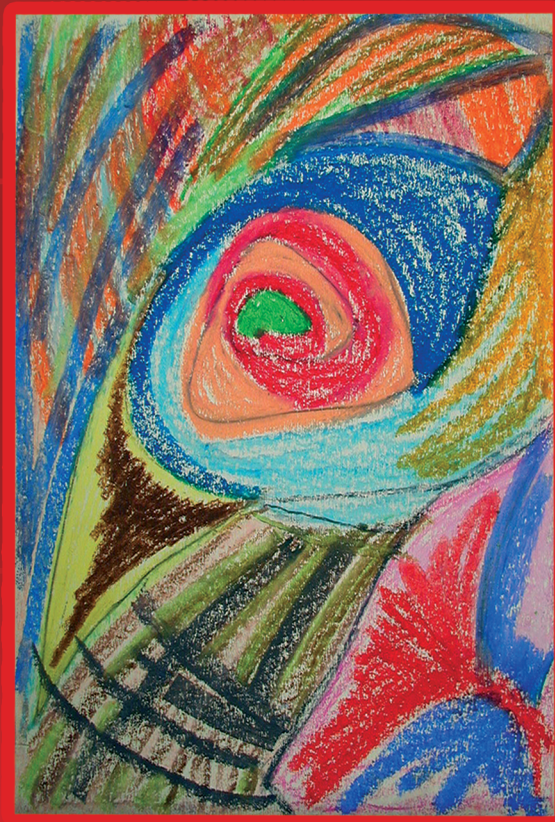




Państwowa Medyczna
Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

PODSTAWY PSYCHIATRII

DLA STUDENTÓW PIELEŃNIARSTWA



pod redakcją
Donaty Kurpas, Haliny Miturskiej i Marty Kaczmarek

WYDAWNICTWO
Continuo

PODSTAWY PSYCHIATRII DLA STUDENTÓW PIELEGNIARSTWA



Państwowa Medyczna
Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

PODSTAWY PSYCHIATRII DLA STUDENTÓW PIELEGNIASTWA

pod redakcją

Donaty Kurpas, Haliny Miturskiej i Marty Kaczmarek

WYDAWNICTWO
Continuo
Wrocław 2009

Recenzenci:

Prof. dr hab. med. Jerzy Leszek,

Dr hab. Stanisław Rogala, prof. WSZiA w Opolu

Na okładce wykorzystano pracę pt. „Ptaszydło” pacjentki Oddziału Psychiatrii A Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Neuropsychiatrycznego w Opolu.
Praca została wykonana w ramach arteterapii.
Właścicielka oryginału: Halina Miturska

© Copyright by Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2009

ISBN 978-83-62182-02-2

Projekt okładki: Iwona Wiśniowska
Redaktor Wydawnictwa: Jan Kuźma
Redakcja techniczna i łamanie: Anna Derbin

WYDAWNICTWO
Continuo

ul. Lelewela 4, pok. 325 53-505 Wrocław
tel./fax (71) 791-20-30
e-mail: wydawnictwo@continuo.pl
www.continuo.pl

Wydrukowano we Wrocławskiej Drukarni Naukowej PAN
im. S. Kulczyńskiego Sp. z o.o.

SPIS TREŚCI

PRZEDMOWA 7

I. PSYCHOLOGICZNE I SPOŁECZNE UWARUNKOWANIA ZDROWIA I CHOROBY PSYCHICZNEJ 9

Halina Miturska, Donata Kurpas, Marta Kaczmarek

1. Pojęcie zdrowia i choroby psychicznej 9 • 2. Wpływ czynników rozwoju na poziom zdrowia psychicznego 11 • 3. Cele i zadania higieny psychicznej 12 • 4. Promocja zdrowia psychicznego 13 • 5. Profilaktyka zaburzeń psychicznych 14 • 6. Profilaktyka samobójstw 16

II. ZAŁOŻENIA I KIERUNKI ROZWOJU WSPÓŁCZESNEJ PSYCHIATRII 21

Halina Miturska, Donata Kurpas

1. Epidemiologia zaburzeń psychicznych 23 • 2. *Światowy Raport Zdrowia 2001* a zaburzenia psychiczne 23 • 3. Rodzina wobec choroby psychicznej 25

III. KLASYFIKACJA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH 29

Donata Kurpas, Halina Miturska

1. ICD-10 29 • 2. DSM 29

IV. PODSTAWY PSYCHOPATOLOGII I SYNDROMOLOGII OGÓLNEJ 33

Donata Kurpas, Halina Miturska

1. Nieprawidłowości psychiczne występujące u ludzi zdrowych 33 • 2. Podstawowe pojęcia 34 • 3. Zaburzenia czynności poznawczych 34 • 4. Psychopatologia emocji 41 • 5. Zaburzenia aktywności i działań ruchowych 43 • 6. Zaburzenia świadomości 44 • 7. Osobowość i zaburzenia osobowości 44

V. PSYCHOPATOLOGIA SZCZEGÓŁOWA 49

Donata Kurpas, Marta Kaczmarek, Halina Miturska,
Beata Karakiewicz, Iwona Rotter

1. Schizofrenia 49 • 2. Choroby afektywne 55 • 3. Zaburzenia psychosomatyczne 63 • 4. Zaburzenia psychiczne spowodowane chorobą somatyczną 69 • 5. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (OCD) 73 • 6. Zaburzenia adaptacyjne i reakcja na ciężki stres 74 • 7. Zaburzenia snu 75 • 8. Zaburzenia psychiczne spowodowane substancjami psychoaktywnymi 78 • 9. Uzależnienie od alkoholu 83 • 10. Zaburzenia psychiczne związane z ciążą, porodem i menopauzą 91 • 11. Zaburzenia psychiczne u dzieci 98 • 12. Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego 116

VI. PROCES PIELĘGNOWANIA PSYCHICZNIE CHOREGO 127

Halina Miturska, Donata Kurpas, Marta Kaczmarek

1. Potrzeby chorego z zaburzeniami psychicznymi 127 • 2. Zasady psychopielęgnacji 131 • 3. Nawiązywanie i utrzymywanie kontaktu z chorym psychicznie 132 • 4. Zadania pielęgniarki w poszczególnych etapach procesu pielęgnowania chorego z zaburzeniami psychicznymi 137 • 5. Dokumentacja procesu pielęgnowania 141 • Załącznik 143

VII. ZASADY BADANIA PACJENTA Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI 147

Donata Kurpas, Marta Kaczmarek, Halina Miturska

1. Wywiad i zasady badania psychiatrycznego 147 • 2. Testy psychologiczne 153

VIII. PIELĘGNOWANIE CHOREGO W WYBRANYCH ZABURZENIACH PSYCHICZNYCH 159

Halina Miturska, Donata Kurpas, Marta Kaczmarek

1. Zaburzenia depresyjne 159 • 2. Zespół maniakalny 162 • 3. Schizofrenia 166 • 4. Zespoły neurodementywnie o charakterze otępiennym 170 • 5. Zaburzenia lękowe 176 • 6. Uzależnienia 180

IX. PODSTAWY TERAPII W ZABURZENIACH PSYCHICZNYCH 185

Donata Kurpas, Marta Kaczmarek, Halina Miturska

1. Farmakoterapia 185 • 2. Psychoterapia 190

X. UDZIAŁ PIELĘGNIARKI W TERAPII KOMPLEKSOWEJ W PSYCHIATRII 199

Halina Miturska, Donata Kurpas, Marta Kaczmarek

1. Społeczność terapeutyczna 199 • 2. Treningi umiejętności społecznych oraz treningi umiejętności niezbędnych w samodzielnym życiu – zadania pielęgniarki 201 • 3. Terapia zajęciowa – rola pielęgniarki 203 • 5. Rehabilitacja psychiatryczna w pielęgniarstwie 206 • 6. Edukacja zdrowotna w pielęgniarstwie psychiatrycznym 209

XI. ZAGADNIENIA ETYCZNE I PRAWNE W OPIECE PSYCHIATRYCZNEJ 215

Halina Miturska, Robert Susło, Jarosław Drobnik,
Donata Kurpas, Marta Kaczmarek

1. Prawa pacjenta chorego psychicznie 215 • 2. Zasady przyjęcia i hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym 217 • 3. Główne dokumenty prawne regulujące leczenie zaburzeń psychicznych 218 • 4. Postępowanie z pacjentem agresywnym i gwałtownym oraz zasady przyjęcia i hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym 221 • 5. Wykaz aktów prawnych 225 • Załączniki 227

NOTA O AUTORACH 235

PRZEDMOWA

Czynniki warunkujące zdrowie psychiczne mają związek z holistyczną koncepcją człowieka i uznaniem wieloczynnikowej etiologii zaburzeń psychicznych. Znajduje to swoje odzwierciedlenie w psychoprofilaktyce, postępowaniu diagnostycznym, jak również kompleksowym leczeniu i rehabilitacji z udziałem samego pacjenta i jego rodziny. Specyfika psychiatrii oraz kierunki jej rozwoju stawiają przed osobami podejmującymi pracę w opiece nad chorymi psychicznie nowe i szczególne zadania.

Prowadząc wykłady z podstaw psychiatrii, należy zacząć od zaproponowania słuchaczom współodczuwania z pacjentami chorymi psychicznie, od próby wejścia w świat psychiatrii krok za chorym, od spojrzenia na przeżywanie tego, co jest wokół przez pryzmat specyficznych zaburzeń psychicznych... Niezwykle to trudne i stanowiące ogromne wyzwanie po doświadczeniach z innymi naukami klinicznymi dyrektywnie narzucającymi jednoznaczność zaburzeń...

Jako Redaktorzy *Podstaw psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa* stanęliśmy przed ogromnym wyzwaniem – lekarz, pielęgniarka i psycholog postanowiły nadać kształt wiedzy, której komplementarność ma służyć w przyszłości nie tylko pacjentom na oddziałach psychiatrycznych. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych dotyczy bowiem każdej warstwy społecznej, każdego zawodu i obszaru świata... Mamy nadzieję, że podręcznik, który trzymasz w swych rękach Drogi Czytelniku – Studencie pewnie wprowadzi Cię w świat dotychczas budzący lęk i dezorientację oraz sprawi, że stanie się on bardziej dostępny do przemierzania nie tylko wraz z pacjentem...

Podstawy psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa to książka akcentująca najważniejszą, z naszego punktu widzenia, problematykę dotyczącą psychiatrii w praktyce zawodowej pielęgniarki/pielęgniarsza. Zagadnienia omówione w tym podręczniku stanowią nie tylko szeroki zbiór podstaw teoretycznych, lecz wzbogacone o konkretne porady praktyczne mogą służyć zarówno w pracy własnej z pacjentem, jak też w życiu codziennym.

Wśród ważnych zagadnień publikacja zawiera m.in. podstawowe informacje na temat profilaktyki zaburzeń psychicznych, w tym zapobiegania samobójstwom, jak też na temat procesu pielęgnowania w psychiatrii, z uwzględnieniem specyfiki kontaktu z chorym, którego istotą jest poznanie i zrozumienie jego przeżyć. Przedstawione zostały typowe problemy chorych w wybranych zaburzeniach psychicznych ze wskazaniem możliwości interwencji pielęgniarzkich, zadania pielęgniarki/pielęgniarsza wynikające z procesu leczenia i rehabilitacji, jak również zagadnienia etyczne i prawne w opiece psychiatrycznej.

Mając na uwadze fakt, że praca pielęgniarki to nie tylko opieka nad chorym, ale także psychoedukacja i psychoprofilaktyka, rozszerzyliśmy tę publikację o takie tematy, jak: zaburzenia zachowania, uzależnienia od alkoholu oraz ważną, w dzisiejszych czasach, społecznie problematykę zaburzeń odżywiania.

Znajomość zagadnień zawartych w *Podstawach psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa* ułatwi przyszłym pracownikom ochrony zdrowia, rozpoznawanie, interpretowanie zaburzeń psychicznych i podejmowanie właściwych działań na innych poza psychiatrią stanowiskach pracy.

Zależało nam również, aby podręcznik, był przyjazny dla Czytelnika, a zetknięcie się z nim, nie stanowiło bolesnego przeżycia. Ufamy, że udało nam się to osiągnąć.

Dr n. med. Donata Kurpas

Mgr Halina Miturska

Mgr Marta Kaczmarek

PSYCHOLOGICZNE I SPOŁECZNE UWARUNKOWANIA ZDROWIA I CHOROBY PSYCHICZNEJ

1. POJĘCIE ZDROWIA I CHOROBY PSYCHICZNEJ

Nie jest możliwe ustalenie uniwersalnych norm zdrowia psychicznego. Należy uwzględnić okres historyczny, warunki społeczno-ustrojowe, grupę społeczną, etapy ewolucyjne. Naruszanie norm życia społecznego (zachowania nietypowe, przestępstwa) nie świadczy o chorobie psychicznej. Odchyleniem od normy psychicznej może być także niedorozwój lub nieakceptowana forma zachowania.

Biorąc pod uwagę intelekt i życie uczuciowe, za normę można uznać taki rozwój intelektu, który umożliwia przystosowanie do zmieniających się warunków życia oraz taki rozwój uczuć moralnych, etycznych, humanitarnych, rodzinnych i społecznych, który umożliwia realizację własnych potrzeb i celów w harmonii z innymi jednostkami i życiem społecznym. To **kryterium normy** pokrywa się z **kryterium zdrowia psychicznego**.

Definicję zdrowia psychicznego trudno sformułować w sposób jednoznaczny i uniwersalny, gdyż może być ono rozpatrywane w różnych aspektach.

Najważniejsze **konceptje zdrowia psychicznego** prezentowane są następująco:

- Zdrowie psychiczne to stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego, a nie tylko nieobecność choroby czy kalectwa (wg WHO). Definicja ta nie określa wszechstronnie zdrowia psychicznego, gdyż nie uwzględnia czynnika rozwoju. Z kolei dobrostan wyklucza nieodłączne w życiu każdego człowieka zjawiska, takie jak np. konflikty wewnętrzne, cierpienie, trudne przeżycia. Występowanie tych zjawisk nie może oznaczać braku zdrowia psychicznego. Pełny dobrostan dotyczy jedynie pewnych okresów życia.
- Zdrowie psychiczne to: poziom rozwoju psychofizycznego człowieka, który pozwala mu realizować własne cele i potrzeby w harmonii z innymi ludźmi.
- Zdrowie psychiczne to: czynność centralnego układu nerwowego, który osiągnął poziom ewolucji umożliwiający dowolną, świadomą kontrolę zachowania, w rezultacie której działalność człowieka umożliwia mu optymalne przystosowanie bez naruszania norm życia społecznego oraz przewidywanie przyszłości na podstawie doświadczeń z przeszłości. Z tej definicji wynika, że zdrowie psychiczne może być rozpatrywane w związku z poziomem

rozwoju osobniczego (inne będą kryteria dla 10-letniego dziecka, inne dla osoby 40-letniej) oraz w powiązaniu z normami życia w grupie.

- Zdrowie psychiczne to: zdolność do rozwoju w kierunku wszechstronnego rozumienia, przeżywania, odkrywania i tworzenia coraz wyższej hierarchii rzeczywistości i wartości, aż do konkretnego ideału indywidualnego i społecznego. Autorem takiej definicji zdrowia psychicznego jest Kazimierz Dąbrowski. Proces rozwojowy dzieli on na fazy i poziomy. Fazy są wyznaczane przez czynniki biologiczne, społeczne oraz kulturowe i są wspólne dla wszystkich. Poziom rozwoju to indywidualne zjawisko osiągnięte z udziałem świadomości jednostki:
 - poziom I – integracja pierwotna,
 - poziom II – dezintegracja jednopoziomowa,
 - poziom III – dezintegracja wielopoziomowa, spontaniczna, impulsywna,
 - poziom IV – dezintegracja wielopoziomowa, zorganizowana, usystematyzowana,
 - poziom V – integracja wtórna.

Zgodnie z teorią dezintegracji pozytywnej, człowiek osiąga w procesie rozwoju kolejne poziomy, dążąc do poziomu integracji wtórnej. Jest to poziom wtórnego zharmonizowania się po doświadczeniach wewnętrznych i zewnętrznych. Wówczas obserwujemy pewne dynamizmy, takie jak: autonomia i autentyczność, odpowiedzialność, samoświadomość, empatia, ukształtowanie zainteresowań i uzdolnień, następuje dynamizacja ideału osobowości. Występuje samouświadomiona jedność właściwości psychicznych realizująca ideał indywidualny i społeczny. Tworzą się cechy indywidualne i cechy wyrażające autentyczny i autonomiczny stosunek do ludzi. Istnienie jednych cech jest warunkiem rozwoju drugich. Człowiek ma zaufanie do własnych sił i możliwości, jest zdolny do samorozwoju i samowychowania, ceni szlachetność i mądrość, potrafi radzić sobie z trudnościami.

Pogląd stanowiący przeciwagę biomedycznej koncepcji zdrowia prezentuje A. Antonovsky, akcentując w zdrowiu koherencję, względnie stałą właściwość, którą tworzą trzy składniki:

- poczucie zrozumiałości (człowiek postrzega świat jako uporządkowany, przewidywalny),
- poczucie zaradności (człowiek dostrzega możliwości pozwalające sprostać życiowym wymaganiom),
- poczucie sensowności (człowiek uznaje, że wyzwania, jakie niesie życie, są warte jego wysiłku i zaangażowania).

Współczesna psychologia określa zdrowie psychiczne jako dojrzałą, dobrze przystosowaną i optymalnie funkcjonującą osobowość. Prawidłowy i konstruktywny proces powstawania oraz rozwoju zdrowia psychicznego, zmierzający do osiągnięcia przez człowieka dojrzałej osobowości, wyraża się w kształtowaniu cech twórczych, a następnie postawy twórczej.

Osoba zdrowa psychicznie jest dobrze przystosowana do otoczenia. Ma realistyczny stosunek do swoich problemów, zdaje sobie sprawę ze swych braków i nie-

dociągnięć oraz niedoskonałości osób ze swego otoczenia. Jednocześnie odznacza się twórczą spontanicznością w pracy i w stosunkach społecznych, potrafi wykonać w działaniu posiadane zdolności i kompetencje.

Wyróżniamy następujące kryteria stanowiące narzędzie do diagnozowania zdrowia psychicznego:

- ogólne – określają stosunek człowieka do rzeczywistości i świata,
- egocentryczne – określają stosunek człowieka do siebie samego,
- społeczne – określają stosunek człowieka do społeczeństwa, życia społecznego i wspólnot,
- etyczne – określają poziom moralny człowieka.

Choroba psychiczna to zaburzenie czynności centralnego układu nerwowego, w wyniku którego pojawiają się objawy psychopatologiczne, które zaburzają dowolną świadomą kontrolę zachowania, utrudniają lub uniemożliwiają przystosowanie do istniejących warunków, upośledzają lub zniekształcają zdolność do przewidywania przyszłości oraz upośledzają lub uniemożliwiają korzystanie z doświadczeń.

W założeniach współczesnej psychiatrii:

- żaden człowiek nie jest całkowicie zdrowy psychicznie, a żaden pacjent psychiatryczny nie jest chory psychicznie we wszystkich obszarach jego funkcjonowania,
- przewlekłość choroby psychicznej nie oznacza jej nieuleczalności,
- przewlekłe chory jest warunkowo zdrowy, gdyż w chorobie psychicznej obserwuje się liczne wahania zarówno pozytywne, jak i negatywne.

Według Karty Zdrowia Psychicznego 2000 – zdrowie psychiczne i choroby psychiczne stanowią efekt wielu czynników biologicznych i psychologicznych, mieszczących się w przeszłym oraz obecnym środowisku, tkwiących w systemach opieki zdrowotnej i społecznej oraz łączących się ze stylem życia.

2. WPŁYW CZYNNIKÓW ROZWOJU NA POZIOM ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Struktura psychiczna człowieka jest wypadkową wielu czynników, które ukształtowały jego osobowość. Dla kształtowania i umacniania zdrowia psychicznego potrzebne jest współdziałanie trzech czynników:

- czynnika konstytucjonalnego i związanego z nim potencjału rozwojowego, decydującego w dużej mierze o rozwoju w sensie dodatnim, jak również w sensie ujemnym;
- odpowiedniego wychowania w rodzinie, właściwej organizacji szkolnictwa, nastawienia na modele i wzory oraz konkretne ideały wychowawcze;
- czynnika autonomicznego i autentycznego – człowiek, który rozwija u siebie te czynniki, wpływa również korzystnie na rozwój innych.

Rozwój autonomiczny i autentyczny, a więc aktywność własna człowieka, w sposób znaczący wpływa na zdrowie psychiczne osiągnięte przez chwječną równowagę. Obserwujemy wówczas takie cechy, jak:

- wysoki poziom empatii,
- wrażliwość,
- alterocentryzm,
- odpowiedzialność, umiejętność współdziałania,
- coraz wyższy poziom zainteresowań i uzdolnień,
- niepowtarzalne związki uczuciowe,
- świadoma identyfikacja z historią własnego rozwoju, świadoma projekcja tego rozwoju w przyszłość.

Do uzyskania wyższego poziomu zdrowia psychicznego potrzebne są: doświadczenia i przeżycia, autentyczne myślenie, a więc rozwiązywanie trudnych problemów życiowych, rozwój wewnętrzny i rozwój kontaktów społecznych. Różnorodne doświadczenia osobiste, zawodowe, a przede wszystkim kontakty międzyludzkie pozwalają człowiekowi rozwijać indywidualne niepowtarzalne cechy, wyrażające jego stosunek do samego siebie i do otoczenia.

Zdrowie psychiczne to m.in. umiejętność przystosowania do zmieniających się warunków rzeczywistości. Nie oznacza to jednak konieczności rezygnacji z własnych wartości i celów. W dążeniu do ideału osobowości na drodze osobistego rozwoju zawsze można być osobą autentyczną, niepowtarzalną i autonomiczną.

Czynniki konstytucjonalne, środowiskowe oraz autonomiczne i autentyczne współdziałają w kształtowaniu zdrowia psychicznego.

3. CELE I ZADANIA HIGIENY PSYCHICZNEJ

Uniwersalny cel Polskiego Towarzystwa Higieny Psychiczej przedstawia hasło „Zdrowy człowiek w zdrowym, dojrzałym społeczeństwie”.

Szczegółowe cele higieny psychicznej to:

- dążenie do wszechstronnego rozwoju osobowości człowieka,
- umacnianie więzi rodzinnych,
- tworzenie pozytywnych stosunków międzyludzkich i postaw prospołecznych,
- wychowanie w duchu humanizmu wolności i sprawiedliwości,
- poszanowanie każdej jednostki ludzkiej,
- rozwijanie i upowszechnianie zasad higieny psychicznej w społeczeństwie.

Naczelne zadania higieny psychicznej to:

- tworzenie warunków podtrzymujących zdrowie psychiczne człowieka,
- rozwijanie higieny psychicznej jako nauki i ruchu społecznego,
- walka z zagrożeniami zdrowia i życia,
- profilaktyka indywidualna, społeczna i ogólnoludzka,

- usuwanie źródeł konfliktów z przyrodą, samym sobą, innymi ludźmi i między narodami,
- neutralizowanie zaburzeń psychicznych, zagrożeń biologicznych i ekologicznych.

Zgodnie z zasadami higieny psychicznej, człowiek powinien być przygotowany do kontaktów z otoczeniem, a także działać na rzecz zmniejszenia zagrożeń i kształtowania lepszych warunków życia.

Rządy i władze państw powinny dążyć do tego, aby środowisko człowieka w maksymalnym stopniu sprzyjało zdrowiu psychicznemu. Osoby odpowiedzialne za zagadnienia higieny psychicznej powinny interesować się m.in. poziomem uprzejmości urzędników, zająć się problemami stresu i cierpieniami ludzi zdrowych, uczyć pielęgniarki, jak zajmować się chorymi, uczyć wychowawców, jak wszechstronnie wychowywać, zapobiegać napięciom społecznym, a nawet wojnie.

Zasady higieny psychicznej mają praktyczne zastosowanie w poradniach, szpitalach, sanatoriach, instytucjach administracyjnych, a przede wszystkim w instytucjach wychowania.

4. PROMOCJA ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Zdrowie rozumiane jako wynik powiązań między człowiekiem a jego środowiskiem podlega oddziaływaniom różnorodnych czynników. Interdyscyplinarną dziedziną badań, wiedzy i praktyki oraz szerokim ruchem na rzecz zdrowia jest promocja zdrowia inspirowana przez Światową Organizację Zdrowia. Zdrowie jako dobro i prawo każdego człowieka stanowi również wartość społeczną.

Wyrazem uznania zdrowia psychicznego za szczególną wartość, którą należy wspierać i chronić, jest powstała w 1948 r. Światowa Federacja Ochrony Zdrowia Psychicznego. W Karcie Ottawskiej (1986 r.) określono promocję zdrowia psychicznego jako „proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na własne zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymania”.

Działania promujące zdrowie psychiczne polegają na rozwijaniu świadomości tego, czym jest zdrowie psychiczne, jakie czynniki je warunkują, wzmacnianiu i rozwijaniu zasobów zdrowia tkwiących w jednostce i środowisku oraz tworzeniu warunków umożliwiających ochronę zdrowia psychicznego w wymiarze indywidualnym i społecznym.

Zaburzenia psychiczne stanowią poważny problem społeczny narastający w okresach intensywnych przemian ustrojowych, społecznych, ekonomicznych i kulturalno-obyczajowych, co aktualnie obserwujemy w naszym kraju. Często w grupach społecznych, które powinny wspierać i wzmacniać zdrowie psychiczne, jak: rodzina, szkoła czy zakład pracy, obserwujemy zjawiska zagrażające zdrowiu.

Obserwowane zagrożenia zdrowia psychicznego to m.in. kryzys norm i wartości, słabe więzi rodzinne, rozwody, rodziny bez formalnego związku, przemoc w rodzinie, ubóstwo, nadużywanie alkoholu, narkomania, przemoc seksualna, sa-

mobójstwa i wysoki poziom przestępczości. Narastające problemy zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży są wynikiem wymagań przekraczających możliwości uczniów, patologii w relacjach między uczniami a nauczycielami, agresji i przemocy w szkole. Nie bez znaczenia dla zdrowia psychicznego jest zjawisko bezrobocia, częste zmiany pracy, mobbing, wypalenie zawodowe, surowe reguły funkcjonowania społecznego i pogłębiająca się alienacja jednostki.

Główne kierunki działań w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego to:

- kształtowanie postaw odpowiedzialności oraz miłości rodziców do nienarodzonych dzieci;
- przygotowanie rodziców do profilaktyki zaburzeń lękowych u małego dziecka: uświadomienie roli kontaktu wzrokowego i fizycznego;
- wzbudzanie i wzmacnianie poczucia własnej wartości w rodzinie i szkole m.in. przez:
 - aprobatę spontanicznie wyrażanych przez dziecko emocji,
 - stanowczość i konsekwencję w postępowaniu z dzieckiem,
 - sprawiedliwe stosowanie tzw. pozytywnych wzmocnień w procesie wychowania;
- udzielanie wsparcia psychicznego przez dorosłych osobom młodym w okresach kryzysów rozwojowych, upowszechnianie programów psychoprophylaktycznych i psychoedukacyjnych, propagowanie poradnictwa psychologicznego i psychiatrycznego, rozwój medycyny szkolnej;
- reforma kształcenia i doskonalenia nauczycieli, reforma wychowania w szkole;
- podejmowanie działań systemowych – sieć oddziaływań typu: „zdrowe miasto”, „szkoła promująca zdrowie”, tworzenie regionalnych programów ochrony zdrowia psychicznego;
- popularyzowanie wiedzy o rozwoju człowieka przez środki masowego przekazu;
- współpraca z ośrodkami i organizacjami europejskimi oraz światowymi w zakresie zdrowia psychicznego i prewencji.

5. PROFILAKTYKA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Zagadnienie profilaktyki zaburzeń psychicznych znajduje swoje miejsce w dokumentach określających programy polityki zdrowotnej w dziedzinie psychoprophylaktyki, takich jak:

- Zdrowie dla Wszystkich 2000,
- Narodowy Program Zdrowia 1995–2005,
- Program Ochrony Zdrowia Psychicznego Health 21,
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. nr 111, poz. 535) oraz zmiana Ustawy z dnia 01.07.2005 r. (Dz.U. nr 141 z dnia 29.07.2005 r.).

Psychoprofilaktyka jest obszarem badań naukowych i praktyki, obejmującym zarówno czynniki wspomagające zdrowie, jak i te, które powodują wystąpienie patologii. Działania psychoprofilaktyczne w kontekście zdrowia psychicznego są określone jako propagowanie higieny psychicznej lub prewencja.

Prewencja I stopnia to działania stosowane wobec określonych grup ryzyka, takich jak:

- nowo narodzone dzieci, wobec których rodzice mają negatywną postawę,
- dzieci z rodzin rozbitych,
- dzieci z rodzin społecznie i ekonomicznie dyskryminowanych,
- dzieci przebywające w warunkach długotrwałego konfliktu rodzinnego,
- studenci,
- wdowy,
- bezrobotni oraz inne osoby narażone na utratę statusu społecznego,
- osoby pracujące zawodowo w warunkach znacznego obciążenia psychofizycznego,
- osoby z subklinicznymi zaburzeniami lękowymi,
- osoby po próbach samobójczych.

W ramach działań w tej fazie profilaktyki ma miejsce wzmacnianie psychologicznych umiejętności człowieka przez treningi pomagające radzić sobie ze stresem i problemami oraz ćwiczenia umiejętności społecznych, takich jak: wyrażanie uczuć i poglądów, reakcje asertywne, konwersacja, negocjacje, zachowania niewerbalne itp.

Prewencja pierwotna to organizowanie otoczenia społecznego jednostki lub grupy w taki sposób, aby zapewnić zachowanie zdrowia psychicznego. Cele te można osiągnąć przez edukację zdrowotną upowszechniającą wiedzę o zdrowiu psychicznym i zdrowych warunkach życia społecznego.

Prewencja II stopnia ma zastosowanie w przypadku wczesnego wykrycia zaburzeń psychicznych. Jej celem jest powstrzymanie rozwoju zaburzeń i skrócenie czasu ich trwania. Na tym etapie stosuje się różne formy psychoterapii lub farmakoterapię. Równocześnie należy podjąć szeroko zakrojone działania środowiskowe.

Prewencja III stopnia dotyczy zapobiegania skutkom przebytej choroby i hospitalizacji oraz przeciwdziałania nawrotom.

Działania prewencyjne II i III stopnia zależą w dużej mierze od wielostronnej opieki zdrowotnej oraz współpracy z innymi instytucjami, np. z opieką społeczną.

Profilaktyka w zakresie zdrowia psychicznego obejmuje:

- stosowanie zasad ochrony zdrowia psychicznego w pracy szkół i innych placówek oświatowych, instytucjach opiekuńczo-wychowawczych, resocjalizacyjnych oraz w jednostkach wojskowych;
- tworzenie placówek ukierunkowanych na działania zapobiegawcze, takich jak: poradnie zdrowia psychicznego czy poradnie psychologiczne;
- wspieranie grup samopomocy i innych inicjatyw społecznych związanych z umacnianiem zdrowia psychicznego;

- wdrażanie i rozwijanie działalności psychoprofilaktycznej przez zakłady opieki zdrowotnej;
- wprowadzanie zagadnień ochrony zdrowia psychicznego do programu przygotowania zawodowego osób zajmujących się wychowaniem, nauczaniem, resocjalizacją, leczeniem, opieką, zarządzaniem, organizacją pracy oraz organizacją wypoczynku;
- inicjowanie badań naukowych służących umacnianiu zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym;
- uwzględnianie zagadnień zdrowia psychicznego w działalności publicznych środków masowego przekazu.

Ochrona zdrowia psychicznego polega na:

- promocji zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym,
- zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wszechstronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej,
- kształtowaniu właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji i życzliwości wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

6. PROFILAKTYKA SAMOBÓJSTW

Samobójstwo jest uważane za rodzaj śmierci dobrowolnej. Istnieją jednak wątpliwości, czy zawsze jest aktem poprzedzonym świadomą decyzją. W wielu przypadkach decyzja o samobójstwie jest wyborem sytuacji, w której nie trzeba podejmować wysiłków, zmierzających do regulowania swojego stosunku do otaczającego świata. Społeczny charakter życia sprawia, iż decyzja aktu samobójczego, jeżeli nawet ze względu na etiologię ma charakter indywidualny, to w kategoriach skutków jest zawsze sprawą społeczną.

Oficjalne statystyki nie odzwierciedlają rzeczywistej skali zjawiska, ponieważ nie wszystkie zamachy samobójcze są zgłaszane odpowiednim władzom. Nie ma kraju, którego by ten problem nie dotyczył. Za statystykami kryją się wielkie ludzkie dramaty – zarówno tych, którzy zdecydowali się odejść, jak i tych, których pozostawili.

Czynniki ryzyka

- występowanie samobójstw w rodzinie,
- wcześniejsze próby samobójcze,
- został sformułowany konkretny plan,
- utrata osób bliskich w niedawnym czasie w wyniku śmierci, rozwodu lub separacji,
- występujące zaburzenia psychiatryczne, depresja, nadużywanie alkoholu lub narkotyków,
- osobowość antysocjalna,
- konflikty w rodzinie i w pracy,

- doznanie urazu fizycznego i nieudane leczenie,
- poważna choroba somatyczna, dolegliwości bólowe,
- samotność, poczucie bezradności,
- przeżyte doświadczenia przemocy emocjonalnej, fizycznej lub seksualnej,
- utrata pracy, nagłe pogorszenie sytuacji materialnej.

Czynniki ryzyka specyficzne dla młodzieży

- alkoholizm i narkomania w rodzinie,
- brak oparcia w rodzinie,
- konflikty z rodzicami, nauczycielami i rówieśnikami,
- trudności w nauce i poczucie stale popełnianych błędów,
- występujące stany depresyjne, spadek zainteresowań,
- zachowania impulsywne w sytuacjach trudnych i kryzysowych,
- zachowania agresywne i przestępcze,
- negatywny stosunek do siebie i do relacji z innymi, izolacja społeczna,
- negatywne oczekiwania co do przyszłości.

Znaki ostrzegawcze – sygnały zagrożenia

Wербalne

- otwarte deklaracje, np. „chcę umrzeć”, „mam ochotę się zabić”,
- niejasne wzmianki, np. „już dłużej nie mogę”, „nie mam już siły”.

Obsesje – dotyczące np. śmierci, cmentarza, żałoby.

Zachowania

- rozdawanie wartościowych rzeczy,
- porządkowanie swoich spraw,
- pisanie testamentu,
- szukanie pojednania,
- pogłębiająca się depresja i zniechęcenie,
- zmiany w kilku dziedzinach:
 - 1) przyjmowanie posiłków (za dużo lub za mało),
 - 2) sen (więcej snu lub bezsenność), uczucie zmęczenia lub nadaktywność,
 - 3) wygląd zewnętrzny (zwykle zaniedbanie wyglądu),
 - 4) życie towarzyskie (zaniedbywanie dotychczasowych kontaktów),
 - 5) usposobienie (osoba towarzyska stroni od ludzi, a osoba łagodna staje się głośna, agresywna).

Sygnały w postaci specyficznej konstelacji symptomów suicydalnych

- głęboka depresja,
- wysoki poziom lęku,
- nastrój dysforyczny,
- głębokie niezadowolenie z życia, poczucie braku sensu życia,
- poczucie bezradności,
- poczucie winy, dążenie do poniesienia kary,
- skłonność do nadużywania alkoholu i leków,

- samotność,
- zależność,
- bezradność.

Sygnaly zagrożenia w postaci pewnych zachowań osoby z tendencjami samobójczymi mogą być interpretowane jako „wołanie o pomoc”.

Rozpoznanie czynników ryzyka i sygnałów zagrożenia dają szansę na efektywną interwencję – na uratowanie życia.

Zapobieganie samobójstwom jest kwestią nie tylko fachowych kwalifikacji osób profesjonalnie zajmujących się tą dziedziną, lecz przede wszystkim zwykłej ludzkiej dobroci i życzliwego zainteresowania drugim człowiekiem. Aby realizować rozsądną dobroć, trzeba uważnie słuchać, próbować zrozumieć sytuację innych, być czujnym i otwartym wobec tych, którzy potrzebują naszej pomocy. Profilaktyka presuicydalna powinna stanowić system działań ciągłych i wielostronnych.

Praktyczne działania zapobiegawcze

- Poziom I – najogólniejszy – obejmuje działania edukacyjne w całym społeczeństwie w kierunku wyrabiania postaw akceptujących życie i konstruktywny system wartości, ułatwiających rozwiązywanie problemów życiowych, umiejętności adaptowania się do nowych sytuacji życiowych.
- Poziom II – działanie na populację potencjalnie zagrożoną pojawieniem się postaw presuicydalnych. Populację taką można wyselekcjonować na drodze diagnozowania społecznego.
- Poziom III – oddziaływanie instytucjonalne i pozainstytucjonalnie na osoby, które znalazły się już w sytuacji presuicydalnej. Jest to praca zindywidualizowana i nastawiona na określone jednostki.
- Poziom IV – oddziaływanie w sytuacji suicydalnej przy pomocy różnych metod terapeutycznych.
- Poziom V – oddziaływanie na jednostki w sytuacji postsuicydalnej.
 Terapia osób o tendencjach autodestrukcyjnych ma na celu zapobieganie samobójstwu – ochronę przed samouszkodzeniem m.in. przez:
 - osłabienie negatywnych emocji – rozpacz, poczucia bezsilności,
 - wzmocnienie poczucia własnej wartości,
 - pomoc w nabyciu umiejętności rozwiązywania problemów, radzenia sobie z presjami, stresem, wstrząsami,
 - poprawę relacji z innymi.

Wymienione poziomy działań zapobiegawczych muszą mieć postać dostosowaną do czynników przyczynowych i właściwości osobniczych. Zróżnicowanie form działania zależy od sytuacji, w której powstała motywacja suicydalna oraz kondycji biopsychospołecznej osoby wykazującej tendencję do autodestrukcji.

Każdy zamiar samobójczy jest oznaką istnienia poważnych problemów. Badania wykazały, że jedna na dziesięć osób, które usiłowały popełnić samobójstwo, prawdopodobnie zakończy życie w ten sposób. Otoczenie nie powinno ignorować zamiarów samobójczych, dobry przyjaciel może uratować życie zagrożonemu, ale potrzebna jest też dalsza pomoc.

WSKAZÓWKI DLA KONTAKTUJĄCYCH SIĘ Z OSOBAMI ZAGROŻONYMI SAMOBÓJSTWEM

- pozyskanie zaufania poprzez budowanie relacji terapeutycznej dającej poczucie bezpieczeństwa i opartej na empatycznym zrozumieniu,
- odbudowanie nadziei, zmniejszenie poczucia beznadziejności i bezradności,
- zwracanie uwagi na sygnały zawarte w wypowiedziach rozmówcy,
- stawianie bezpośrednich pytań o myśli, zamiary i plany,
- pomoc w zrozumieniu przez rozmówcę jego wewnętrznych konfliktów (rozmowa o uczuciach),
- ustalenie przyczyny obecnego kryzysu na podstawie historii życia rozmówcy,
- pomoc w odkryciu tego, co wyzwała tendencje samobójcze oraz rozwiązań alternatywnych,
- dostarczenie informacji na temat możliwości uzyskania dodatkowej pomocy.

ROLA RODZINY W ZAPOBIEGANIU SAMOBÓJSTWU

- bezwarunkowa akceptacja dziecka takiego, jakim jest – nie należy stawiać wygórowanych wymagań niewspółmiernych z możliwościami dziecka,
- wdrażanie dziecka od najmłodszych lat do samodzielnego podejmowania decyzji, dokonywania wyborów – zapobieganie poczuciu bezradności,
- okazanie zrozumienia i wsparcia w problemach i niepowodzeniach dziecka,
- wzmacnianie u dziecka poczucia wartości, jego wiary we własne możliwości,
- unikanie upokarzającego, brutalnego karania, negatywnego osądzania, ośmieszania niepowodzeń,
- unikanie nadopiekuńczości, nadmiernej troskliwości oraz usuwania z życia dziecka wszystkich trudności,
- okazywanie dziecku, jak jest kochane i ważne dla rodziców,
- zachowanie właściwego dystansu pomiędzy rodzicami a dzieckiem,
- poszanowanie indywidualnej wolności dziecka odpowiednio do jego wieku, uznanie, że w pewnym okresie musi ono rozpocząć samodzielne życie,
- kształtowanie u dziecka pozytywnej postawy do życia – przekonywanie, że zmienność uczuć jest rzeczą normalną, smutek i radość przemijają, a ich odczuwanie zależy od tego, jak interpretujemy nasze życie.

MITY NA TEMAT SAMOBÓJSTW

- 1) „ludzie, którzy nie mówią o samobójstwie, nie odbierają sobie życia”,
- 2) „zmniejszy się ryzyko samobójstwa, gdy się o nim nie mówi”,
- 3) „wszyscy ludzie, którzy popełniają samobójstwo, są umyślowo chorzy”,
- 4) „samobójstwo popełniają ludzie określonego typu”,
- 5) „samobójstwo przychodzi bez ostrzeżenia”,

- 6) „osoba o skłonnościach samobójczych będzie już taka zawsze”,
- 7) „próby samobójcze rzadko bywają ponawiane”,
- 8) „oznaki poprawy po kryzysie samobójczym świadczą o przeminięciu zarożenia”,
- 9) „samobójstwu nie można zapobiec”,
- 10) „ludzie zagrożeni samobójstwem są absolutnie zdecydowani umrzeć”.

TABELA 1. OCENA RYZYKA SAMOBÓJSTWA (WG CZERNIKIEWICZ A, 1998)

Czy:	1. Pacjent miał kiedykolwiek próbę samobójczą
W okresie ostatniego miesiąca pacjent:	2. Chciał umrzeć 3. Chciał dokonać samouszkodzenia 4. Myślał o samobójstwie 5. Układał plan samobójstwa 6. Miał próbę samobójczą
Jeśli tylko jedno Tak na P1 lub P2 lub P3 – ryzyko samobójstwa jest obecne i niewielkie.	
Jeśli tak na P4 lub na P1 i P3 – to ryzyko samobójstwa jest obecne i średnie.	
Jeśli tak na P5 lub P6 lub P1 i P4 – to ryzyko samobójstwa jest wysokie.	

Liczne badania, jak stwierdza Światowa Organizacja Zdrowia, wykazują, iż samobójstwa są częściej popełniane w wyniku „wołania o pomoc” niż jako zdecydowane pragnienie rozstania się z życiem. Losy osób odratowanych po próbach samobójczych świadczą o tym, że znaczny ich odsetek potrafi jednak ułożyć swoje życie w sposób zadowalający subiektywnie i przydatny społecznie. Świadczy to o pochoptności niegdyś podjętej decyzji i braku dostatecznego jej uzasadnienia. Fakt ten podkreśla niezbędnosć badania przyczyn zachowań samodestrukcyjnych i koniecznosć zapobiegania tym drastycznym, a często nieodwracalnym decyzjom.

Bezpośrednie zapobieganie samobójstwu w sytuacji zagrożenia powinno polegać na zbudowaniu pomocnej relacji z osobą zagrożoną, wysłuchaniu, nielekceważeniu jej problemów, otoczeniu opieką i pomocą. Do podjęcia właściwych kroków w zetknięciu z takim zagrożeniem powinny być przygotowane przede wszystkim osoby profesjonalnie pomagające, a więc również pielęgniarka.

PIŚMIENNICTWO

1. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia: jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Wydawnictwo Fundacji IPiN, Warszawa 1995.
2. Antony Michel T. *Dlaczego? Czyli samobójstwo i inne zagrożenia wieku dorastania*. Vocatio, Warszawa 1994.
3. Czabała Cz, red. *Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja*. IPiN, Warszawa 2000.
4. Czernikiewicz A. *Wykłady dla studentów*. Akademia Medyczna, Gdańsk 1998.
5. Dąbrowski K, red. *Zdrowie psychiczne*. PWN, Warszawa 1981.
6. Sęk H. *Psychologia kliniczna*. T. 1–3. PWN, Warszawa 2005.
7. Ugniewska C. *Pielęgniarstwo psychiatryczne i neurologiczne*. PZWL, Warszawa 1996.
8. Wilczek-Rużyczka E. *Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.

ZAŁOŻENIA I KIERUNKI ROZWOJU WSPÓŁCZESNEJ PSYCHIATRII

Zaburzenia psychiczne stanowią poważny problem społeczny, narastający szczególnie w okresie ostatnich lat w związku ze wzrostem dynamiki niekorzystnych zjawisk społecznych. Frustracja i stresy związane ze zmianami społeczno-gospodarczymi, bezrobociem, napięciami w środowisku pracy, przemocą w szkołach, rosnącym spożyciem alkoholu, narkomanią, przyjmowaniem leków uspokajających bez zaleceń terapeutycznych powodują wzrost zagrożeń zdrowia psychicznego.

Na przestrzeni dziejów spotykamy się z niewłaściwym traktowaniem chorych psychicznie. Nietolerancja i przesady panujące szczególnie w średniowieczu były powodem tragicznych losów tych ludzi.

W postępowaniu z chorym psychicznie dominowały różnorodne środki przymusu, takie jak izolacja i krępowanie, a także dewaluowanie osoby chorej jako nieprzystosowanej społecznie.

Dopiero w końcu XVIII w. zmienia się podejście do chorych psychicznie. Do pierwszych zmian w psychiatrii przyczynił się m.in. Filip Pinel, reformator szpitali psychiatrycznych, który w 1793 r. podjął decyzję o uwolnieniu chorych (polecił zdjąć kajdany z rąk psychicznie chorych) i uważany jest za twórcę zasady „niekrępowania”.

Jednak kolejne lata to również czas, gdy chorzy nie mogli o sobie decydować, ograniczane były ich prawa, a długotrwały, nawet kilkuletni pobyt w szpitalu powodował trwałe, deficytowe zmiany w psychice.

W XIX w. miał miejsce rozwój psychiatrii naukowej, opisane zostały objawy zaburzeń psychicznych, wyodrębniono jednostki chorobowe, nastąpił też znaczny postęp w poznaniu anatomii patologicznej mózgu. Na początku XX w. opracowano klasyfikację chorób psychicznych.

Tradycyjne szpitale psychiatryczne to zespół okratowanych pawilonów z drzwiami „bez klamek” i nawet kilkunastoosobowe sale chorych. Nowe szpitale różnią się od nich zasadniczo. Ich urządzenie, wyposażenie i funkcjonowanie ma na celu zbliżenie środowiska szpitalnego do warunków naturalnego środowiska domowego.

Leki psychotropowe wprowadzone do leczenia psychiatrycznego po II wojnie światowej (1953 r.) również zmieniły charakter szpitali psychiatrycznych.

We współczesnej psychiatrii mówi się o człowieku jako integralnej całości, na którą składa się sfera somatyczna, psychiczna i duchowa.

Uznanie integralności człowieka i wieloczynnikowej etiologii zaburzeń psychicznych przyczyniło się do poszukiwania nowych metod w psychiatrii oraz przyjęcia zasady leczenia kompleksowego.

Opieka psychiatryczna w świetle założeń reformy ochrony zdrowia w Polsce zawiera takie aspekty, jak:

- nowe spojrzenie na chorobę psychiczną – choroba jest reakcją na przeciążenie osobowości człowieka lub negatywną próbą wyjścia organizmu z sytuacji kryzysowej;
- koncepcja wszechstronnego leczenia, zintegrowanie somatoterapii, psychoterapii i socjoterapii;
- świadoma zgoda pacjenta na hospitalizację i znaczne skrócenie czasu hospitalizacji;
- decentralizacja opieki psychiatrycznej, tworzenie oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych;
- wyznaczenie zakresu odpowiedzialności poszczególnych form organizacyjnych opieki psychiatrycznej i stworzenie sprawnego obiegu informacji między nimi;
- psychiatria środowiskowa – pożądany i docelowy model opieki psychiatrycznej, sieć psychosocjalnych i psychiatrycznych ośrodków oraz placówek, instytucji, mających służyć chorym i niepełnosprawnym psychicznie na terenie miejsca zamieszkania;
- usystematyzowanie form leczenia i opieki – organizowanie psychiatrii środowiskowej, oferty terapeutycznej i sposobu opieki ze względu na krąg odbiorców;
- tworzenie ośrodków interwencji kryzysowej – szybkie reagowanie na występowanie nagłych przypadków psychiatrycznych (jest to stan najczęściej wywołany chorobą, wymagający natychmiastowego działania dla uniknięcia zagrożenia życia albo innych następstw o poważnych konsekwencjach dla zdrowia, np. próba samobójcza);
- zabezpieczenie środków finansowych na cele funduszu psychiatrycznego w ramach reformy;
- kształtowanie opinii publicznej – edukacja rodziny, społeczeństwa w zakresie zdrowia psychicznego i zaburzeń psychicznych;
- przeciwdziałanie izolacji pacjentów – integracja chorych ze społeczeństwem;
- powołanie organów reprezentujących chorych i niepełnosprawnych psychicznie – rzecznik, rada pacjentów, grupy samopomocy, stowarzyszenia rodzin pacjentów;
- uznanie roli rodziny w opiece nad chorymi psychicznie oraz pomoc rodzinie pacjenta z zaburzeniami psychicznymi;
- zabezpieczenie jakości opieki psychiatrycznej – możliwość podnoszenia kwalifikacji zawodowych pracowników ochrony zdrowia i pomocy społecznej w dziedzinie psychiatrii;
- umożliwienie personelowi medycznemu aktywnego współtworzenia przemian oraz współpraca z instytucjami naukowymi.

W związku ze wzrastającą liczbą osób wymagających opieki psychogeriatrycznej konieczny jest rozwój form tej opieki, uwzględniającej zadania wynikające ze stanu psychicznego, somatycznego, wieku, sytuacji środowiskowej i prawnej tych chorych.

Założenia reformy ochrony zdrowia w zakresie opieki psychiatrycznej mają na celu wprowadzenie szeregu pozytywnych zmian i dążenie do ideału opieki nad osobą chorą psychicznie. Kwestie psychologiczne i społeczne w leczeniu psychicznie chorych są równie ważne jak wiedza biologiczna. Uwzględnienie tych dziedzin we właściwej proporcji może zapewnić sukces terapeutyczny.

Szczególne zadania współczesnej psychiatrii to wzmacnianie zdrowia psychicznego, zapobieganie chorobom psychicznym jako szeroko rozumiana profilaktyka oraz wszelkie działania prozdrowotne stosowane od dzieciństwa w rodzinie oraz innych środowiskach.

