACJENTA Z PRZEWLEKŁYMI ZABURZENIAMI ZDROWIA PSYCHICZNEGO

1. CHOROBA PSYCHICZNA JAKO CHOROBA PRZEWLEKŁA

Kryteria podziału chorób i ich przebieg

Oceniając przebieg schorzenia zwykle rozpatruje się trzy parametry, na podstawie których dokonuje się podstawowego podziału chorób na choroby ostre i przewlekłe.

Parametrami tymi są:

- Czas trwania choroby,
- Jej przebieg,
- Medyczne skutki choroby.

Biorąc pod uwagę powyższe kryteria oraz inne charakterystyki wyróżnia się przebieg chorób:

- Ostry
- Przewlekły`
- Epizodyczny
- Nawracający - z remisjami (pełnymi lub niepełnymi - funkcjonalnymi) i zaostrzeniami objawów
- Liniowy - ciągły, stopniowo i powoli postępujący
- Trwały

Pojęcie choroby przewlekłej

Przez chorobę przewlekłą rozumie się:

- „Wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, które mają jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych:
 - Są trwałe,
 - Pozostawiają po sobie inwalidztwo,
 - Spowodowane są nieodwracalnymi zmianami patologicznymi,
 - Wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego albo według wszelkich oczekiwań wymagać będą długiego okresu nadzoru, obserwacji czy opieki”
(Komisja Chorób Przewlekłych przy WHO)
- „Zaburzenie o długim okresie trwania, które może być:
 - Postępujące i o złym rokowaniu
 - Lub też związane z relatywnie normalnym biegiem życia pomimo nieprawidłowości występujących w fizycznym lub psychicznym funkcjonowaniu”.
- Niekorzystny stan, który trwa dłużej niż 3 miesiące w roku lub wymaga ciągłej hospitalizacji co najmniej przez okres 1 miesiąca (Pless i Pinkerton 1975)

-
- „To choroby trwające przez znaczny okres lub mają charakter nawracający, to znaczy w długim czasie następują kolejne rzuty choroby (*Hobbs, Ireys i Perrin 1985*).

Cechy przewlekłych zaburzeń zdrowia psychicznego

Zaburzenia psychiczne mogą przebiegać w sposób epizodyczny, trwały czy nawracający. Wiele z nich ma jednak charakter przewlekły, gdyż charakteryzują się:

- Długością trwania,
- Wymagają długotrwałych i częstych hospitalizacji,
- Wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego, nadzoru, obserwacji, opieki,
- Mają charakter stały lub nawracający (okresy remisji i nawrotów choroby z zaostrzeniem objawów),
- Mogą powodować niepełnosprawność.

Taki charakter zaburzeń dotyczy:

- Schizofrenii i psychoz z jej kręgu
- Zaburzeń nastroju
- Zaburzeń nerwicowych o szczególnie niekorzystnym przebiegu i nasilonych objawach
- Zespołów uzależnień
- Upośledzenia umysłowego.

2. Schizofrenia jako choroba przewlekła

Ze względu na przebieg oraz rozległość deficytów (poznawczych, emocjonalnych, społecznych) na szczególną uwagę jako chorobę psychiczną o charakterze przewlekłym zasługuje schizofrenia.

WPROWADZENIE

- Pierwszy raz zaburzenie o podobnym obrazie klinicznym zostało opisane przez Benedicta Morela w 1852 r.
- Duży wkład w rozwój koncepcji wniósł Emil Kraepelin w 1896 r.
- Termin „schizofrenia” wprowadzony został dopiero w 1911 roku przez Eugena Bleulera, który zauważył, że schizofrenia nie stanowi jednolitej choroby, ale grupę zaburzeń o pewnych cechach wspólnych, nazwanych objawami osiowymi.
- Termin „schizofrenia” pochodzi od słów *schizis* i *phren*, tłumaczonych odpowiednio jako: „rozszczerzyć” i „umysł”
- Pomimo istnienia wielu teorii etiologicznych schizofrenii, przyczyna jej powstawania jest nadal niejasną.
- Schizofrenia uznawana jest za najczęstszą i najbardziej zaburzającą funkcjonowanie psychozę.

Objawy schizofrenii

Objawy osiowe i pierwszorzędowe

Zaburzenia z kręgu schizofrenii charakteryzują objawy określone jako **osiowe i pierwszorzędowe**, które nie występują w innych psychozach. Obecnie uznawane są dwie listy objawów. Objawy podstawowe i pierwszorzędowe są **objawami swoistymi** (charakterystycznymi dla schizofrenii, niewystępującymi w innych zaburzeniach).

Tabela 3. Objawy podstawowe i pierwszorzędowe w schizofrenii

Objawy podstawowe (E. Bleuler) 1911	Objawy pierwszorzędowe (K. Schneider) 1948
Cztery „A” Zaburzenia asocjacji - formalne zaburzenia myślenia (toku): *przyspieszenie toku *otamowanie - <i>luki w myśleniu</i> *natłok myśli - <i>mantyzm</i> *perseweracje - <i>powtórzenia</i> *rozkojarzenie myślenia - <i>werbigeracje</i> (<i>wtrącanie niezrozumiałych słów o podobnym znaczeniu</i>) <i>schizoafazja- sałatka słowna, rozpad myśli</i> Zaburzenia afektu - zubożenie, spłylenie i niedostosowanie Ambiwalencja - dwuwartościowość, objawy rozszczepienne *uczuciowa, *myślenia i sądów (<i>ambisentencja</i>) *dążeń i działania, (<i>ambitendencja</i>) Autyzm	*Ugłóśnienie myśli - <i>omamy rzekome</i> *Głosy w postaci za i przeciw - <i>omamy słuchowe dyskutujące</i> *Głosy komentujące zachowanie chorego uwagami - <i>omamy słuchowe komentujące</i> *Oddziaływania cielesne - <i>urojenia</i> *Odciąganie i inne oddziaływania na myśli - <i>urojenia</i> *Odślonięcie, czyli rozgłaśnianie myśli - <i>urojenia</i> *Spostrzeżenie urojeniowe *Inne oddziaływania na uczucia, dążenia i wolę - <i>urojenia</i>

Objawy pozytywne

- Są wyrazem nieprawidłowej aktywności umysłu pacjenta, przyczyniającej się do powstawania zjawisk psychopatologicznych. Określane są także jako **objawy wytwórcze bądź produktywne**. Nazwa ta wskazuje na występowanie objawów czynnie generowanych przez mózg.
- Do objawów pozytywnych zaliczamy:
 - Urojenia, omamy,
 - Dziwaczne, przesadnie zmienione, zniekształcone zachowanie,
 - Podniecenie, pobudzenie, wrogie lub agresywne zachowanie,
 - Podejrzliwość, myślenie odnoszące.

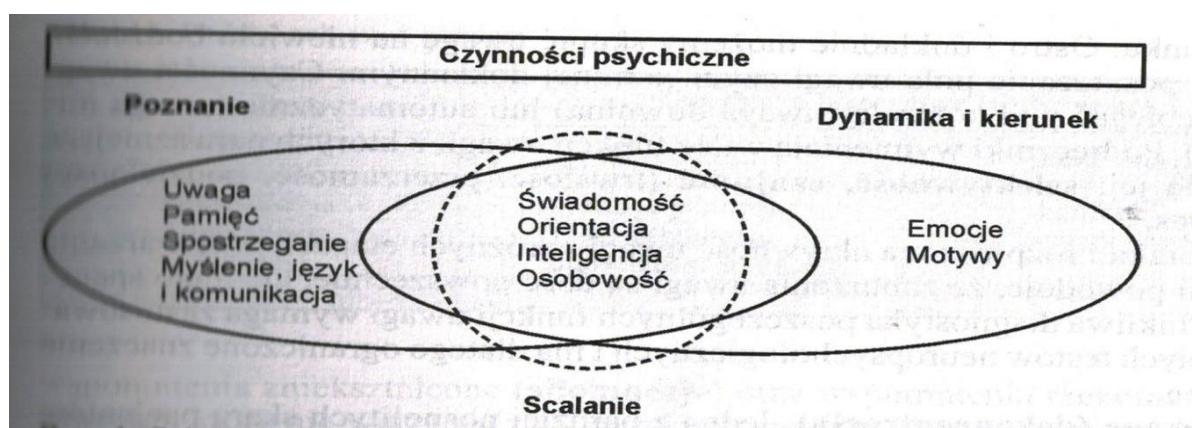
Objawy negatywne

- Inaczej zwane **ubytkowymi**,

- Wynikają z obniżenia, zmniejszenia bądź utraty normalnych funkcji psychicznych i behawioralnych.
- Zaliczyć tu można
 - Anergię (brak energii),
 - Anhedonię (zmniejszenie odczuwania przyjemności),
 - Apatię,
 - Wycofanie emocjonalne i społeczne,
 - Unikanie kontaktu (w tym wzrokowego),
 - Stępiony bądź spłycony afekt,
 - Awolicję (pasywność, brak siły woli),
 - Obniżenie zdolności abstrakcyjnego myślenia,
 - Alogię (brak spontaniczności w rozmowie, jej unikanie; zubożenie słownictwa).

Objawy wynikające z dezorganizacji (dezintegracji psychicznej)

- Są wyrazem niesprawności
 - **Scalania** - dotyczą środowiska wewnętrznego
 - **Wymiany** - informacji, uczuć i motywów z otoczeniem
- Obejmują zaburzenia poznawcze, niespójne albo zdezorganizowane wypowiedzi, stereotypowe, bezcelowe, powtarzalne zachowania i gesty, zaburzenia uwagi,
- Objawy te wynikają z osłabienia integralności i harmonii zjawisk psychicznych (**niedostosowanie** - przeżycia i zachowania chorych różnią się z oczekiwaniami rozmówcy czy obserwatora).
- 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).



Rycina 35. Podział czynności psychicznych [B]

Trudności w adaptacji życiowej - dezadaptacja

- To kolejna cecha typowa dla zaburzeń schizofrenicznych, której ryzyko jest znaczne (Sadock, 2003).

-
- Obejmuje wiele aspektów przystosowania do codziennego życia w środowisku społecznym. Trudności dotyczą:
 - Umiejętności komunikacji interpersonalnej i utrzymywania związków międzyludzkich,
 - Aktywności szkolnej i zawodowej, samodzielności, w tym czynności samoobsługowych, dbałości o higienę własną, itp. (Cechnicki, 1992; Muesser, Gingerich, 1996; Meder, 2004).