1. EPIDEMIOLOGIA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Badania epidemiologiczne dotyczące częstości występowania zaburzeń psychicznych obejmujące całą populację i przeprowadzone z użyciem kryteriów diagnostycznych zawartych w ICD-10 należą w Polsce do rzadkości. Wykonuje się badania małych populacji, zazwyczaj dotyczące występowania poszczególnych jednostek chorobowych. Stan taki wynika z konieczności doboru odpowiednich narzędzi badawczych. Stąd tak często opieramy się na wynikach pochodzących z piśmiennictwa amerykańskiego.

Według *Światowego Raportu Zdrowia 2001* do roku 2020 zaburzenia psychiczne znajdą się na drugim miejscu w rankingu obciążenia chorobami na świecie. Zaburzenia psychiczne dotyczą w ciągu życia ponad 25% ludzi. Aktualnie spośród dzieci i młodzieży do lat 15, na różnego typu zaburzenia psychiczne cierpi 20%. Nie dziwi więc duże zainteresowanie struktur Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) problemem chorych z zaburzeniami psychicznymi.

2. ŚWIATOWY RAPORT ZDROWIA 2001 A ZABURZENIA PSYCHICZNE

Celem ogłoszonego w październiku 2001 r. *Światowego Raportu Zdrowia 2001. Zdrowie psychiczne: nowe spojrzenie, nowa nadzieja (The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. WHO, Geneva 2001)* jest uwrażliwienie społeczeństwa i profesjonalistów opieki zdrowotnej na zagrożenia spowodowane przez zaburzenia psychiczne oraz wskazanie decydom na wywoływane przez nie koszty ludzkie, społeczne i ekonomiczne. Raport ma pomóc w walce ze stygmatyzacją, dyskryminacją, nierównością w dostępie do opieki psychiatrycznej i neurologicznej.

Raport z założenia jest podsumowaniem Światowego Dnia Zdrowia 2001, odbywającego się pod hasłem „Nie odrzucaj. Spróbuj pomóc”. Dr Gro Harlem Brundtland, Dyrektor Generalny WHO, stwierdza, że zdrowie psychiczne, zbyt długo lekceważone, ma być niezbędne dla dobrostanu jednostki, społeczeństwa i narodu. Raport

jest przede wszystkim skierowany do decydentów, nie tylko ministrów zdrowia, ale również ministrów edukacji, pracy i sprawiedliwości, ponoszących odpowiedzialność za zdrowie fizyczne i psychiczne obywateli, do tych, którzy mogą wpływać na stan zdrowia psychicznego, a także do chorych i ich rodzin.

Raport stanowi nowe spojrzenie na zaburzenia psychiczne, stwarzając nowe nadzieje dla chorych psychicznie oraz ich rodzin we wszystkich krajach i społeczeństwach. Niezwykle istotny jest fakt, że tylko mniejszość spośród 450 milionów chorych psychicznie na świecie jest leczona. Wobec aktualnego stanu wiedzy bezdyskusyjne jest, że zaburzenia psychiczne, podobnie jak choroby somatyczne, są rezultatem czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Można również z całą pewnością stwierdzić, że istnieje podstawowa korelacja między zdrowiem psychicznym i fizycznym.

W Raporcie zwraca się uwagę na potrzebę zmiany modelu opieki zdrowotnej nad chorym psychicznie i jego rodziną z przesunięciem koordynacji leczenia w kierunku opieki podstawowej, co stwarza lepsze warunki respektowania tożsamości i praw chorego, bez ograniczania możliwości stosowania nowoczesnych metod terapii. W około 70% przypadków schizofrenii, przy prawidłowej terapii, można radykalnie zredukować objawy kliniczne, a ryzyko nawrotu obniżyć o połowę. Dwie trzecie uzależnionych zmniejsza w wyniku odpowiedniej terapii nadużywanie substancji psychoaktywnych.

W aspekcie ekonomicznej organizacji opieki nad chorymi z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami Raport proponuje trzy scenariusze działania, jakie należy podjąć w zależności od wielkości przeznaczonych na ten cel środków finansowych. Scenariusz A, dotyczący krajów o zerowych zasobach i niskim poziomie rozwoju ekonomicznego, wskazuje na szkolenie pracowników i zapewnienie dostępności do podstawowych lekarstw. Scenariusz B – dla krajów o średnich zasobach (w tym Polski) zakłada likwidację dużych szpitali psychiatrycznych i integrację opieki psychiatrycznej z podstawową opieką zdrowotną. Scenariusz C – dla krajów bogatych zaleca polepszenie standardu leczenia zaburzeń psychicznych w podstawowej opiece zdrowotnej, ułatwienie dostępu do leków nowej generacji i zapewnienie 100% opieki na poziomie lokalnym.

Konkluzją Raportu jest dziesięć zaleceń, których odbiorcami mają być decydenci życia politycznego:

1. Zapewnij leczenie w podstawowej opiece medycznej.

Leczenie zaburzeń psychicznych na poziomie podstawowej opieki medycznej jest generalną zasadą opieki psychiatrycznej. Ma to prowadzić zarówno do poprawy leczenia, jak i efektywnego wykorzystywania środków.

2. Udostępnij leki psychotropowe.

Podstawowe leki psychotropowe powinny być dostępne stale na wszystkich poziomach opieki medycznej i znajdować się na listach leków refundowanych.

3. Zapewnij leczenie i opiekę w środowisku.

Opieka środowiskowa daje większe efekty niż leczenie instytucjonalne. Zmniejsza koszty i respektuje prawa jednostki.

4. Podwyższaj świadomość.

Konsekwencją tego jest zmniejszenie barier, stygmatyzacji i dyskryminacji. Poznanie możliwości procesu leczenia i praw osób chorych musi być priorytetem we wszystkich krajach.

5. Angażuj środowiska lokalne, rodziny i osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Środowiska lokalne, rodziny i sami pacjenci powinni być zaangażowani w opracowywanie i wprowadzanie w życie polityki i programów zdrowia psychicznego. Działania powinny uwzględniać wiek, płeć, zwyczaje kulturalne i społeczne.

6. Opracuj i wprowadzaj w życie politykę i programy zdrowia psychicznego.

Polityka i programy zdrowia psychicznego, jak również odpowiednie akty prawne są niezbędne dla podejmowania działań. Reformy związane ze zdrowiem psychicznym muszą być częścią reformy systemu zdrowotnego.

7. Rozwijaj zasoby ludzkie.

Niezbędne jest szkolenie specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego, poparcie dla programów podstawowej opieki zdrowotnej ukierunkowanych na opiekę nad chorym z zaburzeniem psychicznym i jego rodziną.

8. Współpracuj z innymi sektorami.

Zwłaszcza z sektorami oświatowym, pracy, socjalnym i prawnym oraz organizacjami pozarządowymi na rzecz poprawy zdrowia psychicznego społeczeństwa. Uruchomienie tego rodzaju kooperacji rozpoczyna nowy rozdział we wzajemnych stosunkach między partnerami. W szczególności organizacje pozarządowe powinny być bardziej kreatywne, mieć dobrze określone zadania i wspierać lokalne inicjatywy.

9. Monitoruj zdrowie psychiczne społeczeństwa.

Monitorowanie zdrowia psychicznego społeczeństwa jest konieczne dla efektywnej prewencji zaburzeń psychicznych i opracowania programów właściwej terapii, a także dla wzmocnienia argumentów potrzebnych dla pozyskania źródeł finansowania. Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi, jakość opieki, ogólne wskaźniki zdrowotne powinny znaleźć się w raportach monitoringu.

10. Wspieraj badania.

Badania aspektów biologicznych i psychospołecznych zdrowia psychicznego są konieczne dla lepszego zrozumienia zaburzeń psychicznych i opracowania skutecznych działań. Badania powinny być prowadzone w ramach współpracy międzynarodowej.

3. RODZINA WOBEC CHOROBY PSYCHICZNEJ

Niezwykle trudno o społeczną akceptację dla chorób psychicznych. Brak ze strony społeczności zgody na zachowania odbiegające od przyjętych norm uruchamia mechanizm zmierzający do poddania kontroli jednostki, której jedną z form może być terapia. Stygmatyzacja zaburzenia psychicznego u chorego powoduje, że przez wiele lat rodzina oraz „wtajemniczony” w rodzaj zaburzenia lekarz pierwszego kontaktu stają się dla osoby chorej psychicznie jedynym schronieniem, w którym może ona jeszcze funkcjonować i gdzie jest akceptowana. Relacje wewnątrz-

rodzinne i z najbliższymi profesjonalistami opieki medycznej powinny być więc dalekie od naznaczania.

Przy wszystkich korzyściach wynikających z opieki holistycznej, w tym systematycznej i kompleksowej opieki, jaką lekarz rodzinny obejmuje pacjenta z zaburzeniem psychicznym, często obserwuje on jedynie przemiany procesu chorobowego, rzadziej natomiast zmiany zachodzące w rodzinach osób chorujących.

Spośród wszystkich zaburzeń funkcjonowania to właśnie choroba psychiczna w największym stopniu dezorganizuje realizację wszystkich funkcji rodziny. Zakres dysfunkcji rodziny zależny będzie oczywiście od typu zaburzenia: będzie ona silniejsza w przypadku zaburzeń psychotycznych (np. schizofrenii), a mniej nasiloną w zaburzeniach niepsychotycznych (np. depresyjnych czy lękowych). W ocenie członków rodziny i pacjentów najbardziej istotne są zaburzenia w realizacji funkcji emocjonalno-ekspresyjnej i opiekuńczo-zabezpieczającej oraz materialno-ekonomicznej i religijnej. Na reorganizację rodziny w następstwie choroby psychicznej ma wpływ bardzo wiele aspektów:

- długość pobytu w szpitalu – krótkie pobyty w szpitalu zwiększają stopień doraźnego obciążenia rodziny, pacjent wraca do domu zdradzając nadal objawy psychotyczne, które zakłócają funkcjonowanie rodziny; dłuższe hospitalizacje psychiatryczne zmniejszają subiektywne obciążenie rodziny, powodują jednak przejmowanie przez innych członków rodziny pełnionych dotąd przez osobę chorą ról;
- częstość przyjęć do szpitala – jedna czy dwie hospitalizacje nie zmieniają funkcjonowania rodziny, natomiast większa liczba hospitalizacji powoduje zmianę oczekiwań i utratę nadziei, że chory będzie zdolny samodzielnie funkcjonować;
- im większy stopień nasilenia zaburzeń u pacjenta, tym trudniejsze przystosowanie rodziny i mniejsza akceptacja chorego.

Istotą konsekwencji zaburzeń psychicznych u jednego z członków rodziny jest ograniczenie kręgu społecznego rodziny, zubożenie życia kulturalnego i towarzyskiego. Brak wspólnie spędzanego wolnego czasu, odstąpienie od zorganizowanych form wypoczynku oraz unikanie spotkań towarzyskich izoluje poszczególnych członków rodziny wzajemnie od siebie, a rodzinę od społeczności. Niejednokrotnie członkowie rodziny, mimo braku wcześniejszych doświadczeń, wykazują zdolności adaptacyjne i elastyczność w wykorzystaniu własnych zasobów. Brak możliwości lub informacji o możliwościach pomocy socjalnej prowadzi do przeciążeń wielu funkcji rodzinnych. W zdecydowanej większości również nadzieje i plany członków rodziny ulegają zagrożeniu przez niepewną przyszłość, dając w konsekwencji brak poczucia bezpieczeństwa. Niezależnie od tego, którego z członków rodziny dotyczy zaburzenie psychiczne, struktura rodziny i jej funkcjonowanie wymagają reorganizacji.

Pacjent z zaburzeniem psychicznym – stygmatyzowany przez społecznie nieakceptowaną terapię w społecznie nieakceptowanych ośrodkach – w prawidłowo funkcjonującej rodzinie przystosowuje się do nowej sytuacji w różny sposób i w różnym

czasie. Wspomagana zapleczem opieki podstawowej i wsparciem społecznym rodzina z pacjentem chorym psychicznie zachowuje równowagę, przeciwstawiając i przystosowując się do zmian, które w naturalny sposób zachodzą i zmienia swoją wewnętrzną organizację i funkcje: matki zmuszone są do podejmowania zwiększonej odpowiedzialności za prowadzenie domu, życie towarzyskie zostaje ograniczone, pogarsza się sytuacja materialna rodziny, powstaje potrzeba podjęcia przez rodziców dodatkowej pracy bądź jej kontynuacja, pojawiają się narastające konflikty między małżonkami, zmienione zostają plany co do przyszłości pacjenta z zaburzeniami psychicznymi.

Rodziny chorych psychicznie są na ogół dwupokoleniowe, stąd też ograniczenie możliwości zarobkowania któregoś z rodziców obniża szybko i skutecznie status materialny całej rodziny. Konsekwencją jest nadaktywność zarobkowa zdrowych rodziców i stopniowe narzucanie choremu zajęć związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego oraz zadaniami służącymi wspólnocie rodzinnej, jeżeli jest on w stanie je wykonywać. Oznacza to również zmniejszenie odpowiedzialności finansowej, a przez to znaczenia pacjenta chorego psychicznie. Jeżeli zaburzenie psychiczne dotyczy dorosłych dzieci, nie opuszczają one domu rodzinnego lub wracają do niego, jeżeli choroba nie pozwala im samodzielnie funkcjonować, pozostają na utrzymaniu rodziców, gdyż sami otrzymują niskie renty, nie mogąc jednocześnie podjąć pracy. Zazwyczaj opiekunowie pacjentów z zaburzeniami psychicznymi nawiązują i utrzymują relacje towarzyskie, w większości jednak są one zaburzone, ponieważ wobec krewnych przeważnie nie ukrywają oni faktu istnienia choroby psychicznej.

Przy organizacji opieki nad chorym z zaburzeniami psychicznymi (zwłaszcza znacznie ograniczającymi sprawność funkcjonowania) i jego rodziną warto pamiętać, że sytuacja osoby chorej w rodzinie jest trudna, a im dłużej choroba trwa i czyni duże zmiany w funkcjonowaniu osoby chorej, tym bardziej pacjent jest izolowany, jego role przejmują inni, a on sam znajduje się na marginesie życia rodziny.

Konsekwencje zaistnienia zaburzeń psychicznych w rodzinie są różnorodne: od takich, które można uznać za pozytywne (wzrost dbałości o atmosferę emocjonalną), przez zmiany niejako oczywiste (wzrost funkcji opiekuńczo-pielęgniacyjnej wobec osób chorych), aż do zmian dysfunkcyjnych (wycofanie się z funkcji ekonomicznej i socjalizacyjno-kontrolnej).

Konsekwencje zmian w strukturze rodzinnej i aspekty pomocy, jakich rodzina oczekuje, okazują się daleko większe niż wynika to z konsekwencji czysto klinicznych dotyczących jedynie pacjenta. Każdy z etapów opieki nad chorym z zaburzeniami psychicznymi, od pierwszych objawów, przez ewentualne hospitalizacje czy wcześniejsze konsultacje psychiatryczne i kolejne kliniczne zmiany osobowości, których nie łagodzą środki farmaceutyczne czy psychoterapia, do załamania wydolności ekonomicznej i socjalnej rodziny, wymagają przede wszystkim holistycznego podejścia ze strony profesjonalistów opieki zdrowotnej.

Wzrost częstości występowania zaburzeń psychicznych jest niewątpliwy. Stąd wytyczne WHO i funkcjonowania opieki zdrowotnej ciężar opieki nad pacjentami z za-

burzeniami psychiatrycznymi kładą na barki lekarzy rodzinnych. Jednak celem opieki podstawowej ma być poprawa funkcjonowania pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w strukturze rodziny. Właściwe kierowanie pacjentów na konsultacje psychiatryczne, znajomość zakresu działania podstawowych leków psychotropowych, a zwłaszcza ich działań ubocznych, współpraca z pracownikami opieki społecznej oraz edukacja społeczna mają docelowo poprawić funkcjonowanie kliniczne, rodzinne i społeczne pacjentów oraz zredukować stygmatyzację zarówno w zakresie rodziny, jak i społeczności lokalnej.

PIŚMIENNICTWO

1. Bilikiewicz A, red. *Psychiatria*. PZWL, Warszawa 2004.
2. Narrow WE, et al. Revised Prevalence Estimates of Mental Disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry* 2002; 59: 2.
3. Segda B. *Dzieje medycyny w zarysie*. PZWL, Warszawa 1977: 334–335.
4. Steciwko A, Kurpas D. Opieka nad pacjentem z zaburzeniami psychicznymi i jego rodziną w praktyce lekarza rodzinnego. *Lekarz* 2007; 1–2: 20–25.
5. *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. WHO, Geneva 2001.

KLASYFIKACJA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

1. ICD

Klasyfikacja ICD-10 (International Classification of Diseases) to Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Europejski System Diagnozy Nozologicznej.

Zawiera następujące działy:

A00–B99. Choroby zakaźne i pasożytnicze

C00–D48. Nowotwory

D50–D89. Choroby krwi i narządów krwiotwórczych oraz niektóre choroby przebiegające z udziałem mechanizmów autoimmunologicznych

E00–E90. Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej

F00–F99. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania

G00–G99. Choroby układu nerwowego

H00–H59. Choroby oka i przydatków oka

H60–H95. Choroby ucha i wyrostka sutkowatego

I00–I99. Choroby układu krążenia

J00–J99. Choroby układu oddechowego

K00–K93. Choroby układu trawiennego

L00–L99. Choroby skóry i tkanki podskórnej

M00–M99. Choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej

N00–N99. Choroby układu moczowo-płciowego

O00–O99. Ciąża, poród i połóg

P00–P96. Niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym

Q00–Q99. Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe

R00–R99. Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych laboratoryjnych, gdzie indziej niesklasyfikowane

S00–T98. Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych

V01–Y98. Zewnętrzne przyczyny zachowania i zgonu

Z01–Z98. Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia

2. DSM

DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) to klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Podstawowe znaczenie w klasyfikacji DSM IV ma określenie sprawności funkcjonowania w zakresie życia psychicznego, społecznego i zawodowego. Pomija się upośledzenie funkcjonowania spowodowane czynnikami fizycznymi lub środowiskowymi.

TABELA 1. SKALA OCENY FUNKCJONOWANIA WEDŁUG DSM-IV (WG WCIÓRKA J, 2008)

Skala	Objawy
90	Objawy nie występują lub są wyrażone bardzo łagodnie (np. lekki niepokój przed egzaminem), sprawne funkcjonowanie pod każdym względem, zainteresowanie wieloma rodzajami aktywności i zaangażowanie w nie, powodzenie w życiu społecznym, ogólne zadowolenie z życia, przeciętna liczba codziennych trudności i zmartwień (np. rzadkie kłótnie rodzinne).
81	
80	Objawy, jeśli już się pojawiają, to mają charakter przemijający i przypuszczalnie stanowią reakcję na urazy psychospołeczne (np. niemożność skupienia się po kłótni rodzinnej), tylko nieznaczne upośledzenie funkcjonowania w życiu społecznym, zawodowym lub w szkole (np. przejściowe pogorszenie wyników w nauce).
71	
70	Nieliczne objawy o niewielkim natężeniu (np. przygnębienie i łagodna bezsensowność) lub pewne trudności w życiu zawodowym, społecznym i w nauce (np. sporadyczne wagary, podkradanie w domu), jednak zasadniczo poziom funkcjonowania okazuje się niezły, ma wielu przyjaciół.
61	
60	Umiarkowane natężenie objawów (np. spłyсение afektu i drobiazgowość wypowiedzi, rzadkie napady paniki) lub wyraźne pogorszenie poziomu funkcjonowania w życiu społecznym, zawodowym i szkole (np. niewiele osób znajomych, konflikty ze współpracownikami).
51	
50	Poważne objawy (np. myśli samobójcze, nasilone zachowania rytualne w natręctwach, częste kradzieże w sklepie) lub każde poważne upośledzenie funkcjonowania w życiu społecznym, zawodowym i szkolnym (np. brak znajomych, ciągłe zmiany miejsca pracy).
41	
40	Obniżenie poczucia rzeczywistości i pogorszenie komunikacji z otoczeniem (np. okresowo wypowiedzi są nielogiczne, niezrozumiałe lub niezwiązane z tematem) lub wyraźne upośledzenie funkcjonowania dotyczące kilku sfer: pracy lub szkoły, życia rodzinnego, a także krytycyzmu myślenia lub nastroju (np. osoba cierpiąca na depresję unika znajomych, zaniedbuje rodzinę i okazuje niemożność wykonywania pracy zawodowej, dziecko często bije młodszego rodzeństwo oraz jest nieposłuszne i uczy się coraz gorzej).
31	
30	Zachowanie w znacznym stopniu jest kształtowane przez urojenia i omamy lub wyraźne trudności w komunikacji bądź znaczne obniżenie krytycyzmu (np. okresowe rozkojarzenie, wyraźne niedostosowanie zachowania, nasilone tendencje samobójcze) lub niezdolność do prawidłowego funkcjonowania niemal na każdym polu (np. leżenie przez cały dzień, niepodjęcie pracy, brak domu i jakichkolwiek znajomych).
21	
20	Stwarzanie pewnego zagrożenia dla siebie lub dla innych (np. próby samobójcze bez wyraźniejszego pragnienia śmierci, częste zachowania agresywne, podniecenie maniakalne) lub okresowo naruszanie elementarnych zasad higieny osobistej (np. brudzenie kałem) lub znaczne zaburzenie komunikacji (np. nasilone rozkojarzenie lub mutyzm).
11	
10	Stałe poważne zagrożenie dla siebie i innych (np. powtarzające się pobicia) lub stałe nieprzestrzeganie elementarnych zasad higieny osobistej lub poważne zamachy samobójcze z wyraźnym pragnieniem śmierci.
1	

Pięć wymiarów klasyfikacji stanowi pomoc w diagnozowaniu choroby, przewidywaniu jej przebiegu, a także zaplanowaniu postępowania.

Oś I – Obraz choroby (diagnoza choroby).

Oś II – Występujące nieprawidłowości rozwojowe i sfery psychicznej, nieprawidłowości okresu dzieciństwa i dorastania.

Oś III – Zaburzenia stanu fizycznego i schorzenia, współistniejące choroby.

Oś IV – Występujący poziom stresu (badania uwzględniają okres roku, brak stresu psychicznego otrzymuje wartość 1, najcięższy stres – 6).

Oś V – Całościowy obraz funkcjonowania, stan największych możliwości osiągniętych w ciągu roku.

Postawioną diagnozę uzupełniają:

- ocena psychodynamiczna – określająca istniejące możliwości radzenia sobie z lękiem, opis przyczyn powodujących i utrzymujących stan chorobowy,
- rozpoznanie różnicowe – odrzucenie występowania i wpływu innych chorób,
- rokowanie,
- plan leczenia – sposób i przebieg leczenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Puzyński S, Wciórka J. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Tom 1–2. Wydawnictwo Vesalius, Kraków 2000.
2. Wciórka J, red. wyd. pol. *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008.

PODSTAWY PSYCHOPATOLOGII I SYNDROMOLOGII OGÓLNEJ

1. NIEPRAWIDŁOWOŚCI PSYCHICZNE WYSTĘPUJĄCE U LUDZI ZDROWYCH

Nieprawidłowości psychiczne u człowieka zdrowego

- rozkojarzenie myślenia – nieprawidłowości myślenia w okresie senności/ /znużenia/wzruszenia, brak związku logicznego między poszczególnymi fragmentami wypowiedzi, a nawet poszczególnymi zdaniami;
- złudzenia fizjologiczne (złudzenia w procesie postrzegania);
- zniekształcenia materiału zapamiętanego;
- zmienność nastrojów (np. u dzieci);
- złudzenia pamięciowe;
- uleganie przesądom przez ludzi wykształconych;
- myślenie magiczne (magiczno-lękowe, magiczno-życzeniowe);
- przejściowe obniżenie sprawności intelektualnej;
- epizodycznie pojawiające się objawy o cechach fobii (niepokój przy przebywaniu w pustym mieszkaniu, lęk przed chorobą);
- nastawienie odnoszące (bliskie są mu lękowe zafałszowanie spostrzegania i obawa przypominająca fobię) – odnoszenie zdarzeń bezpośrednio do siebie bez dostatecznej przyczyny, wpływające z nieufności do otoczenia, poczucia zagrożenia, przeświadczenia o braku akceptacji przez grupę itp.;
- omamy hipnagogiczne – zjawisko fizjologiczne, pojawiające się przy zapadaniu w sen – w stanie przysennym (hipnagogicznym) doznawanie wyrazistych wyobrażeń wzrokowych lub słuchowych, które pojawiają się samorzutnie i trwają mimo prób oderwania się od nich; często pozostają w związku z treścią dnia, mogą niepostrzeżenie przejść w marzenia senne; zdolność oceny krytycznej jest zatracana;
- omamy hipnopompiczne – zjawisko fizjologiczne, pojawiające się w chwilach półprzebudzenia ze snu lękowego, z chwilową dezorientacją co do czasu i miejsca, niepewnością, co było prawdą, a co snem – nieprawidłowość myślenia.

2. PODSTAWOWE POJĘCIA

- Zespół psychopatologiczny – zbiór objawów występujących łącznie i przez to charakterystycznych dla niektórych osób (np. zespół maniakalny – podwyższenie nastroju, przyspieszenie toku myślenia, pobudzenie ruchowe).
- Postawa syntoniczna – dążenie do kontaktowania się z ludźmi.
- Wrażenie – elementarne zjawisko psychiczne, które polega na odzwierciedleniu cechy bodźca działającego na receptor, jest to zjawisko poznawcze, izolowane, określające pojedynczą cechę.
- Spostrzeżenie – poznawczy proces psychiczny, polegający na odzwierciedleniu bodźca działającego na receptor lub receptory. Jest to podstawa procesów poznawczych. Treść spostrzeżenia zależy od znajomości przedmiotów podobnych, widzianych poprzednio i zapamiętanych, a także od stanu emocjonalnego. Przedmioty są postrzegane w sposób stały, czyli w prawidłowych rozmiarach i kształtach (domu widzianego z daleka nie mylimy z zabawką).

3. ZABURZENIA CZYNNOŚCI POZNAWCZYCH

3.1. ZABURZENIA SPOSTRZEGANIA

A. Złudzenia

Złudzenia fizjologiczne – podlegają ocenie krytycznej:

- złudzenia geometryczne – uwarunkowane strukturą spostrzeganego przedmiotu,
- złudzenia uwarunkowane przez nastawienie (podanie informacji, emocje).

Złudzenia psychopatologiczne – zniekształcone spostrzeżenia, których chory nie koryguje, mimo dowodów błędności.

B. Omamy – spostrzeganie przedmiotów, które nie znajdują się w pobliżu lub w ogóle nie istnieją i umiejscawianie ich w otaczającej rzeczywistości. Cechami charakterystycznymi są spostrzeżenia lub wrażenia powstające bez udziału bodźców zewnętrznych, rzutowanie (projekcja) na zewnątrz (słyszenie głosów z daleka, widzenie postaci w oddali itp.) oraz towarzyszące poczucie realności (chory przekonany jest o rzeczywistym istnieniu przedmiotów, pozostających treścią jego omamów). Podział ze względu na stopień złożoności obejmuje omamy:

- elementarne – przeżywanie doznań typu wrażenia (błyski, migotanie, pojedyncze dźwięki),
- proste – spostrzeżenia dotyczące jednego analizatora (widzenie postaci lub słyszenie rozmowy),
- złożone (synestetyczne) – dotyczące większej niż jeden liczby analizatorów (postrzeganie całych scen).

Podział ze względu na modalność obejmuje:

- **Omamy wzrokowe**
 - o cechach wrażeń – fotopsje,
 - o cechach spostrzeżeń – omamy makroptyczne (znacznie powiększone rozmiary) lub omamy mikroptyczne (pomniejszone).
- **Omamy słuchowe** – elementarne, o cechach wrażeń (trzaski, pukanie, szmery), o cechach spostrzeżeń,
 - omamy imperatywne – zawierają nakazy, zakazy, polecenia. Chory może dokonać czynów niebezpiecznych dla siebie lub otoczenia (podszepcy o samobójstwie).
- **Omamy smakowe** – omamy czucia ustrojowego. Chory jest pewny trującego działania potrawy, którą wcześniej za taką uznał ze względu na dziwny smak.
- **Omamy dotykowe.**
- **Omamy czucia ustrojowego** – elementarne doznania napływające w odczuciu chorego z jego narządów wewnętrznych lub różnych części ciała.
- **Omamy rzekome** (pseudohalucynacje):
 - spostrzeżenia lub myśli powstające bez udziału bodźców z zewnątrz, nie mające cech obiektywnej przedmiotowej rzeczywistości, lecz cechy wyobrażeń zlokalizowanych w przestrzeni wewnętrznej, odczuwane jako obce, narzucone z zewnątrz doznania (np. słyszenie głosu sumienia),
 - w psychozach schizofrenicznych, stanach depresyjnych.
- **Halucynoidy**
 - wrażenia lub spostrzeżenia powstające bez bodźców działających z zewnątrz, które chory ocenia krytycznie, uznając za objaw chorobowy,
 - występują w padaczce i niektórych guzach mózgu.
- **Zaburzenia psychosensoryczne** – występowanie krótkotrwałych halucynoidów (błyski, smugi, szmery, smak, zapach), zwykle z przymgloną świadomością, bez zaburzeń jakościowych. Po ataku następuje krytyczna ocena napadu. Występują w padaczce, guzach mózgu, kile mózgu, w stanach po przebytych zapaleniu mózgu i po zatruciach uszkadzających tkankę mózgową:
 - zaburzenia syntezy spostrzeżeń – pozorna zmiana kształtu, wielkości, barwy, zmiana położenia i odległości przedmiotów względem siebie (falowanie podłogi, obsuwanie sufitu),
 - zaburzenia schematu ciała – odczuwanie wydłużania się kończyn, zmiany kształtu, ciężaru.

3.2. ZABURZENIA MYŚLENIA

Dotyczą zarówno treści, jak i toku myślenia. **Zaburzenia treści** to: urojenia (objaw psychotyczny), idee nadwartościowe (zaburzenia osobowości), natręctwa myśl-

lowe (objaw nerwic). **Zaburzenia toku myślenia** to: rozkojarzenie (podejrzenie schizofrenii), przyspieszenie (objaw zespołu maniakalnego, czyli zaburzeń lękowych, zaburzenia świadomości), spowolnienie (w depresji, przygnębieniu).

ZABURZENIA MYŚLENIA Z PRZEWAGĄ ZABURZEŃ TREŚCI MYŚLENIA

A. Urojenia – fałszywe sądy, które chory wypowiada z głębokim przekonaniem o ich prawdziwości, których nie koryguje, mimo oczywistych dowodów błędności.

Podział urojeń według treści:

- **prześadowcze** – przeświadczenie chorego, że jest prześladowany (przez ludzi, siły nadprzyrodzone), są nie do podważenia, wyjątkowo występują jako objaw jedyny, często razem z omamami;
- **zazdrości** – urojeniowa forma interpretacji drobnych zdarzeń codziennych, odczytywanych jako dowody zdrady;
- **hipochondryczne** – nieuzasadnione przeświadczenie o chorobie niszczącej organizm;
- **urojenia zniekształcenia ciała**, często twarzy – uważanie twarzy za zniekształconą, odrażającą lub zapachu – przeświadczenie o wydzielaniu odrzucającej, cuchnącej woni; u ludzi młodych – lęk i natrętna myśl o własnej brzydotcie;
- **grzeszności i winy** – przypisywanie sobie przestępstw i zbrodni, za które, ku przygnębieniu chorego, muszą pokutować niewinni;
- **depresyjne**: poniżenia, upośledzenia, zubożenia, nicości (nihilistyczne) – chory uważa się za skrzywdzonego, jest niezdolny do wykonywania nawet najmniejszych czynności (np. rozpada mu się ciało, choruje itp.); występują w zespole Cotarda – urojenia nihilistyczne o absurdalnej, rozbudowanej treści (rozpad członków ciała, utrata materialności, bycie nicością oraz urojenia wiecznego potępienia);
- **wielkościowe** – dotyczą cech chorego wyróżniających go w jego mniemaniu ponad przeciętność;
- **odnoszące** (ksobne) – chory odnosi do siebie wydarzenia odgrywające się wokół niego (milknięcie ludzi w sklepie, gdy wchodzi, aluzje do siebie w radio czy TV itp.), polegają na urojeniowej interpretacji rzeczywistości, czasem wiążą się z zaburzeniami spostrzegania, często współistnieją z urojeniami prześladowczymi lub wielkościowymi;
- **oddziaływania** – przeświadczenie chorego, że na jego umysł lub ciało ktoś oddziałuje (bezpośrednio lub za pomocą skomplikowanych urządzeń);
- **owładnięcia** – poczucie działania siły, często wewnętrzne, poczucie bycia nią owładniętym; myśli nie są swobodne, tylko narzucane, wyobrażenia nasuwają się uparcie i automatycznie (objaw automatyzmu psychicznego) bez udziału chorego, wbrew jego chęci; występują w zespole Kandinskiego-Clérambaulta (urojenia owładnięcia z pseudohalucynacjami).

Podział urojeń według budowy:

- **paranoiczne** – usystematyzowane, tworzące pewien system dotyczący konkretnej sprawy; urojenia powiązane, pozornie logiczne, wykazujące wewnętrzną spójność; mogą różnić się pod względem treści (prześladowcze, wielkości – posłania religijnego, zazdrości i in.);
- **paranoidalne** – nieusystematyzowane, bez wyraźnej budowy, luźno powiązane; należą do najczęstszych;
- **niespójne** – inkohorentne, bez spójności, o zmiennej treści, absurdalne; charakterystyczne dla porażenia postępującego (np. zapewnianie o byciu królem wszechświata).

Inne pojęcia:

- urojeniowa interpretacja wydarzeń rzeczywistych – tłumaczenie faktów w sposób urojeniowy,
- nastawienie urojeniowe – gotowość do myślenia w sposób urojeniowy,
- rzutowanie (projekcja) urojeń wstecz – urojeniowa interpretacja wydarzeń minionych.

B. Idee nadwartościowe – przekonania, które człowiek uważa za szczególnie ważne, słuszne, z którymi jest związany emocjonalnie. Przywiązywanie szczególnej wagi do pewnych dążeń, planów życiowych, celów i ich realizacji – „myśli nadwartościowe”. Zarliwe propagowanie pewnych poglądów (np. religijnych), dążenie do celu, który dawno stracił aktualność. Nie zawsze zawierają sady fałszywe, nie są całkiem niedostępne perswazji krytycznej:

- norma – idea nadwartościowa wiodąca (np. u badacza czy wynalazcy, silny czynnik motywujący i scalający działanie),
- psychopatologia – idea nadwartościowa skrajna (przytłacza, uniemożliwia harmonijne funkcjonowanie osobowości, np. fanatyzm).

C. Natręctwa – myśli i wyobrażenia uporczywie narzucające się lub czynności ruchowe wielokrotnie wykonywane, mimo przeświadczenia o ich niedorzeczności. Podlegają ocenie krytycznej. Zaprzestanie czynności, odsuwanie ich od siebie kończy się zwykle niepowodzeniem:

- natrętne myśli – uporczywie powtarzające się wątpliwości,
- natrętne wyobrażenia – np. scen erotycznych przy patrzeniu na obrazy świętych (odrzucają, kępią chorego),
- natrętne czynności – czasami przyjmują postać rytuału, szczególnie przy myciu rąk (ablucja).

Dominacja natręctw w obrazie chorobowym to zespół anankastyczny.

D. Automatyzm psychiczny – objawy występują w schizofrenii, padaczkę, porażeniem lub pozapalnym uszkodzeniu mózgu, traktowane jako własne (różnica z natręctwami):

- **automatyzm ruchowy** – wykonywanie pewnych czynności (poruszanie kończynami, uderzanie pięścią), odczuwanych jako obce, niezależne, przebiegające wbrew choremu, przymusowe;
- **napór obcych myśli** (mantyzm) – myśli traktowane są jako własne, choć przykre i niepotrzebne. Występuje w schizofrenii.

ZABURZENIA MYŚLENIA Z PRZEWAGĄ ZABURZEŃ TOKU MYŚLENIA

A. Przyspieszenie toku myślenia – różny stopień, od gonitwy myślowej do stanów maniakalnych. Gonitwę myślową charakteryzuje słowotok, spłylenie poznawania rzeczywistości, uniemożliwiona analiza faktów, związana z zaburzeniami treści.

B. Spowolnienie myślenia.

C. Zahamowanie myślenia – zatrzymanie wolno przesuwającego się wątku myślowego z towarzyszącym poczuciem smutku oraz spowolnieniem lub zahamowaniem ruchowym. Mutyzm – całkowite zamilknięcie w przypadku osłupienia, proces myślowy może być zachowany.

D. Zatomowanie – nagle przerwanie toku myślenia dotąd płynnego. Pozostaje luka po urwanej myśli.

E. Rozkojarzenie – dysocjacja myślenia, brak logicznego związku między poszczególnymi dłuższymi fragmentami wypowiedzi lub zdaniem:

- schizofazja – brak komunikacji, przerywane słowa, rozpad myśli,
- werbigeracja – wielokrotne powtarzanie pewnych słów lub zgłosek, nie tworzących żadnej sensownej całości, czasami podobnych w dźwięku,
- perseweracja – uporczywe trwanie przy tych samych słowach lub zdaniach, wypowiedzianych w odpowiedzi na różne pytania,
- iteracja – wielokrotne powtarzanie słowa,
- stereotypie słowne – słowa wypowiedziane w sposób zautomatyzowany, często pod postacią perseweracji.

F. Splątanie toku myślenia – rozerwanie związków myślowych, skojarzenia powierzchniowe, przypadkowe, przyspieszony bieg myśli. Charakterystyczne dla zespołu splątaniowego:

- inkoherencja myślenia – splątanie (zaburzenie toku myślenia),
- zespół amentywny – zespół splątaniowy.

G. Lepkość myślenia – wiskotyczność, przywiązanie do jednego tematu (podawanie dużej liczby szczegółów nieważnych, zacierających istotę rzeczy).

H. Rozwlekłość myślenia – wprowadzanie wątków ubocznych, oddalających od tematu zasadniczego. Zwykle uwarunkowana zmianami organicznymi (np. otępieniem starczym).

I. Myślenie autystyczne – objaw osiowy schizofrenii (razem z rozkojarzeniem myślenia oraz upośledzeniem życia uczuciowego):

- autyzm – zamykanie się w świecie doznań psychotycznych, izolowanie się od innych ludzi i otoczenia,
- dereizm – odsuwanie się od rzeczywistości, odbieranej w sposób zmieniony, chory przechodzi jakby obok,
- syntonia – chęć uczestnictwa w niektórych przejawach życia, potrzeba kontaktu.

J. Myślenie magiczne – niedostateczne odróżnianie znaku, słowa, symbolu od tego, co reprezentują, łączenie nieracjonalnymi związkami pewnych zdarzeń. Związane z myśleniem symbolicznym (przypisywanie szczególnych znaczeń).

K. Ambiwalencja intelektualna i ambisentencja – współwystępowanie sądów sprzecznych, charakterystyczne dla schizofrenii. Ambiwalencja intelektualna oraz ambisentencja są wyrazem myślenia paralogicznego, niezgodnego z prawami logiki otoczenia pacjenta.

Ponadto w schizofrenii występują:

- tworzenie neologizmów,
- depersonalizacja – poczucie zmiany własnej osobowości, brak połączenia między dawnym a obecnym „ja”,
- derealizacja – odbieranie świata w sposób zmieniony.

Wyróżnia się ponadto depersonalizację oraz derealizację nerwicową.

3.3. ZABURZENIA PAMIĘCI

Pamięć polega na utrwalaniu, przechowywaniu, rozpoznawaniu i odtwarzaniu treści, wcześniejszych spostrzeżeń, myśli, emocji oraz czynności ruchowych:

- pamięć świeża (dynamiczna, przemijająca) – podłożem są zamknięte, samowzbudzające się obwody neuronów korowo-wzgorzowych,
- pamięć trwała (statyczna).

A. Nadczynność pamięci – zdolność szybkiego zapamiętywania obszernego materiału oraz odtwarzanie treści w sposób dokładny i szybki. Czasami dotyczy osób niedorozwiniętych umysłowo (hypermnesia jednostronna – dotyczy rachunków wielocyfrowych), osób w stanach hipomaniakalnych, poddanych hipnozie.

B. Niedoczynność pamięci:

- czynnościowa – upośledzenie zapamiętywania na skutek rozproszenia uwagi, np. wywołanego wzruszeniem,
- organiczna – charakterystyczna dla zaburzeń neurodegeneracyjnych.

C. Niepamięć – luka pamięciowa krótko- lub długotrwała:

- niepamięć śródczesna – całkowita niepamięć po głębokich zaburzeniach świadomości (śpiączka, splątanie),

- wyspy pamięciowe – możliwość odtworzenia części zdarzeń w płytszych zaburzeniach świadomości,
- niepamięć wsteczna – rozciągnięta na okres poprzedzający utratę lub zaburzenia świadomości, stopniowo okresy pamięci ulegają skróceniu,
- niepamięć następcza – pokrycie niepamięcią okresu po ustąpieniu zaburzeń świadomości.

D. Zafalszowanie pamięci:

- konfabulacja – luki w pamięci wypełniane są treścią fałszywą, przypadkową, następuje zafalszowanie pamięci w przeświadczeniu o trafności wypowiedzi,
- złudzenia pamięciowe,
- omamy pamięciowe – przeświadczenie o realności przeżyć, których chory nie doznał, a wystąpiły jedynie w jego wyobraźni,
- zjawiska typu *deja vu* – złudzenia pamięciowe utożsamiające – poczucie znajomości sytuacji nowej: „już przeżyte” (*deja vecu*), „już widziane” (*deja vu*), „już pomyślane” (*deja pensee*), „już słyszane” (*deja entendu*), poczucie obcości (w przeciwieństwie do powyższych), w sytuacji znanej – *jamais vu*.

3.4. ZABURZENIA UWAGI

Uwaga to skierowanie czynności poznawczych w określonym kierunku:

- **uwaga dowolna** – aktywne skierowanie czynności poznawczych na określony przedmiot oraz/lub wzbudzenie gotowości do działania, mimo że sam przedmiot nie przyciąga uwagi;
- **uwaga mimowolna (spontaniczna)** – niezamierzona, wywołana właściwościami przedmiotu;
- **zakres (pojemność) uwagi** – liczba elementów, które daje się spostrzec w ciągu krótkiego czasu ekspozycji;
- **skupienie (koncentracja)** – skupienie uwagi na przedmiocie spostrzeganym lub przedmiocie działania;
- **trwałość** – dłuższe utrzymanie uwagi, warunkowane przez dostrzeganie nowych cech i związków;
- **przerzutność** – szybkie przenoszenie uwagi;
- **podzielność** – jednoczesne wykonywanie kilku czynności, z których każda wymaga uwagi;
- **wybiórczość.**

Zaburzenia uwagi:

- nadmierna przerzutność – szczególnie w stanie maniakalnym,
- trudność przenoszenia uwagi – przy zaburzeniach otępiennych.

4. PSYCHOPATOLOGIA EMOCJI

Uczucia (emocje) wyrażają stosunek podmiotu do ludzi, rzeczy, zjawisk bądź do siebie, swego organizmu lub własnego działania, są czynnikiem motywacyjnym (popychającym do działania i ukierunkowującym je), wywierają wpływ na gotowość organizmu do działania:

- emocja steniczna – zwiększa gotowość do działania (np. gniew),
- emocja asteniczna – zmniejsza zdolność do działania lub ją poraża,
- emocje związane są z popędami,
- emocje wyższe, charakterystyczne są tylko dla ludzi.

Cechy emocji:

- treść,
- znak (np. emocje dodatnie lub ujemne),
- siła (natężenie),
- trwałość (czas trwania),
- głębokość – wyraża funkcję motywacyjną,
- ekspresja – zewnętrzny wyraz stanu emocjonalnego,
- przedmiot emocji.

Stan emocjonalny – termin ogólny, obejmujący różne rodzaje emocji:

1. Nastroje – stany emocjonalne o nieznacznym natężeniu oraz stosunkowo długim okresie trwania, subiektywnie określane jako bezprzedmiotowe, np. przygnębienie.

2. Wzruszenia – krótkotrwałe stany emocjonalne o nagłym początku, z zaznaczonymi objawami wegetatywnymi, często obniżeniem zdolności logicznego myślenia, o różnym natężeniu, np. gniew, radość, rozpacz.

3. Afekty – silne wzruszenia, stan fizjologiczny o nagłym początku, silnym natężeniu, krótkim czasie trwania, wyraźnych objawach wegetatywnych, z obniżeniem zdolności logicznego myślenia. Po ustąpieniu następuje znużenie.

Afekt patologiczny – krótkotrwały stan psychotyczny, epizod chorobowy, przeważnie o podłożu organicznym (uszkodzenie mózgowia), zawężenie pola świadomości, zaburzenia o cechach stanu pomrocznego. Typowe objawy:

- nagły początek,
- burzliwy przebieg z silnym wyładowaniem ruchowym (np. w działaniu agresywnym),
- silnie wyrażone objawy wegetatywne,
- krótki czas trwania,
- po ustąpieniu – silne znużenie, prowadzące do snu,
- czasami po wystąpieniu – całkowita niepamięć (wyspy pamięciowe) lub niepamięć wsteczna.

Zaburzenia emocji – podstawowe pojęcia:

- **lęk** – objawy psychiczne i fizyczne, bezprzedmiotowe, brak realnego zagrożenia;
- **stan lękowy** – długotrwałe utrzymywanie się lęku;

- **fobia** – zaburzenia procesów emocjonalnych. Występowanie lęku w określonych sytuacjach, dążenie do ich unikania, odczuwanie lęku przed tymi sytuacjami. Chory uważa swój lęk za nieuzasadniony, zachowana zostaje ocena krytyczna, objawy występują uporczywie;
- **strach** – w sytuacji bezpośredniego, realnego zagrożenia;
- **obniżony nastrój** – przygnębienie (stan fizjologiczny lub patologiczny – np. przygnębienie nerwicowe);
- **dysforia** – „nastój gniewny”, drażliwość (tendencja do wyolbrzymionych reakcji emocjonalnych, często w postaci wybuchów gniewu, działań agresywnych), często uwarunkowany zmianami organicznymi;
- **nietrzymanie afektu** – zatracanie kontroli nad reakcjami emocjonalnymi, epizodyczne wyładowania afektu;
- **apatia** – obniżenie zainteresowań i aktywności, przygnębienie oraz poczucie rezygnacji;
- **zobojętnienie uczuciowe** – zanik uczuć wyższych, płytkie, niedostosowane do sytuacji reakcje emocjonalne: parathymia (reagowanie radością na wiadomość tragiczną), paramimia (ekspresja niezgodna z treścią emocji); objaw osiowy schizofrenii;
- **otępienie uczuciowe** – występuje na podłożu zmian organicznych, obniżona sprawność intelektualna, zaburzenia pamięci i orientacji z zachowaniem dobrego kontaktu z otoczeniem;
- **autyzm** (jako objaw) – zamykanie się w świecie doznań psychotycznych, izolowanie się od innych ludzi i otoczenia;
- **podwyższony nastrój** – euforia (umiarkowane podwyższenie nastroju charakterystyczne dla chorób o podłożu organicznym, uczucie zadowolenia, pogoda ducha, beztroska, brak krytycyzmu wobec swojego stanu chorobowego), **moria** (charakterystyczny objaw guzów płatów czołowych oraz następstw mechanicznego uszkodzenia tej okolicy; wesołkowatość, dowcipkowanie, brak powściągliwości działań popędowych oraz dystansu);
- **chwiejność emocjonalna** – objaw charakterystyczny dla zaburzeń neurodementywnych, zmienność nastroju;
- **lepkość emocjonalna** – nadmiernie długie trwanie raz wzbudzonego nastroju (zaleganie afektu) lub stanu wzruszenia;
- **ambiwalencja emocjonalna** – dwuwartościowość emocji co do jednego obiektu.

5. ZABURZENIA AKTYWNOŚCI I DZIAŁAŃ RUCHOWYCH

Aktywność – świadome, uporządkowane, wytrwałe dążenie do określonego celu.

1. Zaburzenia aktywności:

- obniżenie aktywności
 - zespół apatyczno-abuliczny – nikła aktywność (napęd), zobojętnienie,

- podwyższenie aktywności – charakterystyczne dla płytkich stanów hipomaniakalnych, bezładny niepokój
 - ambitendencja – sprzeczne dążenia.
- 2. **Zaburzenia ruchu:**
- **spowolnienie lub zahamowanie** znamienne dla zespołu depresyjnego (czasami z niepokojem ruchowym), osłupienie depresyjne
 - **osłupienie katatoniczne** – ustępuje w ciągu kilku godzin, czasami – zryw ruchowy, czyli bezładna ucieczka z oznakami strachu, agresywnymi czynami, wybuchem gniewu;
 - **osłupienie efektoryczne** (sztywność) – pozostawanie w bezruchu, **giętkość woskowa** – elastyczny opór przy zginaniu biernym, po którego pokonaniu kończyna utrzymuje się w nadanej pozycji; **giętkość rzekomowoskowa** – kończyna stosunkowo szybko wraca do poprzedniej pozycji; **negatywizm czynny** – aktywne przeciwstawianie się (prosimy o otwarcie oczu, a chory je zamyka);
 - **osłupienie receptoryczne** (onejroidalne, wiotkie) – spowolnienie nie osiąga zahamowania, następuje zmiana pozycji, wolne poruszanie się; **negatywizm bierny** – chory nie wypełnia kierowanych do niego poleceń, przeciwstawia się zmianie położenia ciała;
- **stereotypie ruchowe** – wielokrotne, monotonne wykonywanie takich samych czynności ruchowych (np. kołysanie się)
 - echopraksja – naśladowanie ruchów,
 - echemimia – naśladowanie mimiki,
 - echolalia – powtarzanie słów i zdań wypowiedzianych przez innych;
- **zmanierowanie ruchowe** – typowe dla schizofrenii, wykonywanie dziwacznych czynności ruchowych;
- **natręctwa ruchowe;**
- **pobudzenie ruchowe** – stopniowo narastające szybkie ruchy wykonywane jedno po drugim, połączone z mimiką i żywą gestykulacją
 - niepokój ruchowy i słowny, np. w depresji,
 - podniecenie katatoniczne – dążenie do chaotycznych wyładowań ruchowych;
- **zaburzenia działań popędowych:**
 - zaburzenia popędu samozachowawczego – tendencje i zamachy samobójcze, samookaleczenie,
 - zaburzenia popędu płciowego – obniżenie, wzmożenie, zmiana ukierunkowania i sposobu zaspokajania potrzeb,
 - zaburzenia popędu do odżywiania się – anoreksja, paroreksja, bulimia;
 - zaburzenia popędu do snu;
 - działania impulsywne: popęd do podpalania, wędrowania, kradzieży;
- **paragnomen** – działanie wbrew oczekiwaniu.