Typy schizofrenii

Schizofrenia paranoidalna [F20.0]

- Jest to najczęściej występująca w naszym kręgu kulturowym postać schizofrenii. W jej obrazie klinicznym dominują **urojenia i omamy**.
- Urojenia często bywają **dziwaczne** (niedostosowane kulturowo), niespójne, czasem zmienne w treści. Typowe dla schizofrenii urojenia to przekonania, w których jakby zatraceniu uległy granice między światem zewnętrznym i innymi ludźmi a chorym, np.:
 - Nasyłania myśli,
 - Kontrolowania innych,
 - Bycia kontrolowanym przez innych
 - Urojenia wpływu czy owładnięcia,
 - Odślonięcia myśli, zabierania myśli,
 - Spostrzeżenia urojeniowe czyli urojeniowa interpretacja zjawisk z otoczenia chorego.
- Mimo że wspomniane wyżej rodzaje urojeń są najbardziej charakterystyczne, to pod względem częstości występowania
 - Dominują **urojenia prześladowcze i wielkościowe**, często niedostosowane kulturowo
 - Charakterystyczne bywają też **omamy słuchowe**, zwłaszcza w postaci głosów dyskutujących między sobą komentujących zachowanie chorego bądź mówiących o nim w trzeciej osobie.
 - Typowe są także głosy pochodzące z części ciała pacjenta albo nakazujące mu jakieś działanie
 - Mogą występować także omamy związane z innymi zmysłami, ale rzadko są dominujące.
- Pojawiają się niekiedy zaburzenia formalne myślenia, zaburzenia motoryki, afektu czy inne, ale nie przeważają one w obrazie klinicznym schizofrenii paranoidalnej.
- Nierzadkie są zmiany zachowania; pacjent może być agresywny, pobudzony, może budzić poczucie zagrożenia u innych.
- Ta postać schizofrenii stosunkowo najlepiej rokuje. Spośród wszystkich postaci schizofrenii dla tej formy rozwinięto najbardziej adekwatne metody leczenia.

Schizofrenia katatoniczna [F20.2]

- Obecnie postać tę rzadko obserwuje się w kręgu cywilizacji zachodniej.
- Dominują w niej zaburzenia napędu psychoruchowego.
 - Mogą one osiągać poziom znacznego chaotycznego pobudzenia - mamy wówczas do czynienia z postacią **hiperkinetyczną**.
 - Może też dochodzić do całkowitego znieruchomienia - **osłupienia (stuporu) - w postaci hipokinetycznej**.
 - Często są formy pośrednie między tymi dwiema skrajnościami - pacjent może stopniowo zwalniać swoje ruchy, ociężale wykonywać nawet proste czynności. Spowolnione jest wówczas tempo wypowiedzi. Może wystąpić także **mutyzm** - całkowite zahamowanie wypowiedzi.
- Mogą występować też jakościowe zmiany w motoryce – sztywność mięśni sztywne i wzmożone ich napięcie, co może prowadzić do zjawisk:
 - **Koła zębatego** – czyli skokowych zmian oporu w zakresie zginaczy przy próbie ich rozprostowania (zgiętej kończyny, najczęściej bada się zginacz ramienia).
 - **Objawu poduszki powietrznej** - uniesienie głowy przez leżącego pacjenta nad poziom podłoża, utrzymujący się nieraz całymi dniami.
 - **Katalepsji** – w skrajnej sytuacji wzmożonego napięcia mięśniowego pacjent może całkowicie nieruchomo zastygnąć; chory pozostaje wówczas w dziwacznej, czasem skrajnie niewygodnej pozycji.
 - **Giętkości woskowej** - możliwości plastycznego kształtowania zastygłej w bezruchu sylwetki pacjenta.
 - **Giętkości pseudowoskowej** – zmienione położenie części ciała wraca do poprzedniej formy.
 - Pacjent może okazywać automatyczną uległość w formowaniu jego ciała oraz **negatywizm** - automatyczne przeciwstawianie się zmianom położenia.
- Typowe bywa **naśladownictwo wypowiedzi (echolalia)**, powtarzanie fraz i końcówek wypowiedzi, a także naśladownictwo ruchu innych osób (**echopraksja**).

Schizofrenia hebefreniczna - zdezorganizowana [F20.1]

- Ta forma schizofrenii zaczyna się zwykle w młodym wieku i cechują ją stosunkowo najmniej korzystne zejście choroby.
- Dominuje w niej **dezorganizacja zachowania i zaburzenia afektu**. Afekt jest płytki i **niedostosowany do sytuacji**, w kontakcie z innymi uderza lekceważeniem, przekornym, nieodpowiedzialnym, krnąbrnym zachowaniem, robieniem grymasów, manieryzmy.
- W zachowaniach **brak jest celowości** - aktywność, mimo że wydaje się znaczna, niczemu nie służy.
- W przeżywaniu dominuje **zubożenie emocjonalne**. Mowa często jest zdezorganizowana, widoczne są elementy rozkojarzenia.

-
- Z czasem rozwijają się wyraźne **objawy negatywne** - wycofanie, izolacja, ucieczka w pozorne aktywności i powierzchowne zainteresowania, **pseudofilozofowanie**.

Schizofrenia prosta [F20.6]

- Występuje stosunkowo rzadko. Dominują w niej powoli rozwijające się objawy negatywne.
- Zachowania stają się dziwaczne, chory stroni od ludzi, ucieka w autystyczny świat.
- Stopniowo następuje spłylenie afektu, spadek sprawności i kompetencji społecznej, utrata zainteresowań (abulia) i społeczne wycofanie się.
- Zaburzenia te narastają powoli i zwykle nie są poprzedzone objawami wytwórczymi. Jeśli występują urojenia czy omamy, to zwykle są one przelotne, słabo sformowane i wyrażone.

Schizofrenia rezydualna [F20.5]

Jest to postać schizofrenii, która następuje po jednej z uprzednio wymienionych. W jej przebiegu występują resztkowe, niezbyt nasilone objawy, na ogół z przewagą objawów negatywnych. Charakteryzuje ją przewlekłość i niewielka podatność na leczenie farmakologiczne.

Przebieg schizofrenii i rokowanie

- Schizofrenia jest chorobą przewlekłą, przebiegającą:
 - Najczęściej w **formie nawracającej**, czyli okresów zaostrzenia objawów (nawrotów choroby) i ich ustępowania czyli remisji - pełnej lub niepełnej (funkcjonalnej),
 - Rzadziej, w postaci jednego lub **kilku epizodów** z pełnym powrotem do zdrowia, bądź w postaci **stopniowo postępującego** pogorszenia stanu zdrowia,
- Może mieć nagły początek (ostry) lub może rozwijać się powoli. Szacuje się, że przeciętny czas od wystąpienia pierwszych zwiastunów choroby a jej zdiagnozowaniem wynosi ok. 2 lat (faza prepsychotyczna) , chociaż zachorowania ostre są częstsze niż przewlekłe – rozciągnięte w czasie,
- Czasem wystąpienie schizofrenii jest **poprzedzone wieloma niespecyficznymi objawami**, podobnymi do objawów nerwicowych:
 - Może to być lęk, niepokój, objawy psychosomatyczne czy natręctwa (tzw. rzekomonerwiczny początek schizofrenii),
 - Pierwszymi objawami choroby mogą być także: nieokreślone napięcie, zaburzenia snu, zaburzenia czynności poznawczych - pamięci, uwagi,
- Może też zacząć się nagle – nieoczekiwanym zachowaniem chorego, nagłym wydarzeniem - trudnym do zrozumienia w odniesieniu do dotychczasowego życia chorego, które nie pasuje do jego linii życiowej (tzw. **paragnomen**) . Może to być kradzież, ucieczka, obcesowe zachowanie itp.

-
- Najczęściej rozwija się w młodości, a pierwsze objawy często pojawiają się w ważnych momentach życia związanych ze stresem (nauka do matury, rozpoczęcie studiów, ślub) [J-Ps],
 - Pierwszy epizod schizofrenii jest trudnym wydarzeniem dla osoby chorej oraz rodziny,
 - W rokowaniu przyjmuje się tzw. regułę 1/3 oznaczającą, że w przybliżeniu:
 - 1/3 pacjentów właściwie leczonych wraca do zdrowia lub funkcjonuje na poziomie przedchorobowym (pełna remisja),
 - U kolejnej 1/3 występują objawy o nieznacznym nasileniu, które jednak umożliwiają funkcjonowanie społeczne, choć mniej sprawne niż przed zachorowaniem (częściowa, niepełna remisja -funkcjonalna),
 - U pozostałej 1/3 choroba ma przewlekły przebieg, z częstymi hospitalizacjami, a 10% pacjentów wymaga stałej opieki, zazwyczaj instytucjonalnej,
 - Skuteczność leczenia ostrych epizodów schizofrenii:
 - W ciągu 6 miesięcy sięga ok. 2/3,
 - Przy stosowaniu wyłącznie farmakoterapii, odsetek nawrotów w ciągu dwóch lat wynosi 63%, a jeśli leczenie obejmuje również oddziaływania psychospołeczne - 25%,
 - Około 10% pacjentów popełnia samobójstwo, a około połowy chorych podejmuje próby samobójcze,
 - Obecność czynników korzystnie rokujących:
 - Szybkie rozpoznanie i wczesne leczenie (nie opóźnianie leczenia – proces psychotyczny uszkadza komórki mózgu), systematyczność leczenia [J-Ps]
 - Późny początek zachorowania (zwłaszcza gwałtowny) z komponentą reaktywną (obecność czynnika wyzwalającego objawy),
 - Wysoki poziom funkcjonowania przedchorobowego - społecznego i zawodowego, rozwinięte relacje z ludźmi i związki osobiste.
 - Dobry klimat i relacje panujące w rodzinie chorego (nadmierne uwikłanie rodziny w życie chorego, wrogie czy krytyczne postawy powoduje gorsze rokowanie),
 - Niezaburzona osobowość przedchorobowa,
 - Korzystniejsze rokowanie związane jest również z występowaniem wyraźnych zaburzeń afektywnych w czasie choroby, pełniejszymi remisjami, dobrą reakcją na leki, bez częstych hospitalizacji i nieznacznie nasilonymi objawami negatywnymi.

Metody leczenia schizofrenii

Farmakoterapia

- Stosowanie leków przeciwpsychotycznych (neuroleptyków) Jest podstawową formą:

-
- Leczenia ostrych epizodów schizofrenii (**leczenie ostre**), ale nie powinna być jedyną (rekomendowane jest leczenie kompleksowe).
 - **Leczenia podtrzymującego** (kontynuacja leczenia po ustąpieniu/złagodzeniu objawów), służącego utrzymaniu stabilności psychicznej, dobremu funkcjonowaniu i zapobieganiu ostrym nawrotom choroby [J-Ps].
- Neuroleptyki łagodzą / usuwają objawy schizofrenii, zwłaszcza wytwórcze. Trudności natomiast dotyczą leczenia objawów negatywnych (tu lepszą skuteczność mają atypowe neuroleptyki),
 - Długość leczenia farmakologicznego schizofrenii (zapobieganie nawrotom) - często zaleca się przyjmowanie neuroleptyku do 1 roku po pierwszym epizodzie, 2-3 lata po drugim i 5 lat po kolejnym, a w trudnym przebiegu nawet przez całe życie. W przypadku nawrotu natychmiast powraca się do bardziej intensywnej farmakoterapii.
 - Ważnym zagadnieniem związanym z farmakoterapią jest **radzenie sobie pacjenta ze skutkami ubocznymi leków**. Przyjmowanie neuroleptyków nadal wiąże się z występowaniem działań ubocznych, nieraz znacznie utrudniających funkcjonowanie.
 - Stosowanie leków o przedłużonym działaniu (typu depot) zwłaszcza, gdy pacjent nie współpracuje, przerywa leczenie.

Psychoterapia

- Odgrywa istotną rolę w leczeniu schizofrenii i jest realizowana w formie indywidualnej, rodzinnej jak i grupowej. Dla przewlekle chorych wykorzystuje się również różne formy treningów umiejętności społecznych.
- Grupy terapeutyczne zmniejszają izolację pacjentów, dają chorym wsparcie i dystans do własnych objawów (zauważają je u innych pacjentów).
- Terapia rodzinna ukierunkowana jest na lepsze zrozumienie przez rodzinę i pacjenta skutków choroby, poprawę klimatu emocjonalnego w rodzinie, co przekłada się na mniejszą ilość nawrotów i hospitalizacji.
- Psychoterapia indywidualna to najczęściej psychoterapia „podtrzymująca”, nastawiona na wspieranie, doradzanie, edukację, korektę odbioru zewnętrznego świata, naukę, jak sobie radzić z towarzyszącymi jej kryzysami.

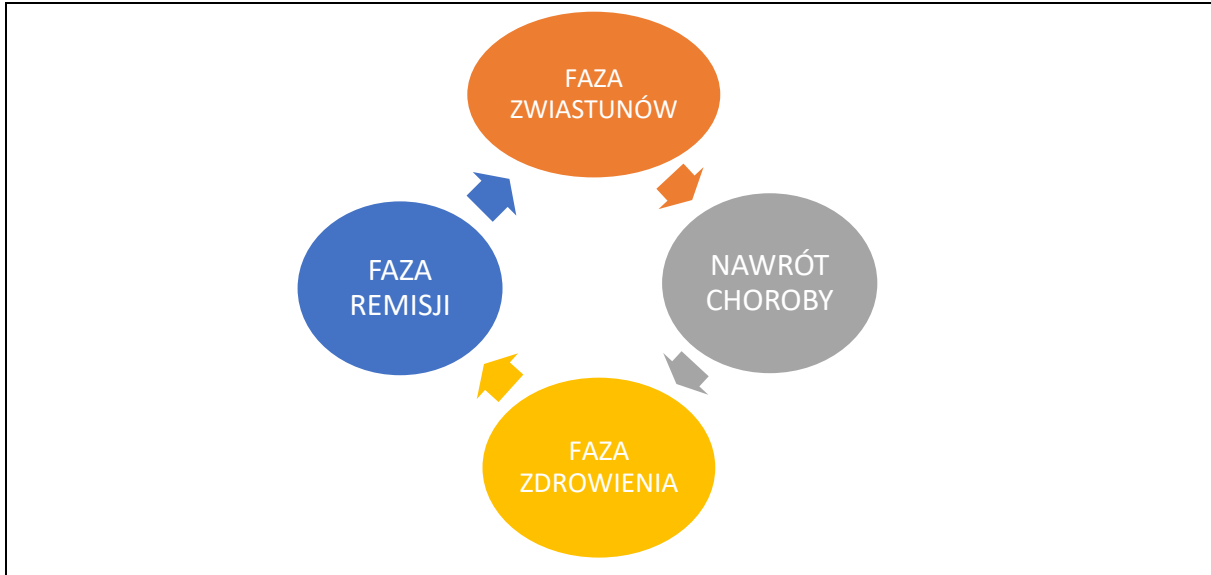
Leczenie elektrowstrząsami - EW

Wskazania są rzadkie, np.:

- Oporna na leczenie farmakologiczne schizofrenia katatoniczna
- Ryzyko nasilenia objawów niepożądanych, groźnych dla zdrowia (np. złośliwy zespół neuroleptyczny).

3. ETAPY CHOROBY PSYCHICZNEJ - na przykładzie schizofrenii, implikacje do psychoedukacji

Nawroty choroby najczęściej przebiegają w kilku następujących po sobie etapach (schemat 2).



Rycina 36. Etapy choroby w przebiegu nawracającym schizofrenii [opracowanie własne]

Etap pierwszy – okres objawów zwiastunowych

- Dotyczy okresu przed zaostrzeniem objawów podczas nawrotu choroby, kiedy pojawiają się najwcześniejsze objawy, tzw. **objawy zwiastunowe (ostrzegawcze)**, zapowiadające rozwój choroby. Mogą to być zmiany w samopoczuciu, zachowaniu, pojawiają się nagle i nie ustępują samoistnie, pogłębiają się.
- Wśród objawów zwiastunowych wyróżnia się:
 - **Objawy typowe** (najczęściej występujące), takie jak
 - Uczucie napięcia i drażliwości
 - Zaburzenia snu czy apetytu
 - Utrata zainteresowań i rzadsze kontakty ze znajomymi
 - Obniżenie czy chwiejność nastroju
 - Trudności w koncentracji uwagi
 - Nasilenie objawów psychopatologicznych
 - **Nietypowe sygnały ostrzegawcze** (idiosynkratyczne, wg Brzezickiego określane jako **paragnomen**) – to zmiana codziennych nawyków, nagła bez konkretnej przyczyny, chory robi rzeczy, które nie przystają do jego normalnego zachowania, np. kradzież, ucieczka.

Osoba w okresie zwiastunowym choroby jest świadoma pojawiających się objawów, utrata krytycyzmu następuje dopiero w drugiej fazie.

- **Dlatego istotna jest psychoedukacja chorych i ich rodzin w okresie remisji choroby dotycząca umiejętności rozpoznawania objawów ostrzegawczych.**

-
- Odpowiednio przygotowany chory (rodzina) będzie mógł dostrzec sygnały ostrzegawcze i odpowiednio zareagować, aby nie doszło do pełnoobjawowego nawrotu choroby i hospitalizacji.

Etap drugi – pełny obraz chorobowy (nawrót)

Ujawnienie się i nasilenie objawów charakterystycznych dla choroby - objawów wytwórczych, negatywnych, nasilenie niedostosowania i dezadaptacji. Chory może wymagać hospitalizacji.

Etap 3 – okres ustępowania objawów (faza zdrowienia)

To czas leczenia kompleksowego i rehabilitacji, prowadzącego do łagodzenia czy ustępowania zaostrzonych objawów chorobowych, powolnego powrotu do zdrowia i poprawy funkcjonowania.

Etap czwarty – remisja choroby

To okres ustąpienia objawów chorobowych:

- Remisja pełna
- Remisja niepełna (funkcjonalna)

Fazy choroby - Implikacje do psychoedukacji

Faza ostrzegawcza choroby

- Istotną rolę odgrywa umiejętność rozpoznawania objawów zwiastunowych (w fazie ostrzegawczej), kiedy chory ma jeszcze zachowany krytycyzm chorobowy
- Właściwe zareagowanie samego chorego jak też rodziny (opiekunów) w tej fazie, może przerwać proces nawrotu choroby i zapobiec hospitalizacji oraz stałemu pogłębianiu choroby.
- Każde kolejne zachorowanie i hospitalizacje są czynnikami niekorzystnymi dla rokowania.

Faza remisji

- Jest to najlepszy okres na realizację zajęć psychoedukacyjnych, przygotowujących chorych i ich opiekunów do radzenia sobie z różnymi problemami wynikającymi z choroby, w tym również rozpoznawania objawów zwiastunowych

4. Niepełnosprawność psychiczna

Pojęcie i występowanie niepełnosprawności psychicznej

Przez niepełnosprawność psychiczną

„Rozumie się występujące na tle zaburzeń psychicznych istotne ograniczenie zdolności adekwatnego pełnienia ról społecznych, przede wszystkim w zakresie rozumienia oraz przestrzegania wymagań związanych z tymi rolami”.

Dotyczy schorzeń:

- Wiążących się z poważnym ograniczeniem poznawczych, emocjonalnych i społecznych kompetencji,
- O intensywnym przebiegu (stałym lub nawracającym), których konsekwencje są widoczne w różnych aspektach funkcjonowania (WR-b).

Z danych epidemiologicznych wynika, iż choroby psychiczne istotnie wpływają na zjawisko niepełnosprawności. W Europie zaburzenia neuropsychiatryczne są zdecydowanie najważniejszą przyczyną chorób chronicznych:

- Są **pierwszą przyczyną lat przeżytych z niepełnosprawnością** (36.1%).
- Wśród **pierwszych spośród dwudziestu chorób**, które odpowiadają za najwyższe wartości wskaźnika YLD, znalazło się 7 chorób psychicznych - depresja jednobiegunowa (1), nadużywanie alkoholu (3), Zaburzenia lękowe (6) Choroba Alzheimera i inne demencje (9) Migreny (11), Schizofrenia (15), Choroba afektywna dwubiegunowa (17) – więcej w rozdziale pierwszym.

Przyczyny niepełnosprawności psychicznej

Przyczyny indukujące niepełnosprawność wg Winga

Wg Winga niepełnosprawność psychiczna indukowana jest przez:

- **Deficyty pierwotne** - różnorodność obrazu psychopatologicznego, typowego dla danej jednostki chorobowej,
- **Deficyty wtórne** - nie wynikają z samej istoty choroby, ale są rezultatem negatywnych reakcji na nią osób znaczących – rodziny, przyjaciół, znajomych, współpracowników, osób publicznych (*stygmatyzowanie, wykluczenie, marginalizacja*),
- **Ograniczenia zewnętrzne** - trudności w relacjach rodzinnych, złe warunki mieszkaniowe, bezrobocie, słabo rozbudowana sieć wsparcia społecznego.

W wyniku tych niekorzystnych reakcji i zjawisk wytwarza się negatywna postawa chorego wobec siebie samego, co przejawia się:

- Stopniowym zaniżaniem samooceny
- Spadkiem motywacji
- Utratą skutecznych sposobów radzenia sobie
- Uzależnieniem od instytucji i osób (WR, b).
- Pogłębianiem izolacji, wycofania, bierności (A)

Charakterystyka czynników powodujących niepełnosprawność psychiczną

Rozwijając teorię Winga można wskazać na 4 grupy czynników:

1) Wpływ samej choroby (jej istoty) na izolację i dezadaptację chorego

Tendencja do izolowania spowodowana koncentrowaniem się na własnych przeżyciach oraz brak umiejętności oceny relacji międzyludzkich i radzenia sobie w sytuacjach życia społecznego powodują:

-
- Zanik zdolności do pełnienia ról społecznych,
 - Zubożenie związków emocjonalnych,
 - Zmniejszenie aktywności,
 - Zawężenie zainteresowań,
 - Brak planów na przyszłość,
 - Utratę ambicji życiowych,
 - Niechęć do dbałości o wygląd zewnętrzny.

2) Wpływ środowiska szpitalnego na dezadaptację i izolację chorych – tzw. zjawisko hospitalizmu

- Sam fakt pobytu w szpitalu powoduje izolację osób chorych od zdrowych, co sprzyja utrwalaniu nieprawidłowych zachowań,
- Hospitalizacja powoduje redukcję doświadczeń społecznych i możliwości wyborów, co nasila wycofanie społeczne (sprzyja temu szpital zorganizowany sztywno, hierarchicznie, gdzie decyduje się o wszystkim za pacjenta i ogranicza się jego swobody),
- Prowadzi to do tzw. **wyuczonej bezradności**, która przejawia się biernością w działaniu i apatią, brakiem samodzielności w podejmowaniu decyzji, osłabieniem odpowiedzialności za siebie i za swoje zdrowie,
- Niekorzystne jest również istnienie tzw. **szpitali – molochów (psychiatrycznych)**, w których pobyt wiąże się z naznaczeniem chorych, spowodowanej wprowadzeniem szczególnego rodzaju izolacji i segregacji chorych, powodując degradację psychosocjalną,
- Takie sytuacje nie sprzyjają leczeniu, ale często doprowadzają do przejścia choroby w stan przewlekły.