6. ZABURZENIA ŚWIADOMOŚCI

Świadomość – poczucie przeżywania zjawisk psychicznych.

Przytomność – stan gotowości OUN do reagowania na bodźce, utrzymywanie stałego poziomu czuwania, umożliwiającego selekcjonowanie oraz interpretowanie bodźców; sen fizjologiczny oraz jawa.

A. Ilościowe zaburzenia świadomości:

- **senność patologiczna (somnolencja)** – niezależna od rytmu dobowego;
- **głęboki sen patologiczny (sopor)** – wygaszana przytomność, zachowana reaktywność na silne bodźce, z zachowaniem odruchów obronnych;
- **śpiączka (coma)** – wyłączenie całkowite świadomości, zanik reaktywności;
- **zawężenie pola świadomości** – brak percepcji niektórych treści, rejestracja części bodźców, ograniczenie świadomości.

B. Jakościowe zaburzenia świadomości:

- **przymglenie proste** – dyskretne zaburzenie spostrzegawczości, zubożenie motoryki, nastrój obojętny;
- **zespół majaczeniowy** – zachowana orientacja autopsychiczna (co do własnej osoby), zaburzona orientacja allopsychiczna (co do miejsca, czasu, przestrzeni, sytuacji własnej); niepokój ruchowy, iluzje, omamy (przeważnie wzrokowe), urojenia (często prześladowcze); niepamięć częściowa;
- **zespół pomroczny** – naprzemienne rozdwojenie osobowości, pełna dezorientacja, gwałtowne wyładowania ruchowe, autoagresja, wyspy pamięciowe;
- **zespół splątaniowy** – zupełna niepamięć, rozwój stopniowy, jaktacje (beładne miotanie się), rozerwanie wątku myślowego, utrata kontaktu;
- **zespół majaczeniowo-splątaniowy (onejroidalny)** – psychozy schizofreniczne, zatrucia, infekcje, padaczka.

Objawy wspólne:

- zaburzenia funkcji poznawczych
 - zaburzenia pamięci,
 - zaburzenia wyższych funkcji myślowych (rozerwanie związków myślowych),
 - obniżenie ostrości spostrzeżeń,
 - dezorientacja,
 - obniżenie sprawności intelektualnej;
- zaburzenia afektu,
- zaburzenia popędu,
- jakościowa zmiana osobowości (rozszczerzenie naprzemienne),
- wahania głębokości zaburzenia świadomości.

7. OSOBOWOŚĆ I ZABURZENIA OSOBOWOŚCI

Osobowość – wszystkie dyspozycje i cechy psychiczne oraz fizyczne osoby, ukształtowane dziedzicznie i przez środowisko. Cechy osobowości: intelekt, uczu-

cia, wola, napęd psychoruchowy. Łączy się z poczuciem tożsamości, poczuciem bycia sobą, niezależnością od zmiennych reakcji, wywołanych okolicznościami.

7.1. GRUPY TEORII OSOBOWOŚCI

A. Teorie typologiczne – biologiczne uwarunkowanie rozwoju osobowości. Hipokrates określił typologię temperamentów: melancholiczny, choleryczny, flegmatyczny, sangwiniczny.

Typy Kretschmera:

- osobowość schizotypiczna – asteniczny typ budowy, skłonność do introwersji i schizofrenii;
- osobowość cyklotymiczna – pyknik, zmienność nastrojów, cyklofrenia (psychoza maniako-depresyjna);
- osobowość iksotypiczna – atletyczny typ budowy ciała, padaczka;
- osobowość skłotympiczna – chwiejność uczuć i działań, samowola, brawura, romantyzm.

Odpowiednie kontinua od stanu zdrowia do choroby psychicznej:

- schizotypia – schizoidia – schizofrenia,
- cyklotymia – cykloidia – cyklofrenia,
- iksotymia – iksodia – epilepsja,
- histeryotymia – histeryoidia – histeria.

B. Teorie dynamiczne – psychoanaliza.

C. Teorie cech osobowości – różnorodne czynniki składają się na rozwój jednostki. Klasyfikacja według cech (cecha – hipotetyczna komponenta osobowości). Stosuje się kategorie opisowe. Osobowość jest pojmowana jako układ cech.

D. Teorie systemowe – poznawcze teorie osobowości, w ujęciu holistycznym:

- regulacyjna teoria osobowości – osobowość jest traktowana jako centralny system regulacji i integracji zachowań człowieka: podstawowy system pędowy, system struktur poznawczych.

7.2. ZABURZENIA OSOBOWOŚCI

A. Zmiana osobowości bez naruszenia jej struktury podstawowej – zmiany ilościowe: ubytki, nadatki, wzmożenie lub zubożenie, zachowanie jednolitości i zawartości podstawowej struktury osobowości, np. zespół otepienny.

B. Naprzemienne rozdwojenie osobowości – stany pomroczone, zaburzenia jakościowe świadomości, dezorientacja wielokierunkowa.

C. Jednoczesne rozszczepienie osobowości (rozpad struktury osobowości) – schizofrenia, nienaruszona świadomość, brak łączności między poszczególnymi sferami osobowości:

- ambiwalencja,
- ambisentencja,
- ambitendencja,
- paratymia – oddzielenie myślenia od uczuć, brak równoległości lub dostosowania reakcji uczuciowych do treści sądów i wypowiedzi – brak adekwatności uczuciowej,
- paramimia,
- parafonia – niedostosowanie intonacji i modulacji głosu,
- autyzm,
- dereizm – odwrócenie od rzeczywistości.

D. Definicja zaburzeń osobowości (oś II wg DSM-IV):

- przewlekłe trwający wzorzec patologicznych zachowań i/lub przeżywania manifestujący się w zakresie poznawczej, afektywnej, interpersonalnej, kontroli impulsów,
- stabilność tych wzorców – sztywność zachowań (wzorzec zachowań),
- prowadzi do pogorszenia funkcjonowania.

E. Przykłady:

Osobowość paranoidalna – dominujący brak zaufania i podejrzliwość wobec innych, tak że motywy ich postępowania są oceniane jako wrogie. Pacjent ma nawracające, nieuzasadnione podejrzania, dotyczące wierności współmałżonka. Niechętnie zwierza się innym z powodu nieuzasadnionego lęku, że użyją oni uzyskanych informacji przeciwko niemu.

Osobowość schizotypowa – wzorzec zachowań zdominowany społecznymi i interpersonalnymi deficytami naznaczonymi silnym dyskomfortem i ograniczoną zdolnością do bliskich znajomości, a także zaburzeniami poznawczymi i percepcyjnymi oraz dziwacznymi zachowaniami. Pacjent okazuje niedostosowany lub sztywny afekt, myśli odnoszące (z wykluczeniem urojeń odnoszących), dziwaczne przekonania lub myślenie magiczne, które wpływa na zachowanie i jest niezgodne z normami subkulturowymi (np. wiara w zabobony, jasnowidzenie, telepatię lub „szósty zmysł”); w dzieciństwie i młodości dziwaczne fantazje i zajęcia.

Osobowość schizoidalna – wzorzec zachowań zdominowany oderwaniem od relacji międzyludzkich i ograniczonym wyrażaniem emocji w kontaktach interpersonalnych. Chory znajduje przyjemność w nielicznych, jeśli w ogóle, zajęciach, prawie zawsze wybiera samotne zajęcia, brak mu przyjaciół lub powierników innych niż najbliżsi krewni.

Osobowość bierno-agresywna – wzorzec zachowań zdominowany negatywnym nastawieniem i biernym oporem względem wymagań stosownego zachowania.

Osobowość depresyjna – wzorzec zachowań zdominowany depresyjną percepcją i zachowaniem. Chory jest pogrążony w myślach i ma skłonność do martwienia się, jego samoocena skupia się na niedostateczności, bezwartościowości i niskim mniemaniu o sobie.

Osobowość histrioniczna – wzorzec zachowań zdominowany przesadnym wyrazem emocjonalnym i staraniami o zwrócenie na siebie uwagi. Pacjent łatwo ulega sugestiom, tj. łatwo znajduje się pod wpływem innych osób lub okoliczności, czuje się nieswojo w sytuacjach, w których nie jest w centrum uwagi, wzajemne oddziaływania z innymi często charakteryzują się niestosownymi uwodzicielskimi lub prowokacyjnymi zachowaniami seksualnymi.

Osobowość narcystyczna – wzorzec zachowań zdominowany nastawieniem wielkościowym (w wyobraźni lub na jawie), potrzebą bycia podziwianym, brakiem empatii. Pacjent wierzy, że jest „szczególny”, unikatowy i może być zrozumiany tylko przez i zadawać się jedynie z innymi „szczególnymi” lub o wysokim statusie ludźmi (lub instytucjami), brakuje mu empatii; nie chce rozpoznawać uczuć i potrzeb innych i nie chce identyfikować się z nimi.

Osobowość border-line (BPD) – wzorzec zachowań zdominowany niestabilnością w relacjach interpersonalnych, ocenie osoby własnej i afektach oraz zaznaczona wybuchowość. Impulsywność występuje w co najmniej dwu dziedzinach, które potencjalnie są zagrożeniem dla pacjenta (np. wydatki, seks, używki, nieostrożna jazda, żarłoczność). Chory wykazuje skłonność do niestabilnych i intensywnych związków z naprzemiennym oscylowaniem między idealizacją a dyskredytacją.

Osobowość antysocjalna – wzorzec zachowań zdominowany pogardą dla cudzych praw i ich gwałceniem poczynając od 15. roku życia. Chorego cechuje drażliwość i agresywność, na które wskazuje udział w powtarzających się bójkach i napaściach oraz konsekwentna nieodpowiedzialność z niemożnością utrzymania stałej pracy i dotrzymania zobowiązań finansowych.

Osobowość unikowa – wzorzec zachowań zdominowany przejawami społecznych zahamowań, poczuciem nieprzystawania i nadwrażliwością na negatywną ocenę. Pacjent wykazuje powściągliwość w relacjach intymnych, ponieważ obawia się, że zostanie zawstydzony lub wykpiony, widzi siebie jako społecznie niekompetentnego, zatrwożonego lub skrytego w stosunku do innych.

Osobowość zależna – dominująca i przesadna potrzeba opieki, która prowadzi do zachowań nacechowanych uległością oraz strachem przed opuszczeniem. Początek zaburzeń ma miejsce w wieku młodzieńczym. Pacjent jest gotów użyć nadmiernych środków, aby uzyskać opiekę i wsparcie od innych, do tego stopnia, że dobrowolnie zrobi nieprzyjemne rzeczy, czuje się nieswojo i bezradnie, gdy jest samotny, z powodu wyolbrzymionych lęków, że nie będzie w stanie zatroszczyć się o siebie.

Osobowość anankastyczna – wzorzec zachowań zdominowany dbałością o porządek, perfekcjonizmem, kontrolą umysłową i w kontaktach interpersonalnych, kosztem elastyczności, otwartości i efektywności. Pacjent jest nieadekwatnie do sytuacji sumienny, skrupulatny i nieugięty w sprawach moralności, etyki i wartości (co nie jest wyjaśnione przez kulturę czy religijną identyfikację), okazuje sztywność i upór.

7.3. MECHANIZMY OBRONNE

W przypadku konfliktów, trudnych do rozwiązania na poziomie świadomości, każdy z nas stosuje pewne mechanizmy obronne, opisywane po raz pierwszy przez Z. Freuda, patologicznie wyrażone w zaburzeniach osobowości, nawykowe metody radzenia sobie z konfliktami. Są wynikiem procesu socjalizacji, funkcjonują w sposób nieświadomy.

Funkcje mechanizmów obronnych: redukują poziom lęku, który powstaje w sytuacji konfliktowej, chronią poczucie godności pozwalając utrzymać wysoką samoocenę, łagodzą objawy konfliktów, ale ich nie rozwiązują.

Najbardziej znanym mechanizmem obronnym jest **represja** – usuwanie ze świadomości myśli o konfliktach, popędach, przykrych przeżyciach. Celem represji jest wyeliminowanie lęku, nie rozwiązuje ona problemu.

Z kolei **projekcja** to nieświadomy mechanizm rzutowania swoich niepożądanych cech czy wad na innych ludzi, wpływa to na wzrost samooceny.

Racjonalizacja to nieadekwatne wyjaśnianie przyczyn postępowania, często ma charakter podawania przyczyn prawdziwych, ale nie w pełni.

Rodzaje racjonalizacji według prof. Bohdana Zawadzkiego:

- „kwaśne winogrona” – dana osoba nie może osiągnąć jakiegoś celu, więc udaje, że jest on dla niej mało znaczący;
- „słodkie cytryny” – utrzymywanie, że zdarzenia i sytuacje, których się nie cierpi, są przyjemne.

Substytucja – polega na zastępowaniu celów, których nie można osiągnąć, przez cele, które są łatwiejsze. Są dwie formy substytucji:

- kompensacja – aktywność skierowana na cele podobne do tych, których nie udało się osiągnąć (np. taniec dla kobiety, która boi się intymnych kontaktów z mężczyznami),
- sublimacja – wyrażanie nieakceptowanych popędów w formie, która zyskuje uznanie społeczne (np. niezaspokojony popęd seksualny zastąpiony malarstwem).

PIŚMIENNICTWO

1. Bilikiewicz A, red. *Psychiatria*. PZWL, Warszawa 2004.
2. Czernikiewicz A. *Wykłady dla studentów*. Akademia Medyczna, Gdańsk 1998.
3. Hall CS, Lindzey G. *Teorie osobowości*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.
4. Zawadzki B. *Wykłady z psychopatologii*. UW, Warszawa 1959.

V

Donata Kurpas, Marta Kaczmarek,
Halina Miturska, Beata Karakiewicz,
Iwona Rotter

PSYCHOPATOLOGIA SZCZEGÓŁOWA

1. SCHIZOFRENIA

A. Epidemiologia

- 0,2–2% populacji ogólnej,
- u 40–60% pacjentów hospitalizowanych,
- początek pierwszych objawów zazwyczaj w trzeciej dekadzie życia,
- liczba kobiet ze schizofrenią jest bliska liczbie mężczyzn, jednak – u mężczyzn obserwuje się wcześniejsze zachorowanie, gorsze rokowanie, więcej objawów negatywnych.

B. Czynniki etiologiczne

Hipoteza dopaminowa

U pacjentów ze schizofrenią obserwuje się wysokie poziomy dopaminy (DA), więcej receptorów DA, większą czułość receptorów DA. Co więcej, neuroleptyki blokujące receptory DA zmniejszają nasilenie objawów schizofrenii, amfetamina powodująca wzrost DA nasila objawy psychotyczne, L-Dopa powoduje wzrost DA i wystąpienie objawów psychotycznych, obserwowano także więcej receptorów D2 w mózgu chorych na schizofrenię, co może być jednak efektem terapii.

Prenatalny uraz biologiczny

Zakłada się, że schizofrenia miałaby być chorobą defektu związanego z drugim trymestrem ciąży. Przy obecności w wywiadzie potencjalnego czynnika biologicznego w ciąży – u chorych obserwowano więcej objawów negatywnych i przewlekły przebieg.

Mieszany model etiologii schizofrenii

Biologiczna podatność na stres wraz z wystąpieniem samego stresu.

Czynniki socjoekonomiczne

Znaczenie mogą mieć:

- niski status socjoekonomiczny,
- uwarunkowania środowiskowo-społeczne.

C. Objawy

Wyróżnia się tutaj:

- Objawy kognitywne – zaburzenia treści myślenia
 - urojenia:

- charyzmatyczne,
- kontroli,
- prześladowcze,
- odnoszące.
- Formalne zaburzenia myślenia
 - luźne skojarzenia,
 - rozkojarzenie,
 - uboga treść,
 - neologizmy,
 - dźwięczenie.
- Zaburzenia percepcji
 - omamy: słuchowe, wzrokowe, dotykowe,
 - pseudohalucynacje,
 - halucynacje psychiczne.
- Objawy emocjonalne
 - płaski afekt,
 - niedostosowanie afektywne,
 - anhedonia.
- Objawy behawioralne
 - utrata motywacji,
 - izolacja socjalna.
- Objawy pozytywne
 - widoczne objawy nieobecne u ludzi psychicznie zdrowych.
- Objawy negatywne
 - brak prawidłowych zachowań,
 - obserwowane są w tzw. złym przystosowaniu przedchorobowym,
 - wskazują na gorsze rokowanie niż w przypadku objawów pozytywnych,
 - brak ich redukcji po klasycznych lekach antypsychotycznych,
 - objawy negatywne według PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale)
 - stopień afektywne,
 - wycofanie emocjonalne,
 - zubożenie kontaktu,
 - apatia,
 - zaburzenia myślenia abstrakcyjnego,
 - brak spontaniczności i płynności konwersacji,
 - stereotypia myślenia.
- Objawy osiowe według Bleulera (obecne u każdego chorego, w każdym okresie choroby) – 4a
 - **autyzm**,
 - **ambivalencja**,
 - **zblednięcie afektywne**,
 - **zaburzenia asocjacji**.

D. Diagnoza według DSM-IV

Warunkowana jest czasem trwania objawów osiowych:

- schizofrenia – objawy > 6 miesięcy,
- zaburzenie schizofrenopodobne – objawy 1–6 miesięcy,
- krótkie zaburzenie psychotyczne – objawy 1 dzień – 1 miesiąc.

Diagnoza pierwszego epizodu schizofrenii:

- 1% – katatoniczna,
- 3% – zdezorganizowana,
- 19% – paranoidalna,
- 54% – nieodróżniona.

Kryteria diagnostyczne **zaburzenia schizoafektywnego** (wg DSM-IV):

- z typowymi objawami schizofrenii konkurują wyraźne objawy afektywne (manii lub depresji),
- w przebiegu choroby był co najmniej 2-tygodniowy okres choroby, w którym objawy afektywne nie występowały,
- przebieg choroby jest zawsze epizodyczny.

E. Przebieg

Wyróżnia się fazę prodromalną, aktywną i rezydualną.

Objawy fazy **prodromalnej (lub rezydualnej)** schizofrenii:

- społeczna izolacja,
- pogorszenie funkcjonowania w podstawowych rolach zawodowych i domowych,
- dziwne zachowania (zbieranie odpadków, mówienie do siebie),
- zaniedbanie higieny osobistej,
- błady, niedostosowany afekt,
- dziwne wypowiedzi,
- dziwne przekonania (myślenie magiczne, „jasnowidzenie”, kierowanie się „szóstym zmysłem”),
- niezwykle doświadczenia zmysłowe (iluzje, świadomość działania obcych sił),
- spadek inicjatywy, energii, zaniedbanie zainteresowań.

Pacjent o **łagodnym przebiegu psychozy** (stabilny):

- ma niewielkie objawy psychozy w okresie poprawy (remisji) lub objawy te nie występują,
- miał tylko jeden lub dwa epizody psychozy do 45 r.ż.,
- systematycznie przyjmuje zalecone przez psychiatrę leki.

Pacjent o **średnim przebiegu psychozy** (często stabilny):

- miał kilka epizodów psychozy przed 45 r.ż., zwykle w okresie zwiększonego stresu,
- ma umiarkowane objawy między epizodami (w okresie remisji),
- rzadko zdarzają mu się okresy, kiedy nie przyjmuje leków lub przyjmuje je niesystematycznie.

Pacjent z **ciężkim przebiegiem psychozy** (niestabilny):

- nawroty występują często, nawet co kilka miesięcy,

- w okresie remisji występują wyraźne objawy, które zakłócają codzienne funkcjonowanie,
- zwykle nie bierze zaleconych mu leków, sprzeciwia się dalszemu leczeniu,
- ma dodatkowe problemy psychiczne (np. nadużywanie alkoholu czy narkotyków) lub somatyczne (choroby np. serca czy nerek), które utrudniają mu powrót do zdrowia.

F. Postaci

Wyróżniamy następujące postaci schizofrenii:

- paranoidalna
 - omamy i urojenia,
 - brak formalnych zaburzeń myślenia,
 - dobre rokowanie,
 - późny początek;
- katatoniczna
 - zaburzenia zachowania ruchowego,
 - postać hipokinetyczna,
 - postać hiperkinetyczna;
- zdeorganizowana (hebefreniczna)
 - dezorganizacja myślenia, zachowania i afektywna,
 - złe rokowanie,
 - wczesny początek;
- niezróżnicowana
 - pacjent nie spełnia kryteriów pozostałych postaci.

G. Rokowanie

10% pacjentów wymaga niemal ciągłej hospitalizacji, u mniej niż 30% obserwuje się remisję w ciągu 5 lat, u 60% stwierdza się przebieg epizodyczny.

H. Dziedziczenie

- ryzyko zachorowania:
 - populacja ogólna – 1%,
 - schizofrenia u ciotki – 2%,
 - schizofrenia u rodzica – 6%,
 - schizofrenia u rodzeństwa – 9%,
 - u dziecka dwojga chorych – 46%;
- analiza badań adopcyjnych wykazała, że jeśli na schizofrenię chorował krewny biologiczny, ryzyko zachorowania jest większe niż w przypadku, gdy chorował krewny adopcyjny.

I. Aspekty terapii

Do chwili wprowadzenia pierwszych atypowych leków przeciwpsychotycznych (lata 70. XX w.) leki typowe stosowano w każdym przypadku psychozy. Obecnie, ze względu na wprowadzenie wielu leków atypowych, które przewyższają leki typowe w zakresie korzystnego wpływu na objawy dezorganizacji i ubytkowe oraz

ze względu na mniejsze ryzyko objawów ubocznych, szczególnie tzw. objawów pozapiramidowych, częstość ich stosowania znacznie się zmniejszyła. Nadal należą one do głównego nurtu terapii psychoz, zwłaszcza kiedy chory poprzednio dobrze na nie reagował, a więc były one nie tylko skuteczne i bezpieczne, ale również akceptowane przez pacjenta.

Kiedy chory nie współpracuje w przebiegu terapii, przerywa ją – wtedy wskazane może być zastosowanie leków o przedłużonym działaniu, tzw. leków przeciwpsychotycznych typu depot. Jest to możliwe tylko przy użyciu leków typowych.

Pierwszych efektów działania leków antypsychotycznych należy spodziewać się po 4–6 tygodniach. Jeśli po tym okresie u pacjenta nie występuje poprawa, lekarz rozważa zmianę leku. Przy stosowaniu klozapiny (Klozapol, Leponex) wyraźny efekt następuje zwykle nieco później – nawet po 2–3 miesiącach.

Terapia pierwszego epizodu psychozy

Dawniej stosowano tu wyłącznie typowe (klasyczne) leki przeciwpsychotyczne, obecnie wybiera się również leki atypowe, ze względu na większe bezpieczeństwo ich stosowania i komfort leczenia dla samego pacjenta. Nie dotyczy to klozapiny, którą włącza się dopiero po dwu nieudanych kuracjach innymi lekami.

Terapia nawrotu psychozy

Jeśli chory dobrze funkcjonował podczas zażywania danego leku przeciwpsychotycznego i przestał go przyjmować, ponieważ czuł się już wyleczony, najczęściej wraca się do niego w dawce zalecanej przed przerwaniem kuracji.

Jeśli chory przerwał przyjmowanie leku z powodu objawów ubocznych, a zwłaszcza znacznego nasilenia objawów pozapiramidowych, można włączyć poprzedni lek w niższej, ale jeszcze skutecznej dawce lub przywrócić jego poprzednią dawkę i dołączyć lek korygujący, jak też spróbować zmiany leku z typowego na atypowy.

Jeśli chory nie przestrzegał zaleceń związanych z przyjmowaniem leku doustnego, można go zmienić na ten sam lek w postaci o przedłużonym działaniu (depot).

Jeśli pogorszenie wystąpiło pomimo dobrej tolerancji leku i przy jego właściwym dawkowaniu, lekarz zmieni pacjentowi lek na inny, dający większą szansę powrotu do zdrowia. W wielu przypadkach będzie to lek przeciwpsychotyczny atypowy.

Czas terapii

Jeśli jest to pierwszy epizod choroby, to okres przyjmowania leków przeciwpsychotycznych w czasie remisji powinien wynosić od roku do dwu lat. Jeśli jest to drugi lub trzeci epizod, to okres przyjmowania leków po każdym z nich powinien wynosić trzy do pięciu lat. Jeśli to epizod czwarty, piąty lub dalsze, okres przyjmowania leków powinien wynosić minimum pięć lat po każdym z nich.

Leki przeciwpsychotyczne typu depot (tzn. o przedłużonym działaniu)

Jest to grupa leków przeciwpsychotycznych typowych, które po wstrzyknięciu domięśniowym powoli uwalniają się w organizmie. Zapewnia to choremu stałe stężenie leku w surowicy krwi.

Iniekcje wykonuje się co 2–4 tygodnie. Pacjent nie musi codziennie pamiętać o przyjmowaniu tabletek, a konieczność wykonania kolejnego zastrzyku pozwala lekarzowi, choremu i jego rodzinie nadzorować proces terapii.

Liczba objawów ubocznych po lekach przeciwpsychotycznych depot nie jest większa niż przy ich doustnej postaci, a ich stosowanie co najmniej dwukrotnie redukuje ryzyko nawrotu psychozy w porównaniu ze stosowaniem typowych leków przeciwpsychotycznych w formie doustnej.

Typowe objawy uboczne w przebiegu terapii lekami przeciwpsychotycznymi typowymi

U znacznego odsetka chorych dochodzi do rozwoju tzw. zespołów pozapiramidowych. Pojawiają się one zwykle w fazie podnoszenia dawek lub w wyniku przewlekłego przyjmowania tych leków.

Przy stosowaniu słabszych leków typowych można się również liczyć, szczególnie na początku, z gwałtownymi spadkami ciśnienia krwi, a więc zawrotami głowy czy zasłabnięciami. Występują one szczególnie przy wstawianiu, dlatego też chory powinien na początku terapii mieć mierzone ciśnienie zarówno w pozycji leżącej, jak i siedzącej, a dodatkowo należy poinformować pacjenta, że przy wstawianiu z łóżka powinien poświęcić długą chwilę (ok. minuty) na posiedzenie z nogami spuszczone z łóżka. Innym objawem ubocznym, który może być uciążliwy, szczególnie na początku terapii, jest nadmierna senność w ciągu dnia.

Atypowe leki przeciwpsychotyczne powodują zwykle minimalne objawy pozapiramidowe. Jednocześnie wpływają w znaczący sposób na objawy ubytkowe i objawy dezorganizacji związane z psychozą.

Charakterystykę farmakologiczną leków przeciwpsychotycznych umieszczono w rozdz. IX, podrozdz. 1 (s. 185).

J. Wskazania do hospitalizacji

- Chory na tyle nie kontroluje swoich zachowań, że zachodzi wyraźna obawa, iż zachowania te mogą zagrażać jemu lub jego otoczeniu (zagrożenie życia, poważne zagrożenie zdrowia).
- Chory, pomimo pogorszenia, zaprzecza temu, nie bierze zaleconych leków, co stwarza poważną obawę, że jego stan będzie się pogarszał.
- Chory z powodu pogorszenia przestał zaspokajać swoje podstawowe potrzeby życiowe, np. śpi pod gołym niebem, nie je, nie pije.
- U chorego współistnieje z psychozą poważna choroba fizyczna albo wystąpiły u niego takie objawy uboczne działania leków, że konieczny jest pobyt chorego w szpitalu.

K. Pośrednie formy terapii

- Pobyt na oddziale dziennym, np. od godziny 8.00 do 14.00, przez pięć dni w tygodniu, połączony zwykle z intensywną terapią zajęciową.
- Terapia w oddziale leczenia domowego – w domu chorego pojawia się co pewien czas lekarz, psycholog lub pielęgniarka, a rodzina pacjenta spełnia na co dzień rolę terapeutycznego opiekuna.

- Pobyty w hostelu – domu czy mieszkaniu dla pacjentów, zwykle młodych, w którym uczą się współpracy oraz niezależności życiowej – terapeuci pojawiają się w hostelu tylko po to, aby monitorować terapię.

L. Inne formy terapii w leczeniu psychoz

- Psychoedukacja dla chorych i ich rodzin na temat przyczyn psychoz, ich objawów i sposobów leczenia.
- Terapia systemowa chorych i ich rodzin, opierająca się na leczeniu całej rodziny chorego – choroba jednego członka rodziny wpływa na funkcjonowanie całej rodziny (systemu rodzinnego).
- Trening i pomoc w codziennych czynnościach życiowych chorych, takich jak robienie zakupów, planowanie wydawania pieniędzy, wychodzenie do kina itp. Choroba i częsta izolacja powoduje czasami, iż pacjenci „zapominają”, jak wykonuje się tego typu czynności.
- Uczestnictwo w grupach wsparcia (grupy samopomocy) osób z psychozami i innymi zaburzeniami psychicznymi. Często takie grupy wsparcia składają się nie tylko z chorych, ale i członków ich rodzin czy ich bliskich przyjaciół.

2. CHOROBY AFEKTYWNE

2.1. ZABURZENIA DEPRESYJNE

Najczęściej zaburzeniom depresyjnym towarzyszą: lęk paniczny, OCD, fobia społeczna. 80–90% osób z depresją ma również objawy lęku.

A. Epidemiologia

- dziewczęta i chłopcy w okresie adolescencji chorują na depresję równie często,
- kobiety chorują dwukrotnie częściej niż mężczyźni,
- u 10–15% populacji ogólnej występują zaburzenia depresyjne,
- szczyt zachorowań – czwarta i piąta dekada życia,
- najczęstsza choroba przewlekła w populacji ogólnej.

B. Zaburzenia psychiczne z depresją (klasyfikacja ICD-10)

F03.3. Otepienie z dominującymi objawami depresji,

F06.3. Organiczne zaburzenia nastroju,

F1x.54. Zaburzenie psychotyczne w przebiegu uzależnienia od substancji psychoaktywnych z dominującą depresją,

F20.4. Depresja psychotyczna,

F25.1. Epizod depresyjny w przebiegu zaburzenia schizoafektywnego,

F31. Zaburzenie afektywne dwubiegunowe,

F32. Epizod depresyjny,

F32.0 – Łagodny,

F32.1 – Umiarkowany,

- F32.2. Ciężki bez cech psychotycznych,
- F32.3. Ciężki z cechami psychotycznymi,
- F32.x0. Bez objawów somatycznych,
- F32.x1. Z objawami somatycznymi,
- F33. Nawracające zaburzenie depresyjne,
- F34.1. Dystymia,
- F41.2. Mieszane zaburzenie lękowo-depresyjne,
- F43.20/21. Zaburzenie adaptacyjne depresyjne.

Epizod depresji – F32, F33

- pacjent był stale depresyjny lub smutny przez większość dnia, większość dni w okresie ostatnich 2 tygodni,
- w okresie ostatnich 2 tygodni:
 - mniej interesował się większością spraw lub mniej cieszył się sprawami, które zwykle sprawiały mu przyjemność,
 - jego apetyt zmienił się istotnie lub jego waga wzrosła/spadła o minimum 4 kg bez celowej diety,
 - miał kłopoty ze snem prawie każdej nocy,
 - mówił lub poruszał się wolniej niż zwykle, był niespokojny lub nie mógł usiedzieć w miejscu,
 - był wyczerpany lub bez normalnej energii,
 - czuł się bezwartościowy lub winny,
 - miał kłopoty w koncentracji lub podejmowaniu decyzji,
 - rozważał samouszkodzenie, samobójstwo lub chciał umrzeć.

Dystymia – F34.1

- pacjent czuł się smutny, depresyjny przez większość czasu w okresie ostatnich 2 lat,
- w ciągu ostatnich 2 lat miał okresy lepszego samopoczucia dłuższe niż 2 miesiące,
- w ciągu ostatnich 2 lat przez większość czasu:
 - miał znaczące zmiany łaknienia,
 - miał kłopoty ze snem lub spał zbyt wiele,
 - był zmęczony lub bez normalnej energii,
 - wykazywał brak pewności siebie,
 - miał kłopoty w koncentracji lub podejmowaniu decyzji,
 - miał poczucie beznadziejności.

C. Obserwuje się współwystępowanie depresji z:

- zaburzeniami jedzenia,
- objawami psychotycznymi (depresja psychotyczna),
- nadużywaniem substancji psychoaktywnych.

Współwystępowanie objawów lęku w przebiegu zaburzeń depresyjnych wiąże się z:

- przewlekłością,
- gorszą odpowiedzią na terapię,
- niższą jakością życia,
- wyższym ryzykiem samobójstwa.

Choroby somatyczne związane z ryzykiem depresji

- zaburzenia hormonalne: niedoczynność tarczycy, nadczynność przytarczyc, choroba Cushinga, cukrzyca,
- choroby OUN: choroba Parkinsona, guzy mózgu, padaczka.

Leki depresjogenne: leki przeciwnadciśnieniowe, analgetyki, cytostatyki, barbiturany, sterydy, leki przeciwpsychotyczne.

D. Typowy przebieg zaburzeń depresyjnych

Depresja jest w dużej mierze chorobą nawracającą, wystąpienie pierwszego epizodu depresyjnego daje 50% ryzyko powtórzenia w przyszłości takiego epizodu. Jednocześnie u osób, które miały więcej niż jeden epizod depresji, między ostrzeżeniami utrzymuje się zwykle dobra aktywność ogólna i samopoczucie.

E. Depresja – śmiertelność

- 15% pacjentów z depresją ginie śmiercią samobójczą,
- rocznie 820 000 zgonów na świecie spowodowanych samobójstwami w konsekwencji zaburzeń depresyjnych,
- depresja pogarsza rokowanie w chorobach somatycznych.

F. Nietypowe postaci depresji

„Depresja sezonowa” – sezonowe zaburzenie nastroju

To postać zaburzenia depresyjnego, którego objawy powracają zimą lub jesienią. Skracanie się dnia jest czynnikiem, który wyzwalia objawy depresyjne, dlatego jedną z metod terapii jest fototerapia, polegająca na ekspozycji chorego na jasne światło o pełnym spektrum światła słonecznego. Najczęściej depresja sezonowa manifestuje się spadkiem energii, zwiększoną potrzebą snu i chęcią spożywania węglowodanów, np. słodczy.

„Reakcja żałoby”

W przebiegu reakcji na stratę bliskiej osoby, „reakcji żałoby”, może rozwinąć się pełny zespół depresyjny. Trwanie objawów depresyjnych dłużej niż pół roku, poczucie bezwartościowości, wyraźne spowolnienie ruchowe, a wreszcie przedłużające się złe funkcjonowanie ogólne, mogą świadczyć o tym, że jest to raczej początek epizodu depresji, w którym sytuacja straty była tylko czynnikiem „spustowym” (wyzwalającym) dla depresji właściwej.

„Depresja maskowana”

U części chorych na depresję objawy smutku czy spadku zainteresowań mogą być niezauważalne, natomiast stwierdza się u nich liczne dolegliwości bólowe lub

inne skargi somatyczne, np. zaburzenia snu, spadek łaknienia lub poczucie osłabienia. Jeśli dolegliwości te nie znajdują odbicia w stanie somatycznym, chorzy nie reagują np. na leki przeciwbólowe, a objawy nasilają się w godzinach rannych, co więcej w rodzinie chorego można zidentyfikować przypadki depresji, to mamy do czynienia z depresją maskowaną.

Depresja u osób w podeszłym wieku

Zaburzenia depresyjne u osób w wieku podeszłym występują częściej niż w innych grupach wiekowych. Przyczyny tej depresji (dawniej nazywanej depresją involucyjną) mogą być bardzo różne, natomiast obraz kliniczny wyróżnia się: licznymi dolegliwościami bólowymi, skargami na kłopoty z pamięcią oraz częstszym występowaniem niepokoju ruchowego i psychicznego.

2.2. ZABURZENIA DWUBIEGUNOWE

A. Definicja

Choroba afektywna dwubiegunowa, dawniej nazywana psychozą maniakalno-depresyjną, to taka postać zaburzeń nastroju, w przebiegu której oprócz objawów depresji pojawiają się stany przeciwne – manii, a więc nadmierna aktywność, poczucie wszechogarniającej radości, wrażenie, że jest się do wszystkiego zdolnym. Mania zwykle przez samych chorych nie jest postrzegana jako choroba.

B. Spektrum zaburzeń afektywnych dwubiegunowych

- zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu I – co najmniej jeden epizod manii bez epizodów depresyjnych lub z nimi,
- zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu II – co najmniej jeden epizod hipomaniakalny i epizody depresyjne,
- cyklotymia – długotrwałe, niektóre objawy depresyjne i hipomaniakalne.

C. Różnicowanie diagnostyczne manii w hipomanii polega na określeniu

- nasilenia objawów,
- braku objawów psychotycznych,
- czasu trwania (odpowiednio 7 dni i 4 dni),
- braku konieczności hospitalizacji w hipomanii (zazwyczaj),
- braku konieczności stosowania leków przeciwpsychotycznych w hipomanii (zazwyczaj).

D. Nadużywanie substancji psychoaktywnych w grupie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych

- jest ośmiokrotnie częstsze niż w populacji bez innych zaburzeń psychicznych,
- wiąże się z gorszym rokowaniem: krótsze remisje, dłuższe leczenie, gorsza współpraca.

2.3. ZABURZENIA LĘKOWE

A. Epidemiologia

- 10–12% populacji ogólnej cierpi na zaburzenia lękowe z manifestacją somatyczną i to oni 7 razy częściej korzystają z usług medycznych (w porównaniu z populacją ogólną).
- 10–12% populacji ogólnej ma w ciągu życia jeden napad lęku panicznego, u 4–5% rozwija się zespół lęku panicznego, a 7% kobiet i 3,5% mężczyzn cierpi na agorafobię.

B. Etiopatogeneza

- Zaburzenia lękowe często towarzyszą schorzeniom somatycznym: bólowi w klatce piersiowej (przy negatywnej angiografii) – 33–43%, IBS – 29–38%, zawrotom głowy (bez wyraźnej przyczyny organicznej) – 13%, bólowi migrenowemu – 6,5%, zespołowi przewlekłego zmęczenia – 13–29,6%. Z drugiej jednak strony somatycznymi maskami lęku mogą być: duszność, ból w klatce piersiowej, kołatanie serca, suchość w jamie ustnej, brak łaknienia, nudności, ból brzucha, osłabienie fizyczne, zawroty głowy, pocenie się, częste oddawanie moczu czy napięciowe bóle głowy.
- Niektóre leki działają prołękowo, np.: amfetamina, aminofilina, dopamina, efedryna, epinefryna, kofeina, kokaina, kwas walproinowy, lewodopa, lidokaina, molsydomina, neuroleptyki, preparaty tyroidowe, leki przeciwgruźlicze, leki hipotensyjne (rezerpina, hydralazyna), salicylany, sterydy czy teofilina. Zaburzenia lękowe mogą również wystąpić podczas odstawienia preparatów naparstnicy, β -adrenolityków, klonidyny, benzodiazepin, barbituranów, alkoholu.

C. Obraz kliniczny i kryteria diagnostyczne

Zespół lęku uogólnionego (F.41.1) należy podejrzewać, gdy:

- pacjent martwił się lub obawiał o co najmniej dwie sprawy w ostatnich 6 miesiącach,
- nie potrafił kontrolować swoich zmartwień lub przeszkadzały mu one w tym, co robił,
- w tym czasie odczuwał (poza napadami lęku):
 - niepokój i uczucie „bycia na krawędzi”,
 - napięcie wewnętrzne,
 - zmęczenie, osłabienie, wyczerpanie,
 - drażliwość, oraz miał:
 - kłopoty z koncentracją lub pamięcią,
 - zaburzenia snu.

Zespół lęku panicznego (F.41.0) to okres nagłego lęku, trwający do godziny, osiągający swój szczyt w okresie pierwszych 10 minut, charakteryzujący się wystąpieniem co najmniej 4 z 13 objawów, którymi są:

- 1) kołatanie serca, przyspieszenie tętna,
- 2) pocenie się,
- 3) uczucie duszności,
- 4) uczucie dławienia się,
- 5) ból w klatce piersiowej,
- 6) zawroty głowy, uczucie osłabienia, omdlewanie,
- 7) dreszcze lub uczucie „oblewającego ciepła”,
- 8) drżenie,
- 9) nudności lub niepokój w jamie brzusznej,
- 10) derealizacja lub depersonalizacja,
- 11) obawa przed utratą kontroli nad sobą,
- 12) obawa przed śmiercią,
- 13) parestezje (najczęściej uczucie drętwienia kończyn).

Problemy somatyczne i psychiczne przybierające obraz zespołu lęku uogólnionego to m.in.:

- nadczynność tarczycy,
- choroba wieńcowa,
- nadciśnienie tętnicze,
- pheochromocytoma,
- uzależnienie od alkoholu, narkomania, uzależnienie od benzodiazepin.

Zaburzenia lękowe na podłożu somatycznym (F.06.4)

- Lęk napadowy towarzyszy m.in.: stanom zagrożenia życia, ostrym zespołom bólowym, zaburzeniom czynności tarczycy i przytarczyc, nagłym zaburzeniom metabolicznym (hipoglikemii), pheochromocytomie, padaczce skroniowej, zespołowi wypadania zastawki dwudzielnej.
- Lęk uogólniony występuje w każdym schorzeniu przewlekłym, najczęściej w chorobach serca, układu oddechowego, nowotworowych.

Zaburzenia somatyzacyjne (F.45.0)

- U pacjenta obecna jest co najmniej 2-letnia historia różnych dolegliwości fizycznych, nie wyjaśnionych w badaniach somatycznych, towarzyszy jej zaangażowanie pacjenta w usuwanie dolegliwości lub poszukiwanie ich przyczyny w licznych konsultacjach lekarskich oraz nieprzyjmowanie wyjaśnień psychicznego podłoża dolegliwości.
- Mogą przybierać charakter bólów brzucha, nudności, uczucia pełności w brzuchu lub wzdęcia, wymiotów, uczucia przelewania w brzuchu, duszności, bólu w klatce piersiowej, częstego parcia na pęcherz, nieprzyjemnego odczucia w okolicy genitaliów, zaczerwienienia lub blednięcia skóry, bólów kończyn lub stawów, uczucia drętwienia lub mrowienia.

Fobia socjalna (F.40.1)

- Wystąpienie w ciągu ostatniego miesiąca obaw pacjenta przed znalezieniem się w ośrodku uwagi lub kompromitacją w sytuacjach społecznych, przy

założeniu, że obawa ta była nieadekwatna. Pacjent unika takich sytuacji lub cierpi w ich toku, co pogarsza jego zwykle funkcjonowanie zawodowe, socjalne lub powoduje znaczny dyskomfort.

- Sytuacjami precypitującymi lęk w fobii socjalnej mogą być:
 - przedstawianie się,
 - spotkania z przełożonym,
 - telefonowanie do kogoś,
 - goszczenie kogoś,
 - bycie obserwowanym przy jakiejś czynności,
 - jedzenie w towarzystwie,
 - pisanie będąc obserwowanym,
 - przemawianie publiczne,
 - spotkanie z osobą płci przeciwnej.

D. Terapia zaburzeń lękowych

- Podstawą terapii zaburzeń lękowych jest psychoterapia psychodynamiczna i behawioralna, zarówno indywidualna, jak i grupowa.
- Dużą rolę odgrywa również farmakoterapia z zastosowaniem leków przeciwdepresyjnych (LPD) i anksjolitycznych.

2.4. TERAPIA ZABURZEŃ AFEKTYWNYCH

A. Wybór leku przeciwdepresyjnego jest empiryczny i zwykle opiera się na:

- poprzedniej reakcji chorego na leki przeciwdepresyjne (LPD),
- stanie klinicznym chorego (psychicznym i somatycznym),
- spodziewanym profilu objawów ubocznych LPD,
- ryzyku interakcji z innymi lekami,
- cenie leku.

LPD są skuteczne u 65–75% pacjentów z depresją. Właściwej oceny skuteczności LPD można dokonać po 4–6 tygodniach podawania leku we właściwej dawce.

B. Czas terapii

Zalecenia WHO mówią, że czas leczenia zaburzeń depresyjnych powinien wynosić co najmniej 6 miesięcy (tab. 1).

Leczenie podtrzymujące

Konieczność leczenia podtrzymującego dotyczy zarówno farmakoterapii, jak i psychoterapii. Leczenie depresji powinno być kontynuowane pomimo uzyskania remisji przez co najmniej 6 miesięcy, aby zapobiec jej nawrotowi.

Zakończenie farmakoterapii

Należy pamiętać o stopniowej redukcji dawek LPD (tab. 2), aby zminimalizować objawy ich nagłego odstawienia. Na przykład w przypadku SSRI układają się

one w akronim FLUSH (ang. rumieniec): Flu-like – objawy grypopodobne – zmęczenie, bóle mięśni, luźne stolce, mdłości; Lightheadedness – zawroty głowy; Uneasiness – niepokój; Sleep – zaburzenia snu i czucia zmysłowego; Headache – bóle głowy.

TABELA 1. CZAS LECZENIA EPIZODU DEPRESYJNEGO

	Ostra faza	Leczenie podtrzymujące	Leczenie profilaktyczne
Czas trwania	6–12 tygodni	6 miesięcy	> 1 rok
Dawkowanie	dawki terapeutyczne	jak w ostrej fazie lub stopniowe zmniejszanie dawki	

TABELA 2. REDUKCJA DAWEK LPD

Czas leczenia	Czas odstawiania
< 8 tygodni	1–2 tygodni
6–8 miesięcy	6–8 tygodni
> 8 miesięcy	redukcja dawki o 25% co 4–6 tygodni

C. Edukacja pacjenta

Niezwykle istotny jest aspekt edukacyjny przy rozpoczynaniu terapii LPD. Pacjenta należy poinformować o opóźnionym początku działania LPD, braku ryzyka uzależnienia, najbardziej prawdopodobnych działaniach niepożądanych (np. wenlafaksyna, SSRI – zaburzenia potencji, TLPD – zaparcia, moklobemid – bezsenność, niepokój), braku toksycznego wpływu LPD na OUN oraz konieczności przyjmowania leku przez wiele miesięcy.

D. Monitorowanie farmakoterapii

Początkowo wyznacza się wizyty pacjentowi co 1–2 tygodnie. Stan psychiczny ocenia się po 4–6 tygodniach terapii, co 1–2 tygodnie – morfologię i EKG, a skuteczność leku – po 3- i kolejno 6–8 tygodniach terapii.

E. Gdzie powinna być prowadzona terapia zaburzeń depresyjnych?

Pacjenci z zaburzeniami depresyjnymi mogą być leczeni w praktyce lekarza rodzinnego (85% pacjentów), gdy:

- 1) brak wątpliwości przy rozpoznaniu depresji,
- 2) występuje łagodne lub umiarkowane nasilenie objawów,
- 3) jest dobra reakcja na LPD w przeszłości.

Pacjenta należy jednak skierować do poradni zdrowia psychicznego, gdy:

- 1) występują u niego nasilone myśli lub tendencje samobójcze, urojenia (winy, kary itp.) lub halucynacje,
- 2) depresja ma charakter ciężki,
- 3) brak jest reakcji na stosowane LPD,
- 4) istnieje problem z doborem LPD.

Bezpośrednio na oddział psychiatryczny należy kierować pacjentów:

- 1) po próbie samobójczej lub w przypadku wysokiego ryzyka samobójstwa,
- 2) z głębokim spowolnieniem,
- 3) z nasilonymi omamami, urojeniami lub pobudzeniem,
- 4) przy odmowie przyjmowania pokarmów i/lub płynów,
- 5) przy braku możliwości zapewnienia opieki ze strony rodziny,
- 6) przy zagrożeniu farmakoterapii depresji w warunkach ambulatoryjnych (poważny stan somatyczny, interakcje leków).

Charakterystykę farmakologiczną leków przeciwdepresyjnych i przeciwłękowych umieszczono w rozdz. IX, podrozdz. 1 (s. 185).

3. ZABURZENIA PSYCHOSOMATYCZNE

A. Etiopatogeneza

Twórca współczesnej medycyny psychosomatycznej – Alexander (1950) zakładał m.in. wieloprzyczynową genezę chorób psychosomatycznych.

Popularniejsze są obecnie teorie, według których każdy stres może wywołać zmiany fizjologiczne, doprowadzające do chorób psychosomatycznych. Do ich powstania predysponują następujące czynniki:

- 1) genetyczne,
- 2) wycieńczenie organizmu (np. chorobą), podatność określonych narządów na działanie stresu,
- 3) skłonność do reagowania na stres gniewem, wrogością, niezadowoleniem, lękiem lub depresją,
- 4) tzw. podatność psychiczną, np. uporczywy i głęboki pesymizm, niewiara w możliwość wyjścia z trudnej sytuacji itp.,
- 5) aleksytymia, tj. brak umiejętności okazywania i nazywania uczuć, brak wyobraźni.

Czynniki psychologiczne

Za wystąpienie zaburzeń odpowiedzialny jest szeroko rozumiany stres, szczególnie, jeśli dodatkowo stwierdza się, że:

- 1) nasilenie stresu jest znaczne,
- 2) stres działa długotrwale,
- 3) w odczuciu pacjenta stres jest bardzo szkodliwy,
- 4) w sytuacji pacjenta obecne są niekorzystne czynniki natury ogólnej, takie jak: trudności w pracy zawodowej, kłopoty w pożyciu małżeńskim, wyobcowanie w dużym mieście, przebywanie w niesprzyjającym środowisku itp.

Thomas Holmes i Richard Rahe (1967) skonstruowali Skalę Ponownego Przy-stosowania Społecznego, określającą wielkość stresu w „jednostkach zmian życiowych” (Life Change Unit, LCU), biorąc pod uwagę 43 ważne zdarzenia życiowe, którym przypisano od 11 do 100 punktów. Im wyższy wskaźnik, tym bardziej zna-

cząca jest dla powstania stresu określona sytuacja życiowa lub zdarzenie. Na podstawie uzyskanych wyników można oszacować własny wskaźnik ryzyka, a co za tym idzie – zagrożenie problemami zdrowotnymi – zarówno natury psychicznej, jak i fizycznej.

Zdaniem autorów skali, istnieje 80% ryzyka rozwinięcia się w ciągu dwóch lat poważnej choroby u ludzi, którzy uzyskali w sumie ponad 300 punktów LCU (jednostki zmian życiowych), jeśli suma ta przyjmuje wartość 200–299 – ryzyko poważnej choroby wynosi 50%, a wartość 150–199 – powoduje ryzyko 33%.

Skala Ponownego Przystosowania Społecznego:

- 1) śmierć współmałżonka – 100,
- 2) rozwód – 73,
- 3) separacja – 65,
- 4) kara więzienia – 63,
- 5) śmierć bliskiego członka rodziny – 63,
- 6) własna choroba lub uszkodzenie ciała – 53,
- 7) małżeństwo – 50,
- 8) utrata pracy – 47,
- 9) pogodzenie się ze współmałżonkiem – 45,
- 10) odejście na emeryturę – 45,
- 11) zmiana stanu zdrowia członka rodziny – 44,
- 12) ciąża – 40,
- 13) kłopoty seksualne – 39,
- 14) pojawienie się nowego członka rodziny – 39,
- 15) reorganizacja przedsiębiorstwa – 39,
- 16) zmiana stanu finansów – 38,
- 17) śmierć bliskiego przyjaciela – 37,
- 18) zmiana kierunku pracy – 36,
- 19) zmiana częstotliwości kłótni ze współmałżonkiem – 35,
- 20) wysoki kredyt – 31,
- 21) pozbawienie prawa do kredytu czy pożyczki – 30,
- 22) zmiana obowiązków w pracy – 29,
- 23) syn lub córka opuszcza dom – 29,
- 24) kłopoty z teściową – 29,
- 25) wybitne osiągnięcia osobiste – 28,
- 26) żona zaczyna lub przestaje pracować – 26,
- 27) rozpoczęcie lub zakończenie nauki szkolnej – 26,
- 28) zmiana warunków życia – 25,
- 29) zmiana nawyków osobistych – 24,
- 30) kłopoty z szefem – 23,
- 31) zmiana godzin lub warunków pracy – 20,
- 32) zmiana miejsca zamieszkania – 20,

- 33) zmiana szkoły – 20,
- 34) zmiana rozrywek – 19,
- 35) zmiana w zakresie aktywności religijnej – 19,
- 36) zmiana aktywności towarzyskiej – 18,
- 37) niewielka pożyczka – 17,
- 38) zmiana nawyków dotyczących snu – 16,
- 39) zmiana liczby członków rodziny zbierających się razem – 15,
- 40) zmiana nawyków dotyczących jedzenia – 15,
- 41) urlop – 13,
- 42) Boże Narodzenie – 12,
- 43) pomniejsze naruszenie prawa – 11.

Czynniki fizjologiczne

Uraz psychiczny zostaje rozpoznany w konsekwencji aktywności kory mózgowej. Następnie rolę wiodącą obejmuje układ limbiczny, który w warunkach przewlekłego stresu nieustannie stymuluje podwzgórze i ośrodki układu wegetatywnego w pniu mózgu.

W konsekwencji dochodzi do:

- 1) pobudzenia obwodowego układu wegetatywnego (sympatycznego, parasympatycznego i rdzenia przedłużonego),
- 2) wzrostu aktywności układu neuroendokrynnego.
 - Hormony podwzgórzowe pobudzają wydzielanie hormonów tropowych (m.in. ACTH, TSH, GH, FSH), a te z kolei działają bezpośrednio lub uwalniają hormony z gruczołów wydzielania wewnętrznego (np. kortyzol, tyroksynę, adrenalinę, noradrenalinę, hormony płciowe).
 - Według H. Selyego (1976) organizm odpowiada na stres uogólnionym zespołem przystosowania, a główną rolę odgrywa tu kortyzol.
 - Przewlekłe wydzielanie kortyzolu ma prowadzić do uszkodzenia wielu narządów i powstania choroby psychosomatycznej. Dużą rolę przypisuje się także endorfinom.

B. Podział zaburzeń psychosomatycznych

Opisano około 60 chorób psychosomatycznych, które mogą dotyczyć wielu układów. Wyróżniamy wśród nich choroby:

- 1) układu krążenia – nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, tachykardia, zaburzenia rytmu serca, niedociśnienie (omdlenia), zastoinowa niewydolność krążenia, choroba Raynauda, migrena;
- 2) układu oddechowego – zespoły hiperwentylacyjne, choroby spastyczne dróg oddechowych;
- 3) układu pokarmowego – choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, bóle brzucha, wymioty, zaburzenia łaknienia, wrzodziejące zapalenie jelita grubego;
- 4) układu moczowego – moczenie mimowolne dzienne i nocne, częstomocz, przewlekłe zaparcia;

- 5) układu mięśniowo-szkieletowego – reumatoidalne zapalenie stawów, kręczy, bóle kręgosłupa;
- 6) ośrodkowego układu nerwowego – bóle głowy, zaburzenia widzenia;
- 7) układu endokrynnego – zaburzenia czynności tarczycy, cukrzyca, zaburzenia czynności gruczołów płciowych;
- 8) układu immunologicznego – tendencja do spadku odporności, uruchamianie mechanizmów sprzyjających ontogenezie;
- 9) inne – tiki, jąkanie, choroby skóry (łuszczyca, przewlekła pokrzywka, świąd, egzema).

C. Objawy kliniczne i rozpoznanie zaburzeń somatoformicznych

W zaburzeniach psychicznych pod postacią somatyczną (somatoformicznych) licznym skargom na dolegliwości nie towarzyszą zmiany organiczne. 15–30% zaburzeń rozpoznawanych jako dysocjacyjne to nierozpoznane zaburzenia organiczne.

F44. Zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne) – brak w nich zaburzeń somatycznych, które mogłyby wyjaśniać występowanie objawów, natomiast stwierdza się uchwytne przyczyny psychologiczne.

Rodzaje zaburzeń dysocjacyjnych:

F44.0. Amnezja dysocjacyjna,

F44.1. Fuga dysocjacyjna,

F44.2. Osłupienie dysocjacyjne,

F44.3. Trans i opętanie,

F44.4. Dysocjacyjne zaburzenia ruchu – niedowłady, porażenia, zaburzenia koordynacji ruchów, drżenie lub trzęsienie, dysfonia, afonia,

F44.5. Drgawki dysocjacyjne,

F44.6. Dysocjacyjne znieczulenia i utrata czucia zmysłowego – ślepotą, głuchota, utrata węchu – zaburzenie dysocjacyjne polega na ograniczeniu lub utracie jakiejś funkcji układu nerwowego, nie wynikającym ze zmian organicznych.

Do objawów dysocjacyjnych zalicza się:

- zaburzenia ruchowe, porażenie, drgawki, zatrzymanie moczu, bezgłos historyczny, „kulę historyczną” (uczucie ucisku w gardle, utrudniające połykanie);
- zaburzenia narządów zmysłów – parestezje, znieczulenia, utratę węchu, ślepotę, „widzenie tunelowe”, głuchotę, znieczulenie na dotyk i ból;
- inne – zaburzenia świadomości, wymioty.

F45. Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną

Dominują w nich skargi na objawy somatyczne, domaganie się kolejnych badań, mimo ich negatywnych wyników i zapewniania przez lekarzy o braku organicznych podstaw występowania objawów.

F45.0. Zaburzenia somatyzacyjne (z somatyzacją)

Pacjent prosi o leczenie celem usunięcia dolegliwości, przy tym często nie przestrzega zaleceń lekarskich nadużywając leków.

Często współistnieją: lęk, drażliwość, obniżenie nastroju, próby samobójcze (rzadko kończą się śmiercią). Często dominują w ich życiu konflikty osobiste i małżeńskie, zachowania antysocjalne oraz trudności w nauce.

Kryteria diagnostyczne zaburzeń somatyzacyjnych:

- Skargi na różne i zmienne objawy somatyczne, których nie można wyjaśnić występowaniem żadnej wykrywalnej choroby somatycznej. Utrzymywanie się tych skarg przez okres co najmniej 2 lat.
- Skoncentrowanie się na objawach prowadzących do ponawiania kolejnych konsultacji lub badań. Ewentualnie samodzielne, uporczywe przyjmowanie leków.
- Uporczywe odrzucanie zapewnień lekarzy o braku adekwatnej, fizycznej przyczyny tych somatycznych objawów.
- Występowanie w sumie sześciu lub więcej objawów z poniższej listy, należących do co najmniej dwóch oddzielnych grup:
 - objawy żołądkowo-jelitowe
 - 1) ból brzucha,
 - 2) nudności,
 - 3) uczucie wzdęcia lub wypełnienia gazami,
 - 4) niesmak w ustach lub obłożony język,
 - 5) skargi na wymioty lub odbijanie się pokarmów,
 - 6) skargi na częste lub luźne stolce albo na płynną wydzielinę z odbytu;
 - objawy sercowo-naczyniowe
 - 7) krótki oddech mimo braku wysiłku,
 - 8) bóle w klatce piersiowej;
 - objawy moczowo-płciowe
 - 9) dyzuria lub skargi na częste oddawanie moczu,
 - 10) nieprzyjemne wrażenia w obrębie narządów płciowych lub wokół nich,
 - 11) skargi na niezwykłą lub obfitą wydzielinę z pochwy;
 - objawy skórne lub bólowe
 - 12) plamistość lub zmiana zabarwienia skóry,
 - 13) pobolewania kończyn, rąk lub stóp, stawów,
 - 14) nieprzyjemne wrażenia drętwienia lub swędzenia.
- Wykluczenie występowania objawów którejs z postaci zaburzeń schizofrenicznych (F20–F29), zaburzeń afektywnych (F30–F39) lub napadów lęku (F41).

F45.2. Zaburzenia hipochondryczne

Dominuje tu zaabsorbowanie pacjenta możliwością występowania u niego jednej lub wielu, poważnych i postępujących chorób somatycznych. Pacjent zwraca uwagę na możliwość istnienia poważnej choroby leżącej u podłoża objawów, a domagając się kolejnych badań, oczekuje określenia lub potwierdzenia charakteru choroby. Charakterystyczna jest duża zmienność skarg oraz przewlekły charakter i zmienne nasilenie niesprawności.

F45.4. Uporczywe bóle psychogenne

Charakterystyczne jest przeżywanie przez pacjenta bólu mimo braku wyraźnego bodźca. Przy tym lokalizacja bólu nie odpowiada zwykle stosunkom neuroanatomicznym, często trudno jest ten ból zlokalizować. Charakter bólu jest nietypowy (niepodobny do bólu somatycznego). Często stwierdza się też związek między stresem czy konfliktem psychologicznym a wystąpieniem lub nasileniem bólu.

D. Leczenie zaburzeń psychosomatycznych

Kompleksowa psychoterapia

Kontakt terapeutyczny powinien polegać na wysłuchaniu, zrozumieniu, pokazaniu gotowości do niesienia pomocy, a także wyjaśnieniu psychologicznego podłoża zaburzeń. Konsekwencją jest uzyskanie przez pacjenta wglądu i zrozumienia mechanizmów powstawania zaburzeń. Uwzględnia się także sytuację psychospołeczną pacjenta traktując chorobę jako element homeostazy w rodzinie.

Podstawą każdej metody postępowania psychoterapeutycznego jest powstanie relacji terapeutycznej, jednakże w zaburzeniach dysocjacyjnych jest ona nieskuteczna – wyjaśnienie historycznej genezy objawów rzadko daje efekty, a niekiedy skłania pacjenta do zerwania kontaktu terapeutycznego. Wskazane jest natomiast umożliwienie odreagowania silnych emocji oraz omówienie znaczenia urazów psychicznych w życiu pacjenta. O powiązaniach między stresem a objawami dysocjacyjnymi wolno mówić dopiero po wykształceniu się głębokiej więzi terapeutycznej. Wtedy też można stopniowo wyjaśniać symboliczne znaczenie objawów dysocjacyjnych. Leczeniem powinna być objęta również rodzina pacjenta. W terapii zaburzeń somatyzacyjnych należy umacniać więź terapeutyczną z pacjentem, traktować go serdecznie, podchodzić do problemów, a nie samych objawów z zaangażowaniem, zachęcać pacjenta do omawiania trudności i poszukiwania sposobów ich przezwyciężania, pomagać mu w nabywaniu umiejętności społecznych i zawodowych.

Farmakoterapia

W terapii zaburzeń psychosomatycznych dopuszcza się stosowanie leków anksjolitycznych (pamiętając o wysokim ryzyku uzależnienia), przeciwdepresyjnych i przeciwpsychotycznych.

Poprawa współpracy z pacjentem w zakresie farmakoterapii powinna skupiać się przede wszystkim na informacji na temat mechanizmu działania leku, informacji o objawach ubocznych, uprzedzeniu o krótkoterminowej terapii i ryzyku uzależnienia w przypadku benzodiazepin.

4. ZABURZENIA PSYCHICZNE SPOWODOWANE CHOROBAŁ SOMATYCZNĄ

A. Depresja – somatyczne przyczyny:

- miażdżyca naczyń mózgowych,
- stany poudarowe,
- niewydolność krążenia mózgowego,
- stany pourazowe (zwłaszcza uszkodzenie płatów skroniowych lub czołowych),
- padaczka,
- choroba Alzheimera,
- płasawica Huntingtona,
- choroba Parkinsona,
- stwardnienie rozsiane,
- zwyrodnienie wątrobowo-soczewkowe (choroba Wilsona),
- guzy mózgu (zwłaszcza płata czołowego),
- wodogłowie.

Jeśli etiologia poszczególnych objawów jest niejasna:

- określa się objawy psychiczne depresji (np. zaburzenia nastroju, anhedonię, brak poczucia własnej wartości),
- ustala się związek czasowy między wystąpieniem depresji a wystąpieniem choroby somatycznej,
- zbiera się dodatkowe informacje od rodziny oraz z dokumentacji medycznej.

Obecność utraty zainteresowań jest bardziej pomocnym objawem w rozpoznaniu depresji niż smutek, a podstawowymi objawami pomocnymi w rozpoznaniu depresji są: wycofanie społeczne, drażliwość, somatyzacja, hipochondria.

B. Zaburzenia lękowe na podłożu somatycznym

- dotyczą około 30% pacjentów,
- lęk napadowy: stany zagrożenia życia, ostre zespoły bólowe, zaburzenia czynności tarczycy i przytarczyc, zaburzenia metaboliczne (hipoglikemia), pheochromocytoma, padaczka skroniowa, zespół wypadania zastawki dwudzielnej,
- lęk uogólniony: w każdej chorobie, szczególnie przewlekłej, najczęściej w chorobach serca, układu oddechowego, nowotworowych.

C. Zespoły urojeniowe

- nawracające lub utrwalone urojenia, którym mogą towarzyszyć omamy,
- głównie występują w zaburzeniach endokrynych i układowych (toczeń rumieniowaty),
- częste w trakcie farmakoterapii hormonalnej,
- maskując objawy choroby podstawowej, mogą być przyczyną pomyłek diagnostycznych,
- niedoczynność tarczycy:

- w 1/4 przypadków powolny rozwój z objawami schizofrenopodobnymi: zmniejszenie aktywności psychoruchowej, męczliwość, apatia, wycofanie społeczne,
- u 5% dominują objawy psychotyczne: urojenia prześladowcze, omamy (głównie słuchowe, ale też wzrokowe, węchowe, smakowe), nieufność, dziwaczność zachowania, lęk z drażliwością, agresywność,
- zbyt późna diagnoza – zespół otępienny,
- leczenie skojarzone: substytucja hormonalna i leki przeciwpsychotyczne (atypowe),
- ciężka postać nadczynności tarczycy (w tzw. przełomach hormonalnych),
- nadczynność kory nadnerczy – zespół Cushinga,
- niedoczynność kory nadnerczy – choroba Addisona,
- stosowanie sterydoterapii:
 - zespół schizofrenopodobny: zaburzenia myślenia, dziwaczne urojenia hipochondryczne, omamy, pobudzenie psychoruchowe z silnym lękiem lub zahamowaniem ruchowym,
 - leczenie: podstawowe i leki przeciwpsychotyczne,
- choroby z autoagresją:
 - toczeń rumieniowaty układowy,
 - różnorodne zaburzenia psychiczne u tego samego pacjenta,
 - prawdopodobne uszkodzenie drobnych naczyń CUN,
 - najczęściej ostre reakcje egzogenne typu Bonhoeffera lub depresje, rzadziej zespół schizofrenopodobny (bardzo trudny w różnicowaniu),
 - częste pomyłki diagnostyczne,
 - objawy somatyczne: rumień na twarzy, wielonarządowe zmiany, neurologiczne (padaczka),
 - leczenie podstawowe i leki przeciwpsychotyczne (haloperidol),
 - sklerodermia, zespół Sjögrena (leczenie – leki przeciwpsychotyczne atypowe),
- choroby metaboliczne,
- niedokrwistość złośliwa:
 - „szaleństwo megaloblastyczne” – niedobór witaminy B₁₂ w konsekwencji autoimmunologicznego zapalenia błony śluzowej żołądka, język malinowy, zapalenie kąćków ust,
- inne: skazy krwotoczne, przewlekła niewydolność krążenia, zabiegi na otwartym sercu, toksoplazmoza, infekcje wirusowe.

D. Zaburzenia maniakalne

- rzadziej niż zespoły depresyjne i lękowe,
- zatrucia związkami chemicznymi – zespół szalonego kapelusznika z „Alicji w krainie czarów” w zatruciu rtęcią,
- nadczynność tarczycy, zespół Cushinga, toczeń układowy, infekcje,
- leki sterydowe, L-Dopa, bromokryptyna, kokaina, amfetamina, TLPD, IMAO,

- leczenie – bardzo powolne obniżanie dawek leków hormonalnych i haloperidol,
- kulturyści:
 - przyjmowanie ogromnych dawek steroidów anabolicznych (testosteron, nandrolon),
 - u 25% – hipomania z drażliwością i agresywnością.

E. Zespół omamowy – halucynozą organiczną

- bardzo rzadki, z niedoczynnością tarczycy,
- omamy słuchowe z urojeniami ksbnymi i interpretacyjnymi, lęk, dysforia,
- przebieg często burzliwy, maskujący schorzenie podstawowe,
- należy wykluczyć zaburzenia świadomości, wcześniejsze zaburzenia nastroju, obniżenie sprawności intelektualnej, dominację urojeń, przyczynę alkoholową, schizofrenię.

F. Zaburzenia katatoniczne

- bardzo rzadkie,
- zaburzenia aktywności psychoruchowej: bezruch, negatywizm, mutyzm lub nadmierna aktywność, echolalia, echopraksja,
- początek i przebieg ściśle związane z wywołującą je chorobą somatyczną – najczęściej zapalenie mózgu, zatrucie tlenkiem węgla, rzadziej choroby układowe i metaboliczne (homocystynuria, kwasica ketonowa, hiperkalcemia), niewydolność krążenia,
- „katatonie okresowe” – stany przypominające katatonie w przebiegu niedoczynności tarczycy,
- stany stuporu podobne do katatonii w chorobie Gravesa-Basedowa.

G. Zaburzenia dysocjacyjne

- lęk, skargi hipochondryczne, teatralna ekspresja dolegliwości,
- heterogenna grupa (dawniej objawy histeryczne),
- 30% zespołów dysocjacyjnych to objawy w przebiegu schorzeń somatycznych, stąd należy różnicować je z takimi zaburzeniami, jak:
 - wczesna faza chorób zwyrodnieniowych (toczeń, RZS),
 - przewlekłe choroby układu pokarmowego (zapalne, pasożytnicze, zwyrodnieniowe),
 - ostra porfiria przerywana – epizody silnych bólów kończyn dolnych, uniemożliwiających stanie, chodzenie, silny lęk, labilność emocjonalna,
 - wyspiak trzustki (insulinoma) – somatyczne objawy hipoglikemii,
 - przewlekłe stany zapalne trzustki,
 - utajona niedoczynność tarczycy z niedoborami wapnia – drętwienie kończyn, mrowienie, osłabienie.

H. Inne

- awitaminozy – różnorodne zaburzenia psychiczne (niedobory po dietach odchudzających, kuracjach antybiotykowych),

- niedobory witamin po kuracji lekami przeciwpsychotycznymi (grupa B, szczególnie B₁, kwasu foliowego, witaminy PP): od męczliwości, ospałości, apatii po ostre egzogenne reakcje typu Bonhoeffera lub zespoły depresyjno-urojeniowe,
- niedoczynność przedniego płata przysadki mózgowej (zespół Glińskiego-Simmondsa) przypomina ludzaco jadłowstręt psychiczny,
- różnicowanie: zaniki narządów płciowych, apatia, pogorszenie sprawności intelektualnej,
- zespół Hoigne popenicylinowy pod postacią ostrego zespołu psychotycznego z lękiem i pobudzeniem.

I. Zaburzenia psychiczne w konsekwencji farmakoterapii

Leki depresyjne

- pochodne rezerpiny – najczęściej powodujące depresję, uwrażliwienie receptorów, nasilenie działania antycholinergicznego, a po długim stosowaniu – osłabienie działania tymoleptycznego. Mechanizm depresyjnego działania polega na opróżnianiu magazynów z katecholamin w zakończeniach synaptycznych. Ocenia się, że częstość występowania depresji wynosi około 20%,
- leki blokujące β -adrenoreceptor,
- u 1,5% chorych leczonych agonistami α -adrenergicznymi (klonidyna, α -metyldopa), guanetydyna, hydralazyna, β -adrenolityki,
- antagoniści kanału wapniowego (werapamil, nifedypina),
- digoksyna – nawet w niskich dawkach terapeutycznych mogą wystąpić zaburzenia świadomości, omamy wzrokowe i objawy depresji – obniżony nastrój, męczliwość, niepokój, zaburzenia snu,
- leki obniżające poziom cholesterolu – prawastatyna, lowastatyna, cholestyramina – prawdopodobny mechanizm związany jest z wpływem obniżonego stężenia cholesterolu w surowicy na lipidy błonowe w mózgu, powoduje to zmniejszenie aktywności powierzchniowych receptorów serotoninowych,
- niektóre leki stosowane w onkologii: metotreksat, winblastyna, asparginaza, prokarbazyna,
- metoklopramid – często przepisywany w leczeniu zaburzeń przewodzenia pokarmowego,
- leki hormonalne (w tym leki antykoncepcyjne),
- leki przeciwpadaczkowe, m.in. kwas walproinowy i jego pochodne,
- leki blokujących receptor histaminowy (cymetydyna) i leki sympatykomimetyczne,
- niektóre neuroleptyki – benzodiazepiny, disulfiram,
- leki przeciwparkinsonowskie – L-Dopa, amantadyna, bromokryptyna,
- leki przeciwgruźlicze,
- leki o działaniu amfetaminopodobnym,
- nadużywanie i uzależnienie od alkoholu,
- prekursorzy acetylocholinyl – lecytyna, cholina, deanol.

Leki działające prołękowo

- amfetamina, aminofilina, dopamina, efedryna, epinefryna, kofeina, kokaina, kwas walproinowy, lewodopa, lidokaina, molsydomina, neuroleptyki, preparaty tyroidowe, leki przeciwgruźlicze, leki hipotensyjne (rezerpina, hydralazyna), salicyłaty, sterydy, teofilina,
- odstawienie preparatów naparstnicy, β -adrenolityków, klonidyny, benzodiazepin, barbituranów, alkoholu.

Wobec powyższego zasady leczenia w chorobach somatycznych uwzględniają:

- zmniejszenie liczby stosowanych leków do niezbędnego minimum,
- wybór leków o jak najmniejszym działaniu antyhistaminowym, antycholinergicznym, antyadrenergicznym oraz jak najmniejszym wpływie na układ sercowo-naczyniowy,
- wybór leków o najmniejszej liczbie interakcji.

5. ZABURZENIA OBSESYJNO-KOMPULSYJNE (OCD)

A. Epidemiologia

- dotyczą 2,5% populacji ogólnej (w porównywalnym stopniu kobiet i mężczyzn),
- początek w dzieciństwie lub adolescencji.

B. Diagnoza

- kryteria diagnostyczne:
 - w okresie ostatniego miesiąca zajmowały pacjenta powracające myśli, impulsy lub wyobrażenia, które były niechciane, niesmaczne, niewłaściwe, przeszkadzające czy stresujące,
 - utrzymywały się pomimo prób porzucenia ich lub zignorowania,
 - były to myśli własne, nie narzucone z zewnątrz,
 - pacjent w ciągu ostatniego miesiąca wykonywał czynności, od których nie mógł się powstrzymać,
 - pacjent rozpoznaje swoje natręctwa jako nadmierne i nieuzasadnione,
 - natręctwa przeszkadzają w podstawowych rolach życiowych lub zajmują dziennie więcej niż 1 godzinę.

C. Terapia

Psychoterapia w połączeniu z lekami przeciwdepresyjnymi (SSRI lub klomipramina), przeciwpsychotycznymi lub benzodiazepinami.

6. ZABURZENIA ADAPTACYJNE I REAKCJA NA CIĘŻKI STRES

A. Epidemiologia

1/3 ludzi doświadcza ciężkiego urazu psychicznego, 10–20% ludzi, którzy doświadczyli silnego urazu psychicznego, doświadcza również PTSD, 3–6% ogólnej populacji choruje na PTSD, a 1–2% ma objawy PTSD w 10 lat po urazie. Większość ludzi z PTSD nie wymaga terapii.

B. Zdarzenia, które mogą spowodować zespół stresu pourazowego (PTSD – *post-traumatic stress disorder*)

- bycie ofiarą:
 - poważnego wypadku lub katastrofy żywiołowej,
 - gwałtu lub napadu,
 - przemocy seksualnej/fizycznej w dzieciństwie lub krańcowego zaniedbania opiekuńczego,
 - tortur,
 - przymusowego przesiedlenia,
- uwięzienie, bycie zakładnikiem,
- bycie świadkiem urazowego wydarzenia,
- nagła śmierć bliskiej osoby.

C. Terapia PTSD

Poziom opieki we wstępnej fazie terapii – formy psychoterapii:

- terapia radzenia sobie z lękiem: trening relaksu, trening oddychania, pozytywne myślenie, trening asertywności, blokowanie myśli,
- terapia kognitywna,
- terapia ekspozycyjna,
- terapia zabawą,
- psychoedukacja.

Farmakoterapia w PTSD:

- SSRI,
- wenlafaksyna,
- TLPD,
- benzodiazepiny,
- buspiron (tylko przy objawach lęku uogólnionego GAD – *general anxiety disorder*),
- β -blokery (przy dysforii, GAD),
- zolpidem (przy insomnii),
- normotymiki (przy nieskuteczności SSRI lub wenlafaksyny, przy dysforyczności, przebytych urazach głowy, przewlekłym bólu, zaburzeniach kardjologicznych, dysfunkcji tarczycy).

Czas trwania terapii:

- psychoterapia
 - ostry PTSD – powyżej 3 miesięcy,
 - przewlekły PTSD – powyżej 6 miesięcy,
- farmakoterapia
 - ostry PTSD – 6–12 miesięcy,
 - przewlekły PTSD – 12–24 miesięcy.

7. ZABURZENIA SNU

A. Algorytm postępowania

Etap I. Wstępna identyfikacja problemu

Parasomnie – zaburzenia polegające na występowaniu nieprawidłowych zjawisk/zdarzeń podczas snu (najczęściej zaburzenia motoryczne lub układu wegetatywnego). Przykładowe parasomnie:

- somnambulizm,
- koszmary senne,
- lęki nocne,
- zespół niespokojnych nóg,
- zaburzenia zachowania w fazie REM,
- u dzieci często przebieg łagodny, bez konieczności leczenia, jedynie uspokojenie rodziców, ewentualnie zabezpieczenia przed urazami,
- jeżeli początek w wieku dojrzałym – wskazana diagnostyka neurologiczna.

Hipersomnia – najczęstsze przyczyny:

- deprivacja snu, praca zmianowa,
- depresja sezonowa,
- narkolepsja,
- zaburzenia oddychania w czasie snu,
- hipersomnia okołomiesiączkowa.

Zaburzenia oddychania w czasie snu:

- postaci
 - obturacyjny bezdech senny,
 - bezdech centralny,
 - bezdech mieszany,
- metody leczenia
 - CPAP (*continuous positive airway pressure*), auto-CPAP,
 - metody operacyjne (uvulopalatofaryngoplastyka),
 - metody ortodontyczne.

Zaburzenia rytmu snu/czuwania – przyczyny:

- praca zmianowa,
- zmiany stref czasowych,
- przesunięcie fazy snu,
- endogenne zaburzenia rytmów.

Insomnia:

- bezsennością nazywamy subiektywną dolegliwość, polegającą na poczuciu, że sen jest zbyt krótki lub nieodpowiedni, niewystarczający w odniesieniu do potrzeb i oczekiwań,
- jest to zatem nie tylko brak snu, ale także i jego zaburzenia jakościowe,
- problemy ze snem w istotny sposób wpływają na funkcjonowanie rodzinne, zawodowe i społeczne.

Etap II. Ustalenie czasu trwania

Etap III. Ustalenie głównych objawów

- trudności z zasypianiem,
- budzenie się w nocy,
- zbyt wczesne budzenie się rano,
- sen nieregenerujący.

Etap IV. Ustalenie przyczyn

- badania dodatkowe:
 - ocena kwestionariuszowa,
 - dzienniczek pacjenta,
 - polisomnografia,
 - pulsoksymetria,
 - aktografia,
 - analiza cyfrowa EEG (np. Loreta),
- polisomnografia – parametry:
 - EEG (elektroencefalografia),
 - EOG (elektrookulografia),
 - EMG (elektromiografia),
 - EKG (elektrokardiografia),
 - ruchy ciała, oddychanie, pulsoksymetria, ciśnienie tętnicze,
- aktografia:
 - pomiar rytmu snu i czuwania,
 - badanie wielodniowe,
 - nieobciążające,
 - dobrze akceptowane,
 - analiza cyfrowa,
 - ograniczenia: pomiar snu przybliżony, trudno dostępna aparatura, personel, kosztowne.

B. Leczenie

Leczenie krótkoterminowe

Metody nefarmakologiczne

- poradnictwo,
- psychoterapia elementarna,
- higiena snu:
 - pora spoczynku musi być stała,
 - godziny wieczorne należy przeznaczyć na rozrywkę i odpoczynek,
 - wysiłek fizyczny i psychiczny wieczorem oraz obfite posiłki wpływają ujemnie na sen,
 - nie wolno sypiać w dzień, należy powstrzymać się od poobiedniej drzemki,
 - zakazane są przed snem: kofeina, nikotyna i alkohol,
 - należy sypiać w odpowiednich warunkach: wywietrzone pomieszczenie, cisza, ciemność, wygodne pościelenie,
 - jeśli nie można zasnąć, należy wstać i zająć się czymś relaksującym, w miejsce leżenia w łóżku.

Metody farmakologiczne

Leki nasenne – benzodiazepiny (BZD)

- często leki pierwszego rzutu,
- przez 1–2 noce w bezsenności przygodnej,
- do 2 tygodni (co 2 noce) w leczeniu krótkotrwałym,
- doraźnie przy pracy zmianowej, zmianach stref czasowych,
- lek dodatkowy w początkach innej terapii,
- do 4 tygodni w innych typach bezsenności.

BZD można stosować w przypadkach bezsenności przygodnej i krótkotrwałej. W bezsenności przewlekłej stosować je można tylko, jeśli jest to bezwzględnie konieczne. Zaleca się jak najmniejsze dawki przez jak najkrótszy czas. Przy konieczności dłuższego podawania (w bezsenności przewlekłej) należy stosować je co kilka dni. Wyjątkowej ostrożności wymaga zalecanie BZD osobom w wieku podeszłym.

Leczenie przewlekłe

- stosuje się dawki mniejsze niż przy leczeniu depresji,
- zaleca się leki o działaniu sedatywnym i uspokajającym:
 - trójpierścieniowe (amitryptylina, doksepina, opipramol, trimipramina, imipramina, klomipramina),
 - czteropierścieniowe (mianseryna, maprotylina),
 - SSRI (fluwoksamina, fluoksetyna, citalopram, sertralina, paroksetyna),
 - inne (mirtazapina, wenlafaksyna, tianeptyna, moklobemid).

8. ZABURZENIA PSYCHICZNE SPOWODOWANE SUBSTANCJAMI PSYCHOAKTYWNYMI

A. Podstawowe terminy

- **Zależność psychiczna** – uczucie zaspokojenia po zażyciu i pragnienie ponownienia przyjęcia środka w celu wywołania euforii lub uniknięcia złego samopoczucia. Może ona w niektórych przypadkach przesądzać o konieczności stosowania danego środka.
- **Zależność fizyczna** – przystosowanie się organizmu do substancji, czemu towarzyszą rozwój tolerancji oraz zespół odstawienia (abstynencyjny).
- **Zespół abstynencyjny** – dokuczliwe objawy fizyczne, które pojawiają się po odstawieniu środka lub po podaniu odpowiedniej dawki specyficznego antagonisty.
- **Tolerancja** – konieczność stopniowego zwiększania dawki w celu osiągnięcia takiego efektu, jaki wcześniej występował po mniejszej ilości środka, przy czym zależność fizyczna i tolerancja nie występują w każdym rodzaju uzależnienia.

Zależność psychiczna jest typowa dla przewlekłego stosowania kokainy, marihuany, amfetaminy, LSD, halucynogenów i meskaliny. Nie występuje tu zespół abstynencji, może rozwijać się tolerancja, a reakcja na odstawienie może przypominać zespół abstynencyjny (depresja i senność po kokainie lub amfetaminie, zmiany w EEG po amfetaminie). Natomiast zarówno zależność fizyczna, jak i psychiczna są charakterystyczne dla: opiatów, barbituranów, anksjolityków.

B. Uzależnienie typu opiatowego

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.

- Opiaty naturalne to morfina i kodeina, półsyntetyczne – heroina, syntetyczne – fentanyl.
- Zaprzestanie przyjmowania związków opiatowych lub podanie środka o działaniu antagonistycznym wyzwala samoistnie przemijający zespół abstynencyjny.
- **Tolerancja i zależność fizyczna** rozwijają się szybko – niekiedy już po 2–3 dniach regularnego stosowania w dawkach terapeutycznych. Między związkami opiatowymi występuje tolerancja krzyżowa, tak że możliwe jest zastępowanie jednego środka drugim.
- **Ostre zatrucie opiatami** cechuje: euforyczny nastrój, zaczerwienienie twarzy, świąd skóry, zwężenie źrenic, senność, zmniejszenie częstości i głębokości oddechów, spadek ciśnienia tętniczego krwi, bradykardia, hipotermia.

- **Opiatowy zespół abstynencyjny** należy podejrzewać wtedy, gdy u chorego obserwuje się pobudzenie OUN, co jest przeciwieństwem działania farmakologicznego tych środków. Ciężkość zespołu abstynencyjnego jest tym większa, im wyższe były dawki opiatów i dłuższy okres uzależnienia.
 - W przypadku heroiny zespół abstynencyjny pojawia się już po 4–6 godzinach od jej odstawienia i osiąga największe nasilenie po 36–72 godzinach. Na początku występuje lęk i silna potrzeba przyjęcia opiatów, wzrasta spoczynkowa częstość oddechów ($> 16/\text{min}$), występuje ziewanie, łzawienie i wyciek z nosa, rozszerzenie źrenic, „gęsia skórka”, drżenie rąk i mięśni, uderzenia gorąca i zimna, bóle mięśniowe, brak apetytu. Metadonowy zespół abstynencyjny rozwija się wolniej i jest łżejszy niż w przypadku heroiny, mimo że subiektywne odczucia pacjentów bywają odwrotne.
- **Powikłania** stosowania opioidów wynikają głównie z braku higieny przy iniekcjach. Należą do nich:
 - **choroby płuc:** zachłystowe i bakteryjne zapalenia płuc, ropnie płuc, septyczna zatorowość płucna, niedodma i zwłóknienie płuc spowodowane ziarninowaniem tkanki łącznej po użyciu talku, rzadki jest obrzęk płuc, przy czym przewlekłe uzależnienie od heroiny prowadzi do zmniejszenia pojemności życiowej i nieznacznego lub umiarkowanego spadku pojemności dyfuzyjnej płuc;
 - **choroby wątroby:** wirusowe zapalenie wątroby typu B i C, zaburzenia funkcji wątroby;
 - **choroby układu mięśniowo-szkieletowego:** zapalenie szpiku kostnego (zwłaszcza kręgów lędźwiowych), 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 – hipergammaglobulinemia w klasie IgG i IgM (przypuszczalnie wynikają one ze stymulacji przez antygeny, które pochodzą z infekcji lub substancji przyjmowanych pozajelitowo), zakażenie HIV i rozwinięcie AIDS;
 - **zaburzenia neurologiczne:** śpiączki i niedotlenienia mózgu, toksyczne niedowidzenie (spowodowane chininą zanieczyszczającą preparaty heroiny), poprzeczne zapalenie rdzenia, uszkodzenie pojedynczych nerwów i polineuropatie (m.in. zespół Guillaina-Barrégo), powikłania mózgowo – wtórne do bakteryjnego zapalenia wsierdza (bakteryjne zapalenie opon, tętniak bakteryjny, ropień mózgu, ropnie pod- i nadoponowe), ponadto stwierdza się ostrą mózgową postać malarii i mózgowo powikłania wirusowego zapalenia wątroby i tężca;
 - **inne powikłania:** ropnie skóry, zapalenie tkanki łącznej, naczyń limfatycznych, węzłów chłonnych, żył, z czasem – owrzodzenia skóry w wy-

niku podskórnych podawań heroiny (gdy w wyniku bliznowacenia droga dożylna przestaje być dostępna).

- 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 ciąży może wywołać poród,
 - metadon w niewielkiej ilości przenika do mleka matki, stąd pacjentki mogą karmić piersią,
 - u niemowlęcia uzależnionej od opioidów matki obserwuje się: drżenia, przeraźliwy płacz, drgawki, przyspieszony oddech.

C. Uzależnienie od konopi indyjskich (marihuany)

Jest to przewlekłe lub okresowe stosowanie ziela lub przetworów konopi indyjskich w celu uzyskania pożądanych subiektywnych doznań, które prowadzi tylko do zależności psychicznej. Nie występuje w tym typie zależność fizyczna, nie ma więc zespołu abstynencyjnego.

- Nie stwierdzono przy przewlekłym stosowaniu konopii żadnych zaburzeń w układzie immunologicznym i rozrodczym. Obserwowano natomiast uszkodzenie płuc, nawet gdy stosowanie marihuany nie było kojarzone z paleniem papierosów. Przy dłuższym stosowaniu występują przewlekłe zapalenia spojówek, gardła, krtani oraz oskrzeli. Notowano również mniejszą masę urodzeniową ciała noworodków matek palących marihuanę.
- U stosujących kannabinole (marihuana, haszysz) stwierdza się: zakłóconą zdolność nawiązywania kontaktów z otoczeniem i zaburzenia funkcji motorycznych, poczucia głębi i upływu czasu, które stwarzają zagrożenie podczas prowadzenia samochodu. U uzależnionych możliwe jest zaostrzenie objawów schizofrenii, nawet gdy przyjmowany jest neuroleptyk.
- Przewlekłe stosowanie wywołuje zespół amotywacyjny, czyli brak zainteresowania otoczeniem, bezsensowność, osłabienie pamięci, spadek sprawności intelektualnej i psychomotorycznej, ograniczenie sprawności funkcji psychicznych.

D. Uzależnienie typu kokainowego

Cechuje je zależność psychiczna, czasami osiągająca stopień ciężkiego nałogu. Rozwijają się tolerancja, ale nie stwierdza się zależności fizycznej.

Kokaina działa pobudzająco, powoduje euforię, podniecenie, a niekiedy doznania omamowe. Co warto zaznaczyć, kokaina jest środkiem bardzo krótko działającym, dlatego osoby silnie uzależnione powtarzają wstrzyknięcia dożylnie nawet co 10–15 min.

- Objawy **zatrucia** to: rozszerzenie źrenic, drżenia mięśni, uczucie mrowienia („robaczki kokainowe”), wzrokowe omamy mikroptyczne, bezsenność i skrajna pobudliwość nerwowa, suchość błon śluzowych, świąd skóry, nudności, wymioty, rzadko hipertermia, występują również zaburzenia rytmu serca, tachykardia, nadciśnienie, może dojść do zawału mięśnia sercowego w wyniku działania naczyniokurczącego, obecne są omamy i urojenia paranoidalne, którym towarzyszy gwałtowne i agresywne zachowanie.
- **Przedawkowanie** charakteryzują: drżenia, napady drgawkowe z objawami z płata skroniowego i majaczenie. Zgon spowodowany jest najczęściej zaburzeniami rytmu serca, zapaścią lub niewydolnością oddechową. Przewlekłe stosowanie kokainy prowadzi do zmian zachowania i zaburzeń układu krążenia.

E. Uzależnienie typu amfetaminowego

Jest to zależność psychiczna, wywołana przez pochodne amfetaminy o działaniu pobudzającym i zmniejszającym łaknienie. Amfetamina i jej pochodne 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 i nierównomierny wobec poszczególnych działań amfetaminy – u chorego utrzymuje się nerwowość i bezsenność oraz pojawiają się objawy zaburzeń psychicznych pochodzenia ośrodkowego, jak omamy i urojenia.
- Nadużywający amfetaminy są narażeni na wypadki spowodowane pobudzeniem i nastawieniem wielkościowym oraz dużym zmęczeniem w wyniku bezsenności.
- Objawy niepożądane ujawniające się w wyniku zażywania amfetaminy to: 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 doustnie lub doustnie) często prowadzą do psychozy paranoidalnej, którą charakteryzują urojenia prześladowcze, ksbne i wielkościowe.
- Nie obserwuje się objawów abstynencyjnych w przypadku uzależnienia od amfetaminy lub jej pochodnych, występują jednak zmiany w EEG, spełniające kryteria zależności fizycznej.
- Nagłe odstawienie amfetaminy może ujawnić depresję lub doprowadzić do reaktywnych zaburzeń depresyjnych z tendencjami samobójczymi.

F. Uzależnienie od halucynogenów

Do halucynogenów zalicza się m.in.: LSD (kwas D-lizergowy), psylocybinę, meskalinę, MDMA (metylenodwuoksymetamfetamina).

Ten typ uzależnienia cechuje: pobudzenie OUN i ośrodkowa nadczynność układu autonomicznego, które przejawiają się zaburzeniem nastroju (euforia lub depresja) i postrzegania. Rzadkie są prawdziwe omamy. Główne niebezpieczeństwo polega na ich wpływie na sferę psychiczną i pogorszenie oceny rzeczywistości (ryzykowne decyzje, wypadki).

- Zależność psychiczna zazwyczaj nie jest duża. Nie stwierdza się także zależności fizycznej. LSD prowadzi do szybkiego rozwoju tolerancji, która ustępuje.
- Powikłaniami uzależnienia od halucynogenów są: napady lęku, paniki, skrajnie nasilone pobudzenie emocjonalne. U niektórych pacjentów dochodzi do pojawienia się przewlekłego zespołu psychotycznego.

G. Uzależnienie od lotnych rozpuszczalników

Jest to stan zatrucia osiągniany przez wdychanie rozpuszczalników przemysłowych i aerozoli. Uzależnieni stosują: rozpuszczalniki (węglowodory alifatyczne, aromatyczne, chlorowane, ketony, octany), eter, chloroform, które wywołują chwilowe pobudzenie, następnie hamowanie OUN.

- Wdychanie par rozpuszczalników powoduje oszołomienie, euforię, stan marniowy, z następczym krótkim snem, zespoły majaczeniowe z dezorientacją, spowolnienie psychoruchowe, chwiejność emocjonalną, upośledzenie procesów myślenia. W tym typie uzależnienia rozwija się tolerancja i zależność psychiczna, bez objawów zespołu abstynencyjnego.
- **Wczesne objawy** zatrucia charakteryzują: ból głowy, senność, niewyraźna mowa, niepewny chód, zachowania impulsywne, pobudzenie, drażliwość. Z czasem pojawiają się: złudzenia, omamy i urojenia.
- **Powikłania** są konsekwencją działania samego rozpuszczalnika lub toksycznych zanieczyszczeń, jak ołów czy benzyna i wymienia się tu: uszkodzenia wątroby, nerek, mózgu oraz szpiku kostnego.
- Najczęstszą przyczyną śmierci w tym typie uzależnienia są: zatrzymanie oddechu, zaburzenia rytmu serca czy uduszenie w wyniku obturacji dróg oddechowych.

9. UZALEŻNIENIE OD ALKOHOLU

A. Epidemiologia

- Szacuje się, że w Polsce jest około 600–800 tys. osób uzależnionych od alkoholu, tyle samo jest pijących w sposób szkodliwy.

B. Etiologia

Czynniki genetyczne

- Dziedziczeniu podlega biologiczne (biochemiczne) podłoże, na którym może rozwinąć się uzależnienie.

Czynniki psychologiczne

- Teorie behawioralne tłumaczą występowanie alkoholizmu:
 - koncepcją warunkowania instrumentalnego, gdzie wzmocnienia pozytywne, to przyjemne skutki picia alkoholu, kontynuowane mimo świadomości niekorzystnych następstw. Natomiast wzmocnieniami negatywnymi są przykre konsekwencje wynikające z zespołu abstynencyjnego, co ponownie skłania do picia,
 - modelowaniem – wzorce picia alkoholu wynikają z obserwacji rodziny i krewnych i są przenoszone na kolejne pokolenia,
 - współwystępowaniem zaburzeń psychicznych, osobowości oraz zaburzeń nastroju.

Czynniki społeczne

- Rozpowszechnienie się określonego wzorca spożycia alkoholu w danym środowisku, a także przekonań na temat jego wpływu na samopoczucie, funkcjonowanie oraz sprawność szeroko pojmowaną (fizyczna, seksualna, umysłowa). Istotna jest tu również dostępność alkoholu, jego cena, a także grupa społeczna, z jakiej się pochodzi.

C. Fazy rozwoju choroby alkoholowej według Jelinka

- **Stadium przedalkoholowe** – trwa do 2 lat – okres spożywania alkoholu z pobudek społecznych. Potencjalny alkoholik zaczyna odczuwać pozytywy płynące z nadmiernego picia – odprężenie, spokój wewnętrzny i zaczyna to wiązać z obecnością alkoholu. Pojawia się wzorzec picia dla odprężenia i zredukowania napięcia, następuje wzrost tolerancji na alkohol.
- **Faza ostrzegawcza**
Zaczyna się wraz z pojawieniem się pierwszych palimpsestów (przerwy w pamięci) po nadmiernym spożyciu. Osoba pijąca bez utraty przytomności nie jest w stanie przypomnieć sobie motywów własnego działania. Charakterystycznymi zachowaniami w tej fazie są: picie ukradkiem, koncentracja na alkoholu, wzrost poczucia winy ze względu na picie.
- **Faza krytyczna**
Rozpoczyna się wraz z utratą kontroli nad piciem i wzrostem agresji spowodowanej nadużywaniem alkoholu. Alkoholik podejmuje liczne próby

uzyskania kontroli nad sytuacją, użala się nad sobą, zdarzają się próby samobójcze. Charakterystyczne jest pojawienie się „klinu”, czyli picia dla złagodzenia objawów odstawiennych.

- **Faza przewlekła**

Zaczyna się od ciągów alkoholowych trwających nawet kilkanaście dni. Mnożą się konflikty z otoczeniem, często pojawia się utrata rodziny i pracy. Mocno zmniejsza się tolerancja na alkohol. Brak radykalnego leczenia w tej fazie grozi śmiercią.

D. Kryteria rozpoznawania uzależnienia od alkoholu

Picie ryzykowne

- Spożywanie ponad jednej do dwóch (kobiety) lub trzech do czterech (mężczyźni) porcji zawierających 10 g alkoholu dziennie (jedna porcja to 25 ml kieliszek wódki lub innego destylowanego alkoholu, jedna 100 ml lampka wina, 0,33 l butelka lub puszka piwa).

Picie szkodliwe

- pewność, że picie alkoholu jest odpowiedzialne albo znacząco współodpowiedzialne za szkody somatyczne lub psychiczne, w tym za upośledzony krytycyzm, albo zaburzone zachowanie, które może prowadzić do niesprawności, albo mieć negatywny wpływ na stosunki międzyludzkie,
- rodzaj szkody powinien być jasno zdefiniowany w kategoriach medycznych lub psychologicznych,
- nieprawidłowy wzorec picia powinien występować przynajmniej przez miesiąc w roku,
- niespełnianie kryteriów innych zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania związanych z przyjmowaniem innych substancji psychoaktywnych.

Uzależnienie od alkoholu

- Zespół objawów somatycznych, behawioralnych i poznawczych, w których zdobywanie i picie alkoholu zaczyna dominować nad innymi ważnymi dotychczas aktywnościami życiowymi.
- Przyjęcie substancji uzależniającej nawet po długim okresie abstynencji może wyzwać zjawisko gwałtownego nawrotu innych objawów zespołu.
- Identyfikacja trzech lub więcej następujących cech lub objawów, występujących łącznie przez pewien okres w ciągu ostatniego roku:
 - silne pragnienie przyjmowania substancji lub poczucie przymusu jej przyjmowania,
 - trudności kontrolowania zachowania związanego z przyjmowaniem substancji, jego rozpoczęcia, zakończenia lub ilości,
 - fizjologiczne objawy odstawienia (...) występujące po przerwaniu lub zmniejszeniu ilości przyjmowanej substancji w postaci charakterystycznego dla danej substancji zespołu abstynencyjnego, albo używanie tej samej lub podobnie działającej substancji w celu zmniejszenia nasilenia bądź uniknięcia objawów abstynencyjnych,

- stwierdzenie tolerancji, mianowicie w celu wywołania skutków powodowanych poprzednio przez dawki mniejsze, potrzebne są dawki coraz większe (...),
- z powodu przyjmowania substancji – narastające zaniechanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań, zwiększona ilość czasu poświęcanego na zdobywanie lub przyjmowanie substancji albo na odwracanie następstw jej działania,
- przyjmowanie substancji mimo wyraźnych dowodów takich jawnie szkodliwych następstw (...).
- Psychologiczne mechanizmy uzależnienia to:
Mechanizm nałogowego regulowania uczuć
Etapy:
 - odkrycie, że alkohol wywiera pozytywne emocje,
 - alkohol staje się źródłem przyjemnych doznań,
 - konsekwencje picia prowadzą do cierpienia,
 - picie alkoholu w celu złagodzenia cierpienia i doznań.Mechanizm iluzji i zaprzeczenia
 - zaprzeczanie faktom,
 - minimalizowanie problemów,
 - obwinianie – inni są odpowiedzialni za picie osoby chorej,
 - racjonalizowanie picia,
 - intelektualizowanie – picie problemem innych osób,
 - odwracanie uwagi,
 - fantazjowanie – nierealne wyobrażenia o picciu,
 - koloryzowanie wspomnień – wspomnianie przyjemnych aspektów picia, pomijając te złe,
 - marzeniowe planowanie – naiwne wizje lepszego życia bez picia.Mechanizm rozproszenia i rozdwojenia „Ja”
 - dzięki alkoholowi alkoholik doznaje poczucia mocy, zmniejszenia wstydu oraz przekonania, że niezależnie od sytuacji ma rację. Uważa, że panuje nad picciem i nie widzi w tym problemów, czyli nie musi się leczyć,
 - przeciwstawny obraz powstaje, gdy działanie alkoholu słabnie. Docierają do świadomości konsekwencje picia, ujawnia się wstyd i poczucie winy. Alkoholik jest dla siebie skrajnie surowy, przez co występują myśli samobójcze, izolacja i wycofanie.