3) Wpływ środowiska społecznego

Odrzucenie chorych przez społeczeństwo, stygmatyzowanie, wykluczanie – sprzyjają izolowaniu się od otoczenia, niechęci do poszukiwania pomocy medycznej, pracy, itp., aby uniknąć etykietowania czy stresu w relacjach z innymi.

4) Czynniki związane z rozpoznaniem i leczeniem

- Zbyt późne rozpoznanie schorzenia
- Brak kompleksowości leczenia
- Nie stosowanie się do zasad rehabilitacji wczesnej
- Częste i zbyt długie hospitalizacje
- Niesystematyczne przyjmowanie leków, przerwy w leczeniu

5. Zasady i kierunki opieki pielęgniarstwa i wsparcia wobec pacjenta z zaburzeniami zdrowia psychicznego

Zasady opieki

Opieka szpitalna podczas zaostrzenia choroby

- **Ocena potrzeb zdrowotnych i podejmowanie adekwatnych interwencji**, zwłaszcza w zakresie:
 - Zapewnienia bezpieczeństwa fizycznego (obserwacja stanu chorego i jego zachowań)
 - Zapewnienia bezpieczeństwa psychicznego (np. budowanie terapeutycznej atmosfery, nawiązanie relacji terapeutycznej z uwzględnieniem zasad komunikowania terapeutycznego, postawa akceptująca chorego),
 - Zabezpieczenia deficytów w zakresie samoopieki, (model opieki wspierający, unikanie modelu wyręczającego),
 - Wsparcia w nawiązywaniu relacji interpersonalnych (z personelem, współpacjentami, rodziną)
 - Realizacji zadań związanych z zastosowanymi metodami leczenia biologicznego i psychospołecznego,
 - Współpracy z rodziną pacjenta
- **Unikanie błędów w opiece sprzyjających chroniczacji zaburzeń i niepełnosprawności** (zjawisko hospitalizmu)
 - Umożliwienie podejmowania przez chorego decyzji dotyczących jego osoby, wykonywanych czynności dnia codziennego itp., budowanie odpowiedzialności za swoje zdrowie – podmiotowe traktowanie pacjenta,
 - Angażowanie chorego do zajęć terapeutycznych, w tym społeczności terapeutycznej,
 - Zapewnienie praw i swobód pacjentowi, dostępu do Rzecznika Praw Pacjenta Psychiatrycznego, wyzbycie się zachowań stygmatyzacyjnych i dyskryminujących, budowanie relacji partnerskiej (np. poprzez społeczność terapeutyczną),
 - Utrzymania kontaktu z rodziną (umożliwienie odwiedzin, przepustki, wolnych wyjść)

Opieka długoplanowa - w fazie zdrowienia i remisji

- Prowadzona w oddziałach (ogólny, rehabilitacyjny, dzienny, edukacyjny) oraz środowiskowych formach opieki i przez zespoły leczenia środowiskowego w celu obniżenia ryzyka nawrotu choroby, przeciwdziałania chroniczacji zaburzeń i niepełnosprawności, zapobiegania dezadaptacji życiowej i izolacji społecznej.
- Polega na rozpoznawaniu sytuacji życiowej pacjenta i podejmowaniu adekwatnych interwencji, np. w sytuacji:

-
- Trudności związanych z leczeniem - odstawianie leków, nieregularne ich przyjmowanie, objawy niepożądane i powikłania farmakoterapii,
 - Obawy dotyczące nawrotu choroby,
 - Deficytu wsparcia profesjonalnego i nieprofesjonalnego oraz braku akceptacji w środowisku rodzinnym i społecznym, skutków stygmatyzacji i trudności w ponownym podjęciu swoich ról społecznych,
 - Działania nastawione oprócz kontynuowania terapii na:
 - Rehabilitację, np. społeczną, zawodową,
 - Psychoedukację pacjenta i rodziny/ opiekuna, (edukacja terapeutyczna),
 - Proponowanie treningów umiejętności i innych form rehabilitacji psychiatrycznej,
 - Proponowanie różnych form wsparcia środowiskowego, udziału w programach promocji zdrowia psychicznego
 - Propagowanie zdrowego stylu życia.

Opieka wobec chorych wymagających stałej opieki instytucjonalnej

Jak już wskazano wcześniej, u części chorych postępująca stale choroba psychiczna powoduje liczne deficyty w zakresie samoopieki i pełnienia ról społecznych i wymaga stałej opieki instytucjonalnej:

- Dostosowanie metod opieki do stanu chorego i jego możliwości, zapewniając podstawowe potrzeby pacjenta,
- Zapewnienie wymaganych form leczenia dostosowanych do aktualnego stanu pacjenta psychicznego i fizycznego,
- Dbłość o aktywność chorych i udział w zajęciach terapeutycznych,
- Proponowanie treningów umiejętności i innych form rehabilitacji psychiatrycznej,
- Propagowanie zdrowego stylu życia,
- Dbłość o budowanie relacji terapeutycznej oraz utrzymanie kontaktów pacjenta z rodziną/ znajomymi.

Opieka swoista w odniesieniu do poszczególnych zaburzeń

Przestrzeganie podstawowych zasad opieki w schizofrenii, depresji, zespołach zaburzeń lękowych, uzależnieniach itp. zgodnie ze specyfiką problemów chorego.

Czynniki wspierające powrót do zdrowia - podsumowanie

- Kompleksowe leczenie
- Rehabilitacja wczesna i późna, psychoedukacja (chorego i rodziny) oraz treningi umiejętności społecznych
- Podmiotowe traktowanie pacjenta przez zespół terapeutyczno-opiekuńczy
- Oferowanie różnorodnych form wsparcia instytucjonalnego i pozainstytucjonalnego
- Unikanie niekorzystnego oddziaływania szpitala na chorego (przeciwdziałanie zjawisku hospitalizmu)

-
- Skracanie czasu pobytu w szpitalu,
 - Rezygnacja z tworzenia szpitali psychiatrycznych na rzecz oddziałów w szpitalach ogólnych,
 - Traktowanie pacjenta podmiotowo, zapewnienie mu jego praw,
 - Poprawa społecznych warunków pobytu w szpitalu [częste kontakty chorego z rodziną, swoboda i tajemnica korespondencji, szerokie stosowanie urlopów i przepustek, dostęp do automatów telefonicznych, udostępnianie książek, prasy, radia i telewizji, otwarte drzwi, odrębne sale jadalne, kluby świetlice, sale rekreacyjne, pomieszczenia do pracy, noszenie prywatnej odzieży, prawo do dysponowania własnymi pieniędzmi, spotkania towarzyskie między chorymi, udostępnianie chorym możliwości korzystania np. z kina, organizowanie wycieczek i obozów, rozbudowa urządzeń socjalnych (kawiarnia, sklep, fryzjer), ustalanie programu pozwalającego na czynne spędzanie czasu].
 - Opieka pielęgniarska nastawiona na aktywizowanie chorego (mobilizowanie) do działań w zakresie samoopieki, wspieranie w podejmowaniu decyzji a nie wyřęczanie (z powodu braku czasu, wiedzy, przedmiotowego traktowania pacjenta)
 - Tworzenie atmosfery terapeutycznej podczas hospitalizacji i warunków do podmiotowego traktowania (np. społeczność terapeutyczna)
 - Kształtowanie właściwych postaw społecznych wobec problematyki choroby psychicznej (przeciwdziałanie niekorzystnemu oddziaływaniu stygmatyzowania).

ROZDZIAŁ 7.

TRENINGI UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH I PSYCHOEDUKACJA JAKO METODY REHABILITACJI I WSPARCIA CHORYCH Z ZABURZENIAMI ZDROWIA PSYCHICZNEGO W ODZYSKIWANIU OPTYMALNEJ SPRAWNOŚCI

1. CELE MEDYCZYNY A ZDROWIE PSYCHICZNE

Cele współczesnej medycyny to:

- Leczenie i przedłużanie życia,
- Ale również troska o uczynienie tego życia jak najbardziej samodzielnym i aktywnym, mimo istniejącej choroby czy ograniczeń, co można uzyskać przez działania z zakresu rehabilitacji.

Trudności w powrocie do samodzielności i pełnionych ról społecznych, wycofanie społeczne chorych i pogłębianie deficytów zdrowotnych jest szczególnym zagrożeniem w przebiegu choroby psychicznej, co spowodowane jest:

- Przewlekłym charakterem części zaburzeń psychicznych prowadzących do niepełnosprawności psychicznej
- Specyfiką obrazu klinicznego niezrozumiałą dla otoczenia (rodzinnego, zawodowego, itd.)
- Zjawiskami towarzyszącymi chorobie psychicznej - społeczne wykluczenie (niemożność uczestniczenia w życiu społecznym jednostki- gospodarczym, kulturalnym, politycznym z powodów na które ta osoba nie ma wpływu) , stygmatyzacji i dyskryminacji
- Nieprawidłowym leczeniem i opieką

Umożliwienie osobie chorej psychicznie powrotu do normalnego funkcjonowania to cel polityki zdrowotnej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, który realizowany powinien być na poziomie:

- **Medycznym**
 - To m.in. zapewnienie kompleksowego leczenia opartego na nowoczesnych metodach i doniesieniach z badań naukowych, holistycznej opieki, wczesnej i późnej rehabilitacji, dostępu do opieki instytucjonalnej - w tym realizowanej przez formy środowiskowe,
 - Zgodnie z Ustawą zapewnienie dostępu do świadczeń w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, zwłaszcza psychiatrycznej - w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej oraz w domach pomocy społecznej.

-
- **Organizacyjnym**
 - To m.in. budowanie modelu opieki sprzyjającego zdrowi psychicznemu i odzyskiwaniu samodzielności (model środowiskowy),
 - Zapewnienie wystarczającej ilości miejsc i personelu w poszczególnych formach opieki medycznej i społecznej,
 - Organizacja systemu terapeutyczno-opiekuńczego w zakładach opieki ukierunkowanego na pacjenta będącego podmiotem opieki,
 - **Ustawodawczym**
 - To m.in. stwarzanie warunków np. do zatrudniania osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych, różnych form rehabilitacji społecznej i zawodowej,
 - Tworzenie prawa (ustawy, rozporządzenia) zapewniającego optymalne leczenie i opiekę, finansowanie jednostek terapeutyczno-opiekuńczych, szkolenie personelu, kształtowanie pozytywnych postaw wobec choroby psychicznej i chorego.
 - Tworzenie i powoływanie programów zdrowia psychicznego.

2. POJĘCIE I ZAKRES REHABILITACJI W PSYCHIATRII

Pojęcie i cechy rehabilitacji

Rehabilitacja w psychiatrii jest procesem pomagania osobie dotkniętej chorobą psychiczną w wykorzystaniu przez nią możliwości i umiejętności do jak najlepszego funkcjonowania w normalnym kontakcie społecznym.

Traktowana jest na równi z oddziaływaniami farmakologicznymi i innymi metodami leczenia, a jej podstawę stanowi wsparcie społeczne, którego zasoby w czasie trwania rehabilitacji są wzmacniane i rozwijane.