E. Następstwa nadmiernego picia alkoholu

Konsekwencje społeczne:

- absencje w pracy oraz słabe jej wyniki,
- konflikty z prawem,
- zaniechanie ról rodzinnych, w tym roli rodzica,
- problemy z kontaktach interpersonalnych,
- trudności finansowe,

- bezrobocie,
- bezradność.

Konsekwencje w sferze psychicznej:

- budowanie mechanizmu uzależnienia,
- poczucie winy i wstydu,
- utrata zainteresowań,
- myśli samobójcze,
- depresja,
- zaburzenia seksualne,
- zaburzenia snu.

Konsekwencje somatyczne:

- zaburzenia układu pokarmowego (w tym wątroby, żołądka, trzustki),
- nowotwory gardła, krtani, przełyku,
- nadciśnienie tętnicze,
- zaburzenia rytmu serca,
- FAS (*fetal alcohol syndrome*),
- podwyższona częstotliwość występowania różnego rodzaju urazów,
- wzrost ryzyka infekcji,
- zatrucie lub zespół abstynencyjny powikłany.

Inne:

- **ostre zatrucie z majaczeniem** – to jakościowe zaburzenie świadomości lub też zdolności koncentracji uwagi z zaburzeniami poznawczymi o silniejszym przebiegu niż tradycyjne zaburzenia poalkoholowe;
- **zespół abstynencyjny** – reakcja organizmu na odstawienie alkoholu wraz ze wzmożoną aktywnością układu autonomicznego, zaburzeniami spostrzegania, napadami drgawkowymi czy majaczeniem. Gama objawów uzależniona jest od charakterystyki uzależnienia i fazy choroby;
- **alkoholowy zespół otępienny** – nadmierne spożycie może prowadzić do zaburzeń poznawczych, tj. zaburzenia pamięci, procesu uczenia się, percepcji wzrokowej, koordynacji wzrokowo-ruchowej, a także w zakresie zmian widocznych w strukturze mózgu – do zaników korowych i zwiększenia układu komorowego;
- **niepamięć wywołana alkoholem** – wynika z braku tiaminy – w trakcie ostrego zatrucia mogą pojawić się luki pamięciowe – palimpsesty, a zaburzenia pamięci mogą przyjąć charakter wysepkowy bądź też być związane z określonymi wycinkami czasu;
- **zaburzenia psychiatryczne związane z nadużywaniem alkoholu** – pojawienie się omamów wzrokowych czy słuchowych bez objawów przymglenia świadomości. Ustupują w okresie abstynencji;
- **zaburzenia lękowe.**

F. Testy diagnostyczne

- 4-punktowy CAGE (1 odpowiedź pozytywna – prawdopodobieństwo, a 2 lub więcej pozytywnych odpowiedzi – znaczne prawdopodobieństwo uzależnienia od alkoholu);
- 21-punktowy MAST i jego odmiany (wynik powyżej 6 pkt. z dużym prawdopodobieństwem sugeruje występowanie alkoholizmu);
- AUDIT – zalecany przez WHO i różnicujący problemy alkoholowe na: picie ryzykowne, szkodliwe i uzależnienie.
- analiza tzw. markerów alkoholowych, m.in.: podwyższona aktywność γ -glutamylotransferazy w surowicy, stosunek podwyższonych wartości aminotransferaz: asparaginianowej do alaninowej (ponad 2), zwiększona średnia objętość krwinek czerwonych (MCV) oraz podwyższona aktywność heksoaminidazy w moczu.

G. Leczenie objawów abstynencyjnych

- Podawanie anksjolityków benzodiazepinowych i uzupełnianie niedoborów w gospodarce wodno-elektrolitowej (pojenie, wlewy dożylnie płynów wieloelektrolitowych z suplementacją potasu i magnezu).
- Obowiązuje bezwzględna zasada niepodawania benzodiazepin osobom z alkoholemią ze względu na możliwość depresji ośrodka oddechowego.
- Hospitalizację należy rozważyć w przypadkach:
 - krańcowego nasilenia objawów (tzw. stan przedmajaczeniowy) lub ich progresji,
 - występowania w przeszłości majaczenia alkoholowego lub drgawek abstynencyjnych,
 - współwystępujących poważnych chorób somatycznych lub gdy stan ogólny chorego jest ciężki,
 - urazów głowy w niedawnej historii chorobowej pacjenta,
 - gdy poprzednie próby detoksykacji ambulatoryjnych były nieudane.
- **Alkoholowe zespoły abstynencyjne powikłane drgawkami**
Możliwość hospitalizacji należy rozważyć, jeżeli zachodzą okoliczności, jak w przypadku niepowikłanych zespołów abstynencyjnych, lub jest to pierwszy napad w życiu, poprzednie napady nie zostały wystarczająco zdiagnozowane, napad był inny niż uogólniony, stwierdza się objawy ogniskowego uszkodzenia OUN, chory leczy się z powodu cukrzycy, stwierdza się zaburzenia świadomości, chory nie ma zapewnionej całodobowej opieki.
- **Majaczenie alkoholowe**
Rozpoczyna się bezpośrednio lub w niedługim czasie (godziny, dni) po zmniejszeniu ilości wypijanego alkoholu lub po raptownym zaprzestaniu picia. Na obraz majaczenia alkoholowego składają się zaburzenia świadomości (dezorientacja w miejscu i czasie), omamy (głównie wzrokowe, a poza tym słuchowe i czucia cielesnego), urojenia dziania się, lęk, niepokój, zaburzenia snu, nasilone objawy wegetatywne.

Majaczenie alkoholowe jest zawsze bezwzględnym wskazaniem do hospitalizacji, chociaż nie zawsze musi się ona odbywać na oddziale psychiatrycznym. Obowiązuje zasada, że chory powinien być leczony tam, gdzie ma najlepsze warunki do diagnostyki i leczenia, a więc nieuzasadnione jest np. przeniesienie na oddział psychiatryczny pacjenta po zabiegu operacyjnym.

Leczenie majaczenia alkoholowego polega na:

- podawaniu dość dużych dawek benzodiazepin (do 40 mg diazepamu na dobę) nawet w stanach, gdy chory ma alkoholemię (szczególnie wskazana stała obserwacja pacjenta i dostęp do sprzętu reanimacyjnego),
 - nawadnianiu parenteralnym i uzupełnianiu niedoborów elektrolitowych, witaminowych (witamina B₁), energetycznych (glukoza),
 - intensywnym leczeniu często współwystępujących chorób somatycznych.
- **Przewlekłe psychozy i encefalopatie alkoholowe**
 - Najczęstsza przewlekła psychoza alkoholowa polega na występowaniu omamów słuchowych, które najczęściej odprawiają sąd nad pacjentem. Hospitalizuje się głównie przypadki zaostrzenia psychozy, gdy mamy absorbując chorego lub gdy z ich powodu pacjent podejmuje działania agresywne lub autoagresywne, a także, gdy chory pije alkohol przyjmując leki przeciwpsychotyczne.
 - Leczenie polega na podawaniu leków przeciwpsychotycznych w dużych dawkach podczas zaostrzenia, a w dawkach podtrzymujących nawet przez lata.
 - Zespół Wernickego-Korsakowa psychopatologicznie manifestuje się całkowitą niemożnością zapamiętywania i wypełnianiem luk pamięciowych konfabulacjami. Większość pacjentów może być leczona ambulatoryjnie lekami nootropowymi i dużymi dawkami parenteralnie podawanych witamin (głównie B₁).
 - Poważnym problemem są depresje alkoholowe. Depresyjne zaburzenia nastroju występują u znacznej części osób uzależnionych od alkoholu, ale u większości przemijają bez leczenia po około 2 tygodniach od zaprzestania picia. Jednak u części osób uzależnionych utrzymują się dłużej i stanowią poważny problem kliniczny, w tym znacznie zwiększone ryzyko samobójstwa, ponieważ występują najczęściej z innymi czynnikami zwiększającymi możliwość próby suicydalnej: niepokojem, zaburzeniami snu, przewlekłymi chorobami somatycznymi, kłopotami w rodzinie i w pracy, złą sytuacją materialną. W przypadku lżejszego przebiegu zaleca się terapię lekami przeciwdepresyjnymi nowszej generacji, np. fluwoksaminą (Fevarin) lub tianeptyną (Coaxil). Nasilenie objawów klinicznych wymaga konsultacji psychiatrycznej, a stwierdzenie znacznego ryzyka samobójstwa – skierowania do szpitala psychiatrycznego.
 - Częstym powikłaniem uzależnienia od alkoholu jest charakteropatia cechująca się drażliwością, gniewliwością, impulsywnością, skłonno-

cią do spiętrzania afektu oraz rozładowywaniem go przez zachowania agresywne lub autoagresywne. Czasami dobre wyniki przynosi podawanie karbamazepiny, ale należy pamiętać o możliwości wchodzenia jej w groźne toksyczne interakcje z alkoholem.

H. Rodzaje terapii

Psychoterapia

- **Indywidualna**

Praca nad rozpoznawaniem i rozumieniem własnego uzależnienia, świadomość konsekwencji wynikających z picia, budowanie tożsamości alkoholika, uznanie braku kontroli nad picciem, praca nad problemami utrudniającymi leczenie.

- **Grupowa**

Uczestniczenie w grupie pozwala na dookreślenie własnej tożsamości, odnalezienie u innych chorych podobnych problemów i mechanizmów radzenia sobie z nimi.

Inne

- **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.**

Farmakoterapia

W wyniku przeprowadzonej metaanalizy kilkudziesięciu prac uznano, że jedyne leki o udowodnionej skuteczności wspomagania psychoterapii w utrzymaniu lub wydłużaniu abstynencji bądź zmniejszaniu ilości wypijanego alkoholu w przypadku nieprzestrzegania abstynencji są akamprozat i naltrekson.

Ruch AA

Anonimowi Alkoholicy (AA, z ang. *Alcoholics Anonymous*) 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 uczestnikowi wspólnoty wyzwolić się z uzależnienia.

Grupy Rodzinne Al-Anon/Alateen (ang. *Al-Anon Family Group*) (*Al-Anon* – od pierwszych sylab *Alcoholics Anonymous*; *Alateen* – ang. *teen* – nastolatek) pracujące w oparciu o 12 Stopni grupy samopomocowe skupiające krewnych i przyjaciół alkoholików. Grupy Alateen nie stanowią samodzielnej wspólnoty i są częścią Al-Anon (w spotkaniu uczestniczy albo czuwa obok dorosły uczestnik Al-Anon).

I. Profilaktyka

Polega na:

- prowadzeniu szerokiej edukacji w środowisku domowym, szkolnym, środowisku pracy,
- kształtowaniu świadomych wzorców konsumpcyjnych,
- kształtowaniu umiejętności nawiązywania i utrzymywania więzi z innymi ludźmi (empatia, współdziałanie, słuchanie, komunikowanie się, rozwiązywanie konfliktów),
- kształtowaniu i rozwijaniu samooceny, samoświadomości, poczucia własnej wartości, kontroli wewnętrznej,
- rozwijaniu umiejętności pozytywnych związków z grupami społecznymi oraz kształtowaniu odpowiedzialności za grupę – rodzina, grupa rówieśnicza, społeczeństwo,
- rozwijaniu umiejętności podejmowania decyzji oraz rozwiązywania problemów,
- rozwijaniu poczucia odpowiedzialności i uczenia się odpowiedzialnych zachowań,
- działaniu na rzecz poprawy jakości życia i środowiska (rodzina, szkoła, praca, społeczność lokalna, ekologia),
- wpływaniu na kształt przepisów prawnych i norm współżycia społecznego tak, aby odpowiadały oczekiwaniom i potrzebom prozdrowotnym,
- umożliwieniu wczesnego rozeznania i diagnozowania zagrożeń.

Profilaktyka I fazy

Obejmuje następujące zagadnienia:

- rozpoznanie czynników ryzyka, do których należą: dziedziczność, wzory środowiskowe, niehigieniczny tryb życia – używki, stres, środki farmakologiczne; wiek – dojrzewanie, 30–40 r.ż.; traumatyczne przeżycia – rozwód, śmierć bliskich, utrata pracy, ciężka choroba, kalectwo,
- wykorzystanie środków masowego przekazu do propagowania zdrowego stylu życia,
- realizacja programów edukacji zdrowotnej, których celem jest uczenie życia w trzeźwości, ukazywanie szkodliwości nadużywania alkoholu.

Profilaktyka II fazy

Zawiera tłumienie rodzących się problemów alkoholowych przez:

- objęcie specjalistyczną opieką grup podwyższonego ryzyka (likwidowanie przyczyn uzależnienia, uczenie konstruktywnego radzenia sobie z problemami i podejmowania odpowiedzialności za swoje życie),
- przełamywanie objawów wczesnego okresu picia, tj. milczenia i zaprzeczania (przełamywanie milczenia rodziny, bliskich przyjaciół pijącego),
- wykorzystanie rutynowych badań lekarskich do wczesnego wykrywania uzależnienia,
- pomoc w uzyskaniu zawodu, pracy, przełamywanie niechęci do zatrudniania niepijących alkoholików.

Profilaktyka III fazy

To doprowadzenie do podjęcia leczenia i obejmuje:

- zmianę postawy osoby pijącej, jej rodziny oraz przyjaciół wobec problemu uzależnienia (przyznanie, że jest się uzależnionym jako warunek podjęcia leczenia),
- bezpośrednią interwencję (pierwsze spotkanie osoby nadmiernie pijącej oraz jej rodziny z zespołem lub specjalistą ds. leczenia alkoholizmu w celu umożliwienia uzależnionemu i jego rodzinie podjęcia decyzji o leczeniu),
- usunięcie obaw uzależnionego od alkoholu przed leczeniem (najczęściej dotyczą niechętnych postaw personelu wobec alkoholików, braku emocjonalnego wsparcia w rodzinie, problemów finansowych rodziny, uniemożliwiających leczenie),
- zaspokojenie specyficznych potrzeb osoby rozpoczynającej leczenie:
 - zmiana środowiska pracy, uczelni,
 - zapewnienie opieki nad dziećmi w trakcie leczenia matki,
 - zorganizowanie grupy wsparcia lub skierowanie do już istniejącej.

10. ZABURZENIA PSYCHICZNE ZWIĄZANE Z CIĄŻĄ, POŁOGIEM I MENOPAUZĄ

10.1. ZESPOŁY PRZEDMIESIĄCZKOWE

A. Zespół przedmiesiączkowy (*premenstrual syndrome* – PMS)

- 75% kobiet odczuwa zmianę w psychice przed miesiączką,
- występują w tygodniu poprzedzającym okres (faza lutealna cyklu) i ustępują wraz z pojawieniem się miesiączki,
- lista objawów psychicznych i fizycznych obejmuje 100 pozycji – do rozpoznania wystarcza jeden, uciążliwy i powtarzający się,
- w ICD-10 pod kodem N94: ból i inne stany związane z żeńskimi narządami płciowymi i cyklem miesiączkowym.

Leczenie PMS:

- zachowawcze
 - zmiana diety (ograniczenie soli, kawy, czekolady),
 - regularna gimnastyka,
 - zażywanie witamin, magnezu;
- w cięższych przypadkach
 - preparaty hormonalne,
 - leki stosowane metodą przerywaną, tydzień przed miesiączką, przez około pół roku, np. fluoksetyna, sertralina, alprazolam.

B. Przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne (*premenstrual dysforic disorder* – PMDD)

- dotyczy 3–8% populacji ogólnej,
- DSM-IV – ścisłe kryteria – objawy fizyczne, behawioralne i psychiczne (5 z 11):
 - 1) obniżony nastrój,
 - 2) niepokój, lęk, napięcie,
 - 3) labilność emocjonalna,
 - 4) rozdrażnienie, dysforia, konfliktowość,
 - 5) spadek aktywności,
 - 6) subiektywne kłopoty z koncentracją,
 - 7) spadek energii, męczliwość,
 - 8) zmiana apetytu (nadmierny), zachcianki,
 - 9) bezsenność lub nadmierna senność,
 - 10) subiektywne poczucie bycia przytłoczonym, pozbawionym kontroli,
 - 11) inne objawy somatyczne: napięcie, pieczenie w gruczołach piersiowych, bóle głowy, mięśni, stawów, wzrost wagi,
- nasilenie objawów poważnie zakłóca funkcjonowanie w rodzinie i pracy,
- wystąpiły w co najmniej dwóch kolejnych cyklach,
- wykluczono inne zaburzenia psychiczne,
- brak w ICD-10.

Etiologia PMDD:

- nieznana,
- możliwe zaburzenia czynności tarczycy lub zmiany w ilości hormonów płciowych,
- współzależność między osią HPG (przysadka–podwzgórze–gonady) a układem serotoninowym.

Leczenie PMDD:

- zachowawcze
 - SSRI metodą przerywaną,
 - fluoksetyna, sertralina – zaakceptowane przez FDA w leczeniu PMDD; w USA stosowana jest fluoksetyna o przedłużonym działaniu raz w tygodniu na początku lub w środku fazy lutealnej (dzień 1. i 8.),
 - inne: paroksetyna, citalopram, klomipramina,
 - leki przeciwlękowe (lek krótko działający, z pewną komponentą przeciwdepresyjną; alprazolam 6–14 dni przed miesiączką),
 - SSRI i równoczesna kuracja hormonalna,
 - leczenie hormonalne;
- strategia II rzutu
 - hamowanie owulacji – czasowa farmakologiczna ooforektomia; wysoka skuteczność, ale niebezpieczeństwo hipostrogenizmu i objawów jak w okresie menopauzy, w tym osteoporozy,
 - agoniści GnRH (buserelina donosowo, leuprorelina domięśniowo),

- danazol, pochodna androgenowa, skuteczna, ale niestosowana ze względu na poważne objawy uboczne,
- progesteron – nie wykazano skuteczności uzasadniającej stosowanie,
- wysokie dawki estrogenów z podawanym cyklicznie progesteronem (zapobiega hiperplazji endometrium),
- leki antykoncepcyjne.

10.2. ZABURZENIA OKRESU CIĄŻY I OKOŁOPORODOWE

Zachodzące w organizmie zmiany neurohormonalne wywołują u wielu kobiet wahania nastroju, stany depresyjne oraz inne zaburzenia psychiczne. Kobiety, które rodziły, częściej chorują na depresję, natomiast 80% kobiet doświadcza wahań nastroju w czasie ciąży i po urodzeniu dziecka. Dopiero w IV edycji klasyfikacji DSM umieszczono określenie „zaburzenia psychiczne mające początek po porodzie”.

W ICD-10:

- F53 – grupa zespołów behawioralnych związanych z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi,
- O99.3 – ciąża, poród, połóg – zaburzenia psychiczne i choroby układu nerwowego wiążące ciążę, poród i połóg.

Objawy okołoporodowych zaburzeń nastroju:

- bezsenność,
- zaburzenia odżywiania (brak lub nadmierny apetyt),
- drażliwość, przygnębienie, smutek, zamartwianie się,
- brak energii, zaburzenia funkcjonowania w zakresie codziennych obowiązków,
- izolowanie od otoczenia, narzekanie na brak wsparcia otoczenia,
- niewłaściwa interpretacja zachowań dziecka, zaburzenia pamięci, koncentracji uwagi,
- poczucie zagubienia.

A. Przygnębienie poporodowe (*maternity/postpartum blues*)

- występuje u około 50–80% kobiet,
- objawy pojawiają się w 2.–3. dobie po porodzie, osiągają maksymalne nasilenie w 5.–7. dobie, a po 2 tygodniach ustępują samoistnie,
- dominują: chwiejność nastroju z uczuciem radości przechodzącym w płaczliwość, lęk, zaburzenia snu, drażliwość.

Leczenie:

- udzielenie matce psychologicznego wsparcia, pomocy w opiece nad noworodkiem, umożliwienie odpoczynku i odpowiedniej porcji snu,
- objawy rzadko mogą utrzymywać się do 4.–5. tygodnia po porodzie, spełniają wówczas kryteria tzw. małej depresji wg DSM-IV (zwykle do 8. tygodnia),
- przedłużające się objawy przygnębienia – *complicated blues*.

B. Depresja w okresie ciąży

- występowanie depresji w ciąży jest rzadsze niż po porodzie,

- szczyt nasilenia objawów przypada na pierwszy trymestr ciąży, w drugim trymestrze objawy ustępują, aby ponownie nasilić się w trzecim trymestrze,
- objawy depresyjne w ciąży są zwykle zapowiedzią depresji poporodowej,
- największe nasilenie objawów depresyjnych występuje w 5. dniu po urodzeniu dziecka (wówczas największe wahania hormonalne – spadek poziomu estrogenów, progesteronu i kortyzolu, wpływ na ośrodkowe drogi metabolizmu monoamin i peptydów; głębokość reakcji monoamin na zmiany hormonalne jest uwarunkowana genetycznie).

Czynniki ryzyka:

- czynniki socjoekonomiczne (brak wsparcia społecznego, negatywne zdarzenia życiowe, niepewność co do zatrudnienia, brak doświadczenia w opiece nad dzieckiem, nieplanowana ciąża, pesymizm przedporodowy, złe relacje małżeńskie lub brak męża, złe relacje z matką oraz wielokrotne porody),
- występowanie zaburzeń psychicznych w przeszłości,
- występowanie zaburzeń psychicznych w rodzinie,
- cechy osobowości (obsesyjno-kompulsywne, lękowe),
- próby samobójcze w przeszłości,
- problemy związane z poprzednimi ciążami (poronienie, aborcja, choroba lub wady genetyczne dziecka),
- zła opieka prenatalna,
- niedożywienie,
- używanie narkotyków i alkoholu.

C. Depresja poporodowa

- objawy w pierwszych czterech tygodniach po porodzie (10–20% kobiet wykazuje objawy depresji w pierwszym tygodniu po porodzie),
- narastanie objawów występuje w ciągu 30 dni od urodzenia dziecka,
- spełniają one kryteria epizodu dużej depresji,
- zwykle jest to pierwszy epizod w życiu kobiety,
- zwykle w wywiadzie – występowanie zaburzeń afektywnych w rodzinie,
- początek najczęściej nagły,
- czasami w postaci utajonej,
- w przypadku znacznie nasilonych objawów niezbędna jest hospitalizacja,
- oprócz typowych objawów depresji (niezdolność radzenia sobie z opieką nad niemowlęciem, brak zainteresowania dzieckiem lub nadmierne rozmyślanie oraz lęki o zdrowie dziecka), poczucie niespełnienia w roli matki – „zawiodłam jako matka” – zwłaszcza u kobiet z rodzin dysfunkcyjnych, które miały trudne dzieciństwo,
- w ciężkiej postaci występują myśli o samobójstwie lub samobójstwie poszerzonym (włączającym dziecko),
- choroba ma specyficzny wymiar, ponieważ zawsze dotyka relacji matka–dziecko, a przeważnie również całej rodziny,

Metody badań przesiewowych:

- Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS – *Edinburgh Postnatal Depression Scale*) uznana za obowiązującą, również w telefonicznych badaniach przesiewowych. Punkt odcięcia – 12/13 pkt. na 30 możliwych, 10 krótkich pytań o ostatnie 7 dni, wypełnienie trwa 5 min,
- Skala Depresji Becka.

Leczenie:

- leki przeciwdepresyjne i psychoterapia.

D. Psychoza połogowa

- dotyczy 1 na 500–1000 kobiet rodzących,
- przebieg: objawy narastają gwałtownie w ciągu kilku pierwszych dni, rzadziej 2–3 tygodnie po urodzeniu dziecka, w 90% nawracają przy kolejnych porodach,
- czynniki ryzyka: pierwszy poród, choroby psychiczne w rodzinie oraz choroba psychiczna w wywiadzie,
- obraz psychopatologiczny: objawy najczęściej przypominają zaburzenia afektywne dwubiegunowe lub zespoły zaburzeń świadomości (majaczeniowe), przejawiają się silnym pobudzeniem psychoruchowym, zaburzeniami orientacji w otoczeniu, czasie, falowaniem świadomości, zaburzeniami koncentracji uwagi; psychozy o obrazie zaburzeń dwubiegunowych przejawiają się niepokojem, bezsennością, w pierwszej fazie objawami hipomanii, początkowo są postrzegane jako nadmierny niepokój o dziecko, a w ciągu około 2 tygodni rozwija się pełen obraz choroby, spełniający kryteria manii lub depresji psychotycznej,
- uniemożliwia prawidłowe funkcjonowanie pacjentki i opiekę nad dzieckiem,
- w skrajnej sytuacji istnieje wysokie ryzyko samobójstwa lub dzieciobójstwa.

Leczenie:

- oddział stacjonarny (zagrożenie dla zdrowia oraz życia kobiety i dziecka).

E. Zaburzenia lękowe

- w okresie poporodowym występują głównie u kobiet, u których już w przeszłości stwierdzano zaburzenia lękowe,
- spełniają kryteria lęku napadowego lub uogólnionego,
- objawy pojawiają się w pierwszych 2–3 tygodniach po porodzie, najczęściej w połączeniu z objawami depresji.

F. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne

- zwykle występują w pierwszych 6 tygodniach po urodzeniu dziecka,
- matka zaczyna unikać dziecka, obserwuje się u niej lęk lub depresję w związku z jej natrętnymi myślami, żeby skrzywdzić dziecko,
- pojawienie się natręctw jest związane z zaburzeniami w układzie serotonergicznym oraz ze spadającym poziomem hormonów gonadalnych, podkreśla się też rolę oksytocyny.

10.3. ZASADY LECZENIA KOBIET W OKRESIE CIĄŻY I PO PORODZIE

- Podstawowym postępowaniem terapeutycznym w zaburzeniach okołoporodowych jest profilaktyka, szczególnie w grupie ryzyka.
- W leczeniu zaburzeń nastroju związanych z porodem ważna jest opieka nad pacjentką i jej rodziną (psychoterapia indywidualna, rodzinna i grupowa).

A. Farmakoterapia

Podział leków według Amerykańskiej Komisji Żywności i Leków (Food and Drug Administration, FDA)

- A. leki bezpieczne dla płodu – żaden z leków psychotropowych;
- B. brak danych o uszkodzeniach płodu, ale wyniki badań u zwierząt mogą sugerować wyższe ryzyko wad wrodzonych:
 - leki przeciwpsychotyczne (klozapina, sulpiryd, tioksantemy), leki anksjolityczne (buspiron, zopiklon), leki przeciwdepresyjne (fluoksetyna, maprotylina, paroksetyna, sertralina);
- C. istnieje ryzyko powstania wad, na co wskazują badania u zwierząt; stosowane tylko, gdy korzyść wynikająca z działania usprawiedliwia ryzyko dla płodu:
 - większość leków przeciwpsychotycznych (dezypramina, doksepina, klonazepam);
- D. zwiększenie ryzyka wad rozwoju płodu:
 - haloperidol, większość benzodiazepin, amitryptylina, imipramina, mianseryna;
- X. leki, których nie wolno podawać w ciąży ze względu na wykazane szkodliwe działanie na płód i duże ryzyko wad wrodzonych:
 - estazolam, temazepam, triazolam.

- Podczas ciąży należy unikać stosowania leków przeciwpsychotycznych między 4. a 10. tygodniem. Leki powinno się odstawić na 2 tygodnie przed planowanym porodem.
- Należy stosować najmniejsze skuteczne dawki i tylko w nasilonych depresjach.
- Przy łagodniejszym przebiegu klinicznym – stosować psychoterapię, w ciężkich psychotycznych depresjach – rozważyć leczenie elektrowstrząsami.
- Przy stosowaniu benzodiazepin należy uwzględnić ryzyko występowania objawów abstynencyjnych u noworodka. Mogą one pojawić się nawet z 8-tygodniowym opóźnieniem. Nie należy stosować BZD w okresie 2 tygodni przed porodem.
- **Leczenie matek karmiących – zalecenia:**
 - stosować najmniejsze skuteczne dawki podzielone,
 - monitorować stężenie leku w krwi,
 - zażywać leki bezpośrednio przed karmieniem lub po nim, aby zmniejszyć stężenie leku w czasie karmienia.

- Stężenie środków psychotropowych w mleku matki jest znacznie wyższe 7–10 godzin po przyjęciu leku. Ryzyko dla niemowlęcia można dodatkowo zmniejszyć odrzucając tę porcję pokarmu.
- **Gdy matka stosuje:**
 - leki przeciwpsychotyczne – u noworodka występują: niedowaga, zaburzenia ssania, objawy pozapiramidowe, apatia, niedowaga, żółtaczka zastoinowa,
 - TLPD – u dzieci stwierdzano zaburzenia oddychania, mioklonie, tachykardię, zatrzymanie moczu. Ryzyko wystąpienia tych działań niepożądanych spada po 10. tygodniu życia dziecka,
 - BZD i normotymiki – kobiety karmiące piersią nie powinny przyjmować leków anksjolitycznych ani normotymicznych (stężenie litu w mleku matki odpowiada 30–100% stężenia w krwi i może spowodować u dziecka karmionego piersią zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej).

B. Elektroterapia

- jest skuteczna i bezpieczna w ciężkiej depresji lub psychozie u kobiet w ciąży,
- nie wywiera niekorzystnego wpływu na przebieg ciąży,
- nie ingeruje w rozwój dziecka,
- nie zmusza do zaprzestania karmienia piersią.

10.4. ZABURZENIA PSYCHICZNE OKRESU MENOPAUY

A. Rozpowszechnienie:

- depresja atypowa (maskowana) – 21% kobiet populacji ogólnej w okresie menopauzy,
- duża depresja – 13%,
- lęk uogólniony lub napadowy – 7%.

B. Etiologia:

- u 10–30% kobiet z innymi zaburzeniami okresu menopauzy stwierdza się objawy zaburzeń depresyjnych,
- częściej zaburzenia psychiczne okresu menopauzy obserwuje się u kobiet z wcześniej istniejącymi zaburzeniami afektywnymi, PMS, PMDD, zaburzeniami poporodowymi w wywiadzie,
- znaczenie mają także:
 - obciążenie rodzinne,
 - trudna sytuacja rodzinna, socjalna,
 - współistniejące, przewlekłe choroby somatyczne.

C. Objawy:

- nietypowy obraz kliniczny depresji,
- depresje maskowane:
 - maski bólowe,
 - maski wegetatywne i psychosomatyczne,
 - zaburzenia rytmów biologicznych,

- maski psychopatologiczne,
- maski behawioralne,
- objawy kliniczne są trudne w różnicowaniu z wczesnymi objawami niedoboru estrogenów.

D. Leczenie:

- substytucja hormonalna zazwyczaj skutkuje poprawą nastroju,
- jeśli objawy spełniają kryteria zaburzeń afektywnych, rozpoznanie i leczenie przebiega jak w każdej innej grupie wiekowej.

11. ZABURZENIA PSYCHICZNE U DZIECI

11.1. UPOŚLEDZENIE UMYSŁOWE – DEFICYTY PARCJALNE

Mogą dotyczyć:

- funkcji mowy: artykulacji, ekspresji, rozumienia,
- funkcji szkolnych: czytania, pisania, liczenia,
- koordynacji motorycznej.

TABELA 1. UPOŚLEDZENIE UMYSŁOWE

Upośledzenie	II	Wiek rozwojowy	Poziom edukacyjny
Lekkie	50–69	9–12	szkoła podstawowa
Umiarkowane	35–49	6–8	szkoła specjalna
Znaczne	20–34	3–5	szkoła życia
Głębokie	0–19	< 2	–

**11.2. ZABURZENIE HIPERKINETYCZNE
(ADHD – ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER)**

Występowanie:

- najczęstsze zaburzenie psychiczne wśród dzieci leczonych przez pediatrów ambulatoryjnie,
- u 5–7% dzieci w pierwszej połowie szkoły podstawowej,
- stwierdza się częściej u chłopców (6–10 razy).

Etiologia:

Czynniki dziedziczne:

- 5% ryzyko zachorowania przy rodzicach adopcyjnych z ADHD,
- 20–57% ryzyko zachorowania przy rodzicach biologicznych z ADHD,
- 10% dzieci ma w wywiadzie minimalne uszkodzenie mózgu (infekcja w pierwszym trymestrze ciąży, anoksja w czasie porodu),
- niska aktywność kory prefrontalnej i premotorycznej (odpowiadają za kontrolę uwagi i aktywności),
- niska aktywność korowa w okolicy odpowiedzialnej za inhibicję.

Objawy:

- deficyt uwagi,
 - problemy w skupieniu uwagi – błędy z zapomnienia, chorzy nie słuchają, nie przestrzegają zaleceń,
- nadaktywność/impulsywność,
 - duża aktywność motoryczna,
 - wielomówność,
 - niecierpliwość,
 - przerywanie wypowiedzi i wtrącanie się,
- trwają przez co najmniej 6 miesięcy,
- początek przed 7. r.ż.,
- pogorszenie w zakresie co najmniej 2 obszarów funkcjonowania,
- znaczące pogorszenie wyników szkolnych.

Przebieg:

- 30–80% pacjentów prezentuje nadal niektóre objawy w okresie adolescencji lub nawet dorosłości,
- wyższe ryzyko nadużywania substancji psychoaktywnych.

Leczenie:

- biologiczne – stymulanty
 - metylofenidat, deksedryna,
 - stymulacja inhibicyjnych obszarów kory,
- psychosocjalne
 - terapia kognitywno-behawioralna,
 - wzmacnianie zachowań zadaniowych,
 - *self-instruction strategies*,
 - trening rodziców,
- terapia kompleksowa – najbardziej efektywna.

11.3. ZABURZENIE LĘKOWE U DZIECI

Według ICD-10 obejmują:

- F93. Zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się w dzieciństwie,
- F93.0. Lęk przed separacją w dzieciństwie,
- F93.1. Zaburzenie lękowe w postaci fobii w dzieciństwie,
- F93.2. Lęk społeczny w dzieciństwie,
- F93.3. Zaburzenie związane z rywalizacją w rodzeństwie,
- F93.8. Inne zaburzenia emocjonalne okresu dzieciństwa,
- F93.9. Zaburzenia emocjonalne okresu dzieciństwa, nieokreślone.

A. Epidemiologia

- zaburzenia lękowe dotyczą 5–10% dzieci.

B. Etiopatogeneza

- rozwojowe czynniki ryzyka:
 - behawioralne zahamowanie – tendencja do ograniczonej eksploracji otoczenia, obawa przed nowymi doświadczeniami, nieśmiałość,
 - sensytywność (pobudzenie autonomiczne),
 - cechy osobowości – obsesyjność, nadmierna sztywność,
 - obciążenie rodzinne,
 - uwarunkowania genetyczne,
 - nieprawidłowe relacje rodzinne – konflikt w rodzinie, zaburzenia więzi w rodzinie, nadopiekuńczość rodzica i zaniżanie wymagań wobec dziecka.

C. Symptomatologia

- psychiczne i wegetatywne objawy lęku,
- unikanie sytuacji i obiektów wywołujących lęk,
- somatyzacja,
- zaburzenia zachowania,
- zaburzenia snu, koszmary senne,
- zaburzenia funkcjonowania w wyniku lęku.

D. Zaburzenia współlistniejące

- zaburzenie depresyjne,
- specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych,
- zaburzenia rozwoju mowy,
- mutyzm selektywny,
- ADHD,
- zaburzenia zachowania,
- nadużywanie alkoholu i substancji psychoaktywnych.

E. Rokowanie

- duża częstość remisji zaburzeń lękowych po kilku latach od zdiagnozowania,
- dwukrotnie większe ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowych u dorosłych, u których stwierdzano zaburzenia lękowe w okresie młodzieńczym,
- znaczny odsetek zaburzeń lękowych u dorosłych jest poprzedzony występowaniem takich dolegliwości w dzieciństwie.

F. Leczenie

- postępowanie kompleksowe,
- leczenie przyczyn, objawów oraz następstw,
- psychoterapia:
 - behawioralno-poznawcza,
 - indywidualna,
 - grupowa,
 - systemowa,
- farmakoterapia:
 - leki przeciwdepresyjne (SSRI, TLPD),

- buspiron,
- benzodiazepiny.

11.4. ZABURZENIA ODŻYWIANIA

11.4.1. JADŁOWSTRĘT PSYCHICZNY

A. Etiologia

Przyczyny powodujące jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*, AN), których znaczenie wykorzystuje się w terapii, można podzielić na:

- **czynniki indywidualne**
 - zaburzony obraz siebie,
 - trudności w autonomicznym funkcjonowaniu,
 - silna potrzeba zdobywania osiągnięć,
 - otyłość,
 - doświadczenie nadużycia seksualnego,
 - chroniczna choroba somatyczna;
- **czynniki rodzinne**
 - wyolbrzymianie społecznych oczekiwań,
 - występowanie zaburzeń jedzenia w rodzinie,
 - występowanie chorób afektywnych lub alkoholizmu,
 - relacje rodzinne, które utrudniają osiąganie autonomii w okresie dorastania,
 - trudności pacjentki w pokonaniu zadań fazy cyklu życia rodziny, jaką jest dorastanie, a przede wszystkim zakończenie procesu separacji od rodziców. Trudność ta powodowana jest wieloma czynnikami rodzinnymi, tj. przekaz międzypokoleniowy, lękowe wizje świata, rola w nim kobiet, a także konflikty wewnątrz rodziny;
- **czynniki kulturowe**
 - ideał szczupłej sylwetki,
 - społeczne oczekiwanie atrakcyjności formułowane wobec kobiet,
 - konieczność pełnienia wielu sprzecznych i trudnych do pogodzenia ról – moda na określony ideał kobiecej sylwetki, szczupłość stająca się synonimem atrakcyjności i powodzenia, opinia, że wygląd decyduje o wartości kobiety, przekonanie o konieczności spełniania społecznych oczekiwań prymuski.
- **Wśród innych przyczyn AN wymienia się:**
 - czynniki genetyczne – grupa genów zlokalizowanych na chromosomie 1,
 - zaburzenia neuroprzekaźnikowe z udziałem serotoniny, noradrenaliny, opioidów endogennych,
 - endokrynopatie osi podwzgórze–przysadka–nadnercza,
 - obciążenia pre- i perinatalne,
 - zaburzenia w indywidualnym rozwoju emocjonalnym (problemy z akceptacją własnej kobiecości, seksualności, lęk przed dorosłością i samodzielnością).

B. Obraz kliniczny

- **typ restrykcyjny:** redukcja wagi ciała następuje wyłącznie w wyniku stosowania coraz bardziej nasilonej diety,
- **typ bulimiczno-przeczyszczający:** oprócz zastosowania diety pacjentki wymiotują, stosują środki przeczyszczające, czasami miewają napady objadania się.

Stan fizyczny chorych ulega stałemu pogorszeniu, pojawiają się typowe konsekwencje coraz mniejszej wagi ciała, takie jak:

- poczucie stałego zmęczenia,
- poczucie zimna,
- zaburzenia koncentracji,
- bóle głowy,
- tendencja do omdleń w wyniku spadku ciśnienia tętniczego krwi.

Jadłowstręt psychiczny ma także wiele konsekwencji psychologicznych i społecznych.

- Pacjentki, coraz bardziej skupione na problemie jedzenia, a raczej głodzenia się, mają coraz mniej siły i energii na relacje z rówieśnikami, zainteresowania i przyjemności, izolują się.
- Ciągłe zmuszanie w domu do jedzenia niszczy relacje rodzinne, wzbudzając z jednej strony bunt, poczucie niezrozumienia i osamotnienia, a z drugiej poczucie winy.

Kliniczne symptomy AN:

- **somatyczne**
 - wychudzenie – postępujący zanik tkanek ciała,
 - sucha, łuszcząca się skóra,
 - zasinienie dłoni i stóp,
 - obrzęki dłoni, stóp i twarzy,
 - owłosienie typu lanugo i płodowe,
 - kruche, łamliwe włosy na głowie,
 - wypadanie włosów w dole pachowym i na wzgórku łonowym,
 - zwolnienie akcji serca – zastoinowa niewydolność krążenia,
 - niedokrwistość,
 - obniżone ciśnienie krwi,
 - zwolnienie oddechów,
 - zanik miesiączkowania,
 - nietolerancja chłodu – paniczny lęk przed zimnem,
 - wzdęcia,
 - zaparcia,
 - osteoporoza;
- **psychiczne**
 - spowolnienie psychoruchowe,
 - potrzeba izolacji,

- nadwrażliwość na bodźce,
- powrót do dziecięcych zachowań (wtórny infantyizm),

C. Kryteria diagnostyczne AN

DSM-IV:

- ciężar ciała poniżej granicy wagi minimalnej dla wieku i wzrostu lub poniżej 85% wagi oczekiwanej lub brak należnego przyrostu w okresie wzrastania 85% poniżej ciężaru wagi należnej,
- paniczny lęk przed zwiększeniem masy ciała,
- zaburzenie postrzegania ciężaru i kształtu ciała,
- pierwotny brak miesiączki lub wtórny brak miesiączki – brak trzech kolejnych cykli miesiączkowych.

ICD-10 (F50.0):

Jadłowstręt psychiczny diagnozuje się wtedy, gdy występują wszystkie 4 wymienione niżej objawy (u dzieci 5 objawów):

- spadek masy ciała (lub u dzieci – brak przyrostu wagi), prowadzący do wagi ciała co najmniej 15% poniżej prawidłowej lub oczekiwanej w stosunku do wieku i wzrostu (indeks wagi ciała wynosi poniżej 17,5 kg/m²);
- spadek wagi jest narzucony przez samego chorego przez unikanie tuczącego pożywienia oraz za pomocą jednej z następujących czynności: prowokowanie wymiotów, przeczyszczanie, wyczerpujące ćwiczenia fizyczne, stosowanie leków tłumiących łaknienie lub środków moczopędnych;
- ocenianie siebie jako osoby otyłej oraz strach przed przytyciem prowadzą do narzucania sobie niskiego progu wagi ciała; obawa przed otyłością występuje w formie natrętej myśli nadwartościowej;
- zaburzenia endokrynne, przejawiające się u kobiet zanikiem miesiączkowania, a u mężczyzn utratą zainteresowań seksualnych i potencji (wyjątkiem jest krwawienie z dróg rodnych u kobiet stosujących substytucyjne leczenie hormonalne, najczęściej w postaci przyjmowania tabletek antykoncepcyjnych); stwierdza się również wzrost poziomu hormonu wzrostu i kortyzolu oraz zmiany metabolizmu hormonu tarczycy i zaburzenia wydzielania insuliny.

U dzieci występuje ponadto opóźnienie albo zahamowanie licznych zjawisk związanych z okresem pokwitania.

D. Terapia AN

- Poziom BMI w granicach 10–12 stanowi stan zagrożenia życia, jest bezwzględnym wskazaniem do hospitalizacji i skupienia się na stanie somatycznym pacjentki, włączając elementy pomocy psychologicznej.
- Podstawową formą leczenia jest psychoterapia – optymalne jest połączenie terapii indywidualnej, grupowej i rodzinnej, jednak niezmiernie trudne do realizacji w rzeczywistości.

- Równocześnie z działaniami psychoterapeutycznymi należy zadbać o poprawę stanu somatycznego pacjentów, co jest równoznaczne z podwyższeniem masy ciała.
- W przypadku towarzyszących objawów psychopatologicznych, np. depresji, zachodzić może potrzeba podawania leków antydepresyjnych (mianseryny, fluwoksaminy, klomipraminy i in.).

E. Rokowanie

- Śmiertelność w anoreksji określono na 0,56% w ciągu roku i jest ona 4 razy wyższa niż w schizofrenii. Ryzyko przedwczesnej śmierci chorych na anoreksję jest około 50% większe w przypadku typu bulimicznego w porównaniu z restrykcyjnym.
- Śmierć, dotycząca od 4 do 22% pacjentek, następuje zwykle z powodu niewydolności krążenia, której sygnałem może być zwolnienie akcji serca, ale często zdarzają się też samobójstwa, zwłaszcza przy przewlekłym przebiegu choroby.

11.4.2. BULIMIA

A. Etiologia

- Zaburzenia w przewodnictwie serotoninergicznym w mózgu – znalazło to zastosowanie w schematach terapii bulimii.
- Trudności w zakończeniu procesu separacji od rodziny (chore na bulimię to zazwyczaj młode kobiety, które zyskały już choćby częściową samodzielność).
- Pacjentki mają często poważne zaburzenia osobowości o typie osobowości border-line z bardzo niską samooceną.
- Zwraca się uwagę na związki bulimii z chorobami afektywnymi.
- Rodziny kobiet chorych na bulimię charakteryzuje chaotyczność, brak struktury, częste przypadki patologii społecznej (alkoholizm, choroba psychiczna jednego z rodziców lub wykorzystywanie seksualne pacjentek).

B. Obraz kliniczny

Kliniczne symptomy *bulimia nervosa*

- **somatyczne:**
 - wysuszona skóra, obrzęk tkanki podskórnej,
 - obrzęki miejscowe lub uogólnione,
 - zapalne obrzęki ślinianek przyusznych,
 - uszkodzenie śluzówki przełyku i żołądka,
 - nadżerki tylnej ściany gardła,
 - choroby dziąseł,
 - ubytki szkliwa zębów,
 - owrzodzenie grzbietowej powierzchni dłoni,
 - rozdęcie brzucha,
 - porażenna niedrożność jelit,

- duszności,
- zaburzenia rytmu serca,
- zmiany zapisu EKG (bradykardia/tachykardia zatokowa, zaburzenia przewodnictwa, obniżony woltaż załamka P i zespołu QRS, zaburzenia okresu repolaryzacji, przedwczesne pobudzenia ektopowe),
- postępująca niewydolność krążenia,
- uszkodzenie organiczne ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego,
- nasilone pragnienie,
- zwiększone wydalanie moczu,
- napady drgawek i skurczów mięśniowych;
- **psychiczne:**
 - depresje i naprzemienne okresy euforii,
 - spowolnienie psychoruchowe,
 - deficyt odporności emocjonalnej,
 - deficyt kontroli impulsów,
 - nałogi wielopostaciowe (alkoholizm, narkomania, seksoholizm, praco-
holizm).

C. Kryteria diagnostyczne *bulimia nervosa*

DSM-IV:

- powtarzające się epizody gwałtownego objadania,
- zabiegi kompensacyjne: wymioty, przeczyszczanie, poszczenie, treningi siłowe,
- objadanie i zabiegi kompensacyjne 2 razy w tygodniu przez 3 miesiące,
- samoocena wyznaczona przez kształt i wagę ciała,
- wyżej wymienione zaburzenia nie występują w przebiegu *anorexia nervosa*.

ICD-10 (F50.2):

- występowanie nawracających epizodów przejadania się w krótkim czasie (przynajmniej 2 razy tygodniowo w ciągu 3 miesięcy),
- utrzymywanie się uporczywej koncentracji na jedzeniu, poczucia przymusu jedzenia,
- próby przeciwdziałania tyciu przez prowokowanie wymiotów, stosowanie środków przeczyszczających, głodówek, leków zmniejszających łaknienie, moczopędnych, preparatów hormonalnych,
- nieracjonalne ocenianie siebie jako osoby otyłej, strach przed przytyciem, spadek masy ciała (nie zawsze występujący).

D. Terapia

- Większość pacjentów może być leczona w warunkach ambulatoryjnych, w poradniach zdrowia psychicznego, ośrodkach psychoterapeutycznych lub w oddziałach dziennych.
- Hospitalizacja jest konieczna tylko w przypadkach poważnych powikłań somatycznych, przy zupełnej utracie kontroli nad jedzeniem lub w przypadku nasilonej depresji i próby samobójczej.

- Podstawowe leczenie bulimii stanowi psychoterapia. Stosowane są jej różne rodzaje, jednak szczególną skuteczność przypisuje się psychoterapii behawioralno-poznawczej, której towarzyszy zmiana nieprawidłowych wzorców odżywiania się. Dodatkowym jej walorem wydaje się stosunkowo krótszy czas trwania niż w przypadku psychoterapii psychodynamicznej. Czasami jednak, w przypadku towarzyszących bulimii zaburzeń osobowości, konieczna staje się długotrwała terapia indywidualna, zorientowana psychodynamicznie. Bardzo ważna jest także terapia całego systemu rodzinnego.
- Podawanie wysokich dawek fluoksetyny zmniejsza częstość napadów objadania się, co ułatwia zmianę nieprawidłowego sposobu odżywiania. Najprawdopodobniej mechanizm działania fluoksetyny w bulimii związany jest z jej wpływem na przekąźnictwo serotoninericzne.

E. Rokowanie

- Lepsze niż w przypadku AN. Pacjentki częściej same zgłaszają się do terapii, stwierdza się u nich wyższy poziom motywacji i lepsze efekty kliniczne terapii.

11.4.3. KOMPULSYWNE OBJADANIE SIĘ

Jest to zaburzenie zbliżone do bulimii, ale różniące się od niej rzadkością stosowania wymiotów, głodówek i innych środków. Somatyczne objawy kompulsywnego objadania się to nadciśnienie, nadwaga i uczucie ciągłego zmęczenia.