Jest procesem długotrwałym, opartym na kompleksowym programie cechującym się:

1. **Elastycznością** - dostosowywanie do zmieniających się możliwości chorego,
2. **Zindywidualizowaniem** - uwzględnia stopień nieprzystosowania chorego w 4 obszarach:
 - **Osobistym** - rozwijanie zainteresowań, dbałość o wygląd, samodzielność, samowystarczalność – poprzez treningi umiejętności i programy psychoedukacji,
 - **Rodzinnym** - przywracanie umiejętności pełnienia ról w rodzinie - poprzez programy pomocy rodzinie,
 - **Zawodowym** - przywracanie, podtrzymywanie możliwości wykonywania użytecznego i dającego poczucie satysfakcji zajęcia – poprzez programy rehabilitacji zawodowej,
 - **Środowiskowym** - uczenie chorego nawiązywania kontaktów z osobami spoza rodziny i środowiska pracy, rozwijanie spontaniczności – poprzez treningi umiejętności i rozwój systemu wsparcia.

Rodzaje rehabilitacji

1) Ze względu na charakter oddziaływania

- **Medyczna** – obejmuje działania medyczne, które mają doprowadzić do odzyskania sprawności psychofizycznej oraz farmakoterapię podtrzymującą,
- **Społeczna** - to:
 - Działania przygotowujące chorego do życia w środowisku rodzinnym i społecznym,
 - A także kształtowanie takich warunków otoczenia, które ułatwiłyby jednostce pełną reintegrację społeczną,
- **Zawodowa** - poradnictwo i szkolenie zawodowe, ocena podejmowanych prób pracy, ocena poziomu motywacji do podjęcia pracy oraz możliwości.

2) Ze względu na czas oddziaływania

- **Wczesna** – to krótkie, intensywne leczenie chorego, umożliwiające szybki powrót do pracy nauki, ról społecznych pacjenta, pomoc psychologiczna jemu i rodzinie w rozwiązywaniu konfliktów oraz podjęciu życiowych decyzji- tak aby nie doszło do wyizolowania, wycofania społecznego oraz powstawania i utrwalania deficytów prowadzących do niepełnosprawności,
- **Późna** – stosowana u osób długotrwale hospitalizowanych, z chorobą psychiczną przewlekłą, którzy żyją w izolacji, utracili zdolność adaptacji do środowiska, nie radzą sobie z podstawowymi wymogami bytowymi.

Zasady stosowane w rehabilitacji

- **Zasada optymalnej stymulacji** – wskazuje na niesłuszność nadmiernej lub zbyt ubogiej stymulacji, monotonii chorego, które powoduje apatię, rezygnację.
- **Zasada wielostronności oddziaływań** – kompleksowość oddziaływań, równoczesność metod biologicznych i psychoterapeutycznych
- **Zasada stopniowania trudności** – dostosowanie formy i zakresu pomocy do zmieniających się możliwości chorego – od zastępowania go w działaniach i decyzjach do pozostawienia mu pełnej swobody i samodzielności
- **Zasada powtarzalności oddziaływań** – wynika z remitującego przebiegu i konieczności w przypadku zaostrzenia i rehospitalizacji powtarzanie i utrwalania umiejętności, które chory nabył już wcześniej
- **Zasada partnerstwa** – z czynnym udziałem chorego
- **Zasada wielokierunkowości oddziaływań** – jednoczasowość oddziaływań w różnych sferach życia

Techniki stosowane w rehabilitacji

- Terapia zajęciowa
- Udział w społeczności leczniczej

-
- Trening umiejętności
 - Psychoedukacja

3. TRENINGI UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH W REHABILITACJI ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Pojęcie, zasady i organizacja treningów umiejętności

Definiowanie treningów umiejętności

Rehabilitacja psychiatryczna przewiduje w swych oddziaływaniach w odniesieniu do pacjentów przewlekle chorych treningi umiejętności, które dostosowuje się do zmieniających się możliwości pacjenta.

W Polsce stosowane są od roku 1989. Jest to wysoce efektywna metoda interwencji psychospołecznych dla osób ze schizofrenią i innymi ciężkimi zaburzeniami psychicznymi, ukierunkowana na zachowania (terapia behawioralna).

„Są to systematyczne ćwiczenia mające na celu uzyskanie maksymalnej sprawności w określonej sferze życia potrzebnej do samodzielnego funkcjonowania chorego”.

Ich tematyka, kolejność zastosowania i dynamika pracy powinna być dostosowana do indywidualnych potrzeb każdego pacjenta.

Zasady ogólne treningów umiejętności

- Treningi umiejętności społecznych zaczynamy dopiero po nawiązaniu tzw. kontaktu terapeutycznego. Niezmiernie ważne jest stworzenie bezpiecznego klimatu i wykluczenie czynników, które mogłyby stwarzać poczucie zagrożenia,
- Należy je rozpoczynać po ustąpieniu ostrych objawów psychotycznych, które uniemożliwiają nawiązanie logicznego kontaktu z pacjentem,
- Trudności pacjenta formułuje się w kategoriach operacyjnych, posługując się prostymi przykładami z życia codziennego. Szukając optymalnego rozwiązania sytuacji trudnej należy uwzględnić mocne strony pacjenta, który zgłasza i chce rozwiązać swój problem,
- Pacjent musi zawsze otrzymywać jasne instrukcje i dokładne wyjaśnienie każdego etapu treningu,
- Należy pamiętać o konieczności egzekwowania częstych informacji zwrotnych od pacjentów pamiętając, że uczy my pacjenta formułować swoje myśli w sposób krótki i jasny,
- Należy pamiętać o konieczności regularnej oceny postępów treningu, co pozwala dostosować program i tempo jego realizacji do aktualnych możliwości każdego pacjenta,

-
- Podstawą pracy podczas treningu behawioralnego jest stosowanie wzmocnień pozytywnych – chwalenie i nagradzanie najmniejszych postępów oraz unikanie krytycyzmu i uwag negatywnych,
 - Należy pamiętać o wcześniejszym zanalizowaniu deficytów i potrzeb oraz możliwości poznawczych pacjenta.

Uczestnicy treningów umiejętności

Terapeuci - Terapeutą nie musi być psycholog lub psychiatra, równie dobrze w tej roli sprawdzają się pielęgniarki, pracownicy socjalni. Trener powinien być jednak osoba wrażliwa, cierpliwa, wierząca w sens i skuteczność treningu. Musi umieć doceniać najmniejsze nawet postępy pacjentów oraz nawiązywać dobry kontakt z grupą

Pacjenci - Treningi zostały przygotowane z myślą o osobach chorych psychicznie, wykazujących obniżony poziom funkcjonowania społecznego.

Dobierając członków grupy należy pamiętać, żeby to były osoby choć w minimalnym stopniu zainteresowane ćwiczeniem danej umiejętności.

Organizacja treningów umiejętności

- Zajęcia odbywają się kilka razy w tygodniu i trwają od 1 do 1,5 godziny,
- Trening powinien być prowadzony w małych 6- 8 osobowych grupach, aby wszyscy brali w nich aktywny udział, modelowy cykl trwa około 3 miesięcy.
- Każdy pojedynczy trening, niezależnie od poruszanej tematyki należy prowadzić wg schematu.

Rodzaje treningów umiejętności

I. Treningi umiejętności społecznych

Trening rozwiązywania problemów w trudnych sytuacjach międzyludzkich

Trening ten ma na celu uczenie chorych psychicznie radzenia sobie w trudnych sytuacjach międzyludzkich, które pojawiają się w codziennym życiu. Opiera się na:

- Dokładnej analizie okoliczności, w jakich zaistniała sytuacja trudna
- Opisanie problemu w kategoriach celu i przeszkody
- Poszukiwaniu wielu możliwości rozwiązania
- Wybraniu rozwiązania optymalnego
- Wprowadzeniu rozwiązania do codziennego życia

Trening podstawowych umiejętności prowadzenia rozmowy

Trening ma na celu nauczenie pacjentów umiejętności nawiązywania i podtrzymywania kontaktów społecznych. Przeznaczony jest dla osób, które wykazują braki w zakresie umiejętności interpersonalnych, szczególnie w nawiązywaniu i podtrzymywaniu rozmowy. Obejmuje;

- a) Zachowania werbalne i niewerbalne (ich rozpoznanie oraz świadome używanie)

-
- b) Rozpoczynanie rozmowy (wybór miejsca, rozmówcy i tematu rozmowy)
 - c) Podtrzymywanie rozmowy (informacje zwrotne, zadawanie pytań)
 - d) Uprzejme kończenie rozmowy (uświadomienie związku między sposobem zakończenia rozmowy a późniejszą gotowością rozmówcy do relacji)

Trening umiejętności społecznych związanych z poszukiwaniem pracy

Szukanie informacji o pracy, kompletowanie dokumentów potrzebnych do zatrudnienia, pisanie życiorysu, przygotowanie do rozmowy z szefem, rozmowa z szefem.

II. Treningi umiejętności samoobsługowych

Treningi w zakresie wyglądu zewnętrznego i higieny osobistej

Dbanie o wygląd zewnętrzny, mycie całego ciała, mycie rąk, dbanie o stopy, o paznokcie, włosy, higienę jamy ustnej, bieliznę osobistą, pranie bielizny osobistej.

Trening kulinarny

Parzenie herbaty, przygotowywanie kanapek, surówki, różnych dań, przechowywanie żywności.

Trening budżetowy

Orientacja w dochodach pacjentów i stałych opłatach, orientacja w cenach, sposoby gospodarowania pieniędzmi, zakupy, planowanie wydatków na cały miesiąc, sposoby oszczędnego gospodarowania pieniędzmi, trudności w zakupach.

Trening techniczny

Podstawowe narzędzia przy naprawach domowych, wymiana bezpieczników, żarówek, wbijanie i wyciąganie gwoździ, uszczelnianie okien i drzwi, itd.

Trening umiejętności praktycznych

Konserwacja i czyszczenie obuwia, szycie ręczne, przyszywanie guzika, pranie ręczne, pranie w pralce, prasowanie.

III. Treningi psychoedukacyjne

Trening aktywnego udziału we własnym leczeniu farmakologicznym

Ma przygotować pacjenta do trwałego i aktywnego współuczestnictwa w farmakoterapii. Dotyczy:

- Wiedzy o podstawowych lekach i korzyściach płynących z leczenia,
- Zasad prawidłowego przyjmowania leków,
- Rozpoznawania objawów ubocznych i radzenie sobie z nimi,
- Negocjowania z lekarzem problemów związanych z leczeniem.

Trening radzenia sobie z objawami choroby

Ma nauczyć pacjenta sposobów radzenia sobie z objawami choroby, które nie ustępują.

Trening rozpoznawania wczesnych objawów choroby

Ukierunkowany na umiejętność rozpoznawania objawów przepowiadających nawrót psychozy w celu zapobiegania nawrotowi lub minimalizowania jego nasilenia.