Zaburzenia zachowania mogące wskazywać na kompulsywne objadanie się to:

- epizody objadania się, zwykle w samotności, z wielogodzinnym planowaniem tego, co zostanie zjedzone,
- objadanie się jako forma nagrody dla chorej,
- zmniejszenie aktywności fizycznej (z powodu nadwagi),
- częste stosowanie różnych „cudownych diet”,
- unikanie jedzenia w sytuacji publicznej,
- zaburzenia emocjonalne,
- uzależnienie samopoczucia od aktualnej wagi,
- wyobrażenie siebie jako lepszego człowieka, jeśli się schudnie,
- waga staje się głównym obiektem zainteresowań.

11.5. ZABURZENIA ZACHOWANIA

A. Definicja

- Odchylenia od normy rozumianej przez zasady moralne, obyczaje i zwyczaje przyjęte w danym środowisku.
- Stopień odchylenia od tej normy świadczy o sile czy też natężeniu zaburzenia.

B. Etiopatogeneza zaburzeń zachowania

Do czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń zachowania zalicza się ujawniające się konflikty w rodzinie, złe warunki ekonomiczne i zachowania antyspołeczne rodziców.

Przejawy nieprawidłowego funkcjonowania rodziny potencjalnie prowadzące do zaburzeń zachowania u dziecka:

- niewypełnianie podstawowych zadań opieki nad dzieckiem lub delegowaniem jej na inne osoby,
- brak silnych więzi emocjonalnych między poszczególnymi członkami rodziny, separacja emocjonalna lub izolowanie całej rodziny od innych ludzi,
- nadmierna symbioza między członkami rodziny, wytwarzanie nadmiernej zależności,
- nadopiekuńczość w stosunku do dziecka, która może być wyrazem postawy lękowej lub maską odrzucenia dziecka,
- zaburzenia komunikacji:
 - wszyscy w rodzinie muszą wiedzieć wszystko o wszystkich,
 - brak przepływu informacji, zwłaszcza dotyczących przeżyć emocjonalnych,
 - występuje tzw. podwójne wiązanie – komunikaty werbalne są sprzeczne z komunikatami niewerbalnymi,
- erotyzacja relacji rodzice–dziecko,
- patologia ról w rodzinie, np. wrogość rodziny spada na tzw. kozła ofiarnego,
- opór rodziny przed ujawnieniem konfliktów, zaprzeczanie ich istnienia.

C. Obraz kliniczny i rozpoznawanie

W klasyfikacji DSM-IV zaburzenia zachowania określa się jako uporczywy i powtarzający się wzorec charakteryzujący się zachowaniem aspołecznym i buntowniczym.

Zaburzenie zachowania według Klasyfikacji ICD-10

- Powtarzający się i utrwalony wzorec zachowania, cechujący się gwałceniem albo podstawowych praw innych osób, albo poważniejszych norm i reguł społecznych właściwych dla wieku, trwających co najmniej 6 miesięcy, w czasie których występują niektóre z następujących przejawów:
 - 1) wybuchy złości nadzwyczaj częste lub ciężkie w stosunku do poziomu rozwojowego,
 - 2) częste kłótnie z dorosłymi,
 - 3) często aktywne odrzucanie wymagań dorosłych lub niespełnianie reguł,
 - 4) często rozmyślne robienie rzeczy, które budzą gniew u innych ludzi,
 - 5) częste obwinianie innych za swoje własne pomyłki lub niewłaściwe zachowanie,
 - 6) częste przewrażliwienie i łatwość wprowadzania w złość przez innych,
 - 7) częste wpadanie w złość lub rozżalenie,
 - 8) częsta złośliwość lub mściwość,
 - 9) częste kłamstwa lub zrywanie obietnic w celu uzyskania dóbr, przywilejów lub dla uniknięcia obowiązków,

- 10) częste inicjowanie starć fizycznych (nie obejmuje to starć z rodzeństwem),
- 11) używanie broni, która może powodować u innych poważne uszkodzenia ciała (np. kij, cegła, rozbita butelka, nóż, strzelba),
- 12) pozostawianie poza domem po zapadnięciu zmroku, mimo zakazu rodziców (rozpoczynające się przed 13. r.ż.),
- 13) przejawianie fizycznego okrucieństwa wobec innych osób (np. krępowanie, ranienie lub podpalanie ofiar),
- 14) przejawianie fizycznego okrucieństwa wobec zwierząt,
- 15) rozmyślne niszczenie własności innych osób inaczej niż przez podpalenie,
- 16) rozmyślne podkładanie ognia ze stwarzaniem ryzyka lub z zamiarem spowodowania poważnych zniszczeń,
- 17) kradzieże przedmiotów o niebanalnej wartości bez konfrontacji z ofiarą, zarówno w domu, jak i poza nim (np. kradzieże w sklepach, włamania, fałszerstwa),
- 18) częste wagary ze szkoły, rozpoczynające się przed 13. r.ż.,
- 19) co najmniej dwukrotne ucieczki z domu rodzicielskiego lub zastępczego, albo ucieczka jednorazowa trwająca dłużej niż jedną noc (nie obejmuje opuszczania domu w celu uniknięcia molestowania fizycznego lub seksualnego),
- 20) popełnianie przestępstw wymagających konfrontacji z ofiarą (włączając kradzieże kieszonkowe, wymuszania, napady),
- 21) zmuszanie innych osób do aktywności seksualnej,
- 22) częste terroryzowanie innych (np. rozmyślne zadawanie bólu lub ran połączone z uporczywym zastraszaniem, dręczeniem, molestowaniem),
- 23) włamanie do cudzego domu, samochodu, budynku.

Do spełnienia kryterium wystarczy choćby jednorazowe wystąpienie objawów wymienionych w punktach: 11, 13, 15, 16, 20, 21, 23.

- Zaburzenie nie spełnia kryteriów osobowości dysocjalnej, schizofrenii, epizodu maniakalnego, epizodu depresyjnego, całościowego zaburzenia rozwojowego ani zaburzenia hiperkinetycznego. Jeżeli spełnione są kryteria zaburzenia emocjonalnego, należy rozpoznać mieszane zaburzenia zachowania i emocji:
 - postać z początkiem w dzieciństwie: początek przynajmniej jednego rodzaju – trudności z zachowaniem przed 10. r.ż.,
 - postać z początkiem w wieku młodzieńczym: bez trudności z zachowaniem przed 10. r.ż.

Pojawiające się zaburzenia zachowania mogą, choć nie muszą, zapowiadać w przyszłości rozwój osobowości antisocjalnej.

Cechy osobowości antisocjalnej

Jest to wzorzec zachowań zdominowany pogardą dla cudzych praw i ich naruszaniem od 15. r.ż.

- **Epidemiologia:** 5% w populacji mężczyzn, 1% w populacji kobiet; 40% chłopców, 24% dziewcząt z zaburzeniami zachowania rozwija w okresie dorosłości osobowość antysocjalną.
- **Etiologia:**
 - **czynniki dziedziczne** – obserwowano większe ryzyko zaburzeń zachowania w grupie męskich bliźniąt;
 - **czynniki biologiczne** – nieprawidłowa aktywność mózgu (u 50%), niższa aktywność kory mózgu, wolne fale w EEG, niski poziom serotoniny w mózgu u dzieci jest predyktorem agresywnych zachowań na 2 lata przed ich wystąpieniem, obserwuje się niski poziom serotoniny w mózgu u przestępców recydywistów;
 - **czynniki rodzinne** – częste stosowanie kar fizycznych, emocjonalne zaniedbania, odrzucenie, ojcowie nadużywający alkoholu, dziecięce deficyty neuromotoryczne, ubóstwo, rodzinna niestabilność (70% ryzyko przestępczości u mężczyzn w wieku 18 lat);
 - **czynniki ryzyka** – zaburzeni rodzice, niska inteligencja.
- **Objawy:** powtarzalne łamanie prawa, agresywność, impulsywność, kłamiwość, brak umiaru i poczucia odpowiedzialności za swoje czyny, drażliwość i agresywność, na które wskazuje udział w powtarzających się bójkach i napaściach, konsekwentna nieodpowiedzialność, na którą wskazuje niemożność utrzymania stałej pracy i dotrzymania zobowiązań finansowych, uczuciowa pustka.

D. Terapia zaburzeń zachowania

- Stosuje się przede wszystkim metody behawioralne ukierunkowane na zmianę nieprawidłowych zachowań rodziny oraz agresywnych zachowań dziecka.
- Najistotniejszym elementem jest podkreślanie przez rodziców pozytywnych reakcji dziecka, dostrzeganie jego starań i małych sukcesów, nagradzanie, a pomijanie czynów negatywnych.
- W leczeniu zaburzeń zachowania korzysta się także z metod poznawczo-behawioralnych opartych o następujące etapy:
 - trening umiejętności społecznych,
 - nauka konstruktywnego rozwiązywania problemów,
 - kształcenie umiejętności panowania nad własnym gniewem przez:
 - naukę samokontroli,
 - technikę ABC (*antecedent-behavior-consequence*),
 - uczenie rozpoznawania sygnałów fizjologicznych zwiastujących gniew,
 - uczenie metod redukcji gniewu (głębokie oddychanie, liczenie wstak, techniki relaksacyjne, generowanie pozytywnych opinii na swój temat, myślenie o konsekwencjach swojego zachowania),
 - uczenie rozpoznawania sytuacji wywołujących gniew.
- Wyształcenie powyższych umiejętności odbywa się przez informacje zwrotne dotyczące zachowań, modelowanie, odgrywanie ról, transfer umiejętności, elementy dramy.

- Warto pamiętać, by leczenie dziecka prowadzić w obszarze jego własnej rodziny i miejsca, gdzie żyje.
- W leczeniu zaburzeń zachowania stosuje się również farmakoterapię – wykazano, że w leczeniu zaburzeń zachowania skuteczny i bezpieczny jest risperidon.

11.6. AUTYZM WCZESNODZIECIĘCY*

A. Epidemiologia

- Występuje częściej u chłopców niż u dziewczynek (w relacji 4:1). W Polsce ujawnia się u 15 na 10 000 dzieci.
- Aktualne współczynniki występowania autyzmu na świecie wynoszą 14–17 na 10 000.
- Według ostrożnych szacunków oznacza to, że nastąpił mniej więcej 4–9-krotny wzrost współczynnika rozpowszechnienia autyzmu od końca lat 80. XX wieku.

B. Czynniki etiologiczne

- Czynniki genetyczne odgrywają znaczącą rolę w etiologii niektórych przypadków dziecięcego autyzmu.
- Grupę ryzyka stanowią rodziny już posiadające dziecko z autyzmem.
- Wśród czynników genetycznych i dziedzicznych wymienia się uszkodzenie genów w obrębie chromosomów: 2, 3, 15, 16, 17, X oraz 7, który jest odpowiedzialny za wiele poważnych schorzeń, m.in. nowotworów oraz istnienie genów, odpowiadających za rozwój mowy czy produkcję białek niezbędnych do rozwoju i pracy mózgu (np. są one zaangażowane w proces produkcji neurotransmiterów).
- U dzieci z autyzmem, obok zaburzeń procesów poznawczych, często obserwuje się występowanie wielu dodatkowych problemów zdrowotnych – są to zaburzenia metaboliczne, trzewne, związane z nietolerancją pokarmową, obecnością pasożytów, grzybów (*Candida albicans*), które mogą powodować u dziecka dyskomfort psychofizyczny oraz wzrost nadpobudliwości i drażliwości. Towarzyszące temu kłopoty w zakresie odbioru i integracji bodźców zmysłowych także przyczyniają się do zakłócenia samopoczucia dziecka, postrzegania i rozumienia przez nie świata czy w końcu odczuwania własnego ciała.

C. Kryteria zaburzenia

1. Znaczne zaburzenia, ale nie całkowity brak zdolności tworzenia związków uczuciowych i relacji społecznej z głównym opiekunem.
2. Znaczne zaburzenia w tworzeniu, podtrzymywaniu i rozwijaniu komunikacji, obejmujące komunikację pozawerbalną przy użyciu gestykulacji oraz komunikację niewerbalną i werbalną.

* Autorka podrozdziału: Beata Karakiewicz

3. Znaczne zaburzenia przetwarzania bodźców słuchowych.
4. Znaczne dysfunkcje w przetwarzaniu innych informacji sensorycznych, obejmujące nad- i niedowrażliwość i zaburzenia planowania ruchowego (tab. 1).

TABELA 1. ZABURZENIA WIDOCZNE U MAŁYCH DZIECI Z AUTYZMEM (WG STONE W, 1997)

Interakcje społeczne	Komunikacja	Ograniczone, sztywne wzorce zachowań i zainteresowań
<ul style="list-style-type: none"> – ograniczone zdolności naśladowania, – brak kontaktu wzrokowego lub ograniczony kontakt wzrokowy, – ignorowanie innych osób lub słabe reagowanie na ich obecność, – brak zainteresowania zabawą społeczną, – preferowanie samotności, – małe zainteresowanie kontaktem fizycznym z inną osobą, – brak uśmiechu w sytuacjach społecznych, – zubożona mimika 	<ul style="list-style-type: none"> – opóźnienie lub brak rozwoju mowy, – rzadkie wykorzystywanie gestykulacji do komunikowania się, – nie tworzenie wspólnego pola komunikowania się, – nie zwracanie uwagi innej osoby na swoją aktywność lub nieudane próby zwrócenia uwagi 	<ul style="list-style-type: none"> – stereotypie ruchowe/przybieranie niezwykłych poz, – niewłaściwy sposób wykorzystania przedmiotów/nietypowa zabawa, – przywiązanie do niezwykłych obiektów, – niezwykle zainteresowania wzrokowe, – nietypowe reakcje na dźwięki, – brak wrażliwości na ból, zimno lub gorąco, – nadwrażliwość smakowa

D. Diagnoza

- Szczegółne znaczenie w procesie diagnozy ma dobrze przeprowadzony wywiad.
- Rozpoznanie u dziecka autyzmu wymaga dokładnej analizy przebiegu jego rozwoju od pierwszych chwil życia, a także zebrania wielu informacji dotyczących jego aktualnego funkcjonowania w różnych sytuacjach.
- Bezpośrednia obserwacja zachowania dziecka jest kolejnym bardzo ważnym źródłem informacji. Sesje obserwacyjne powinny odbywać się w różnych warunkach, najlepiej w:
 - środowisku domowym,
 - grupie rówieśniczej,
 - nowym otoczeniu,
 - relacji z opiekunami.
- Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association) wprowadziło termin „całościowe zaburzenia rozwoju”, zwracając w ten sposób uwagę na rozległy, rozwojowy charakter zaburzeń podstawowych funkcji psychicznych, w tym: uwagi, percepcji i motoryki.
- Całościowe zaburzenia rozwoju obejmują swoim zakresem zarówno autyzm dziecięcy, rozwijający się według wówczas przyjmowanych kryteriów przed ukończeniem przez dziecko 30. miesiąca życia, jak i całoś-

ciowe zaburzenia rozwoju rozpoczynające się w dzieciństwie po 30. miesiącu życia.

- W zakres całościowych zaburzeń rozwoju wchodzi obecnie 5 jednostek chorobowych: zaburzenia autystyczne, zespół Aspergera, zespół Retta, dziecięce zaburzenie dezintegracyjne oraz całościowe zaburzenie rozwoju nie ujęte w innych kategoriach diagnostycznych.
- W przebiegu poszczególnych jednostek występują czynniki różnicujące (tab. 2).

TABELA 2. PODOBIENSTWA I RÓŻNICE NALEŻĄCE DO CAŁOŚCIOWYCH ZABURZEŃ ROZWOJU (WG RAJEWSKI A, 2002)

Jednostka kliniczna	Zaburzenia rozwoju społecznego	Zaburzenia komunikacji	Sztywne wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności	Regres w funkcjonowaniu	Niepelnosprawność intelektualna
Zaburzenia autystyczne	tak	tak	tak	tak/nie	tak/nie
Zespół Aspergera	tak	tak	tak	nie	nie
Dziecięce zaburzenie dezintegracyjne	tak	tak	tak	tak	tak
Zespół Retta	tak	tak	tak	tak	tak

- Objawy autyzmu mogą występować w wielu zespołach i chorobach dziecięcych. Bardzo ważna jest zatem diagnostyka różnicująca, oparta na współpracy interdyscyplinarnej: lekarza rodzinnego, pediatry, psychologa, pedagoga specjalnego, logopedy i innych profesjonalistów w zależności od potrzeb.

E. Terapia

W celu skutecznego usprawniania dzieci autystycznych proponuje się wykorzystanie wielu metod, takich, jak:

- metoda opcji,
- integracja sensoryczna i system percepcyjno-motoryczny Kepharda,
- metoda aktywności ruchowej i stymulacji wielosensorycznej Knillów,
- metoda ruchu rozwijającego Sherborne,
- wspomagana komunikacja i metoda Affolter,
- holding,
- rozwijanie teorii umysłu,
- metoda Domana,
- paluszkowe zabawy.

W celu rozwoju procesów sensorycznych i percepcyjnych u dzieci z głębszą niesprawnością i złożonymi zaburzeniami rozwojowymi wykorzystuje się:

- programy Christophera Knilla „Dotyk i komunikacja”,
- metodę Denissona,

- integrację sensoryczną Jean Ayres,
- metodę Delcato,
- metodę Montessori,
- metodę Snoezelen,
- stymulację bazalną od podstaw.

W jednym z przeglądowych opracowań metod terapii stosowanych wobec osób z niesprawnością intelektualną, u których występują zachowania autoagresywne, wyróżnia się następujący ich podział:

- metody terapii oparte na interwencji medycznej (farmakologicznej, neurochirurgicznej i dietetycznej),
- metody oparte na teorii uczenia się (wzmocnieniu pozytywnym, negatywnym i uczeniu się nowych form zachowań),
- metody wzbogaconego stymulowania oparte na teorii homeostazy,
- metody oparte na kontakcie z ciałem (Gestalt, Snoezelen, Knuddel, zmodyfikowana metoda holdingu).

Jako istotne uzupełnienie terapii dziecka należy wymienić: psychoedukację dla rodziców, grupy wsparcia, grupy dla rodziców i inne formy wsparcia społecznego.

11.7. ZESPÓŁ TIKÓW**

A. Epidemiologia

- W populacji wieku rozwojowego tiki o różnym charakterze i stopniu nasilenia stwierdza się u 10–20% osób.
- Pojawiają się zwykle około 5. r.ż. i stopniowo nasilając się, największą intensywność osiągają około 10. r.ż., po czym ich natężenie zazwyczaj ulega zmniejszeniu.
- Przed ukończeniem 18. r.ż. u 50% pacjentów tiki, nawet nie leczone, całkowicie ustępują.

B. Czynniki etiologiczne

- Badania wykazują, że u 50% osób z tikami ich wystąpienie było poprzedzone traumatycznym przeżyciem lub powtarzającymi się sytuacjami stresowymi.
- Większość pacjentów z zespołem tików wykazuje dużą wrażliwość afektywną oraz tendencję do tłumienia uczuć negatywnych. Szczególnie niekorzystny wpływ mają:
 - konflikty w rodzinie,
 - rywalizacja z rodzeństwem,
 - stawianie zbyt wysokich wymagań przez rodziców,
 - poczucie braku akceptacji ze strony najbliższych, zaburzone relacje z rówieśnikami,
 - niepowodzenia szkolne.

** Autorka podrozdziału: Iwona Rotter

- Podłożem zespołu tików jest prawdopodobnie genetycznie uwarunkowana podatność, przemawia za tym rodzinne występowanie tików oraz wysoki (75%) wskaźnik rozpowszechnienia tików wśród bliźniąt jednojajowych.

C. Obraz kliniczny

- Tiki to nagłe, szybkie, nierytmiczne, mimowolne skurcze mięśni objawiające się w postaci ruchu (tiki ruchowe) lub dźwięku (tiki wokalne).
- Ze względu na morfologię tiki dzieli się na proste i złożone:
 - **proste tiki motoryczne** – obejmują jedną grupę mięśni, najczęściej objawiają się jako mruganie, otwieranie ust, grymas twarzy, wysuwanie języka, marszczenie nosa, wzruszanie ramionami;
 - **proste tiki wokalne** – występują w postaci pojedynczych dźwięków takich jak: chrząkanie, kaszel, kichanie, pociąganie nosem, krzyk;
 - **złożone tiki motoryczne** – występują w obrębie kilku grup mięśniowych i przedstawiają się w postaci złożonych czynności ruchowych, takich jak np.: zgrzytanie zębami, spluwanie, pocieranie rąk, klaskanie, podskakiwanie, wyrzucanie kończyn do przodu, naśladowanie ruchów innych osób lub powtarzanie własnych (echopraksja), wykonywanie obscenicznych gestów (kopropraksja);
 - **złożone tiki wokalne** – wydawanie więcej niż jednego dźwięku, powtarzanie po sobie lub innych osobach pojedynczych słów bądź ich sekwencji (echolalia), wypowiedanie wulgarnych słów i zwrotów (koprolalia).

U pacjentów z zespołem tików często stwierdza się towarzyszące zaburzenia psychiczne i emocjonalne, wśród których najczęściej występują:

- zespół nadpobudliwości z deficytem uwagi (ADHD),
- zaburzenia osobowości (labilność emocjonalna i uczuciowa, impulsywność, agresja),
- natręctwa i kompulsje,
- samookaleczenia (wyrywanie włosów, przygryzanie warg i języka i in.).

Występowanie tików u dziecka może być przyczyną jego negatywnej samooceny, ponadto zwłaszcza w skojarzeniu z ADHD i zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi, rzutuje na jego postępy w nauce, kontakty interpersonalne, szczególnie w środowisku rówieśniczym, budzi też duży niepokój rodziców.

D. Diagnoza

Według ICD-10, tiki, określane również jako zespół tików, należą do zaburzeń zachowania i emocji rozpoczynających się w dzieciństwie. Ze względu na czas trwania oraz charakter wyróżniono trzy podstawowe grupy:

- **tiki przejściowe** – czas ich trwania mieści się w granicach od 4 tygodni do 12 miesięcy, zawsze zaczynają się przed 18. r.ż., występują zazwyczaj w postaci mrugania, grymasów twarzy, potrząsania głową; objawy te po-

wtarzają się wielokrotnie w ciągu dnia, są najczęstszą manifestacją kliniczną zespołu tików, nie stwierdza się przyczyny organicznej;

- **tiki przewlekłe** – ruchowe lub wokalne, pojedyncze lub złożone, trwają powyżej 1 roku, choroba zaczyna się przed 18. r.ż., brak przyczyny organicznej;
- **zespół Gilles’a de la Tourette’a** – najcięższa postać zespołu tików, cechą charakterystyczną jest tu występowanie licznych tików ruchowych oraz wokalnych, prostych i złożonych, objawy występują wielokrotnie w ciągu dnia, codziennie lub okresowo przez przynajmniej 1 rok, u chorego mogą występować okresy wolne od tików, przy czym nie są one dłuższe niż 3 miesiące.
- Nasilanie się tików występuje w sytuacjach wzmożonego napięcia emocjonalnego i stresu.
- Tiki ulegają złagodzeniu w czasie wykonywania czynności pochłaniających uwagę chorego, nie występują w czasie snu.
- Podstawą prawidłowego rozpoznawania zespołu tików jest dobra znajomość ich morfologii. Brak wiedzy w tym zakresie u personelu medycznego może prowadzić do błędów diagnostycznych, co skutkuje nieodpowiednim postępowaniem terapeutycznym. Do najczęściej popełnianych błędów należy traktowanie:
 - pociągania nosem, kichania i chrząkania jak objawów alergii,
 - mrugania oczami jak wady wzroku,
 - kaszlu jak objawu schorzenia dróg oddechowych.
- Dziecko z podejrzeniem zespołu tików powinno zostać poddane wnikliwej obserwacji, nie tylko w gabinecie lekarskim, ale również w poczekalni (zdarza się, że dziecko, będąc w gabinecie, potrafi siłą woli zablokować występowanie tików, a po wyjściu tiki zostają wyzwolone ze zwielokrotnioną siłą).
- Ogromną rolę odgrywa również zebranie szczegółowego wywiadu od rodziców i samego pacjenta.
- Konsultujący psychiatrę powinien ocenić pacjenta pod kątem współistniejących problemów psychicznych i emocjonalnych.
- Cennym uzupełnieniem diagnostyki jest ocena dziecka przez specjalistów poradni psychologiczno-pedagogicznej, zwłaszcza w odniesieniu do osób z trudnościami w nauce.

E. Terapia

- Bezwzględnie stałą opieką neurologiczną powinni być objęci chorzy z najcięższą formą tików – zespołem Gilles’a de la Tourette’a.
- W doborze form terapii należy uwzględnić współistniejące zaburzenia, zwłaszcza ADHD, zaburzenia osobowości oraz zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Do niefarmakologicznych sposobów leczenia zalicza się:
 - terapię behawioralną,
 - techniki relaksacyjne i wizualizacje,

- psychoedukację,
- autohipnozę.
- Leczenie farmakologiczne powinno zostać włączone u osób ze znacznym nasileniem objawów, powodującym zaburzenia w codziennym funkcjonowaniu, poczucie wstydu i skrępowania, wycofywanie się z kontaktów towarzyskich, a co za tym idzie – wyraźne obniżenie jakości życia, nie powinno się jednak rozpoczynać go przed ukończeniem przez dziecko 6. r.ż.
- Do najczęściej stosowanych grup leków należą:
 - leki przeciwpsychotyczne typowe (np. haloperidol),
 - leki przeciwpsychotyczne atypowe (np. risperidon, olanzapina),
 - klonidyna,
 - blokery kanałów wapniowych,
 - baklofen,
 - klonazepam.
- U dzieci młodszych zaleca się rozpoczynanie leczenia od podawania klonidyny ze względu na niskie ryzyko objawów ubocznych, wśród których można wymienić senność i spadek ciśnienia tętniczego.
- U dzieci powyżej 13. r.ż. i osób o znacznym nasileniu objawów chorobowych (zespół Gilles’a de la Tourett’a) stosuje się leki przeciwpsychotyczne.
- W bardzo ciężkich przypadkach zespołu Gilles’a de la Tourett’a, przy braku poprawy po leczeniu farmakologicznym i uzyskaniu przez chorego pełnoletności, można rozważyć neurochirurgiczne leczenie operacyjne.

F. Rokowanie

- U większości dzieci tiki zmniejszą nasilenie bądź ustępują w czasie dorastania, zaś przedwczesne podanie leków może zahamować spontaniczną remisję.

12. ZABURZENIA PSYCHICZNE WIEKU PODESZŁEGO

A. Zespoły neurodementywne

- upośledzenie umysłowe,
- organiczne zaburzenia osobowości,
- ośpienie,
- urojeniowe i afektywne zaburzenia organiczne.

Zespoły neurodementywne przewlekłe (przewlekłe zespoły mózgowe):

- najczęściej nieuleczalne,
- całościowe zaburzenia funkcji psychicznych,
- spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu.

Najczęstsze objawy:

- labilność afektywna,
- impulsywność,

- zaburzenia pamięci,
- zaburzenia snu,
- ubóstwo mowy.

Czynniki sprzyjające powstawaniu zaburzeń neurodementyjnych:

- czynniki genetyczne,
- przewlekłe zatrucia (np. alkoholizm),
- zatrucia przemysłowe,
- zaburzenia metabolizmu (np. hipercholesterolemia),
- przewlekłe choroby somatyczne,
- wiek.

B. Zaburzenia otępienne

Objawy otępienia według DSM-IV:

- zaburzenia funkcji poznawczych (afazja, apraksja, agnozja lub zaburzenia planowania i abstrakcyjnego myślenia), pogorszenie pamięci (amnezja krótkoterminowa),
- znaczące pogorszenie ogólnego funkcjonowania.

Typy otępienia – podział etiologiczny:

- choroba Alzheimerera,
- naczyniowe,
- w konsekwencji zakażenia HIV,
- choroba Parkinsona,
- płasawica Huntingtona,
- choroba Picka.

Typy przebiegu otępienia:

- z wczesnym początkiem (< 65. r.ż.),
- z późnym początkiem (> 65. r.ż.),
- z delirium,
- z urojeniami,
- z depresją.

Potrzeby osób z otępieniem:

- miejsca,
- stabilności,
- aktywności,
- łaknienia, pragnienia,
- jakości życia,
- dokładności.

Choroba Alzheimerera (AD)

- postępujące otępienie spowodowane pierwotnym uszkodzeniem komórek nerwowych w OUN,

- brak przyczyn naczyniopochodnych,
- przebieg postępujący,
- prognoza – zgon.

Etiologia AD:

- β -amyloid i blaszki starcze,
- białko tau,
- deficyty transmisji acetylocholi-
ny,
- stres oksydacyjny,
- apolipoproteina E (ApoE),
- tło genetyczne.

Objawy AD:

- amnezja,
- apraksja,
- anomia,
- zaburzenia adaptacji społecznej,
- zmiany nastroju.

Diagnoza AD:

- **pewna**
 - prawdopodobne kryteria AD (wszystkie),
 - pozytywny wynik badania histopatologicznego (biopsja lub autopsja);
- **prawdopodobna**
 - początek między 40. a 90. r.ż.,
 - brak wyraźnych objawów majaczenia,
 - otępienie potwierdzone w badaniu psychiatrycznym, MMSE i neuro-
psychologicznym,
 - postępujące pogorszenie funkcji poznawczych,
 - deficyt pamięci,
 - brak wskaźników innego specyficznego otępienia,
 - kryteria wykluczające:
 - nagły początek,
 - napady drgawkowe na początku choroby,
 - objawy ogniskowe w pierwszym okresie choroby.

Terapia AD:

- donepezil (Aricept) – swoisty, odwracalny inhibitor estera-
zy acetylocholi-
nowej,
- rywastygmina (Exelon) – inhibitor estera-
zy acetylocholi-
nowej.

Różnicowanie AD:

- z chorobą Picka
 - wcześniejszy początek,
 - zmiany osobowościowe,
 - degeneracja kory czołowej;

- z chorobą Huntingtona
 - dziedziczenie autosomalne dominujące,
 - płasawica,
 - możliwość diagnostyki prenatalnej.

C. Depresje wieku podeszłego

- ryzyko zachorowania – 1,2–15,5%,
- nadreprezentacja samobójstw w wieku podeszłym.

Przyczyny:

- zaburzenia afektywne,
- depresje reaktywne,
- depresje w chorobach somatycznych,
- depresje w chorobach OUN,
- depresje jatrogenne.

Cechy kliniczne depresji w wieku podeszłym:

- przewlekłość,
- deficyty poznawcze (pseudodemencja),
- obecność chorób somatycznych/OUN.

Specyfika obrazu klinicznego:

- liczne dolegliwości somatyczne,
- depresja agitowana,
- urojenia nihilistyczne – zespół Cotarda,
- melancholia.

Współwystępowanie w chorobach somatycznych:

- nowotwory – 30–42%,
- cukrzyca – 8,5–27,3%,
- choroba niedokrwienna serca – 15–20%,
- nadciśnienie tętnicze – 9–25%,
- inne: reumatoidalne zapalenie stawów, deficyty zmysłów, przewlekłe zespoły bólowe.

Depresje wieku podeszłego towarzyszą takim zaburzeniom OUN, jak:

- choroba Parkinsona – 40–50%,
- choroba Alzheimera – 20–30%,
- udar mózgu – 30–70%.

Leki depresjogenne w wieku podeszłym:

- rezerpina,
- kortykosterydy,
- β -blokery,
- metyldopa,
- klonidyna,
- nifedypina,
- barbiturany,

- neuroleptyki,
- cytostatyki.

Zasady terapii:

- rozpoznanie depresji i chorób współistniejących,
- ocena deficytu poznawczego,
- ocena wpływu innych leków,
- wybór leku ze względu na jego bezpieczeństwo,
- ocena stopnia interakcji,
- ustalenie dawki.

PIŚMIENICTWO

1. *American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Annual of Mental Disorders*. 4th edn., APA, Washington 1994.
2. *American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (wyd. 4. popr.) Washington, DC: Author DSM-IV-TR 2000.
3. *Anonimowi Alkoholicy*. Wyd. Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce, Warszawa 1999.
4. Baird G, Charman T, Baron-Cohen S, et al. A screening instrument for autism at 18 months of age: a 6-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 694–702.
5. Ballenger JC, et al. Consensus statement on the primary care management of depression from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl. 7): 54–61.
6. Barnhill JW, Taylor N. *A jeśli to...: zaburzenia odżywiania*. Prószyński i S-ka, Warszawa 2001.
7. Berkow R, red. *MSD Manual: podręcznik diagnostyki i terapii*. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1995.
8. Bettelheim B. *The empty fortress: infantile autism and the birth of self*. Free Press, New York 1967.
9. Bilikiewicz A, red. *Psychiatria*. PZWL, Warszawa 2004.
10. Cameron A. *Psychiatria*. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2005.
11. Cape J, McCulloch Y. Patients' reasons for not presenting emotional problems in general practice consultations. *Br J Gen Pract* 1999; 49 (448): 875–879.
12. Carson CR, Butcher JN, Mineka S. *Psychologia zaburzeń*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
13. Charman T. The prevalence of autism spectrum disorders: recent evidence and future challenges. *Eur Child Adol Psychiatry* 2002; 11: 249–256.
14. Conrad B. *Tics/Tourette-Syndrom. Bewegungsstoerungen in der Neurologie*. Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 1996; VII: 186.
15. Czapliński A, Steck AJ, Fuhr P. Zespół tików. *Neurol Neurochir Pol* 2002; 36, 3: 493–504.
16. Czernikiewicz A.: *Psychiatria. Wykłady dla studentów*. Akademia Medyczna, Gdańsk 1998.

17. Danysz A, Kleinrok Z, red. *Podstawy farmakologii dla lekarzy, farmaceutów i studentów medycyny*. Wydawnictwo Volumed, Wrocław 1996.
18. Dykcik W, Szychowiak B, red. *Nowatorskie i alternatywne metody w teorii i praktyce pedagogiki specjalnej*. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2001.
19. European CNS Advisory Board: *Management of farcietty disorders*. Padua, 1995.
20. Fahn S. *Ruchy mimowolne*. [W:] Rowland LP, red. *Neurologia Merrita*. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2004.
21. Fahn S. *Zespół Gilles de la Tourette'a*. [W:] Rowland LP, red. *Neurologia Merrita*. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2004.
22. Fahn S, Burke RE. *Późne dyskinezy i inne zespoły kliniczne wywołane przez neuroleptyki*. [W:] Rowland LP, red. *Neurologia Merrita*. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2004.
23. Formański J. *Psychologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.
24. Friedman A. *Choroby układu nerwowego*. [W:] Kozubski W, Liberski PP, red. *Choroby układu nerwowego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
25. Gajewska-Zbiegień Z, Gadamska T, Szilagyi-Pągowska I i wsp. Zaburzenia tikowe u dzieci – część I. *Med Wieku Rozw* 2001; V, 2: 165–172.
26. Green L, Catalan J. *Mental health problems in people with diabetes*. [In:] *Textbook of Diabetes 2 Pickup*. J. Turin 2003: 64.1–64.13.
27. Gulla B. *Psychoterapia osób chorych somatycznie*. UJ Instytut Psychologii Stosowanej Materiały nieopublikowane, dostęp: 03.11.2007.
28. Habrat B. *Szkody zdrowotne spowodowane alkoholem*. Springer PWN, Warszawa 1996.
29. Habrat B. Osoby z problemami alkoholowymi – rozpoznawanie i postępowanie. *Przew Lek* 2000; 3: 86–91.
30. Habrat B. Postępy farmakoterapii uzależnienia od tytoniu, alkoholu i opioidów. *Terapia* 2006; 12 (187): 13–18.
31. Herman Lewis J. *Przemoc: uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1998.
32. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967; 11: 213–218.
33. International Molecular Genetics Study of Autism Consortium: A full genome screen for autism with evidence for link age to region of chromosome 7q. *Hum Mol Genetics* 1998; 7: 571–578.
34. Iwanicka A. Znaczenie higieny psychicznej w profilaktyce zaburzeń psychosomatycznych. *Ann Acad Med Silesiensis* 2006; 60, 6: 554–556.
35. Jaklewicz H. *Autyzm wczesnodziecięcy: próba wyróżnienia postaci klinicznych*. [W:] Dykcik W, red. *Autyzm kontrowersje i wyzwania*. Wydawnictwo Eruditus, Poznań 1994
36. Jakubik A. *Osobowość aleksytymiczna*. [W:] Grochowska A, red. *Wokół psychologii osobowości*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa 2002.
37. Janik P. Leczenie w zespole Gilles de la Tourette'a. *Neurol Neurochir Pol* 2005; 39, 4 (Supl. 3): 525–529.
38. Jankovic J. Botulinum toxin in the treatment of dystonic tics. *Mov Disord* 1994; 9: 347.
39. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child* 1943; 2: 217–250.
40. Kapler L. *Granice terapii uzależnienia i psychoterapii*. Dostęp: 10.04.09, URL: <http://www.psychologia.edu.pl/index.php?dz=strony&op=spis&id=2403>.

41. Kawula S. *Rodzina o skumulowanych czynnikach patogennych*. [W:] Kawula S, Brągiel J, Janke A, red. *Pedagogika rodziny: Obszary i panorama problematyki*. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 1998.
42. Kielinen M, Linnas A, Moilanen I. Autism in Northern Finland. *Eurp Child Adol Psychiatry* 2000; 9: 162–167.
43. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: rewizja 10: opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa 1997.
44. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa 2000.
45. Komender J. Psychiatria dzieci i młodzieży: postępy w pediatrii w roku 2002. *Medycyna Praktyczna Pediatria* 2003/02 [cyt. 02.04.2007]. Dostępny na URL: <http://www.mp.pl/artykuly/index.php?aid=14891>
46. Komender J, Jagielska G, Tomaszewicz-Libudziec C. *Powikłania somatyczne w leczeniu jadłowstrętu psychicznego*. [W:] Bomba J, Józefik B, red. *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu*. Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP, Kraków 2003.
47. Konopczyński M. *Twórcza resocjalizacja*. MEN, Warszawa 1996.
48. Konopnicki J. *Niedostosowanie społeczne*. PWN, Warszawa 1971.
49. Kozielec BJ, Jagielska G. *Całościowe zaburzenia rozwoju*. [W:] Wolańczyk T, Komender J, red. *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005: 68–86.
50. Kruk-Lasocka J. *Pedagogika dzieci z autyzmem i zespołami psychozopodobnymi*. [W:] Dykcik W, red. *Pedagogika specjalna*. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2005: 275–287
51. Kubacka-Jasiecka D. *Psychosomatyka*. Wykład wygłoszony w Towarzystwie Lekarskim w Krakowie w 2005 r.
52. Kurpas D. *Badanie psychiatryczne*. [W:] Steciwko A, red. *Vademecum umiejętności praktycznych lekarza rodzinnego*. Akademia Medyczna, Wrocław 2007: 377–382.
53. Kurpas D, Kaczmarek M. *Uzależnienie od alkoholu – kryteria rozpoznania, etiologia i diagnostyka*. [W:] Steciwko A, Wojtal M, Żurawickiej D, red. *Pielęgnacyjne i kliniczne aspekty opieki nad chorymi: wybrane zagadnienia*. T. 2. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2009: 55–64.
54. Kurpas D, Kaczmarek M. *Terapia uzależnienia od alkoholu*. [W:] Steciwko A, Wojtal M, Żurawickiej D, red. *Pielęgnacyjne i kliniczne aspekty opieki nad chorymi: wybrane zagadnienia*. T. 2, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2009: 65–73.
55. Kurpas D, Kaczmarek M, Steciwko A. *Zaburzenia zachowania u dzieci i młodzieży*. [W:] Pirogowicz I, Steciwko A, red. *Dziecko i jego środowisko: promocja zdrowia i profilaktyka chorób w pediatrii*. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2007: 125–134.
56. Kurpas D, Kaczmarek M, Steciwko A. *Psychogenne zaburzenia odżywiania w praktyce lekarza rodzinnego*. [W:] Steciwko A, Mastalerz-Migas A, red. *Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego*. T. 10: *Kardiologia, nefrologia, diabetologia, gastroenterologia, pediatria, psychiatria, okulistyka*. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2007: 108–123.

57. Kurpas D, Steciwko A. *Zaburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego*. [W:] Steciwko A, red. *Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego*. T. 7: *Kardiologia, nefrologia, diabetologia, alergologia, pulmonologia, psychiatria, ginekologia, pediatria*. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2006: 146–155.
58. Kurpas D, Steciwko A. *Zaburzenia lękowe w praktyce lekarza rodzinnego*. [W:] Steciwko A, red. *Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego*. T. 7: *Kardiologia, nefrologia, diabetologia, alergologia, pulmonologia, psychiatria, ginekologia, pediatria*. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2006: 156–161.
59. Kurpas D, Steciwko A. Opieka nad pacjentem z zaburzeniami psychicznymi i jego rodziną w praktyce lekarza rodzinnego. *Lekarz* 2007; 1–2: 20–25.
60. Kurpas D, Steciwko A. Metody diagnostyki i terapii zaburzeń depresyjnych u pacjentów w wieku podeszłym w praktyce lekarza rodzinnego. *Terapia* 2008; 16, 9, 2 (214): 79–80, 82–84.
61. Lewicki A, red. *Psychologia kliniczna*. PWN, Warszawa 1974.
62. Luban-Plozza B, Poldinger W, Kroger F, Wasilewski B. *Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995.
63. Łazowski J. *Problemy psychosomatyczne w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy*. PZWL, Warszawa 1978.
64. Marey C, Delalleau B. Actualites therapeutiques. Suppl a l’Edition. *JAMA* 1990: 66–70.
65. Marra F, Lynd L, Coombes M. Antibiotics in infancy linked to immune ills. *Autism Res Rev Int* 2006; 20, 1: 5–6.
66. Mastalerz-Migas A, Fluder E, Fluder R, Steciwko A. *Psychiczne i fizyczne aspekty uzależnień*. [W:] Steciwko A, red. *Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego*. Tom 3. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2002.
67. Mellibruda J. *Psychologiczna koncepcja mechanizmów uzależnienia*. Dostęp: 10.04.09, URL: <http://www.ipz.edu.pl/index.php?dz=czytelnia&op=opis&id=29>.
68. Midro AT. Genetyczne podłoże Zespołu Retta: gen MECP2. *Neurol Dziec* 2001; 10 (19): 71–83.
69. Midro AT. Poradnictwo genetyczne w zespole Retta: część I: diagnoza fenotypowa i molekularna. *Prz Pediatr* 2002; 32 (2): 98–102.
70. Moll GH, Rothenberger A. Nachbarschaft von Tic. *Nervenarzt* 1999; 70: 1.
71. Morrison J. *Kiedy objawy psychiczne maskują choroby ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
72. Naidu S. Rett Syndrome a disorder affecting early brain growth. *Ann Neurol* 1997; 42: 3–10.
73. Namysłowska I. Zaburzenia odżywiania: jadłowstręt psychiczny i bulimia. *Przew Lek* 2000; 6: 88–91.
74. *National Center for Clinical Infant Programs. Diagnostic classification: 0–3. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. NCCIP, Washington 1994.
75. Pecyna M. *Rodzinne uwarunkowania zachowania dziecka w świetle psychologii klinicznej*. WSiP, Warszawa 1998.
76. Pisula E. *Małe dziecko z autyzmem: diagnoza i terapia*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
77. Podbielska M, Podbielski J. Terapia zaburzeń psychicznych w udarach mózgu. *Terapia* 2008; 16, 1 (204): 23–25.

78. Popielarska A. *Etiologia i patogenezę zaburzeń psychicznych u dzieci*. [W:] Popielarska A, red. *Psychiatria wieku rozwojowego*. PZWL, Warszawa 1989.
79. Prater ChD, Zylstra ED. Autism: a medical primer. *Am Family Physicians* 1, 2002; 66, 9: 1667–1673.
80. Preskorn SH. *Depresja – postępowanie w lecznictwie otwartym. Podręcznik dla lekarzy praktyków*. Triangulum M.B.P., Wrocław 2004.
81. *Przegląd kierunków działania Al-Anon i Al-ateen*. Wyd. Stowarzyszenie Grup Rodzinnych Al-Anon, Poznań 2002.
82. Pużyński S.: *Depresja i zaburzenia afektywne*. PZWL, Warszawa 1996.
83. Pużyński S, Kalinowski A. Zasady leczenia nawracających zaburzeń afektywnych. *Terapia* 2005; 11 (172): 4–21.
84. Rabe-Jabłońska J, Urban M. *Śmiertelność i przyczyny zgonów w przebiegu jadłowstrętu psychicznego*. [W:] Rabe-Jabłońska J, red. *Powikłania somatyczne jadłowstrętu psychicznego*. Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP, Kraków 2006.
85. Rajewski A. *Całościowe zaburzenia rozwoju*. [W:] Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria. T. 2. Psychiatria kliniczna*. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002.
86. Rajewski A, Rajewska-Rager A. *Wskazania do hospitalizacji w przebiegu zaburzeń odżywiania*. [W:] Józefik B, Pilecki M, red. *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: podejścia, metody, techniki. T. 2*. Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP, Kraków 2005.
87. Rimland B. Supplement do testu FORM E–2. *Autism Research Institute* 2005; 19: 3, 2.
88. Robertson MM. Tourette syndrome, associated conditions and the complexities of treatment. *Brain* 2000; 123: 425.
89. Ruble LA, Scot MM. Executive functions and natura habitat behaviors of children with autism. *Autism* 2002; 6: 365–381.
90. Samochowiec J. Czynniki genetyczne w uzależnieniu alkoholowym. *Neuropsychiatr Neuropsychol* 2007; 2, 2: 54–56.
91. Sartorius N, et al. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on Psychological Disorders in Primary Health Care. *Br J Psychiatry* 1996, 168 (Suppl. 30): 38–43.
92. Schopler E. *Implementation of TEACCH philosophy*. [In:] Cohen DJ, Volkmar FR, editors. *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. 2nd ed. Wiley & Sons, New York 1997: 767–795.
93. Seltzer MM, Abbeduto L, Wyngaarden-Krauss M, et al. Comparison groups in autism family research: Down Syndrome, Fragile X Syndrome and Schizophrenia. *J Autism Devel Dis* 2004; 34, 1: 41–48.
94. Selye H. *The stress of life*. Mc Graw-Hill, New York 1976.
95. Sheinkopf SJ, Siegel B. Home-based behavioral treatment of young children with autism. *J Autism Devel Dis* 1998; 28 (1): 15–23.
96. Sloane PD, Slatt LM, Curtis P, *Medycyna rodzinna*. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1998.
97. Stone W. *Autism in infancy and early childhood*. [In:] Cohen DJ, Volkman ER, editors. *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. John Wiley & Sons, New York 1997: 266–282.
98. Szewczyk L, Kulik A. *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Psychosomatyka*. Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2001.

99. Świącki A. *Historia i klasyczne ujęcie alkoholizmu*. Dostęp: 10.04.09, URL: <http://www.psychologia.edu.pl/index.php?dz=czytelnia&op=opis&id=126>.
100. Świącki A. *Formy pomocy osobom uzależnionym od alkoholu*. Dostęp: 10.04.09, URL: <http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=4>.
101. Tomb DA. *Psychiatria*. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1998.
102. Towbin KE, Mauk JE, Batshaw MI. *Pervasive developmental disorders in children with disabilities*. In: 5th ed., Batshaw ML, editor. Paul H. Brookes Publishing Co., Baltimore 2002.
103. Tylka J. Modyfikacja zachowania typu A jako podstawa prewencji pierwotnej i wtórnej choroby niedokrwiennej serca. *Przeegl Psychol* 1999; 42, 4: 69–82.
104. Tylka J. *Psychosomatyka*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa 2000.
105. Wąsik-Sibrecht M. *Profilaktyka i wczesne rozpoznanie zaburzeń odżywiania wśród młodzieży: punkt konsultacyjny dla chorych na zaburzenia odżywiania się i ich rodzin*. Poznań 2005.
106. WHO: Mental Health Collaborating Centres. Pharmacotherapy of depressive disorder. A consensus statement. *J Affect Disord* 1989; 17: 197–198.
107. WHO: *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. WHO. Geneva 1992.
108. Włodawiec B. *Koncepcja psychologicznych mechanizmów uzależnienia Jerzego Mellibrudy*. Dostęp: 10.04.09, URL: <http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=342>.
109. Wolańczyk T, Kołakowski A, Skotnicka M. *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci*. Wydawnictwo „Biofolium”, Lublin 1999.
110. Wojnar M, Araszkiwicz A. Badanie rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych. *Lęk i Depresja* 2001; 1 (6): 23–37.

PROCES PIELEGNOWANIA PSYCHICZNIE CHOREGO

1. POTRZEBY CHOREGO Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

Stan psychiki pacjenta jest uzależniony od zaawansowania choroby i wpływa na jego funkcjonowanie w codziennym życiu. W procesie pielęgnacji psychicznie chorego istotne jest rozpoznanie jego specyficznych potrzeb oraz pomoc w ich zaspokojeniu.

A. Potrzeba odżywiania

Skutkiem zaburzeń psychicznych może być m.in. chęć zagłodzenia się z powodu tendencji samobójczych, urojenia depresyjne (chory uważa, że nie jest godny jedzenia), urojenia prześladowcze (chory jest przekonany, że pokarmy są zatrute), bunt przeciwko pobytowi w szpitalu czy utrata świadomości własnych potrzeb i poczucia głodu.

Pomoc w zaspokojeniu potrzeby odżywiania:

- obserwowanie ilości przyjmowanych posiłków i płynów,
- ustalenie przyczyny odmowy przyjęcia posiłku,
- nakłanianie i zachęcanie do spożywania posiłków, proponowanie dodatkowych posiłków w mniejszych ilościach,
- skuteczne karmienie chorego – dostarczenie niezbędnych składników pokarmowych nawet, gdy sam nie przyjmuje posiłków, np. karmiąc przez zgłębnik,
- dokumentowanie przyjmowanych przez pacjenta posiłków i płynów, ewentualne podawanie płynów wyrównujących gospodarkę wodno-elektrolitową w kroplowym wlewie dożylnym (na zlecenie lekarza),
- podjęcie próby zorganizowania posiłku pacjenta w nietypowych warunkach, np. w odosobnieniu czy w obecności rodziny, ustalenie wraz z chorym rodzaju przyjmowanych posiłków i płynów,
- sprawdzanie ciepłoty potraw,
- dbanie o jakość, warunki i estetykę spożywania posiłków,
- pomoc chorym słabym i niepełnosprawnym,
- zwrócenie uwagi na pacjentów jedzących łapczywie, zjadających posiłki innych chorych czy resztki pokarmowe (niebezpieczeństwo zachłyśnięcia, uduszenia, zagrożenie niestrawnością),
- kontrolowanie wypróżnień, kontrolowanie masy ciała (dokumentacja).

B. Potrzeba bezpieczeństwa

Poczucie bezpieczeństwa jest niezbędne dla utrzymania równowagi wewnętrznej. Jego brak u chorego psychicznie może mieć związek ze zmianą środowiska, brakiem zaufania do otoczenia i uzależnieniem od innych osób. Utrata poczucia bezpieczeństwa może być również spowodowana urojeniami prześladowczymi lub zachowaniem przebywających w oddziale agresywnych pacjentów. Aby zwiększyć poczucie bezpieczeństwa, należy zadbać o to, by pacjent miał zaufanie do personelu, wierzył w rzetelną opiekę i skuteczną pomoc oraz eliminować czynniki powodujące u chorego poczucie zagrożenia.

Zagrożenia bezpieczeństwa chorego wynikające z zaburzeń psychotycznych mają związek z impulsywnymi reakcjami i tendencjami do samouszkodzeń, a nawet samobójstwa. Konieczna jest więc dyskretna, systematyczna obserwacja i zapewnienie choremu bezpieczeństwa w różnych sytuacjach przez całą dobę.

C. Potrzeby związane z higieną i estetyką wyglądu chorego

Szczególnie w ostrych zaburzeniach psychicznych chorzy tracą potrzebę czystości i poczucie estetyki. Nie dbają o czystość ciała i wygląd zewnętrzny. Wśród chorych są osoby, które same wykonują czynności higieniczne, są takie, którym należy przypomnieć o tych czynnościach oraz są takie, które wymagają pomocy lub też mycia, kąpienia i ubierania.

Przywracaniu i podtrzymywaniu u chorego umiejętności z zakresu utrzymywania higieny i estetyki wyglądu służą prowadzone przez pielęgniarki treningi umiejętności „dbanie o higienę i estetykę wyglądu” (patrz s. 201).

D. Potrzeba ruchu

Zmniejszenie aktywności towarzyszy zaburzeniom psychicznym szczególnie w stanach depresyjnych, dlatego konieczne jest stymulowanie różnych form aktywności chorego odpowiednio do jego stanu.

Wskazane jest organizowanie codziennej gimnastyki porannej, a dla niektórych pacjentów spaceru i inne zajęcia ruchowe również poza oddziałem szpitalnym.

Pacjent w stanie osłupienia katatonicznego jest narażony na powstanie przykurczów i zaników mięśniowych. Aby zapobiec tym zmianom, należy chorych uruchamiać, stosując gimnastykę bierną i czynną.

E. Potrzeba snu i wypoczynku

Zaburzenie snu jest częstym objawem występującym u chorych psychicznie. Najczęstsze skargi to trudności w zasypianiu, wczesne budzenie, sen przerywany lub całkowita bezsenność. Ważne jest, aby zapewnić chorym dobre warunki snu i spokój w czasie nocy.

Działania w celu zapewnienia choremu wystarczającej ilości snu:

- rozpoznanie charakteru (przerywany, niespokojny, powierzchowny), stopnia i przyczyn zaburzeń snu oraz stanów wzmożonego napięcia psychicznego, odnotowywanie liczby godzin snu,

- rozmowa z chorym na temat charakteru występujących u niego zaburzeń snu,
- poznanie sposobów dotychczasowego samodzielnego radzenia sobie pacjenta z bezsennością,
- sugerowanie choremu regularnego udawania się na spoczynek,
- zmniejszenie napięcia emocjonalnego związanego z bezsennością,
- przeprowadzenie rozmowy terapeutycznej w celu umożliwienia odreagowania emocjonalnego,
- przypomnienie choremu o potrzebie snu w porze nocnej (także u innych chorych),
- odradzanie pacjentowi spania podczas dnia, aby zwiększyć możliwość snu nocnego,
- zorganizowanie odpowiednio dużej aktywności w ciągu dnia,
- podawanie leków przeciwpsychotycznych w miarę możliwości przed snem, aby chory nie był senny w ciągu dnia,
- pomoc w zapewnieniu choremu higienicznych warunków snu:
 - stosowanie przed snem technik relaksacyjnych, takich jak: ciepła kąpiel, ćwiczenia rozluźniające, słuchanie muzyki, czytanie, rozmowa,
 - stosowanie treningów relaksacyjnych,
 - picie przed snem ciepłych napojów, jak mleko czy ziołowa herbata, ograniczenie picia kawy i mocnej herbaty w godzinach wieczornych,
 - unikanie spożywania przed snem ciężkostrawnych posiłków i dużej ilości płynów,
 - ewentualne wyprowadzanie chorego do ubikacji przed snem,
 - unikanie palenia co najmniej godzinę przed snem – nikotyna może działać pobudzająco,
 - eliminowanie hałasu, światła – likwidowanie czynników rozpraszających,
 - zapewnienie wygodnego łóżka, czystej bielizny, właściwego mikroklimatu sali (temperatura 18–20°C, wilgotność 50–60%),
 - jeżeli chory nie może zasnąć lub wybudza się w nocy, nie powinien pozostawać w łóżku, tylko zająć się czymś odprężającym do momentu ponownego wystąpienia uczucia senności,
- dyskretne obserwowanie czy chory śpi,
- stosowanie środków farmakologicznych (po uzgodnieniu z lekarzem).

Właściwe warunki odpoczynku to dobra organizacja dnia chorego i estetyka otoczenia. Chorym można organizować odpoczynek czynny, taki jak: zajęcia rozrywkowe, wyjście do kina, spacer, praca w ogrodzie.

F. Potrzeba działania

Praca jest jedną z istotnych potrzeb człowieka. Niemożność wykonywania pracy stanowi również dla chorego psychicznie duży problem, może on czuć się bezużyteczny.

Formy pracy, jakie możemy zaproponować choremu zależnie od jego stanu, to włączenie do pewnych prac w oddziale, praca w samorządzie pacjentów, pomoc innym pacjentom, terapia zajęciowa w pracowniach czy praca w zakładzie pracy chronionej. Wykonywanie pracy wypełnia czas chorego i daje poczucie przydatności oraz stabilizacji (patrz s. 203).

G. Potrzeba kontaktu z ludźmi

Przebywając w oddziale szpitalnym pacjent jest izolowany od bliskich. Aby zmniejszyć tę izolację, należy udostępnić i ułatwić kontakt chorego z rodziną oraz pomagać w nawiązaniu kontaktu z innymi chorymi.

Skutkiem choroby psychicznej jest utrudniony kontakt pacjenta z otoczeniem wynikający z zaburzeń psychicznych, jak również często z niewłaściwego stosunku otoczenia wobec niego. Przywróceniu właściwych relacji z innymi ludźmi służy nawiązywanie i utrzymywanie kontaktu terapeutycznego z chorym.

H. Potrzeba poszanowania godności osobistej

Poszanowanie godności to jedna z podstawowych moralnych powinności osób pomagających podopiecznym. Z godnością wiąże się ufność i szczerłość. Człowiek wymaga szacunku, taktu i podmiotowego traktowania, ma prawo do samostanowienia o sobie. Wykroczenia przeciwko godności człowieka chorego psychicznie to m.in. lekceważenie, wyśmiewanie, zdradzanie tajemnic chorego czy zwracanie się do niego przez formę „ty”.

I. Potrzeba kontaktu emocjonalnego (potrzeby uczuciowe)

Osoba niekochana, pozbawiona czyjegoś zainteresowania czuje się nieszczęśliwa. W kontakcie z chorym staramy się podtrzymywać obustronnie pozytywną interakcję. Okazywanie troskliwości i życzliwości powoduje, że chory czuje, iż jest przedmiotem zainteresowania i sympatii.

J. Potrzeba sensu życia

Poczucie braku sensu życia dotyka wielu pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Realizacja tej potrzeby odbywa się m.in. przez uaktywnianie chorego w ramach terapii zajęciowej oraz uspołecznianie we współpracy z innymi chorymi. Pacjent musi widzieć celowość i użyteczność wykonywanej pracy, a jego wysiłek powinien być spontaniczny, a nie wymuszony.

K. Potrzeby kulturalne

Pobyt chorego w oddziale nie powinien uniemożliwiać zaspokajania tych potrzeb. Należy dostarczać pacjentowi wrażeń, których jest częściowo pozbawiony. Zajęcia kulturalne winny być odpowiednio dobrane do zainteresowań, wieku i poziomu intelektualnego chorych. Formy zajęć, jakie można pacjentom organizować, to m.in. czytelnictwo, zajęcia artystyczne, gry i zabawy, zajęcia świetlicowe, oglądanie filmów, wycieczki czy korzystanie z oferty pracowni terapii zajęciowej.

Zadaniem personelu pielęgniarskiego jest rozpoznanie i skuteczne zaspokajanie specyficznych potrzeb chorego psychicznie. Organizm ludzki można wyobrazić sobie jako figurę geometryczną (np. okrąg) – oznacza to stan równowagi. Jakikolwiek przerwanie ciągłości tego okręgu symbolizuje zaburzenie równowagi. Okrąg można zamknąć uzupełniając brakujący element – im bardziej ten element jest specyficzny i dopasowany, tym lepiej figura będzie zamknięta – potrzeba zrealizowana i zaspokojona.

2. ZASADY PSYCHOPIELĘGNACJI

- Zasada **empatii, serdeczności i bezwarunkowej akceptacji** pacjenta, niezależnie od form jego zachowania
 - empatia: zdolność do wczuwania się w przeżycia chorego – umożliwia zrozumienie sensu wysyłanych przez niego komunikatów werbalnych i niewerbalnych.
- Zasada **swobody ekspresji i poszanowania integralności** pacjenta (struktura psychofizyczna)
 - ekspresja: pacjent ma prawo wyrażać wszystko, z wyjątkiem tego, co zagraża zdrowiu lub życiu jego bądź innych osób.
- Zasada **samoodpowiedzialności, wolności wyboru i podejmowania ryzyka** (zależnie od stanu psychicznego pacjenta). W odpowiednim zakresie należy choremu dać możliwość podejmowania decyzji co do własnej osoby. Wolność wyboru odnosi się m.in. do metod leczenia i pielęgnacji. Pacjent ma prawo podjąć ryzyko nowych zachowań pod naszą kontrolą. Często nie może sobie na to pozwolić w środowisku domowym.
- Zasada **nawiązywania i podtrzymywania obustronnie satysfakcjonującej interakcji z chorym**. Dla podtrzymania interakcji potrzebna jest pielęgniarsce wiedza o sposobach komunikowania się. Często przez pierwsze tygodnie pacjent jest wyłączony z życia społecznego w oddziale z powodu występowania ostrych objawów choroby i przyjmowania dużych dawek neuroleptyków.
- Zasada **udzielania użytecznej i prawidłowej informacji zwrotnej**. Wszystkie sygnały werbalne i niewerbalne powinny spotkać się z odpowiednią do sytuacji reakcją personelu. Okazujemy i mówimy choremu co nam się podoba lub nie w jego postawie i zachowaniu, lecz nie w formie oceny czy komplementu.
- Zasada **rozwijania świadomości świata wewnętrznego i zewnętrznego**. Pacjent musi być w kontakcie ze sobą i przynajmniej jedną osobą z otoczenia. Należy odnieść nierealne doświadczenie chorego (np. urojenia) do rzeczywistości, np. pacjent wie, że ma poczucie zagrożenia, ale nie wpływa ono z zagrożenia ze strony innych osób.

- Zasada **bieżącej analizy własnych trudności** w interakcji z pacjentem i zespołem medycznym. Można analizować trudności na zasadzie wymiany doświadczeń, również na własny użytek.
- Zasada **pielęgnowania „tu i teraz”**. Nie można przenosić emocji i postaw z przeszłości na to, co dzieje się teraz. Należy uczyć się wyrażania stanów emocjonalnych.
- Zasada **maksymalnej ochrony i rozwoju pacjenta**. Jest wstępem do psychoterapii. Nie proponujemy pacjentowi niczego, czego sami nie potrafimy zrobić, pacjent jest przecież w gorszym stanie psychofizycznym. Musimy wiedzieć, na czym polega proponowane ćwiczenie lub zadanie.

3. NAWIĄZYWANIE I UTRZYMYWANIE KONTAKTU Z CHORYM PSYCHICZNIE

Specyfika pracy z osobami zaburzonymi psychicznie wymaga od pielęgniarki określonych cech osobowości oraz motywacji do pracy w psychiatrii. Powinna ona posiadać umiejętność tworzenia leczniczej atmosfery oraz w sposób dojrzały i oryginalny utrzymywać kontakt terapeutyczny w duchu zaufania, z uwzględnieniem indywidualności pacjenta.

Podstawą komunikacji terapeutycznej jest poznanie chorego, jego potrzeb, oczekiwań, a także wyobrażeń. W komunikacji tej mieści się przekazywane w formie werbalnej i niewerbalnej wsparcie psychiczne udzielane pacjentowi odpowiednio do jego sytuacji i problemów.

Komunikowanie terapeutyczne jest pomocą kierowaną do osób, które mają problemy z własnymi emocjami, myślami i nie potrafią postrzegać prawidłowo otaczającej rzeczywistości. Celem komunikacji jest również ułatwienie choremu wyrażania emocji wobec innych ludzi.

Ważnym elementem komunikowania jest pierwszy kontakt z chorym, którego atmosfera i przebieg wpływają zasadniczo na dalsze relacje w procesie leczenia. Założenia kontaktu terapeutycznego dotyczą rozwoju nawiązanej relacji, rozpoznania aktualnego problemu oraz udziału pacjenta i jego rodziny w procesie opieki. Interakcje, jakie zachodzą między pacjentem a pielęgniarką, są uzależnione od osobowości i stanu psychicznego pacjenta, osobowości i umiejętności zawodowych pielęgniarki oraz obiektywnych warunków instytucji, w której przebiega terapia.

Celem komunikacji między pielęgniarką a pacjentem w relacji terapeutycznej jest:

- nawiązanie, rozwój i utrzymanie więzi terapeutycznej,
- umożliwienie pacjentowi wpływania na to, co proponuje mu pielęgniarka w ramach swoich działań,
- prawidłowe prowadzenie procesu pielęgnowania:
 - rozpoznanie potrzeb i problemów pacjenta,
 - zaplanowanie z pacjentem i jego rodziną indywidualnego planu opieki,
 - realizacja działań pielęgniarskich wobec pacjenta,

- wymiana informacji,
- zaspokajanie potrzeb społecznych pacjenta,
- kontrolowanie i ocena rezultatów sprawowanej opieki i terapii.

Cel indywidualny jest stosowny do potrzeb chorego i może to być np. wzrost poczucia własnej wartości, obniżenie lęku, nauka radzenia sobie w określonych sytuacjach czy korekta nieprawidłowych spostrzeżeń, myślenia, odczuwania, działania oraz zapobieganie pogłębianiu i utrwalaniu tych zaburzeń.

Osoba pomagająca przekazuje pozytywne informacje, uświadamia możliwości, mocne strony, wzmacnia aspekty osobowości, które mają wpływ na wzięcie za siebie większej odpowiedzialności. Komunikowanie terapeutyczne pomaga w ulepszeniu kontaktów z innymi ludźmi, a także adaptacji do sytuacji, gdy jej zmiana jest niemożliwa. Związki z ludźmi mogą zostać przywrócone, jeżeli pacjent uświadomi sobie, co dotychczas mu w tym przeszkadzało. Jest to forma kontaktu zachęcająca do wyrażania uczuć i myśli. Pozwala na korygowanie nieprawidłowych, nielogicznych spostrzeżeń. Stanowi podstawę do samorealizacji i wzrostu świadomości co do swoich problemów i oczekiwań.

W rozmowie psychiatrycznej dążymy do zrozumienia uczuć podopiecznego i określenia ich znaczenia. Sposób porozumiewania się z chorym nie może pogłębiać i utrwalać zaburzonego sposobu postrzegania i myślenia, odczuwania i działania. Musi uwzględniać poszanowanie godności pacjenta, jego prawa do odmiennego zachowania wynikającego z choroby.

Istotna jest akceptacja chorego takim, jaki jest, czyli zachowanie wyrażające szacunek do pacjenta, uznające jego godność i wartość. Nie należy mylić akceptacji z absolutną swobodą. Staramy się zbliżyć w sposób taktowny i cierpliwy do wewnętrznych przeżyć chorego i uzyskać jego współpracę. Należy pomóc mu nauczyć się żyć na nowo w świecie powszechnych kodów i znaczeń społecznych.

Osiągnięcie celu komunikacji terapeutycznej możemy zaobserwować w postawie chorego, który np. przestaje odczuwać samotność, właściwie ocenia swoją chorobę, zmniejsza dystans między sobą a otoczeniem. Pielęgniarka staje się łącznikiem między światami chorego i społeczeństwa. Wymagana jest od niej postawa tolerancji i akceptacji bez osądzania i oceniania. Nie może wartościować chorych z moralnego punktu widzenia. Powinna unikać postawy karzącej i kontrolować swoje emocje wobec objawów choroby.

Zachowanie pacjenta z psychozą nie jest dobre lub złe tak, jak nie jest też dobry czy zły pacjent gorączkujący. Jest objawem choroby i jako takie należy je traktować.

Cechy pielęgniarki jako osoby kompetentnej w relacji terapeutycznej to: prawdomówność, szczerłość, wyciszenie własnych emocji, skupienie na problemach pacjenta, postawa empatii, zdolność do afilacji (okazywania ciepła) i umiejętność zachęcania do kontaktu. Istotne znaczenie dla efektywnej komunikacji ma również możliwość uświadamiania sobie własnych przeżyć wewnętrznych oraz doświadczeń.

Błędy, których należy unikać w rozmowie z chorymi psychicznie:

- omawianie i interpretowanie objawów patologicznych bez wyraźnej potrzeby,

- krytykowanie wypowiedzi chorego,
- okazywanie zdumienia i zaskoczenia wypowiedziami chorego,
- reagowanie śmiechem na dziwaczne zachowania i wypowiedzi,
- unikanie wyjaśnień dotyczących współpracy i leczenia,
- używanie języka niezrozumiałego dla pacjenta.

Fazy kontaktu terapeutycznego:

- **faza orientacji** – wzajemne zapoznawanie się, zdobywanie zaufania, wzajemna wymiana informacji między pielęgniarką a pacjentem – pielęgniarkę cechuje serdeczność, spontaniczność, sympatia do chorego, chęć niesienia pomocy;
- **faza identyfikacji** – pacjent darzy pielęgniarkę zaufaniem, oczekuje od niej zainteresowania, poświęcenia czasu, występuje z inicjatywą i żądania-
mi – w tej fazie chory może identyfikować się z pielęgniarką, co może powodować, że nie radzi sobie bez jej pomocy;
- **faza zgłębiania osobowości pacjenta** – pielęgniarka jest przewodnikiem i „zwierciadłem” dla chorego, w jej postawie i reakcjach widzi siebie, jakim jest lub jak widzą go inni;
- **faza zakończenia interakcji** – pacjent staje się dojrzały emocjonalnie, niezależny, nie wymaga już wsparcia psychicznego, gdyż rozwiązał swoje problemy.

Relacja pielęgniarka – pacjent powinna przebiegać według następujących etapów:

- **aktywność – pasywność:** działanie należy do osoby oferującej pomoc, a osoba wspomagana poddaje się różnym formom oddziaływania;
- **prowadzenie – współdziałanie:** relacja zależnościowa, jednak z pewną aktywnością osoby wspomaganej, która wykonuje zalecenia osoby pomagającej;
- **wspólne uczestnictwo:** występuje wspólna decyzja osoby wspomaganej i pomagającej co do sposobu pomagania; osoba wspomagana korzysta z wiedzy, umiejętności i kompetencji pomagającego, ale polega także na własnym osądzie sytuacji, występuje z własną inicjatywą;
- **osoba wspomagana jako główny dawca:** wspomagający pełni funkcję asystenta, który na wyraźne życzenia partnera relacji wspiera go swoją kompetencją, podpowiada pewne rozwiązania, ale decyzje podejmuje osoba rozwiązująca problem;
- **samoopieka:** pacjent jest zdolny do samodzielnego rozwiązania problemu i nie ma potrzeby, aby ktokolwiek udzielał mu wsparcia.

W przedstawionym modelu osiągamy cel skutecznej pomocy, przechodząc od bezradności osoby potrzebującej pomocy, przez stopniowy wzrost jej samodzielności i zwiększony udział w procesie terapii, aż do przejścia pełnej odpowiedzialności za siebie i swoje działanie.

Terapeutyczne formy kontaktu:

- **dostrzeżenie pacjenta i zachodzących u niego zmian;**

- **oferowanie swojej obecności;**
- **aktywne słuchanie – cechy „dobrego” słuchania:**
 - silna motywacja do słuchania,
 - zdolność do pełnego odbioru i możliwie trafnej interpretacji (skupienie na sygnałach werbalnych i niewerbalnych),
 - brak stereotypowych nastawień,
 - koncentracja na treści, a nie formie komunikatu,
 - odróżnianie obserwacji od wnioskowania,
 - otwarta i życzliwa postawa wobec nadawcy,
 - trafna selekcja głównych punktów wypowiedzi,
 - tworzenie atmosfery sprzyjającej wypowiedziom,
 - reagowanie na treści wypowiedzi oraz kryjące się w niej uczucia,
 - świadomość własnych nawyków w słuchaniu,
 - zwracanie uwagi na chorego,
 - dzielenie odpowiedzialności za komunikowanie,
 - obecność fizyczna,
 - utrzymanie kontaktu wzrokowego,
 - słuchanie całości komunikatu (treść i towarzyszące uczucia),
 - okazywanie empatycznego rozumienia (pozwala na wejście w świat przeżyć chorego),
 - obserwowanie sygnałów niewerbalnych,
 - przyjmowanie akceptującej postawy wobec chorego psychicznie,
 - odczytywanie swego stanu (jak wpływa na słuchanie),
 - zakończenie słuchania przez osobę pomagającą;
- **klaryfikacja** – wyrażenie tego, jak odebraliśmy komunikat, co wydaje się najważniejsze (komunikat zwrotny);
- **odzwierciedlenie** – kierowanie do chorego pytań zwrotnych, skłania podopiecznego do zastanowienia się nad swymi przemyśleniami, nazwania tego, co czuje;
- **poświadczenie** – sprawdzanie przez pacjenta, czy został dobrze zrozumiany;
- **informowanie** – rzetelna informacja, wyjaśnianie wątpliwości, aby chory nie miał błędnej oceny sytuacji – zmniejsza niepokój, niepewność, zagubienie, daje poczucie bezpieczeństwa;
- **wyjaśnianie i uzgadnianie znaczeń** – eliminowanie niejasności, wątpliwości;
- **identyfikowanie mocnych stron** (pomocne przy rozwiązywaniu problemów);
- **milczenie terapeutyczne** – cisza w kontakcie psychiatrycznym jest twórcza, wpływa na stan emocjonalny pacjenta, pogłębia nieujawnione uczucia, skłania do ich nazywania;
- **eksploracja** – pogłębianie komunikacji, sięganie głębiej w przeżycia (problemy) pacjenta;
- **modelowanie** – objaśnianie zachowań komentarzem ułatwia choremu opisanie swego stanu emocjonalnego (ewentualne użycie przenośni);

- **umożliwienie szerokiego otwarcia** i zachęcenie do kontynuowania, oddanie pacjentowi inicjatywy w rozmowie – zachęcamy chorego do dyskusji sygnałami pozawerbalnymi, przy czym przestrzegamy zasad, takich jak:
 - dawanie pacjentowi czasu na znalezienie właściwych słów do wyrażenia uczuć,
 - empatia,
 - stawianie pytań otwartych,
 - pytanie o kwestie psychospołeczne i o problemy fizyczne,
 - wyjaśnianie psychospołecznych komentarzy pacjenta, jego gestów lub tonów,
 - podsumowanie tego, co (zdaniem pomagającego) mówi pacjent,
 - proponowanie wyjaśnienia tego, co pacjent może czuć lub chce powiedzieć;
- **urealnianie i słowne wyrażanie wątpliwości** (dotyczy zaburzeń spostrzegania i myślenia), pozwala wypowiedzieć odrębne zdanie, bez obrażania chorego i zmuszania go do przyjęcia innej wersji – jest bodźcem do ponownego przeanalizowania swej opinii;
- **proponowanie współpracy i planowanie** – traktujemy pacjenta jako zdolnego do podejmowania decyzji, bierzemy pod uwagę jego propozycje, pacjent ma poczucie, że pewne sprawy są od niego zależne;
- **parafrazowanie** – powtarzanie pewnych elementów wypowiedzi pacjenta (technika zbliżona do klaryfikacji);
- **wspieranie** – dodawanie choremu otuchy, okazywanie zrozumienia dla dręczących go uczuć, łagodzenie napięć, emocji, mobilizowanie do współpracy, uświadomienie sił drzemiących w nim samym;
- **interpretowanie** – komentowanie pewnych treści rozmowy – daje to choremu możliwość pełniejszego uświadomienia sobie własnych uczuć i ewentualnego sprostowania i uzupełnienia tego, co chciał powiedzieć;
- **podsumowanie** – zebranie, utrwalenie i ewentualne zweryfikowanie treści komunikatów;
- **budowanie nadziei i pocieszanie** – brak nadziei powoduje, że chory traci kontakt z otoczeniem, nie dostrzega celu życia, nie chce współpracować w leczeniu.

Stosowanie terapeutycznych form kontaktu w procesie pielęgnowania umożliwia nawiązywanie, podtrzymywanie, pogłębianie i kończenie kontaktu terapeutycznego.

Nieterapeutyczne formy kontaktu:

- uspokajanie chorego – bagatelizowanie niepokoju pacjenta,
- odrzucanie myśli i zachowań, odmowa,
- aprobata – sankcjonowanie myśli i zachowań pacjenta,
- dezaprobata – negatywna ocena myśli i zachowań pacjenta,
- wyrażanie zgody na wszystkie formy zachowania pacjenta,
- niezgoda – stawanie w opozycji do sądów pacjenta,
- doradzanie – mówienie pacjentowi, co ma robić,
- sondowanie – naciskające wypytywanie pacjenta,

- wyzwanie – domaganie się od pacjenta dowodów,
- testowanie – ocena stopnia wglądu pacjenta w chorobę,
- obrona kogoś lub czegoś wobec słownego ataku pacjenta,
- żądanie wyjaśnień – dowodów, przyczyn dla swych myśli, uczuć, wydarzeń, zachowania,
- wskazywanie na istnienie zewnętrznych źródeł – przypisywanie źródeł myśli, uczuć, zachowań wpływom zewnętrznym,
- pomniejszanie znaczenia wyrażanych uczuć – niewłaściwy osąd stopnia dyskomfortu pacjenta,
- stereotypowe komentarze – frazesy, banały,
- udzielanie dosłownych odpowiedzi – uznanie symboli za fakty,
- zaprzeczanie istnieniu problemu,
- zmiana tematu w trakcie rozmowy.

Ważnymi elementami nawiązywania kontaktu są niewerbalne elementy komunikacji, które mają dawać choremu pozytywny sygnał, np. kontakt wzrokowy podobnie jak skinienie głowy działa jako wzmocnienie. Istotną rolę odgrywają gesty oraz inne ruchy ciała, a także ton głosu, który wyraża emocje. W komunikacji z pacjentem ważny jest więc sposób, w jaki się na niego patrzy, jak się do niego mówi, a także otoczenie i atmosfera.

Dzięki właściwej komunikacji pielęgniarka pomaga w opanowaniu stresu, bezradności i lęku, w łagodzeniu objawów psychotycznych. Przywraca nadzieję, poczucie zadowolenia, pobudza do aktywności, pomaga w podejmowaniu decyzji i dokonywaniu wyborów.

Charakter pracy pielęgniarki wytycza pewne granice relacji terapeutycznej. Jej kontakt z pacjentem mimo szczerości i bezpośredniości powinien mieć charakter zawodowy oparty na profesjonalizmie, kompetencji, wzajemnym zaufaniu oraz szacunku.

4. ZADANIA PIELEGNIAKarki W POSZCZEGÓLNYCH ETAPACH PROCESU PIELEGNOWANIA CHOREGO Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

Proces pielęgnowania to racjonalne, oparte na przesłankach naukowych i wiedzy postępowanie pielęgniarki. Proces pielęgnowania polega na:

- systematycznym gromadzeniu danych o pacjencie i środowisku oraz analizie w celu wyłonienia tego co w zakresie opieki jest najważniejsze,
- ustalaniu planu opieki pielęgniarskiej wynikającego z diagnozy, pozwalającego na skuteczne jej realizowanie,
- ocenianiu rezultatów uzyskanych w procesie pielęgnowania z wyciągnięciem wniosków na przyszłość.

Cechy procesu pielęgnowania:

- wieloetapowość,

- ciągłość i dynamika,
- możliwość realizowania go w każdej sytuacji (zdrowiu, chorobie, u dziecka, u dorosłego).

4.1. I ETAP PROCESU PIELĘGNOWANIA – ROZPOZNANIE STANU PACJENTA I JEGO ŚRODOWISKA

A. Gromadzenie danych o pacjencie i środowisku

Źródła danych:

- Dokumentacja – m.in. skierowanie do szpitala, historia choroby, raport pielęgniarki, wyniki badań diagnostycznych.
- Wywiad (zebranie danych, jak również ich interpretacja i wartościowanie):
 - wiek, stan cywilny, wykształcenie, zawód, praca, źródło utrzymania, warunki materialne i mieszkaniowe,
 - sytuacja rodzinna, z kim mieszka; rodzina/opiekun,
 - wcześniejsze hospitalizacje psychiatryczne,
 - przyczyna przyjęcia do oddziału, krytycyzm wobec choroby,
 - aktualne samopoczucie, dolegliwości, myśli samobójcze,
 - sen (ile godzin sypia w nocy), łaknienie, wydalanie,
 - choroby współistniejące, dysfunkcje (czy korzysta ze sprzętu kompensującego), uczulenia, nałogi,
 - zainteresowania, sposób spędzania wolnego czasu,
 - relacje z otoczeniem, osoba, z którą chory kontaktuje się najchętniej.

Zbieranie danych powinno być poprzedzone przedstawieniem się pielęgniarki i uzyskaniem zgody pacjenta na rozmowę. Przed pierwszym wywiadem należy się upewnić, czy chory jest zorientowany co do własnej osoby i otoczenia. Pytania należy formułować jasno i tak, aby nie sugerować odpowiedzi, zwłaszcza gdy dotyczą zaburzeń lub dysfunkcji.

Podczas wywiadu niezbędna jest kultura szeroko pojętej mowy, umiejętność aktywnego słuchania, a także komunikacji niewerbalnej.

- Informacje ze środowiska, m.in. rodziny, sąsiadów, pielęgniarki środowiskowej, pracownika socjalnego.
- Obserwacja chorego:
 - stan somatyczny – pomiar parametrów, zwrócenie uwagi na podstawowe zaburzenia ze strony poszczególnych układów (układ nerwowy, sercowo-naczyniowy, oddechowy, pokarmowy, kostny, moczowo-płciowy, zmysły, skóra, włosy);
 - stan psychiczny – podstawowe możliwości umysłowe: rozumienie, zapamiętywanie, przypominanie; możliwości w zakresie myślenia; orientacja co do własnej osoby, otoczenia, świadomość celu przebywania w szpitalu, orientacja w oddziale; stosunek do zaistniałej sytuacji, stanu zdrowia, hospitalizacji, szpitala, personelu; rozumienie i okazywanie

swojej choroby, nastroj, zachowanie, kontakt z otoczeniem, objawy psychopatologiczne;

– wygląd zewnętrzny (sylwetka, wyraz i mimika twarzy, ubiór, czystość itp.).

- Określenie sytuacji pacjenta jako członka rodziny i społeczeństwa – wzajemne relacje członków rodziny i otoczenia.

Dane o chorym psychicznie obejmują sferę psychiczną, społeczną, jak również biologiczną.

W pierwszym etapie procesu pielęgnowania pielęgniarz określa bieżące i indywidualne konsekwencje kliniczne, psychologiczne oraz społeczne choroby, metod leczenia i rehabilitacji dla pacjenta i jego najbliższego otoczenia.

W gromadzeniu informacji należy zwrócić uwagę na subiektywność przeżyć chorego, dzięki czemu można stworzyć optymalny, zindywidualizowany plan i program pielęgnacji.

B. Analiza zgromadzonych danych – analizujemy poszczególne elementy zgromadzonych danych o chorym.

C. Formułowanie diagnozy pielęgnarskiej

Pielęgniarka ustala, co w zakresie opieki nad chorym wymaga jej działań oraz kto i w jakim zakresie może być w tę opiekę zaangażowany. Problemy pacjenta powinny być określone według hierarchii ważności, a kryteria priorytetów to m.in.:

- ranga problemu, potrzeba, której niezaspokojenie narusza funkcjonowanie organizmu, np. odmowa przyjmowania posiłków, lęk;
- szczególne zagrożenie lub uciążliwość, jakie może spowodować nierozwiązanie problemu, np. objawy uboczne i powikłania leczenia czy brak wsparcia ze strony rodziny;
- częstość występowania zjawiska, np. systematyczne odmawianie przyjęcia leków, łamanie zakazów regulaminowych, np. trzymania w oddziale alkoholu lub narkotyków;
- łatwość osiągnięcia celu jako zachęta do podjęcia aktywności u pacjentów z deficytami, np. w przewlekłej schizofrenii czy zaburzeniach neurodegeneracyjnych;
- dostępność środków, jakimi dysponujemy, m.in. liczba i kompetencje personelu.

W ustalaniu priorytetów może brać udział pacjent oraz osoby, które będą zaangażowane w opiekę nad nim.

Z rozpoznania pielęgnarskiego wynikają cele i zadania pielęgnowania, które powinny być jednoznaczne i realne zarówno dla pacjenta, jak i dla pielęgniarzki. Konieczne jest również określenie miejsca, warunków i czasu koniecznego do ich zrealizowania, kryteriów sukcesu i sposobów sprawdzenia, czy cel został osiągnięty.

4.2. II ETAP PROCESU PIELĘGNOWANIA – PLANOWANIE OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NA PODSTAWIE USTALONEGO ROZPOZNANIA Z UWZGLĘDNIENIEM TYCH ODDZIAŁYWAŃ, KTÓRE UMOŻLIWIAJĄ ZASPOKOJENIE JEDNOSTKOWYCH POTRZEB PACJENTA

Planowanie należy poprzedzić określeniem celu podejmowanych działań pielęgniarskich odpowiednio do poszczególnych elementów diagnozy.

Wskazane jest przeanalizowanie planu pod kątem dodatkowych szans i zagrożeń jego realizacji, a także ewidentnych atutów i słabych punktów.

Uczestnictwo pacjenta i jego rodziny w planowaniu opieki jest ważne i przyspiesza osiągnięcie celu, jednak obserwujemy, że część chorych i ich rodzin nie jest w stanie współpracować w procesie pielęgnowania.

4.3. III ETAP PROCESU PIELĘGNOWANIA – REALIZACJA PLANU OPIEKI

W tym etapie pielęgniarka konsekwentnie wykonuje zaplanowane zadania, dążąc do osiągnięcia określonych celów przy stałej i bieżącej weryfikacji planu opieki. Dobiera adekwatne metody i środki służące realizacji pierwotnego planu pielęgnacji. Kompetentna pielęgniarka psychiatryczna wybiera:

- optymalne zabiegi (interwencje) pielęgniarskie, akceptowane przez chorego i jego rodzinę,
- działania zaspokajające największą liczbę potrzeb,
- opiekę pielęgniarską, która przygotowuje pacjenta do samoopieki lub korzystania z opieki nieprofesjonalnej.

W miarę poprawy stanu chorego zwiększa się udział metod pielęgnacyjnych, które zmierzają do zwiększenia roli pacjenta w zaspokajaniu własnych potrzeb.

4.4. IV ETAP PROCESU PIELĘGNOWANIA – OCENIANIE OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ (EWALUACJA)

Jest to świadome i systematyczne porównywanie stanu pacjenta, który uzyskano po zastosowaniu odpowiednio dobranych metod pielęgnowania z indywidualnymi celami opiekuńczymi dla pacjenta i jego środowiska.

W ocenianiu występuje analizowanie realizowanej opieki, a następnie formułowanie oceny. Odpowiadamy na pytania: czy opieka była skuteczna?, w jakim stopniu?, co wpłynęło na niemożność osiągnięcia celu opieki?, jak można w przyszłości uniknąć przeszkód w realizacji opieki?

W przebiegu procesu pielęgnowania ważne jest nawiązanie i utrzymanie terapeutycznego kontaktu z chorym, którego celem jest m.in. uświadomienie mu nowej sytuacji, w jakiej znalazł się w związku z chorobą.

Proces pielęgnowania w oddziale psychiatrycznym musi uwzględniać:

- zadania wynikające ze stanu psychicznego chorych, ze szczególnym uwzględnieniem niebezpiecznych tendencji,
- zagadnienia więzi ze środowiskiem rodzinnym i społecznym oraz mające związek z sytuacją zawodową,
- zadania związane z wiekiem,
- zadania związane z sytuacją prawną chorego,
- zadania wynikające ze stanu somatycznego pacjenta,
- zadania wynikające z procesu leczenia i rehabilitacji.

Do szczegółowych zadań realizowanych w procesie pielęgnowania przez pielęgniarkę psychiatryczną należą:

- wykazywanie szczególnej ostrożności oraz dbałości o pacjenta, jego dobro osobiste i interesy,
- wykazywanie życzliwości i zrozumienia dla problemów pacjenta, a tym samym zdobycie jego zaufania, pomoc i umożliwienie utrzymania kontaktów z rodziną i innymi osobami,
- umożliwienie prowadzenia niekontrolowanej korespondencji i kontaktu telefonicznego z osobami z zewnątrz,
- pomoc w odzyskiwaniu zdolności do przezwycięzania trudności życia codziennego,
- pomoc w sprawach osobistych,
- umożliwienie praktyk religijnych i opieki duszpasterskiej,
- pomoc w zapewnieniu nieskrępowanego kontaktu z najbliższymi w terminalnej fazie choroby,
- współpraca z instytucjami pomocy społecznej w zakresie spraw bytowych pacjentów,
- zachęcanie do uczestnictwa w zajęciach rehabilitacyjnych.

5. DOKUMENTACJA PROCESU PIELEGNOWANIA

Cel – odzwierciedlenie tego, co wykonuje pielęgniarka, w formie dokumentu, indywidualizacja i wysoki poziom opieki, efekty ekonomiczne.

Dokumentowanie procesu pielęgnowania może być dokonywane według różnych wzorów, w zależności od specyfiki danego zakładu opieki zdrowotnej i przyjętych ustaleń.

Przykład dokumentacji procesu pielęgnowania przedstawiono w Załączniku (propozycja wg C. Ugniewskiej).

Taki wzór arkusza danych o pacjencie może służyć pielęgniarce jako przewodnik do gromadzenia danych o chorym i jego środowisku w celu ustalenia diagnozy pielęgniarskiej.

Nastawienie na odbiór, spostrzeganie oraz rejestracja i trafna interpretacja treści zakodowanych w sygnałach płynących od pacjenta wymaga od pielęgniarki psychiatrycznej wrażliwości interpersonalnej, głębokiej wiedzy o człowieku jako o organizmie funkcjonującym w płaszczyznach biologicznej i psychospołecznej oraz umiejętności korzystania z niej w praktyce psychiatrycznej. Pielęgniarka to dla pacjenta ktoś bliski, kto daje wsparcie, pomaga w różnych sytuacjach, jest zawsze gotowy wysłuchać, wyjaśnić, uczy, mobilizuje do podejmowania wysiłku, wspiera przy podejmowaniu decyzji, okazuje akceptację i szacunek. Stanowi integralną część zespołu terapeutycznego aktywnie uczestnicząc w leczeniu i rehabilitacji chorego.

Zintegrowany charakter procesu pielęgnowania przejawia się w równoczesnym i równoważnym respektowaniu różnorodnych potrzeb pacjenta w aspekcie fizjologicznym, psychologicznym, a także w ścisłym sprzężeniu z odpowiednimi etapami procesu leczenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Kępiński A. *Poznanie chorego*. PZWL, Warszawa 1989.
2. Motyka M. *Pielęgnowanie a pomoc psychiczna w chorobie*. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1999.
3. Nęcki Z. *Komunikowanie interpersonalne*. Ossolineum, Wrocław, Warszawa, Kraków 1992.
4. Ugniewska C. *Pielęgniarstwo psychiatryczne i neurologiczne*. PZWL, Warszawa 1996.
5. Wilczek-Rużyczka E. *Komunikowanie się z chorym psychicznie*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
6. Wilczek-Rużyczka E. *Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.

ZAŁĄCZNIK

ARKUSZ DANYCH O PACJENCIE Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI ORAZ JEGO ŚRODOWISKU

I. Dane o pacjencie i środowisku

1. Imię i nazwisko wiek
2. Stan cywilny stan rodzinny
3. Adres zamieszkania
z kim mieszka
warunki mieszkaniowe
4. Osoba opiekująca się chorym (imię i nazwisko, adres, telefon)
5. Wykształcenie zawód
6. Wykonywana praca pełniona funkcja
7. Źródło utrzymania
8. Pełnione role społeczne
9. Sposób spędzania wolnego czasu
10. Upodobania
11. Nałogi (kawa, alkohol, inne środki, podać ilość)
12. Przyzwyczajenia dotyczące snu, żywienia, higieny, wypoczynku, ćwiczeń fizycznych, rozkładu dnia itp.

II. Dane o hospitalizacji i stanie zdrowia

1. Pobyt w szpitalu psychiatrycznym
pierwszy kolejny
2. Stan prawny (na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego):
 - a) pisemna zgoda chorego lub jego przedstawiciela ustawowego
 - b) zgoda sądu opiekuńczego
 - c) przyjęcie bez zgody chorego
3. Bezpośrednia przyczyna hospitalizacji
4. Diagnoza lekarska
5. Czas trwania kolejnych remisji
6. Przebyte choroby, w tym nosicielstwo chorób
7. Skłonność do alergii (na co jest uczulony)
8. Funkcjonowanie układów:
 - nerwowego,
 - krążenia,
 - oddechowego,
 - pokarmowego,
 - kostno-stawowo-mięśniowego,
 - moczowego,
 - płciowego

9. Narządy zmysłów

- wzrok,
- słuch,
- skóra

III. Stan psychiczny pacjenta

1. Jaki jest aktualny stosunek pacjenta do choroby: zaprzecza, pomniejsza, wyolbrzymia, akceptuje diagnozę lekarską.
2. Jak pacjent reaguje na chorobę i hospitalizację (podkreśl lub dopisz): lękiem, strachem, gniewem, agresją, przygnębieniem, apatią, niepokojem, obojętnością, podekscytowaniem itp.
 - choroba jest dla pacjenta ulgą, przeszkodą, stratą, korzyścią, wartością (podkreśl lub dopisz)
 - w jakim stopniu choroba utrudnia pacjentowi życie osobiste, rodzinne, zawodowe i blokuje jego potrzeby i dążenia?
 - czy pacjent chce się leczyć? (tak, nie)
 - czy pacjent zgadza się na proponowane leczenie? (tak, nie)
 - czy będzie współpracował z pielęgniarką? (tak, nie)
 - czy pacjent chciałby coś zmienić w swojej sytuacji (zmiana oddziału, zespołu leczącego, sali, proponowanego programu leczenia, punktów regulaminu oddziału itp.)?
 - jakie ma trudności w adaptacji do pobytu szpitalu?
 - jakie ma życzenia dotyczące odwiedzin?
 - kto jest dla pacjenta znaczącą osobą, którą chciałby widywać częściej niż inne?
 - jakie ma doświadczenia, ewentualnie przeżycia z poprzednich hospitalizacji?
 - czego chciałby uniknąć? co mu wówczas najbardziej pomogło w jego sytuacji?
 - które z zajęć terapeutycznych lubi najbardziej?, które zajęcia go męczą lub drażnią?

Osobowość pacjenta i właściwości jego procesów psychicznych

Dzieciństwo i młodość:

- **rodzina** – wychowany przez rodziców, dziadków, krewnych, sieroctwo, jednak, liczne rodzeństwo, którym jest dzieckiem z kolei, środowisko z którego pochodzi, stan materialny rodziny;
- **atmosfera domu** – bezpieczeństwo, wzajemna miłość, wsparcie, jasne reguły i akceptowane wymagania, nadmierna pobłażliwość, brak zainteresowania dziećmi, nadopiekuńczość, dyscyplina, zakazy, nakazy, nadmierna surowość, kary cielesne;
- **rodzice lub opiekunowie** – dominujący, agresywni, impulsywni, osądający, karzący, skonfliktowani między sobą, rozgrywający swoje sprawy z udziałem

łem dzieci, żyjący zgodnie, kochający się, religijni, dbający wzajemnie o autorytet wobec dzieci;

- **kontakty z rówieśnikami** – wychowywany w domu, w przedszkolu, aprobowany, lubiany, towarzyski, dominujący, częste konflikty z dziećmi, izolujący się, preferowany rodzaj zabawy;
- **zapamiętane silne przeżycia z wczesnego dzieciństwa;**
- **szkoła** – w jakim wieku rozpoczął naukę, uczył się dobrze, źle, przeciętnie, czy sprawiał kłopoty nauczycielom, czy odczuwał niechęć do chodzenia do szkoły i czym się to przejawiało – wagary, bójki, ucieczki, powtarzanie klasy;
- **młodość** – zainteresowania, grupy rówieśnicze, hobby, pierwsze doświadczenia z płcią przeciwną (wiek), dominujące uczucia na wspomnienie o młodości;
- **objawy nieprzystosowania w dzieciństwie i młodości** – moczenie nocne, jąkanie się, tiki, grymasy, obgryzanie paznokci, lęki nocne, nadmierna nieśmiałość, fobie itp.

Dojrzałość:

- **zdobycie wykształcenia i zawodu** – zgodnie z zamiłowaniem, pod presją rodziców, nie lubi swojego zawodu, jest usatysfakcjonowany wyborem, osiągnął zadowolenie, sukces zawodowy, jest doceniany, dobrze wynagradzany, samodzielny w pracy, awansuje, stanowisko kierownicze, praca łatwa, trudna, obciążająca psychicznie, monotonna, jest niedoceniany, dyskryminowany, zagrożony zwolnieniem z pracy;
- **służba wojskowa** (tak, nie) – silne przeżycia, szok, upokorzenie, zadowolenie, zdobycie zawodu;
- **małżeństwo** – pierwsze, następne, rozwód, separacja, porzucenie, konflikty, zazdrość, niedobrane, zgodne, kochające, dobrane, wspólne zainteresowania, oparcie;
- **dzieci** (posiada, nie posiada) – małe, dorosłe, samodzielne, studiujące, sprawiające kłopoty (jakie), ustabilizowane;
- **role społeczne** (pełni, nie pełni) – polityczne, zawodowe, społeczne, pełni chętnie, niechętnie, nie wywiązuje się, zrezygnował;
- **przeżycia traumatyzujące** – śmierć bliskich, choroba przewlekła, katastrofa, uwięzienie, utrata współmałżonka (śmierć, odejście, rozwód), utrata pracy, brak środków do życia, utrata mienia, prestiżu itp.

Stan psychiczny pacjenta w chwili przyjęcia na oddział:

- **wygląd zewnętrzny** – ubiór, higiena, budowa ciała (otyłość, wychudzenie), wygląd a wiek pacjenta, wyraz twarzy (mimika sztywna, twarz maskowata), wyraz oczu, postawa ciała, tiki, grymasy itp.;
- **zachowanie się oraz nastroj pacjenta** – spokojny, pobudzony psychomotorycznie, nieruchomy, stereotypie, zachowuje się dziwnie, niespokojny, zmanierowany, nastrój obojętny, chwiejny, wesoły, żywy, smutny, przygnębiony, napięty, sztywny, niedostosowany;

- **zaburzenia spostrzegania, uwagi, pamięci, myślenia** – omamy, iluzje, trudności ze skupieniem uwagi, rozpraszanie, zanik pamięci, luki pamięciowe, konfabulacje, niepamięć wsteczna i następcza, omamy pamięciowe, rozkojarzenie myślenia i rozerwanie wątków myślowych, przyspieszenie, spowolnienie, zatamowanie myślenia, gonitwa myśli, urojenia;
- **zaburzenia świadomości i orientacji** – senność patologiczna, zawężenie pola świadomości, przymglenie świadomości, majaczenie, zamroczenie, splątanie, orientacja w miejscu, czasie, sytuacji własnej;
- **inteligencja** – mowa, zdolność komunikowania się, poczucie choroby psychicznej, treść pytań, jakie zadaje pacjent, bogactwo słownictwa, właściwe używanie terminów, myślenie abstrakcyjne, poziom zrozumienia tego, o czym się rozmawia, gadatliwość, małomówność, wady wymowy, neologizmy, brak poczucia choroby psychicznej, niedostateczne lub przesadne poczucie choroby, nastawienie hipochondryczne, krytycyzm wobec zjawisk chorobowych dawnych i obecnych;
- **orientacja w sprawach zdrowia** – pacjent potrafi identyfikować swoje potrzeby i zna sposoby ich zaspokajania, radzi sobie ze stresem, właściwie wykorzystuje mechanizmy obronne, współpracuje z lekarzem i pielęgniarką, jest zdolny do samoopieki, ma satysfakcjonujące relacje z rodziną i środowiskiem, jest świadomy zagrożeń dla zdrowia psychicznego, ewentualnie ujawnia braki w części lub całości opisanych umiejętności i cech;
- **życie popędowe** – obniżenie lub zanik, skłonności samobójcze, skłonność do działań impulsywnych.

VII

Donata Kurpas, Marta Kaczmarek,
Halina Miturska

ZASADY BADANIA PACJENTA Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

1. WYWIAD I ZASADY BADANIA PSYCHIATRYCZNEGO

Badanie psychiatryczne jest uwarunkowane jego celem, miejscem badania, charakterystyką osoby badanej.

Podczas badania psychiatrycznego zachodzi potrzeba ustanowienia relacji interpersonalnej z pacjentem oraz uzyskania niezbędnych informacji do diagnozy i terapii.

A. Typy badania psychiatrycznego:

- ogólne badanie psychiatryczne,
- badanie psychiatryczne w sytuacji doraźnej,
- konsultacja psychiatryczna.

Ogólne badanie psychiatryczne:

- sytuacja: rozmowa w cztery oczy, spokojne miejsce bezpieczne dla pacjenta,
- format: wywiad,
- dodatkowe informacje:
 - dokumentacja medyczna,
 - badanie ogólne,
 - testy diagnostyczne,
 - wywiad od bliskich,
- minimalny czas trwania: godzina.