Procedura postępowania w czasie spotkania treningowego

Tabela 4. Ogniwa spotkania treningowego

Ogniwo treningu	Cechy ogniw spotkania treningowego
Wprowadzenie	1. Przedstawienie tematu oraz zakresu ćwiczonych umiejętności 2. Omówienie korzyści płynących z treningu
Demonstracja scenki przedstawiającej jasno określony problem, umiejętność	Do wyboru: Taśma video - <i>zwiększa neutralność, usprawnia przebieg zajęć,</i> Odegranie scenki - <i>terapeuci, poinstruowani pacjenci</i>
Dokładne przyjrzenie się sytuacji	Dokładnemu przyjrzeniu się sytuacji pomagają pytania dotyczące ważnych szczegółów scenki
Odgrywanie ról	Ćwiczenie i utrwalenie poznawanych umiejętności
Dobór niezbędnych środków	Dyskusja na temat sposobów zdobywania środków niezbędnych do wykorzystania nowych umiejętności
Nieoczekiwane problemy	Rozwiązywanie trudnych sytuacji wynikających z zastosowania nabytych umiejętności w życiu codziennym
Ćwiczenia w warunkach naturalnych	Ćwiczenie umiejętności w życiu codziennym (z pomocą trenera)
Zadania domowe	Wypełnianie zadań poza treningiem (bez trenera)

4.PSYCHOEDUKACJA I JEJ MIEJSCE W OPIECE PSYCHIATRYCZNEJ

Znaczenie i historia psychoedukacji

- Przewlekły charakter zaburzeń psychicznych zmusza do poszukiwania sposobów zapobiegania nawrotom lub opóźnienia kolejnych epizodów chorobowych
- Dotychczasowe badania wykazują że dołączenie do farmakoterapii oddziaływań psychospołecznych, w tym psychoedukacji ma korzystny wpływ na zmniejszenie częstotliwości nawrotów choroby, wydłużenie okresów remisji oraz poprawy jakości życia chorych psychicznie
- W latach 60 – tych i 70 – tych XX wieku w amerykańskich szpitalach zaczęły powstawać grupy, w skład których wchodził bliscy chorych na schizofrenię. Spotkania te zapoczątkował **dr Laqueur**, lekarz pracujący w szpitalu psychiatrycznym w Nowym Jorku
 - Doktor Laqueur jako pierwszy dostrzegł konieczność przygotowania rodziny na zmiany, jakie zachodzą w jej wnętrzu na skutek choroby psychicznej

-
- Przekształcił on naturalne spotkania rodzin w czasie wizyt w szpitalu w regularne cotygodniowe spotkania grup psychoedukacyjnych.
 - Pierwsze kontrolowane badania na temat skuteczności psychoedukacji ukazały się w latach 90-ych i na początku naszego wieku, które potwierdziły związek między wiedzą pacjenta na temat jego choroby a poprawą w zakresie jej przebiegu. Dlatego koniecznej jest włącznie psychoedukacji do praktyki klinicznej zarówno w zaburzeniach psychiatrycznych jak też innych medycznych schorzeniach [Colom].

Pojęcie, organizacja i cele psychoedukacji

Definiowanie psychoedukacji

Pod pojęciem psychoedukacji rozumie się:

Edukacyjno-psychoterapeutyczne interwencje ukierunkowane na informowanie pacjenta i członków jego rodziny na temat choroby i jej leczenia. Mają na celu:

- Pomóc zrozumieć chorobę i dzięki tej wiedzy bardziej samodzielnie i odpowiedzialnie radzić sobie z nią,
- Dostarczyć wsparcia, jakie rodziny i pacjenci uzyskują od terapeutów i od siebie nawzajem.

Według Bartera jest to „korzystanie z edukacyjnych technik, metod i programów, mających na celu ułatwienie powrotu do zdrowia lub zminimalizowanie skutków choroby i wyeliminowanie z niej niepełnosprawności”.

Według Francesca Coloma

„Psychoedukacja jest umacniającym treningiem pacjenta, którego celem jest promowanie świadomości i postawy proaktywnej, dostarczanie narzędzi do obchodzenia się, radzenia sobie i życia z przewlekłą chorobą (tj. zwiększania współpracy w leczeniu, rozpoznawania wczesnych oznak nawrotów, kształtowania stylu życia, radzenia sobie z kryzysami, poprawie komunikacji) i zmiana zachowań oraz nastawień związanych z chorobą.

Psychoedukacja zamienia winę na odpowiedzialność, bezradność na proaktywną troskę, a zaprzeczanie na świadomość” [CDT] .

- Psychoedukacja stanowi uzupełnienie programu oddziaływań leczniczych wobec chorego zwykle odbywające się w ramach szerszego programu terapeutycznego.
- Początki psychoedukacji sięgają terapii behawioralnej, przy czym aktualne koncepcje zawierają również elementy rozmowy psychoterapeutycznej.
- W ramach psychoterapii psychoedukacja zajmuje tę część, w której na pierwszym planie znajdują się aktywne przekazywanie informacji, wymiana informacji między osobami oraz dyskusja o ogólnych aspektach choroby.
- Podejście psychoedukacyjne jest w psychiatrii opracowane i stosowane zwłaszcza w leczeniu schizofrenii i zaburzeń schizoafektywnych oraz depresji.

-
- Programy psychoedukacyjne mogą być realizowane w bardzo różnych strukturach organizacyjnych i łączyć uczestników znajdujących się w różnych fazach choroby i leczenia.
 - Psychoedukacja kierowana jest do
 - Pacjentów chorych na dane schorzenie,
 - Rodziny chorego,
 - Krewnych i osób z otoczenia chorego.

Organizacja psychoedukacji

- Może odbywać się indywidualnie lub grupowo,
- Może być prowadzona w domu pacjenta bądź w szpitalu,
- Odbiorcą oddziaływań psychoedukacyjnych może być każdy kto wyrazi chęć brania w nich udziału,
- Długość trwania spotkań nie jest ściśle określona, a ich intensywność może być różna w zależności od etapu i ogólnego planu leczenia,
- Psychoedukacja może przybierać różne formy - wykłady, grupy dyskusyjne, zadania domowe (przesyłane także za pomocą poczty elektronicznej).

Cele psychoedukacji pacjenta

- Nabywanie wiedzy i kompetencji w skutecznym radzeniu sobie z chorobą,
- Poprawa współpracy z pacjentem w zakresie leczenia,
- Zmniejszenie ryzyka nawrotów,
- Poprawa funkcjonowania społecznego pacjenta oraz jego jakości życia,
- Poprawa komunikacji pomiędzy pacjentem a jego najbliższymi,
- Budowanie sieci oparcia społecznego w centrum którego znajduje się pacjent i jego najbliżsi.

Cele psychoedukacji rodzin i osób z otoczenia chorego

- Wspieranie kompetencji w postępowaniu z pacjentem w celu polepszenia przebiegu choroby.
- Wzrost umiejętności zwalczania problemów wynikających z choroby w życiu osobistym i społecznym pacjenta oraz jego rodziny jako całości.
- Za cele cząstkowe dla rodziny/osoby wspierającej z najbliższego otoczenia chorego przyjmuje się:
 - Poprawę stanu informacji na temat obrazu schizofrenii, jej przyczyn, przebiegu i możliwości leczenia;
 - Stworzenie wspólnej, funkcjonalnej koncepcji choroby (na bazie modelu podatność na zranienie–stres);
 - Odciążenie emocjonalne rodziny;

-
- Wspieranie długotrwałej gotowości do współpracy u wszystkich osób uczestniczących w leczeniu;
 - Wspieranie rodziny w gotowości do leczenia pacjenta przez lata choroby;
 - Poprawę zdolności do przewycięzania kryzysów i do wzajemnego wspierania się w przypadku ich wystąpienia;
 - Lepsze radzenie sobie członków rodziny pacjenta z chorobą.

Poradniki w psychoedukacji

Ważną rolę w psychoedukacji odgrywają przygotowywane przez specjalistów poradniki, które w przystępny sposób nakreślają problem chorobowy oraz zasady postępowania.

Przekazują wiedzę na temat choroby:

- Typowe objawy,
- Dolegliwości,
- Formy przejawienia się danej choroby,
- Etiologia i przebieg choroby,
- Przyczyny występowania,
- Możliwości terapeutyczne i samopomoc.

Zapewniają odciążenie i wsparcie emocjonalnego

- Redukcja poczucia winy, wstydu, strachu, demoralizacji i rezygnacji,
- Walka z tabu

Ukazują sposoby i możliwości konstruktywnej konfrontacji z zaburzeniami

- Zachęcanie do zasięgnięcia informacji o chorobie członka rodziny,
- Wspieranie samoobserwacji,
- Minimalizowanie wątpliwości dotyczących podjęcia leczenia.

Wpływają na relacje pacjent- terapeuta w celu zwiększenia zaangażowania pacjenta poprzez

- Zachęcenie pacjenta do aktywności,
- Pacjent ma wpływ na przebieg terapii

Cele i programy psychoedukacyjne ukierunkowane na schizofrenię

Cele i zakres psychoedukacji w schizofrenii

Poprawa przebiegu choroby poprzez przekaz wiedzy i sposobów radzenia sobie z zaburzeniami, a także budowanie kultury dialogu i kształtowanie empatycznej wrażliwości na uczucia uczestników terapii. Dąży się do osiągnięcia go poprzez cele częściowe, do których należą:

- Poprawa wiedzy na temat obrazu schizofrenii, jej przyczyn, przebiegu i możliwości leczenia;
- Stworzenie wspólnej, funkcjonalnej koncepcji choroby (na bazie modelu podatność na zranienie–stres);

-
- Odciążenie emocjonalne pacjenta, budzenie motywacji u chorego i wspieranie jego długotrwałej gotowości do leczenia;
 - Poprawa zdolności do przewycięzania kryzysów;
 - Zyskanie przez pacjentów większej pewności siebie (umacnianie);
 - Wzrost samoskuteczności.

Program Starka -1992

Składa się on z 4 sesji poświęconych takim tematom jak:

- Objawy psychozy,
- Model choroby,
- Leki,
- Profilaktyka,

Obejmuje odpowiedzi m.in. na takie pytania ze strony pacjentów, jak:

- Czym jest schizofrenia?
- Jak rozpoznaje się schizofrenię?
- Czy rozpoznanie schizofrenii jest pewne?
- Jakie są przyczyny schizofrenii?
- Jakie jest rokowanie w schizofrenii?
- W jakim wieku pojawiają się pierwsze objawy schizofrenii?
- Jaka jest rola narkotyków i alkoholu w schizofrenii?

Psychoedukacja skierowana do rodziny chorego na schizofrenię

Informacje na temat choroby musi uzyskać cała rodzina, ponieważ jest ona źródłem oparcia dla chorego. Należy pamiętać, że choroba jednego z członków rodziny dotyka wszystkich i każdy z nich ma istotny wpływ na przebieg choroby. Przykładowe pytania:

- Kiedy należy stosować leki przeciwpsychotyczne?
- Jak długo należy stosować leki przeciwpsychotyczne?
- Dlaczego część chorych nie chce zażywać leków?
- Czy trzeba kontynuować leczenie po ustąpieniu ostrych objawów schizofrenii?
- Czym są neuroleptyki o przedłużonym działaniu?
- Jakie są najczęściej objawy niepożądane przy leczeniu neuroleptykami i jak postępować?
- Czym sygnalizuje się nawrót choroby?
- Jak postępować w przypadku wystąpienia objawów zwiastunowych?

Zapobieganie nawrotom choroby jako cel psychoedukacji

Edukacja dotycząca zasad leczenia

- Regularne zażywanie leków wg zaleceń, bez samodzielnej modyfikacji
- Systematyczne korzystanie z pomocy ambulatoryjnej (PZP), porad psychologa, dostępnych form wsparcia społecznego i środowiskowego.

Edukacja w zakresie rozpoznawania objawów zwiastunowych

- Jak można wykryć zbliżający się nawrót i jak temu zapobiegać?
- Czy nadużywanie alkoholu wpływa na ryzyko nawrotów?
- Jak postępować w przypadku kryzysu?

Edukacja postępowania w przypadku pojawienia się objawów zwiastunowych

- Ważne jest szybkie reagowanie na rozpoznane objawy zwiastunowe, aby nie doszło do pełnoobjawowego nawrotu choroby i hospitalizacji. Strategia zapobiegania pogorszeniu się stanu chorego powinna obejmować:
 - Reakcję rodziny
 - Ocena systematyczności zażywania leków (pytania wprost, policzenie tabletek, obserwacja przyjęcia leku), przypominanie o przyjmowaniu leków,
 - Ocena poziomu stresu i jego minimalizowanie (unikanie kłótni, krytyki, poważnych i odpowiedzialnych zadań),
 - Prowadzenie normalnego, spokojnego rytmu życia, mimo niepokoju o stan zdrowia
 - Wizytę u lekarza - najczęściej związana jest z kontrolą leczenia ewentualnie zwiększeniem dawki leku, czy zmianą leku,

Edukacja w zakresie redukowania stresu, w tym tworzenie środowiska wspierającego chorego.

Programy psychoedukacyjne ukierunkowane na CHAD

Jednym z takich programów jest **Barceloński Program Psychoedukacyjny** w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych, autorstwa Colom i Veta. Jest to program całościowy, o udowodnionej skuteczności. Oparli go na poziomach mechanizmów psychoedukacji.

Poziomy mechanizmów psychoedukacji

Autorzy programy oparli go na poziomach mechanizmów psychoedukacji:

1) Poziom elementarny

- Wiedza na temat zaburzenia,
- Wczesne wykrywanie nowych epizodów,
- Przestrzeganie zaleceń dotyczących leczenia.

2) Poziom drugi (nie zależy od samego programu)

- Kontrolowanie stresu,
- Unikanie używania substancji psychoaktywnych,
- Wprowadzenie regularności trybu życia,
- Przeciwdziałanie zachowaniom samobójczym.

3) Poziom pożądany (scenariusz doskonały – możliwy po zrealizowaniu dwóch pierwszych poziomów)

-
- Pogłębianie wiedzy i radzenie sobie z psychospołecznymi konsekwencjami uprzednich i przyszłych epizodów,
 - Poprawa funkcjonowania społecznego i interpersonalnego pomiędzy epizodami,
 - Radzenie sobie z rezydualnymi objawami subklinicznymi i upośledzeniem funkcjonowania,
 - Poprawa dobrostanu i jakości życia.

Barceloński Program Psychoedukacyjny

Program pełny - składa się z 21 sesji tematycznych, ulokowanych w 5 obszarach zagadnień (rozdziałach):

1. Wiedza na temat zaburzenia (5 sesji)
2. Stosowanie się do zaleceń dotyczących leczenia (7 sesji)
3. Unikanie nadużywania substancji psychoaktywnych (1 sesja)
4. Wczesne rozpoznawanie nowych epizodów (3 sesje)
5. Regularność nawyków i radzenie sobie ze stresem (4 sesje)

Wersja skrócona programu

1. Pojęcie i przyczyny
2. Symptomy I: mania i hipomania,
3. Symptomy II: depresja i stany mieszane,
4. Rozwój i rokowanie,
5. Stabilizatory nastroju,
6. Leki stosowane w epizodzie manii i leki przeciwdepresyjne,
7. Uczenie się wykrywania epizodów,
8. Co robić, kiedy wystąpi dekompensacja?

Rola pielęgniarki w psychoedukacji

Zadania wychowawcze

- Przekazanie informacji o zdrowiu psychicznym oraz zasadach higieny psychicznej,
- Zapoznanie z czynnikami, które mają niekorzystny wpływ na psychikę, np. stres, czynniki patogenne w rodzinie, środowisku, trybie życia itp.,
- Wskazanie możliwości radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu,
- Kształtowanie zachowań zdrowotnych przez wskazywanie szkodliwości nałogów,
- Kształtowanie pozytywnych relacji międzyludzkich,
- Wskazanie sposobów rozładowywania napięć;

Zadania wynikające z funkcji ekspresyjnej

- Zmniejszanie napięcia psychicznego przez aktywne słuchanie,
- Dodawanie otuchy,
- Wzmacnianie słabych stron,
- Motywowanie do działania na rzecz zdrowia psychicznego;

Zadania wynikające z modelu psychoprofilaktyki

- Profilaktyka I stopnia - kształtowanie postaw społecznych w kierunku lepszego przystosowania jednostki do rozwiązywania konfliktów i stresów w życiu, a jednocześnie rozwoju tolerancji wobec różnorodności zachowań,
- Profilaktyka II stopnia - wczesne wykrywanie zaburzeń psychicznych i pomoc jednostkom w redukowaniu wpływów różnych stresów, np. działalność psychoedukacyjna w środowisku dzieci i młodzieży,
- Profilaktyka III stopnia - zapobieganie nawrotom zaburzeń psychicznych, np. działalność psychoedukacyjna w oddziałach szpitalnych i poradniach specjalistycznych.

Piśmiennictwo

- Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa: Fundacja IPN; 1995.
- Babicki M, Kotowicz K, Piotrowski P, Stramecki F, Kobyłko K, Rymaszewska J. Obszary stygmatyzacji i dyskryminacji osób chorujących psychicznie wśród respondentów internetowych w Polsce *Psychiatr. Pol.* 2018; 52(1): 93–102
- Bik B. Koncepcja promocji zdrowia. [w:] Czupryna A, Poździej S, Ryś A, Włodarczyk W, red. *Zdrowie publiczne*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius; 2001. s. 207-248.
- Bilikiewicz A. *Psychiatria*. PZWL, Warszawa 2004
- Borowiecka-Kluza. *Schizofrenia. Medycyna Praktyczna, portal dla pacjentów*. <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/choroby/78549,schizofrenia>
- Brody EB. *Mental Health and world citizenship*. Austin: Hogg Foundation for Mental Health; 1987.
- Colom F, Vieta E. *Podręcznik psychoedukacji w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych*. Medipage. Warszawa, 2009.
- Colom F. *Keeping therapies simple: psychoeducation in the prevention of relapse in affective Disorder*. *The British Journal of Psychiatry* 2011, 198, 338–340.
- Cybulski M, Krajewska-Kułak E, Waszkiewicz N, Kędziora-Kornatowska K. *Psychogeriatria*. PZWL. Warszawa 2017.
- Czabała JC, Mroziak B, Ostaszewski K, Sokołowska M. *Promocja zdrowia psychicznego*. [w:] Karski J, red. *Promocja zdrowia*. Warszawa: Ignis; 1999: 264-283.
- Czabała JC. *Wprowadzenie*. [w:] Czabała JC, red. *Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000. s. 5-7.
- Dąbrowski K. *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*. Warszawa: PWN; 1996.
- *Deklaracja o ochronie zdrowia psychicznego dla Europy*. WHO 2005. Rada ds. Promocji Zdrowia Psychicznego. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2005.
- *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska*. <https://ezop.edu.pl/wyniki/>
- *Fiasko Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego*. NIK, 2017. <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/fiasko-narodowego-programu-ochrony-zdrowia-psychicznego.html>
- Formański J. *Psychologia środowiskowa*. Warszawa: PZWL; 2004.
- *Formy opieki psychiatrycznej w Europie (zróżnicowanie)*. *Mental Health Atlas 2017, Monitoring mental health systems and services in the WHO European Region*; World Health Organization, Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/396765/EMH-Atlas-6.pdf
- Furgal M. *Psychozy schizofreniczne i z kręgu schizofrenii*. W: Heitzman J. (red): *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*. PZWL, Warszawa 2007: 79-97
- Gajewska G., *Pedagogika opiekuńcza i jej metodyka*. Zielona Góra, 2004.
- *GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorder in 204 countries and territories, 1990–2019: a Systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*. *Lancet Psychiatry* 2022; 9: 137–50.
- *Global Health Estimates 2014 Summary Tables: YLD by cause, age and gender WHO Region, 2000-2012*. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>
- Grabski B, Mączka G. *Psychoedukacja – znaczenie w leczeniu zaburzeń psychicznych*. Centrum Dobrej Terapii. Kraków, 2021. <https://www.centrumdobrejterapii.pl/materialy/psychoedukacja-znaczenie-w-leczeniu-zaburzen-psychicznych/>
- Grzywa A. *Oblicza psychozy*. Czelej. Lublin 2005.
- *Health topics. Mental Health*. World Health Organisation. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/mental-health>

-
- Hinze B. *Choroba jak inne – o osobach i do osób chorujących na schizofrenię*. IPIŃ. Warszawa 2010.
 - *Hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi*. <https://swiatprzychodni.pl/swiadczenia/hostel-dla-osob-z-zaburzeniami-psychicznymi/>
 - Jane-Llopis E, Anderson P. *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A Policy for Europe*. Nijmegen: Radboud University Nijmegen; 2005.
 - Jarema M, Wichniak A. (red.) *Psychoedukacja. Co trzeba wiedzieć o chorobie psychicznej*. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa, 2022.
 - Jarema M. (red.) *Depresja w praktyce lekarza POZ*. PZWL. Warszawa, 2017
 - Kacprzak G. *Opieka pielęgniarska nad chorym psychicznie i jego rodziną*. W (red.) Bożena Czarkowska-Pączek. *Egzamin magisterski z pielęgniarstwa*. Edra Urban & Partner, Wrocław 2018: 213-226.
 - Karczewski JK. *Pojęcie zdrowia*. [w:] Karczewski JK, red. *Higiena*. Lublin: Czelej; 2002. s. 5-37.
 - Karski J.B. *Praktyka i teoria promocji zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwa Fachowe CeDeWu; 2006.
 - Kiejna A, Adamowski T, Piotrowski P. i wsp. *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP – Polska” – metodologia badania*. *Psychiatr. Pol.* 2015; 49(1):5-13
 - Kiejna A, Małyszczak K. *Psychiatria. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich. Wrocław, 2016.
 - Kochański A, Cechnicki A. *Postawy polskich psychiatrów wobec osób chorujących psychicznie*. *Psychiatr. Pol.* 2017; 51(1): 29-44
 - Korkeila J. *Measuring aspects of mental health*. Helsinki: Stakes; 2000.
 - Koszewska I. *O depresji w ciąży i po porodzie*. PZWL, Warszawa 2010.
 - Krupienicz A (red.) *Podstawy pielęgniarstwa - repetytorium przedegzaminacyjne*. Urban & Partner, Wrocław 2018 [1].
 - Krzyżowski J. *Depresja*. Medyk. Warszawa, 2017.
 - Krzyżowski J. *Stany lękowe*. Medyk. Warszawa, 2015.
 - Kurpas D, Kaczmarek M, Miturska H, Karakiewicz B, Rotter I. *Psychopatologia szczegółowa*. W: Kurpas D, Miturska H, Kaczmarek M. *Podstawy psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa*. Wyd. Continuo. Wrocław 2009: 49-125
 - Lisiecka-Biełanowicz M, Biechowska D, Cianciara D. *Funkcjonowanie jednostek w różnych formach opieki psychiatrycznej w Polsce w latach 2010–2013. Analiza organizacyjna i ekonomiczno-finansowa*. *Psychiatr. Pol.* 2018; 52(1): 143–156
 - Meder J. (red.): *Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi*. Biblioteka Pracownika Socjalnego, Katowice 2002.
 - Meder J. (red.): *Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.
 - Meder J.: *Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych*. Biblioteka Pracownika Socjalnego. Katowice 1999
 - *Mental health: Fact sheet*. The Regional Office for Europe of the World Health Organisation, 2019. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources/fact-sheet-mental-health-2019>
 - Miturska H, Kurpas D, Kaczmarek M. *Pielęgowanie chorego w wybranych zaburzeniach psychicznych*. W: Kurpas D, Miturska H, Kaczmarek M. *Podstawy psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa*. Wyd. Continuo. Wrocław 2009: 159-184
 - Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak B. *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa, 2012
 - Mueser KT, Gingerich S. *Życie ze schizofrenią*. Dom Wydawniczy REBIS. Poznań 2008.
 - Murray CJ, Atkinson C, Bhalla K et al. *U.S. Burden of Disease Collaborators. The state of US health, 1990-2010: burden of diseases, injuries, and risk factors*. *JAMA*. 2013,14;310(6):591-608.

-
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-22. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017; DzU Poz. 458
 - Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-30.
 - Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015. Uchwała Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007r. w sprawie Programu Zdrowia na lata 2007-2015. www.mz.gov.pl (20.05.2009r.).
 - Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025.
 - NZOZ Nadzieja Rodzinie. <https://nzoz.nadziejarodzinie.org.pl/o-nas/>
 - Ostaszewski K. Standardy profilaktyki. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomani. Warszawa 2016.
 - Pełka-Wysiecka J, Samochowiec J. Depresja — czy faktycznie zróżnicowana farmakoterapia? *Psychiatria* 2014; 11, 3: 141-147
 - Płotka A. Zdrowy styl życia psychicznego. Lublin: NeuroCentrum 2003.
 - Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016 – 2020. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2016, 2018. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-zapobiegania-depresji-w-polsce-na-lata-2016-2020>
 - Programy rekomendowane. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. <https://programyrekomendowane.pl/strony/o-kbnpn.106>
 - Projekt Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030. <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-rozporzadzenia-rady-ministrow-w-sprawie-narodowego-programu-ochrony-zdrowia-psychicznego-na-lata-20232030>
 - Risks to Mental Health. An overview of vulnerabilities and risk factors. WHO, 2012. [https://www.who.int/mental_health/mhgap/risks to mental health EN 27 08 12.pdf](https://www.who.int/mental_health/mhgap/risks%20to%20mental%20health%20EN%2027%2008%2012.pdf)
 - Rozpowszechnienie chorób psychicznych w Europie i na świecie. Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych. <http://www.tpn.org.pl/czytelnia/blog-andrzej/rozpowszechnienie-chorob-psychicznych-w-europie-i-na-swiecie/> wejście XII 2018
 - Rudnicki J. Imperatyw rozwoju. [w:] Binczycka – Anholcer M, red. Agresja i przemoc a zdrowie psychiczne. Warszawa, Poznań: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej; 2001. s. 9-17.
 - Rużyczka-Wilczek E., Wojtas K.: Wsparcie społeczne w chorobach przewlekłych i psychicznych. W: Czupryna A., Rużyczka-Wilczek E. (red.) Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa specjalistycznego. Wolters Kluwer Polska, Kraków 2010: 71-80.
 - Sadock BJ, Sadock VA. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott W&W; 2000.
 - Sęk H., Ziarko M. Działania na rzecz promocji zdrowia psychicznego w Polsce na tle informacji z innych krajów europejskich. [w:] Czabała JC, red. Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000. s. 327-377.
 - Skorupska A. : *Rehabilitacja w psychiatrii*. W: Wilczek - Rużyczka E. (red.). Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego. Czelej, Lublin 2004.
 - Skorupska A.: *Psychospołeczne konsekwencje przewlekłej choroby psychicznej a rehabilitacja psychiatryczna*. W: Czupryna A., Rużyczka-Wilczek E. (red.). Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa specjalistycznego. Wolters Kluwer Polska, Kraków 2010: 81-90.
 - Skrzypińska D, Słodka M. Kto może zachorować na schizofrenię? Czyli o modelach podatność–stres. W (red.) Ewa Drop, Marta Maćkiewicz. *Młoda Psychologia*, Tom 1. Wydawnictwo LiberiLibri, 2012.
 - Snow S. Zdrowie psychiczne w okresie okołoporodowym. W: (Red.) Edwina J. wydanie polskie – Dmoch-Gajzlerska E. *Praktyka zawodowa. Biblioteka położnej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa, 2011:187-204.
 - Sokołowska E, Kluczyńska S, Zabłocka-Żytka L, Wojda-Kornacka J. Program „PsychoŻak” – przykład zastosowania pozytywnych koncepcji zdrowia psychicznego w praktyce. *Psychiatr. Pol.* 2018; 52(1): 157-164
 - Sokołowska M. Założenia ogólne, definicje. [w:] Czabała JC, red. Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000. s. 11-13.
 - Świtaj P. Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008.

-
- Teoria salutogenezy (Aaron Antonovsky). Programy rekomendowane – Teoria. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, Warszawa.
<https://programyrekomendowane.pl/strony/artykuly/teorie/7#teoria-salutogenezy-aaron-antonovsky>
 - The European Mental Health Action Plan 2013 – 2020 <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/publications/2015/european-mental-health-action-plan-20132020>.<https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/mental-health>
 - US Burden of Disease Collaborators. The state of US health, 1990-2010: burden of diseases, injuries, and risk factors. *JAMA* 2013, 310(6): 591-608, 2013.
 - Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r. (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535).
 - What are YLDs? Mental and behavioral disorders. National Institute of Mental Health (U.S.); <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/disability/what-are-ylds.shtml>
 - Wilczek-Rużyczka E, Lewandowska J. Wybrane aspekty zdrowia psychicznego. [w:] Wilczek- Rużyczka E, red. Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego. Lublin: Czelej; 2007. s. 16-26.
 - Wilczek-Rużyczka E. Komunikowanie się z chorym psychicznie. Czelej, Lublin 2007.
 - Wiraszka G, Stępień R, Słopecka A.: Znaczenie rehabilitacji w procesie pielęgnowania chorych hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych. W: Rutkowska E, Płaszewski M. (red.). Aktywizacja osób z niepełnosprawnościami – wybrane problemy medyczne i kultury fizycznej. AWF w Warszawie i WWFiS w Białej Podlaskiej, Biała Podlaska 2014: 130-138
 - Wiraszka G., Stępień R.: Problematyka zdrowia psychicznego – definiowanie, koncepcje, promocja. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2009, 3 (28): 69-72
 - Wiraszka G, Głuszek-Osuch M, Ptak W, Stępień R. Preliminary evaluation of depression symptoms in adult high school students and the associated socio-demographic and environmental factors. *Medical Studies* 2019; 35 (2): 1–8
 - Wiraszka G, Lelonek B, Jaszewska M. Wpływ lęku i depresji na jakość życia kobiet po przebytej histerektomii z powodu mięśniaków macicy. *ZDRAVOTNÍCKE ŠTÚDIE. ROČNÍK IX. 2017; 1; 35-38;*
 - Wiraszka G, Miśk O, Stępień R. Społeczno-ekonomiczna i zdrowotna sytuacja oraz jakość życia osób uzależnionych od alkoholu. W: Red. Jarosław Chmielewski, Natalia Pawlas, Monika Szpringer. Środowiskowe i zawodowe zagrożenia zdrowia: wiedza i praktyka. UJK Kielce, 2016 s.157-170.
 - Lelonek B, Wiraszka G. Depresja - współczesny problem zdrowia psychicznego i zagrożenie cywilizacji. W: (red.) Krystyna Kowalczyk, Elżbieta Krajewskiej-Kułąk, Mateusz Cybulski. Wybrane choroby cywilizacyjne XXI wieku: praca zbiorowa. T. 2 Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, 2016, s.16-31
 - Wiraszka G, Cymerman M. Stępień R, Zdziebło K, Zjawisko stygmatyzacji społecznej wobec osób z zaburzeniami psychicznymi w opiniach młodzieży studiującej. W: Red. E. Krajewska-Kułąk, C. Łukaszuk, J. Lewko, W. Kułąk. W drodze do brzegu życia : praca zbiorowa. T. 14. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku 2016; 641-651
 - Wiraszka G, Stępień R, Zdziebło K. Stygmatyzacja a funkcjonowanie społeczne i niepełnosprawność chorych z zaburzeniami psychicznymi. W: Red. Rutkowska E., Otrębski W. Aktywizacja osób z niepełnosprawnościami. T.2. Wybrane problemy psychospołeczne. Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Wydział Wychowania Fizycznego i Sportu, Biała Podlaska 2014: 225-232
 - Wiraszka G, Stępień R. Zasady terapeutycznego komunikowania w relacjach pielęgniarka – pacjent w procesie pielęgnowania chorego z zaburzeniami psychicznymi. W: Żarów R. (red.). Człowiek w zdrowiu i chorobie – promocja zdrowia, leczenie i rehabilitacja. Cz. III. Pielęgnowanie bez barier – transkulturowe podejście do zdrowia. PWSZ, Tarnów 2010, 78-88
 - Wojnarowska B. Edukacja zdrowotna. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2017, druk 2023.
 - Wychowaniec W. Do czego potrzebna nam psychoedukacja? Fundacja z Wyboru - The Presja., 2021. <https://thepresja.pl/2021/01/15/do-czego-potrzebna-nam-psychoedukacja/>
 - Załuska M., Prot K., Bronowski P.: Psychiatria środowiskowa jako środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007.

-
- Zdrowie psychiczne. Słowniczek psychiatrii i psychologii. Grupa Synapsis. <http://online.synapsis.pl/Slowniczek/Zdrowie-psychiczne.html>
 - *Principles and drivers in public mental Health. Mental health is critically important for everyone, everywhere. [Chapter 2.] In: World mental health report: transforming mental health for all. WHO, 2022:XIV.*
 - *Introduction. In: World mental health report: transforming mental health for all. WHO, 2022: 1-8.*
 - *Determinants of mental Health. Principles and drivers in public mental Health. In: World mental health report: transforming mental health for all. WHO, 2022:19-34.*
 - *Ghebreyesus TA. Foreword. In: World mental health report: transforming mental health for all. WHO, 2022: VI.*
 - *Principles and drivers in public mental Health – Key messages. [Chapter 2.] In: World mental health report: transforming mental health for all. WHO, 2022:X.*
 - *Zdrowie i Ochrona zdrowia w 2021 roku. GUS, Warszawa, Kraków 2022.*
 - *Kestel D. Preface In: World mental health report: transforming mental health for all. WHO, 2022: VII.*
 - *Executive summary: Chapter 3. World mental health today. Mental health needs are high but responses are insufficient and inadequate. In: World mental health report: transforming mental health for all. WHO, 2022: XV.*
 - *World mental health today: Key messages. Epidemiological overview [Chapter 3]. In: World mental health report: transforming mental health for all. WHO, 2022: 35-48.*