Cele ogólnego badania psychiatrycznego:

- postawienie rozpoznania,
- zebranie danych do sformułowania planu terapii,
- sformułowanie planu początkowej interwencji terapeutycznej w celu zapewnienia poczucia bezpieczeństwa.

Cele badania psychiatrycznego w sytuacji:

- doraźnej
 - postawienie wstępnej diagnozy psychiatrycznej lub identyfikacja tych przyczyn zaburzeń psychicznych, które wynikają ze stanu ogólnego pacjenta,
 - identyfikacja czynników środowiskowych istotnych dla wstępnej interwencji,
 - określenie zdolności pacjenta do współpracy w dalszej diagnozie oraz zagrożeń dla życia pacjenta,
 - określenie potrzeby hospitalizacji lub jej braku;

- konsultacji
 - określenie diagnozy psychiatrycznej i jej związku z potrzebą konsultacji,
 - propozycja dalszego postępowania konsultacyjnego i terapeutycznego,
 - określenie miejsca dalszej terapii.

B. Specyfika badania psychiatrycznego związana z miejscem badania:

- pacjent w szpitalu psychiatrycznym,
- pacjent ambulatoryjny,
- opieka medyczna niepsychiatryczna.

C. Domeny badania psychiatrycznego:

- przyczyna badania,
- wywiad na temat obecnego zaburzenia psychicznego,
- wywiad psychiatryczny,
- wywiad somatyczny,
- wywiad na temat nadużywania substancji psychoaktywnych,
- wywiad na temat rozwoju psychosocjalnego,
- wywiad na temat funkcjonowania socjalnego,
- wywiad na temat funkcjonowania szkolnego/zawodowego,
- wywiad rodzinny,
- obecne dolegliwości somatyczne,
- badanie stanu somatycznego,
- badanie aktualnego stanu psychicznego,
- aktualny poziom funkcjonowania w rolach psychosocjalnych,
- testy diagnostyczne,
- wrażenia badającego wynikające z przeprowadzonego badania.

D. Metody zbierania informacji:

- rozmowa,
- dodatkowe źródła informacji,
- użycie strukturalizowanych narzędzi badawczych,
- użycie testów diagnostycznych,
- praca zespołu interdyscyplinarnego,
- badanie pacjenta pod wpływem leku i/lub w sytuacji unieruchomienia,
- badanie fizykalne.

E. Zasady zbierania wywiadu biopsychosocjalnego:

- **główne skargi (aktualne);**
- **wywiad dotyczący obecnego zaburzenia:** dynamika rozwoju objawów, postawy dziecka i rodziców w odniesieniu do objawów, wpływ zaburzenia na funkcjonowanie dziecka i rodziny, stresory, poprzednie rodzaje terapii (typy, efekty, czas trwania, objawy uboczne);
- **poziom aktualnego rozwoju:** nawyki, zdolności motoryczne i poziom ogólnej aktywności, mowa i język, umiejętności szkolne, hobby, zainteresowa-

nia, relacje z rówieśnikami, przyjaźnie, relacje z członkami rodziny i innymi znaczącymi dorosłymi, ryzykowne zachowania, zachowania seksualne;

- **przegląd objawów** zaburzeń funkcji psychicznych i zaburzeń zachowania;
- **stan somatyczny** aktualny;
- **wywiad:** medyczny, neurologiczny, psychiatryczny;
- **historia rozwoju psychosocjalnego:** ciąża i poród, okres noworodkowy, niemowlęcy oraz wczesne dzieciństwo; temperament, kroki milowe, przebieg nauki w szkole;
- **wywiad psychosocjalny i psychiatryczny każdego z rodziców;**
- **wywiad dotyczący funkcjonowania małżeństwa rodziców;**
- **wywiad medyczny rodzinny;**
- **aktualne funkcjonowanie rodziny:** możliwości.

1.1. FAZY WYWIADU PSYCHIATRYCZNEGO (LEKARSKIEGO)

I. Wprowadzenie (1–2 min):

- 1) zmniejszenie lęku pacjenta,
- 2) zaznaczenie jego podmiotowości,
- 3) wprowadzenie w sytuację dialogu.

II. Otwarcie (5–8 min):

- 1) zwiększenie poczucia akceptacji, bezpieczeństwa i zrozumienia u pacjenta,
- 2) określenie oczekiwań pacjenta i jego podejścia do problemu,
- 3) wstępne ukierunkowanie procesu diagnostycznego,
- 4) wstępne określenie sfer oporu,
- 5) ocena niebezpieczeństw niepowodzenia wywiadu,
- 6) ustalenie dalszego stylu prowadzenia wywiadu.

III. Wywiad zasadniczy (20–30 min):

- 1) określony celem danego wywiadu,
- 2) zebranie informacji koniecznych do diagnozy
 - psychiatrycznej (lekarskiej),
 - psychodynamicznej (przed rozpoczęciem psychoterapii),
- 3) wzmocnienie sytuacji dialogu.

IV. Podsumowanie (5 min):

- 1) wykazanie, że problemy pacjenta zostały zrozumiane i potraktowane poważnie,
- 2) dostarczenie pacjentowi możliwych na danym etapie rzetelnych informacji dotyczących jego stanu.

1.2. SCHEMAT OCENY STANU PSYCHICZNEGO

Oceniane sfery:

- **Zachowanie i napeł psychoruchowy** – ruchliwość, bezruch, stereotypie, zahamowanie, otamowanie, pobudzenie, podniecenie, zachowanie: spokojne, zborne, odporne, aroganckie, dziwaczne, błazeńskie, bez poczucia dystansu.

- **Wyraz twarzy** – pogodny, ponury, zgnębiony, mimika żywa, uboga lub sztywna, twarz maskowata, grymasy, manieryzmy, tiki.
- **Nastrój** – obojętny, żywy, wesoły, przygnębiony, chwiejny, euforyczny, moriatyczny, wzmożony; syntonია, afekt sztywny, tępy, niedostosowany, drażliwość, wybuchowość.
- **Świadomość i przytomność** – senna, sen głęboki, śpiączka, przyćmienie świadomości, zamęcenie, zmiany jakościowe, zwężenie pola świadomości.
- **Uwaga** – rozproszona, nadmiernie przerzutna, lepka, męczliwość, trudności w skupianiu uwagi.
- **Pamięć** – zdolność zapamiętywania, przypominania, ogólny zanik pamięci, luki pamięciowe, wyspy pamięciowe, złudzenia i omamy pamięciowe, konfabulacje, niepamięć wsteczna, śródczesna, następcza.
- **Orientacja** – allopsychiczna (w czasie, miejscu, otoczeniu), autopsychiczna (w sytuacji własnej), dezorientacja urojeniowa.
- **Czynności myślowe** – zaburzenia ilościowe: spowolnienie lub przyspieszenie toku myślenia, gonitwa myśli; zaburzenia jakościowe: rozkojarzenie, rozerwanie związków myślowych (inkoherencja).
- **Mowa** – małowówność, mutyzm, gadatliwość, wady wymowy, bezgłos, afazja, mutyzm selektywny, persewacje, neologizmy, stereotypie, dziwactwa.
- **Inteligencja** – otępienie, upośledzenie umysłowe, otępienie rzekome, bezkrytycyzm.
- **Zaburzenia spostrzegania** – złudzenia, omamy, omamy rzekome, halucynoidy, mikropsja, makropsja, nadwrażliwość.
- **Patologiczne twory myślowe** – urojenia, natręctwa, myślenie magiczne, spójność i stopień systematyzacji urojeń, idee nadwartościowe, mitomania.
- **Poczucie choroby psychicznej** – brak lub przesadne poczucie choroby, nastawienie hipochondryczne, dysymulacja, agravacja, symulacja, nastawienie roszczeniowe.
- **Uczuciowość wyższa** – zanik, obniżenie, rozszczepienie, stopień uspołecznienia, zakres zainteresowań, egocentryzm, egotyzm, egoizm, zanik hamulców uczuciowo-rozumowych, ambicji, psychodegradacja.
- **Życie popędowe** – obniżenie, zanik, anoreksja, paroreksja, ocena popędu seksualnego, jego zorientowanie, skłonności samobójcze, agresywne, autoagresywne, chorobliwe popędy.
- **Osobowość** – osobowość przedchorobowa, struktura osobowości: rozszczepienie, rozdwojenie naprzemienne, zubożenie.

1.3. STRUKTURA HISTORII CHOROBY

I. Dane z wywiadu od pacjenta:

- 1) zasadnicze skargi,
- 2) przebieg obecnego schorzenia,
- 3) wywiad na temat przebytych schorzeń psychicznych,

- 4) wywiad na temat chorób somatycznych,
 - 5) wywiad na temat stosowanego dotychczas leczenia,
 - 6) wywiad rodzinny,
 - 7) wywiad osobisty.
- II. Stan psychiczny (objawy psychopatologiczne).
- III. Ocena mechanizmów psychodynamicznych.
- IV. Badanie fizykalne.
- V. Wywiad środowiskowy (od członków rodziny, znajomych).
- VI. Badanie psychologiczne i neuropsychologiczne.
- VII. Badania laboratoryjne.
- VIII. Diagnostyka różnicowa (wieloosiowa, wielopoziomowa).
- IX. Plan leczenia (metody alternatywne).
- X. Prognoza (bliższa, dalsza).
- XI. Pisemna zgoda pacjenta na proponowane leczenie.

„Przykazania” dobrego badacza

- zredukuj lęk badanego – zapewnij mu poczucie bezpieczeństwa,
- zredukuj swój lęk,
- naucz się znosić własną frustrację,
- bądź cierpliwy,
- unikaj:
 - konfrontacji i/lub kłótni,
 - wypowiedzi „naukowych” lub dziwacznych,
 - żartów, ale nie poczucia humoru,
- wykorzystaj swój czas mądrze,
- ucz się od pacjentów,
- zastosuj właściwy dla danego pacjenta rodzaj rozmowy.

1.4. SPECYFIKA BADANIA PSYCHIATRYCZNEGO DZIECKA

A. Podmiot badania – źródła informacji:

- dziecko powinno być traktowane jako specyficzna jednostka ludzka i specyficzny pacjent,
- rodzice/opiekunowie,
- inne osoby bliskie – rodzeństwo, krewni, domownicy,
- inni – wychowawcy, nauczyciele, psycholog szkolny, pedagog szkolny, lekarz rodzinny.

B. Formy badania:

- rozmowa,
- obserwacja zachowań,
- standaryzowane kwestionariusze i testy,
- badania dodatkowe (EEG, TK, NMR, RTG).

C. Wywiad:

- przyczyny zgłoszenia, opis objawów, okoliczności ich wystąpienia, dotychczasowe postępowanie i leczenie;
- warunki życiowe dziecka, charakterystyka środowiska rodzinnego, stan zdrowia pozostałych członków rodziny, stosowane metody wychowawcze;
- dotychczasowy rozwój dziecka (ciąża, poród, rozwój motoryczny i psychospołeczny, przebyte choroby zwłaszcza CUN, urazy);
- cechy osobowości dziecka;
- problemy w szkole, relacje z rówieśnikami.

D. Ocena aktualnego stanu psychicznego:

- kontakt werbalny i emocjonalny,
- orientacja,
- świadomość,
- napęd psychoruchowy,
- nastrój i afekt,
- tok i treść myślenia,
- spostrzeganie,
- wgląd w emocje, myśli, relacje,
- ryzyko samobójstwa,
- sen,
- apetyt.

E. Badanie psychologiczne:

- ocena ilorazu inteligencji,
- diagnostyka w kierunku organicznego podłoża zaburzeń,
- testy projekcyjne,
- testy rysunkowe o tematyce rodzinnej.

F. Badanie somatyczne:

- rozwój (cechy dysmorficzne), wyniszczenie (zaniedbanie), otyłość,
- zaburzenia hormonalne,
- urazy fizyczne (uwaga na ślady przemocy!).

G. Badanie neurologiczne:

- badanie przedmiotowe,
- EEG, TK.

H. Cele badania psychiatrycznego dziecka:

- diagnostyczny (etiologia objawów i czynniki ryzyka, rodzaj objawów, głębokość zaburzeń, wpływ na funkcjonowanie),
- terapeutyczno-prognostyczny (ustalenie metod leczenia, oczekiwań oraz możliwości terapeutycznych – słabych i mocnych stron pacjenta oraz rodziny).

I. Techniki i organizacja badania:

- obserwacja dziecka w czasie zabawy,
- badanie w formie swobodnej, bezpiecznej rozmowy,
- uzyskiwanie informacji bezpośrednio i pośrednio (rysunek),
- wygląd i wystrój gabinetu, ubiór badającego – powinny zwiększać poczucie bezpieczeństwa.

2. TESTY PSYCHOLOGICZNE

W procesie diagnozy pacjenta poza danymi z wywiadu i obserwacją kliniczną korzystamy również z informacji, jakie dają inne metody diagnostyczne, np. metody kwestionariuszowe czy testy psychologiczne. Wyróżnia się dwie grupy metod badawczych.

Testy psychometryczne – stanowią obiektywną i typową próbkę zachowania. Celem używania owych metod jest diagnoza przez odwołanie się do grupy osób podobnych – próby normalizacyjnej, którą posiłkujemy się przy budowaniu norm testowych. Podstawowym założeniem testów psychometrycznych jest teza, że każda z cech ma rozkład normalny, graficznie obrazowany przez krzywą Gaussa, czyli w zdecydowanej większości pojawia się jako wartość średnia.

Testy niepsychometryczne – interpretowane są głównie jakościowo na podstawie badania odpowiedzi pacjenta i odwołania do danych z wywiadu oraz doświadczenia życiowego. Zaliczamy tutaj testy projekcyjne.

A. Testy sprawności poznawczej

Najpopularniejszym sposobem badania inteligencji jest **Skala Inteligencji Wechslera**, tj. **WAIS-R**. Autor testu założył, że inteligencja w tym podejściu opisywana jest przez następujące funkcje:

- sprawność funkcji poznawczych,
- zakres posiadanej wiedzy,
- zdolność do koncentracji,
- koordynacja wzrokowo-ruchowa.

Metoda ta zbudowana jest z dwóch grup zadań – słownych oraz bezsłownych. Każdy z podtestów ma własne zadania badawcze i jest wrażliwy na innego typu dystraktory, dlatego też może być użyty jako samodzielna metoda badania. Poniżej znajduje się opis poszczególnych podtestów.

- **Skale słowne:**
 - **Wiadomości** – zawiera pytania o rzeczy powszechne w naszym kręgu kulturowym, bez nadmiernie fachowych i akademickich terminów.
 - **Rozumienie** – pytania dotyczące logicznych zależności.
 - **Arytmetyka** – zadania sprawdzające umiejętność prostego liczenia na poziomie szkoły podstawowej, podawane ustnie, zadania rozwiązuje się w pamięci.
 - **Podobieństwa** – wskazanie podobieństwa przedstawionych przedmiotów.

- **Zapamiętywanie liczb** – zapamiętanie i powtórzenie ze słuchu, wprost i wstecz, ciągu od 3 do 9 liczb.
- **Słownik** – należy wyjaśnić znaczenie kilkunastu pojęć.
- **Skale bezsłowne:**
 - **Symbole cyfr** – w określonym czasie kopiuje się możliwie dużą liczbę przedstawionych symboli.
 - **Braki w obrazkach** – wskazanie brakujących części przedmiotów na obrazku.
 - **Klocki** – odwzorowanie przedstawionego na obrazku wzoru z dwukolorowych klocków.
 - **Historyjki obrazkowe** – ułożenie w sensowną całość historyjki z obrazków.
 - **Układanki** – ułożenie wzorów figur, odwzorowanie obrazka.

Badając pacjentów skalą WAIS-R, można zauważyć, że szczyt możliwości poznawczych przypada na okres między 20. a 40. r.ż. Interpretując wyniki, należy brać pod uwagę nie tylko wynik ogólny, do którego trzeba podchodzić z dużą ostrożnością, traktując go jako dyspozycję dnia. Równie ważne są też wyniki osiągnięte w poszczególnych skalach. Poszczególne jednostki chorobowe „budują” w WAIS-R specyficzne profile, np. pacjenci z organicznymi zaburzeniami OUN mają niższe wyniki w skalach bezsłownych niż słownych.

Innym popularnym narzędziem badającym sprawność intelektualną pacjenta jest **Test Matrycy Progresywnych Ravena:**

- bezsłowne sprawdzenie funkcjonowania inteligencji ogólnej,
- bada procesy poznawcze – tzw. zdolność do edukacji, czyli do poprawnego, logicznego myślenia, możliwie niezależną od doświadczenia jednostki,
- bada, w jakim stopniu osoba badana potrafi wychwycić relację między elementami wzoru (matrycy) i wskazać brakujący element wzoru,
- uzyskujemy informacje o wartości u danej osoby, tzw. **czynnika g**, ogólnego czynnika inteligencji, który wchodzi w skład poszczególnych zdolności specjalnych,
- metoda typu papier-ołówek – badany ma za zadanie uzupełnić lukę w obrazku według ukrytego wzoru jedynym z kilku zaprezentowanych elementów,
- wynik badania pozwala na wnioskowanie o tempie pracy pacjenta, jego sprawności intelektualnej, potencjalnych możliwościach oraz podejściu do rozwiązywania problemów.

Należy pamiętać, że wyniki uzyskane w testach poznawczych nie mają stałej wartości. Mieszczą się w określonych przedziałach, ale nie mają charakteru jednego wyniku. Ich wartość zależy od dyspozycji dnia, aktualnego samopoczucia badanego, a także warunków badania, w tym osoby badającej, dlatego też należy starać się o maksymalnie neutralną atmosferę.

B. Testy osobowości

Termin osobowość występuje w psychologii w dwóch znaczeniach:

- 1) utożsamiana jest z psychiką człowieka,
- 2) stanowi emocjonalne i motywacyjne elementy psychiki oraz zainteresowań z wykluczeniem sprawności poznawczych.

Najbardziej znanym testem badającym osobowość jest **Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości Minnesota** znany jako **MMPI**. Bezpośrednim celem tego badania jest określenie profilu psychologicznego osoby badanej. Profil ten z kolei stanowi podstawę do formułowania osobowościowej diagnozy psychologicznej. Uzyskane tą drogą informacje mogą być istotną pomocą w potwierdzeniu diagnozy psychiatrycznej, zwłaszcza w przypadku wątpliwości diagnostycznych.

- Może być źródłem wskazówek dotyczących procesu psychotherapeutycznego osoby badanej.
- Uzyskuje się informacje dotyczące ogólnej postawy badanego wobec oddziaływań psychotherapeutycznych.
- Ma charakter badania papier-ołówek, ale występuje również w wersji komputerowej.
- Zawiera 566 pytań, na które należy odpowiedzieć „tak” lub „nie”.
- Zbudowany jest z 9 skal klinicznych: **Hs** – hipochondria, **D** – depresja, **Hy** – histeria, **Pd** – psychopatia, **Mf** – męskość/kobiecość, **Pa** – paranoja, **Pt** – psychastenia, **Sc** – schizofrenia, **Ma** – hipomania oraz 3 skale kontrolne, które sprawdzają tendencje badanego do przedstawiania się w lepszym świetle, motywację do poddania się badaniu oraz tendencje psychopatyczne. Budując wynik, sprawdzamy wartości odpowiednich skal, ale również uwzględniamy ich wzajemne zależności, czyli tzw. profil.

Drugim równie popularnym testem osobowości jest **Test Eysencka** znany jako **EPQR**.

- Zawiera skale: **N** – neurotyzm, **E** – ekstrawersja/introwersja oraz **K** – kłamstwa.
- Ma charakter badania papier-ołówek i należy w nim odpowiedzieć na pytania: „tak”, „nie” lub „nie wiem”.
- Analizując wyniki, bierze się pod uwagę wyniki w poszczególnych skalach oraz profil wyników całego testu.

C. Testy organiczne

Testy psychologiczne wykorzystujemy też w badaniu sprawności funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego. Testy tej grupy opierają się na zależności między ujawnianymi procesami psychicznymi a zmianami organicznymi w układzie nerwowym. Wykrywają one mikrouszkodzenia organiczne mózgu. Badanie określa, czy istnieją podstawy, by przypuszczać, że u danej osoby występuje uszkodzenie tkanki mózgowej i niejednokrotnie jest jednym z badań poprzedzających postawienie diagnozy organicznego uszkodzenia OUN (przeprowadzane są równocześnie badania lekarskie i psychologiczne).

Test Pamięci Wzrokowej Bentona

- diagnozuje percepcję wzrokową i krótkotrwałą pamięć wzrokową,
- pozwala na diagnozę zaburzeń pamięci, koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz orientacji przestrzennej.

Sposób badania:

- test ma 3 równoległe wersje oraz 4 metody badania,
- każda z wersji zbudowana jest z 10 wzorów składających się z jednej do trzech figur. Badanemu prezentuje się wzory pod kątem 60°. W zależności od wersji kopiuje się wzory z pamięci lub przerysowuje, patrząc na nie. Badanie trwa około 5 minut u osoby zdrowej, natomiast u pacjentów z zaburzeniami funkcjonowania OUN może ono trwać nawet 30 minut. W ocenie wyników bierze się pod uwagę ogólną liczbę poprawnych odwzorowań oraz liczbę błędów i przyrównuje te wartości do wartości oczekiwanych.

Test Bender

- obejmuje diagnostykę:
 - upośledzenia umysłowego,
 - afazji,
 - organicznych zaburzeń funkcji mózgu i jego uszkodzeń,
 - psychoz,
- bada funkcję Gestalt, czyli umiejętności organizmu do reakcji nad konstelacją bodźców jako całością.

Sposób badania:

- test papier-ołówek,
- przerysowanie prezentowanych pod kątem 60° 8 wzorów i rysunku testowego;
- badanie trwa średnio około 10 minut, jednak u pacjentów z istotnymi deficytami organicznymi może zająć nawet godzinę,
- przy ocenie wyników porównuje się uzyskane rysunki ze standaryzacją, koncentrując się na charakterystycznych typach błędów oraz obserwacją kliniczną.

Mini Mental State Test

- nazywany **MiniMentalem** to test przesiewowy sprawdzający funkcjonowanie pacjenta,
- zawiera zestaw prób percepcyjnych,
- pozwala ocenić w szybki sposób:
 - stan psychiczny pacjenta,
 - sprawność jego funkcji psychicznych: orientację pacjenta sprawdzamy przez pytania o: rok, miesiąc, porę roku, dzień tygodnia, datę (orientacja czasu) oraz kraj, miasto, województwo, miejsce, piętro (orientacja miejsca),
- badane sfery:
 - **zapamiętywanie:** wymieniając 3 wyrazy, prosi się pacjenta o powtórzenie ich oraz zapamiętanie na dłużej.

- **matematyka:** kolejno podaje się 5 działań matematycznych, odejmowanie w pamięci – od 100 kolejno odejmujemy pięć razy cyfrę 7, badany ma podać wynik.
- **przypominanie:** prosimy pacjenta o podanie zapamiętanych wcześniej 3 wyrazów.
- **czynności:**
 - napisanie dowolnego zdania,
 - przerysowanie dwóch zachodzących na siebie figur,
 - zamknięcie oczu w momencie wydania polecenia,
 - przeczytanie napisanego zdania,
 - powtórzenie wypowiedzianego przez badającego zdania,
 - wykonanie złożonego z 3 elementów polecenia,
 - wyjaśnienie użyteczności 2 przedmiotów codziennego użytku.

Za każdą poprawnie wykonaną próbę pacjent dostaje po 1 punkcie, o istotnych zaburzeniach funkcji psychicznych wskazuje wynik poniżej 24 pkt.

Metoda ta pozwala na szybkie zdiagnozowanie funkcjonowania poznawczego pacjenta. Jako jedna z niewielu metod nie musi być wykonywana przez psychologa i może się nią posługiwać lekarz pierwszego kontaktu, lekarz dyżurny czy pielęgniarka.

D. Testy projekcyjne

Testy projekcyjne służą klinicznej diagnozie osobowości. Pozwalają na nadanie wieloznacznemu materiałowi badania indywidualnego znaczenia przez rzutowanie na nie własnych stanów psychicznych, lęków i emocji, prywatnego świata znaczeń i indywidualnego doświadczenia. Metody te są ukierunkowane na poznanie osobowości pacjenta przez ominięcie systemu obron psychicznych. W ujęciu tym patrzymy na osobowość całościowo jako na strukturę. Wieloznaczny i nieustrukturalizowany charakter materiału pozwala na „wniknięcie” w ukryte struktury oraz lepsze ich poznanie. Metody projekcyjne bazują na wrażeniach zmysłowych, tj. wzrok, słuch itd.

Celem tego typu testów jest diagnoza cech osobowości determinowanych przez indywidualne wzorce i społeczne funkcjonowanie osoby badanej. Sam test nie jest wystarczający do postawienia diagnozy, jego wyniki należy poprzeć obserwacją kliniczną.

Testem projekcyjnym z materiałem werbalnym jest **Test Zdań Niedokończonych Rottera (RISB)**. Jest to metoda papier-ołówek, gdzie badany dostaje arkusz 60 rozpoczętych zdań i proszony jest o dokończenie ich pierwszym pojawiającym się skojarzeniem. Uzyskane wyniki ocenia się pod względem jakościowym, czyli analizuje poszczególne wypowiedzi pacjenta, ale można też na podstawie wystandardyzowanych kluczy przeprowadzić analizę jakościową testu, snując dalsze hipotezy, dotyczące podobnej grupy badanych.

Innego rodzaju materiałem posiłkuje się **Test Rorschacha**. Zbudowany jest z tablic zawierających plamy atramentowe. Badanego prosi się o wskazanie, co widzi na obrazku i w jakim miejscu wzoru widzi ten motyw. W procesie diagnozy brany jest pod uwagę nie tylko wypowiedziany materiał, ale również czas badania, miejsca lokacji oraz zachowanie badanego w trakcie diagnozy. Uzyskane wyniki, ze względu na wieloznaczność materiału badawczego pozwalają na wnioskowanie o nieświadomych i świadomych aspektach psychicznego funkcjonowania badanego. Ponieważ bogactwo odpowiedzi badanych nie sposób przełożyć na wartości liczbowe – nie opracowano dotychczas norm ilościowych dla tego badania.

PIŚMIENNICTWO

1. Bilikiewicz A. *Psychiatria*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1998.
2. Brzeziński J, Hornowska E. *Skala inteligencji Wechslera Wais-R*, PWN, Warszawa 1998.
3. Czernikiewicz A. *Wykłady dla studentów*. Akademia Medyczna, Gdańsk 1998.
4. Kalinowski L, red. *Encyklopedia badań medycznych. Ilustrowana encyklopedia dla pacjenta*. Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk 1996.
5. Klimasiński K. *Elementy psychopatologii i psychologii klinicznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
6. Namysłowska I, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
7. Stasiakiewicz M. *Test Rorschacha*. Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa 2004.

VIII

Halina Miturska, Donata Kurpas,
Marta Kaczmarek

PIELEGNOWANIE CHOREGO W WYBRANYCH ZABURZENIACH PSYCHICZNYCH

1. ZABURZENIA DEPRESYJNE

1.1. PROBLEMY CHOREGO I PLAN OPIEKI

A. Myśli i tendencje samobójcze jako wynik lęku, bezradności i braku nadziei

Plan opieki

Stworzenie choremu warunków bezpieczeństwa, zwiększenie możliwości samokontroli:

- okazywanie zrozumienia dla przeżyć chorego, akceptacja,
- poznanie przyczyn pogorszenia zdolności do samokontroli,
- ścisła obserwacja przez całą dobę, szczególnie nocą,
- wykrywanie dysymulacji,
- zabezpieczenie pomieszczeń, leków, trucizn,
- liczenie się z wyszukаныmi sposobami prób samobójczych (werbalne i niewerbalne sygnały myśli i tendencji samobójczych),
- dopilnowanie połknięcia leków,
- zwracanie uwagi na objawy związane z nasileniem tendencji samobójczych (silny lęk, niepokój psychoruchowy, bezsenność, poczucie beznadziejności i winy, nagła zmiana nastroju),
- stymulowanie u chorego woli życia, pomoc w znalezieniu celu życia, akcentowanie jego osiągnięć, pokazanie możliwości rozwiązywania problemów,
- odwrócenie uwagi od depresyjnego sposobu myślenia za pomocą opisywania przez pacjenta wrażeń zmysłowych przy pojawieniu się przykrych myśli, a następnie zaprzeczanie tym myślom (terapia kognitywna),
- wyjaśnienie związku między sposobem myślenia chorego o sobie, swoim środowisku, swojej przyszłości, a samopoczuciem,
- wzbudzanie nadziei, umiarkowanego optymizmu.

W razie wypadku należy przystąpić do ratowania, powiadomić lekarza, sporządzić raport.

B. Trudności w zaspokajaniu podstawowych potrzeb, a nawet całkowite ich zaniechanie, z powodu urojeń depresyjnych, obniżenia aktywności ruchowej, poczucia bezradności i braku sił

Plan opieki

Pomoc w zaspokajaniu potrzeb chorego:

- obserwowanie i rozpoznawanie trudności w zaspokajaniu potrzeb (wykonywanie toalety, przyjmowanie posiłków i płynów),
- mobilizowanie chorego do dbałości o higienę i estetykę wyglądu,
- proponowanie pomocy w trudnościach przy wykonywaniu toalety,
- podjęcie działań w celu zaspokojenia u chorego potrzeby odżywiania (patrz s. 127),
- dostrzeganie i akcentowanie pozytywnych zachowań pacjenta.

C. Trudności w nawiązywaniu kontaktu z otoczeniem z powodu obniżenia nastroju, lęku, urojeń, niskiej samooceny, tendencji samobójczych i trudności z przetwarzaniem informacji

Plan opieki

Zorganizowanie choremu warunków sprzyjających nawiązywaniu oraz utrzymywaniu kontaktów z innymi osobami:

- oferowanie swojej obecności, czasu i uwagi,
- uważne słuchanie i utrzymywanie kontaktu wzrokowego,
- okazywanie akceptacji, zainteresowania,
- koncentrowanie się na tym, co przeżywa pacjent,
- okazywanie zrozumienia i wczuwanie się w doznania pacjenta,
- zachęcanie do opisu przeżyć, ich werbalizacja,
- odzwierciedlanie uczuć i emocji,
- klaryfikowanie,
- poświadczenie,
- redukcja nierealistycznych obaw,
- odwracanie uwagi od negatywnych myśli,
- zachęcanie pacjenta do udziału w treningu umiejętności społecznych,
- zachęcanie do uczestniczenia w muzykoterapii,
- identyfikowanie mocnych stron chorego,
- wspieranie, budowanie nadziei,
- dokonywanie podsumowań,
- używanie gestów, mimiki i ruchów ciała w celu nawiązania kontaktu na poziomie pozawerbalnym,
- powiadomienie chorego o możliwości utrzymywania kontaktów z rodziną i znajomymi.

D. Przeżywanie negatywnych emocji i negatywne myślenie jako wynik obniżonego nastroju, lęku, poczucia winy i beznadziejności

Plan opieki

Pomoc w odzyskaniu pozytywnych emocji i kontrolowaniu myślenia:

- aktywne słuchanie,

- zachęcanie do opisu przeżyć,
- poszukiwanie źródeł negatywnych emocji i umożliwienie ich odreagowania,
- analizowanie negatywnych myśli, ich wpływu na nastrój chorego, stymulowanie myśli pozytywnych,
- wzmocnienie poczucia własnej wartości, poczucia przydatności,
- pomoc w dostrzeganiu i podtrzymywaniu pozytywnych zmian nastroju,
- zachęcanie do udziału w terapii kognitywnej – rejestrowanie pojawiających się automatycznie negatywnych myśli, automatyczne zaprzeczanie tym myślom, tworzenie nowych wyjaśnień do zwalczania myśli automatycznych, uwalnianie od przygnębiających myśli, rozpoznawanie zarodka depresji w założeniach kierujących zachowaniem chorego,
- zachęcanie do udziału w indywidualnej i grupowej psychoterapii,
- okazywanie wsparcia w trudnych dla chorego momentach,
- dokonywanie oceny i zachęcanie do samooceny osiągnięć chorego.

E. Obniżona aktywność ruchowa, brak inicjatywy i spontaniczności jako wynik obniżonego napędu psychoruchowego i spowolnienia procesów intelektualnych

Plan opieki

Umożliwienie aktywności ruchowej i wyzwalenie inicjatywy:

- poznanie i obserwowanie możliwości chorego,
- proponowanie i planowanie wraz z chorym codziennej aktywności,
- mobilizowanie do aktywności związanej z zainteresowaniami i uzdolnieniami pacjenta,
- zwracanie uwagi na znaczenie podejmowanej aktywności dla pozyskiwania pozytywnych doświadczeń i poprawy samopoczucia,
- omawianie z chorym trudności występujących podczas różnych form aktywności, ich przyczyn i uwarunkowań.

F. Występowanie urojeń depresyjnych jako zaburzeń treści myślenia, takich jak: urojenia winy, grzeszności, nihilistyczne i inne

Plan opieki

Osłabienie doznań urojeniowych i ułatwienie kontaktu z rzeczywistością:

- nawiązanie kontaktu z chorym, udzielenie wsparcia,
- wysłuchanie chorego, rozpoznanie rodzaju i stopnia nasilenia urojeń,
- przekazywanie jasnych komunikatów o rzeczywistości,
- wykazywanie zgodności w zachowaniu werbalnym i niewerbalnym,
- zachowanie spokoju i taktu (nie negocjować, nie rozwijać i nie potwierdzać urojeń),
- uczenie pacjenta zachowania w związku z urojeniami (przeniesienie uwagi, zachowania bezpośrednie: konfrontacja, ignorowanie symptomów),
- odwracanie uwagi od przeżyć urojeniowych pacjenta przez włączenie go do odpowiednio dobranych zajęć w oddziale.

G. Zaburzenia snu – niewystarczająca ilość snu w nocy jako wynik depresji połączonej z niepokojem i lękiem

Plan opieki

Zapewnienie wystarczającej ilości snu nocnego:

- rozpoznanie charakteru i stopnia nasilenia zaburzeń snu,
- podjęcie działań w celu zapewnienia choremu wystarczającej ilości snu (patrz s. 128).

H. Brak poczucia wsparcia spowodowany często niedostatecznym zrozumieniem istoty choroby przez osoby bliskie, zerwaniem relacji interpersonalnych, poczuciem bezradności

Plan opieki

Pomoc choremu w uzyskiwaniu wsparcia:

- nawiązanie kontaktu emocjonalnego,
- oferowanie swojej obecności, czasu,
- empatyczne okazywanie zrozumienia,
- uważne słuchanie (skupienie na werbalnych i niewerbalnych sygnałach),
- zachęcanie do opisu przeżyć, werbalizacja uczuć,
- tworzenie atmosfery poczucia bezpieczeństwa,
- udzielanie rzetelnych informacji, eliminowanie niejasności,
- pomoc w wykonywaniu codziennych czynności,
- rozmowa z rodziną o znaczeniu i możliwości wspierania chorego,
- dawanie nadziei i budowanie wiary w siebie.

2. ZESPÓŁ MANIAKALNY

2.2. PROBLEMY CHOREGO I PLAN OPIEKI

A. Brak adekwatnej oceny rzeczywistości i podejmowanie niewłaściwych decyzji, takich jak: dokonywanie ryzykownych operacji finansowych, decyzja o rozwodzie, małżeństwie, przygodne kontakty seksualne i inne

Plan opieki

Zapobieganie komplikacjom życiowym, umożliwienie choremu podejmowania racjonalnych decyzji:

- wyjaśnienie pacjentowi i rodzinie konieczności wprowadzenia ograniczeń w kontaktach ze światem zewnętrznym,
- hospitalizowanie chorego wraz z zakazem opuszczania przez niego oddziału przy stwierdzeniu u pacjenta braku krytycyzmu,
- dyskretna obserwacja i ewentualna interwencja w przypadku bezkrytycznych zachowań seksualnych,

- zwracanie uwagi na wygląd zewnętrzny chorego, doradzanie odnośnie sposobu ubierania się,
- troska o bezpieczeństwo chorego (powinien znajdować się w zasięgu obserwacji).

B. Trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu poprawnych relacji z otoczeniem w wyniku zaburzeń toku i treści myślenia oraz niestosownych i prowokujących zachowań

Plan opieki

Podjęcie działań zmierzających do utrzymania poprawnych relacji chorego z otoczeniem:

- rozpoznanie przyczyn i charakteru zaburzeń komunikacji u chorego, wspólne definiowanie problemów z tym związanych,
- empatyczne rozumienie chorego i sygnalizowanie mu tego,
- akceptowanie uczuć pacjenta,
- dbanie o zgodność przekazywanych werbalnych i niewerbalnych komunikatów,
- przekazywanie choremu krótkich, rzeczowych informacji (nie składamy obietnic, które nie mogą być zrealizowane),
- zachowanie spokoju i opanowania bez okazywania niechęci,
- wyrażanie dezaprobaty dla niepożądanych zachowań pacjenta,
- analizowanie własnych uczuć kierowanych do pacjenta,
- stosowanie technik komunikacji właściwych w przypadku urojeń (aktywne słuchanie, urealnianie, słowne wyrażanie wątpliwości, klaryfikowanie).

C. Brak współpracy z zespołem terapeutycznym polegający np. na nieprzestrzeganiu regulaminu oddziału, odmowie przyjmowania leków czy skłonnościach do ucieczek. Wynika to z braku poczucia choroby, objawów psychotycznych oraz ubocznych skutków przyjmowanych przez chorego leków

Plan opieki

Doprowadzenie chorego do podjęcia współpracy:

- przekazywanie wiedzy na temat choroby, zasad leczenia i trudności z tym związanych (z uwzględnieniem możliwości pacjenta),
- wyjaśnienie wątpliwości na temat postępowania leczniczego z wykorzystaniem terapeutycznych technik komunikacji (odzwierciedlenie, informowanie, proponowanie współpracy, planowanie),
- umożliwienie kontaktu z lekarzem prowadzącym lub psychoterapeutą w celu wyjaśnienia wszelkich wątpliwości,
- motywowanie pacjenta przez ukazanie korzyści wynikających z leczenia, stosowanie pozytywnych wzmocnień, dostarczanie pozytywnych emocji oraz rozpoznawanie zmęczenia lub zniechęcenia,
- pozyskanie rodziny i znajomych do udziału w doprowadzeniu chorego do współpracy w leczeniu.

D. Przeżywanie i przejawianie negatywnych emocji wynikające z lęku przed odrzuceniem i osamotnieniem. Chory wysuwa żądania, które niespełnione, stają się przyczyną dysforii i manipulowania otoczeniem

Plan opieki

Pomoc w odreagowaniu negatywnych emocji:

- rozpoznawanie źródeł negatywnych emocji,
- tworzenie atmosfery akceptacji i bezpieczeństwa,
- umożliwienie kontaktu z lekarzem, psychologiem,
- stosowanie technik komunikowania, takich jak: aktywne słuchanie, oferowanie swojej obecności, zachęcanie do opisu przeżyć i porównań, modelowanie, poszukiwanie źródeł emocji,
- proponowanie udziału w krótkotrwałych zajęciach, takich jak: psychorysunek, muzykoterapia, psychodrama, terapia ruchem i inne.

E. Przejawianie czynnej i słownej agresji wobec otoczenia jako wynik frustracji z powodu niezrealizowanych zamiarów (nieudanych manipulacji wobec osób z otoczenia) oraz doznań psychotycznych

Plan opieki

Podjęcie działań mających na celu panowanie nad własnymi emocjami i agresywnym zachowaniem:

- ocena stanu psychicznego pacjenta, ryzyka ataku agresji, sytuacji zagrożenia,
- przewidywanie reakcji chorego, rozpoznawanie pobudzenia,
- identyfikacja przyczyn agresji i ich eliminowanie (np. osoby wpływające prowokująco na chorego),
- izolowanie chorego od nadmiaru bodźców,
- zapewnienie chorego o chęci niesienia mu pomocy w celu uzyskania przez niego samokontroli,
- nieokazywanie wyższości z racji pełnionej funkcji, unikanie postawy oceniającej,
- nieokazywanie przewagi wynikającej z dysponowania środkami przymusu,
- zachowanie dystansu wobec obraźliwych słów ze strony chorego (nie należy ulegać prowokacji),
- wyrażenie dezaprobaty dla prowokujących zachowań pacjenta,
- unikanie przedłużonego kontaktu wzrokowego z chorym, groźnych min, postaw, nadmiernej gestykulacji,
- mówienie – spokojnie, ale wystarczająco głośno, bez przekrzykiwania,
- ustosunkowanie się do żądań – spełnić te, które muszą być spełnione, inne odroczyć,
- poruszanie w rozmowie tematów neutralnych, nieporuszanie tematów drażliwych dla chorego,
- zachowanie bezpiecznej odległości od chorego (dystans fizyczny),
- udział w leczeniu farmakologicznym,

- w sytuacjach koniecznych zastosowanie odpowiedniej formy przymusu bezpośredniego.

F. Trudności w podejmowaniu aktywności złożonej i celowego działania – postępowanie chorego jest nieprzemyślane, często nie kończy kilku rozpoczętych równocześnie czynności. Ma to związek ze spadkiem wydolności intelektualnej, pobudzeniem motorycznym i zawyżoną oceną własnych możliwości

Plan opieki

Umożliwienie aktywności pozwalającej na bezpieczne wykorzystanie energii chorego i ochrona przed wyczerpaniem:

- poznanie zainteresowań chorego i sposobów spędzania przez niego wolnego czasu,
- zachęcanie do udziału w zajęciach terapeutycznych z uwzględnieniem zainteresowań chorego (proponujemy zajęcia krótkotrwałe),
- zachęcanie i angażowanie pacjenta do lekkich prac w oddziale (np. dyżury w stołówce),
- zauważanie, docenianie działań chorego i nawet drobnych sukcesów,
- w przypadku nasilenia objawów chorobowych zorganizowanie choremu zajęć indywidualnych.

G. Zaniedbywanie podstawowych potrzeb życiowych, brak zainteresowania stanem swojego organizmu. Chory nie dba o higienę, odżywianie i wydalanie, nie zgłasza objawów somatycznych. Wynika to często z nadmiernego zaabsorbowania innymi sprawami

Plan opieki

Wzbudzenie motywacji i zainteresowanie pacjenta zaspokajaniem potrzeb biologicznych oraz somatycznym stanem swojego organizmu:

- obserwowanie i dyskretne kontrolowanie wykonywanych przez pacjenta zabiegów higienicznych oraz dbałości o czystość odzieży,
- proponowanie pomocy przy wykonywaniu toalety i doborze ubioru,
- wskazywanie na korzyści wynikające z utrzymywania higieny ciała i odżywiania,
- podjęcie działań w celu zaspokojenia u chorego potrzeby odżywiania (patrz s. 127),
- wspieranie pacjenta w podejmowanych przez niego działaniach oraz wzmacnianie jego pozytywnych zachowań,
- obserwowanie stanu somatycznego pacjenta, podejmowanie działań w przypadku wystąpienia objawów patologicznych.

H. Niewystarczająca ilość snu nocnego jako wynik wzmoczonego napędu psychoruchowego i poczucia, że sen jest stratą czasu. Zmniejszone zapotrzebowanie na sen i wypoczynek oraz długotrwały brak snu może prowadzić do zaburzeń somatycznych

Plan opieki

Podjęcie działań mających na celu zapewnienie choremu wystarczającej ilości snu (patrz s. 128).

I. Niepokój przed powrotem do środowiska domowego i pełnieniem dotychczasowych ról społecznych jako skutek zmienionej przez chorobę sytuacji i lęk przed reakcją otoczenia na fakt hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym

Plan opieki

Zmniejszenie niepokoju chorego i ułatwienie reintegracji społecznej:

- poznanie sytuacji środowiska rodzinnego i zawodowego pacjenta,
- poznanie czynników wspierających chorego w środowisku rodzinnym i zawodowym,
- poinformowanie o funkcjonowaniu poradni zdrowia psychicznego oraz istniejących grupach wsparcia,
- zachęcanie do uczestnictwa w zajęciach psychoedukacyjnych i psychoterapii.

3. SCHIZOFRENIA

3.1. PROBLEMY CHOREGO I PLAN OPIEKI

A. Zaburzenia komunikowania spowodowane zaburzeniami procesów poznawczych oraz emocjonalno-wolicjonalnych. Do objawów utrudniających komunikację należą m.in. omamy i urojenia, neologizmy, myślenie dereistyczne, magiczne, symboliczne, mutyzm i objawy rozszczepienne, takie jak: rozkojarzenie, ambiwalencja, ambitendencja, ambisentencja, paratymia, paramimia oraz apatia, lęk i depresja

Plan opieki

Stworzenie warunków umożliwiających i ułatwiających komunikowanie się chorego z otoczeniem:

- akceptacja chorego, jego sposobów komunikowania się,
- liczenie się ze świadomością chorego i utrzymywanie z nim kontaktu werbalnego oraz niewerbalnego, gdy nie może lub nie chce mówić – mutyzm (myślenie i zdolność odbierania wrażeń mogą być zachowane, a nawet wzmożone, nie należy wypowiadać niestosownych uwag w obecności chorego),
- zaspokajanie potrzeb pacjenta z wyprzedzeniem (mimo braku kontaktu), inicjowanie kontaktu i komunikacji,
- stosowanie zachowań podtrzymujących komunikację (akceptacja, poświęcenie, odzwierciedlenie, informowanie, milczenie, umożliwienie szerokiego otwarcia, zachęcanie do kontynuowania), następnie zachowań porządkujących i pogłębiających komunikację oraz konfrontujących z rzeczywistością

tością – sprzyjają one rozwijaniu relacji z pielęgniarką, uświadamiają pacjentowi, jak jest postrzegany przez innych, zachęcają do mówienia o swoich trudnych sprawach, chory na nowo zaczyna komunikować się z innymi pacjentami i personelem,

- zachowanie zgodności i jednoznaczności postępowania zespołu terapeutycznego wobec chorego – chory jest wrażliwy na postawę emocjonalną osób z otoczenia,
- rozwijanie umiejętności komunikowania się w ramach treningu umiejętności społecznych, uczenie chorego dokonywania wyborów i podejmowania decyzji.

B. Wycofywanie się z kontaktów społecznych jako wynik negatywnych objawów schizofrenii, takich jak: autyzm, apatia, zubożenie emocjonalne, a także lęku związanego najczęściej z urojeniami prześladowczymi

Plan opieki

Stworzenie warunków sprzyjających nawiązywaniu i utrzymywaniu kontaktów społecznych:

- okazywanie akceptacji, szacunku i empatii (autentyczność w kontakcie z chorym),
- zachęcanie do wyrażania emocji i myśli,
- poznanie umiejętności, przyzwyczajzeń, zainteresowań i uzdolnień chorego,
- inicjowanie więzi między chorymi z podobnymi przeżyciami lub zainteresowaniami, zachęcanie do zajęć grupowych,
- wzmacnianie społecznie akceptowanych zachowań,
- stopniowe wprowadzanie do czynnego udziału w życiu oddziały i aktywności w ramach społeczności leczniczej (np. pełnienie funkcji przewodniczącego) – zmniejsza to bierność i obojętność,
- włączenie rodziny i innych osób utrzymujących kontakt z chorym do stymulowania jego aktywności społecznej, np. w czasie odwiedzin czy przepustek,
- włączenie pacjenta w kompleksowy program rehabilitacji psychiatrycznej.

C. Zaburzenia postrzegania i interpretowania rzeczywistości jako skutek objawów psychotycznych, takich jak: omamy (mogą wystąpić niebezpieczne omamy imperatywne), iluzje patologiczne i urojenia. Występują głównie urojenia prześladowcze, ksobne, owładnięcia, oddziaływania, nasyłania i wykradania myśli, a także urojenia wielkościowe, depresyjne i inne. Urojenia mają wpływ na zachowanie chorego, łączą się z określonym stanem emocjonalnym (często lękiem), chory jest przekonany o ich prawdziwości

Plan opieki

Podjęcie działań w celu ułatwienia choremu radzenia sobie z doznaniem psychotycznym i uzyskaniu wobec nich krytycyzmu:

- zdobycie zaufania chorego przez kontakt terapeutyczny – cierpliwość, takt, empatia, autentyczność, tworzenie atmosfery dającej poczucie bezpieczeń-

stwa, przez swoją obecność, nawiązanie kontaktu i zrozumienie przeżyć chorego pielęgniarka stwarza mu poczucie bezpieczeństwa, pobudza wiarę w wyzdrowienie,

- poznanie sytuacji życiowej chorego, jego przeszłości przedchorobowej, przebiegu choroby i aktualnej sytuacji życiowej,
- obserwowanie chorego pod kątem występowania objawów psychotycznych, poznanie ich oraz interpretowanie, aby móc przewidzieć jego zachowanie i zapobiec niebezpiecznym sytuacjom,
- wysłuchanie chorego (nie zaprzeczać, nie potwierdzać, nie dyskutować na temat urojeń i omamów),
- ułatwienie werbalizacji treści przeżyć psychotycznych – zachęcanie do ich opisu,
- stosowanie techniki urealnienia i słowne wyrażanie wątpliwości – właściwa postawa do urojeniowych sądów chorego zwiększa jego kontakt z rzeczywistością,
- unikanie dotykania pacjenta bez uprzedzenia,
- unikanie śmiechu, szeptów, cichej rozmowy,
- pomoc w kierowaniu uwagi oraz świadomości pacjenta na rzeczywistość – rozmowa na temat realnych zdarzeń, rzeczy, ludzi,
- obecność przy chorym przeżywającym lęk, rozpoznawanie źródeł i okoliczności jego powstania (np. w związku z urojeniami czy omamami), zachowanie spokoju i zrozumienia,
- pomoc w rozwiązywaniu indywidualnych trudności spowodowanych występowaniem urojeń i omamów, np. chory z urojeniami trucicia nie chce przyjmować posiłków czy leków,
- zachęcanie pacjenta do udziału w psychoedukacji,
- współdziałanie w farmakoterapii, obserwowanie objawów ubocznych stosowanych leków.

D. Zagrożenia wynikające z zachowań agresywnych. Agresja może przejawiać się w formie werbalnej lub fizycznej, jako zachowania autodestrukcyjne, samobójstwa. Może mieć związek z doznaniem psychotycznymi i lękiem, np. omamami imperatywnymi czy urojeniami prześladowczymi

Plan opieki

Podjęcie działań w celu zapewnienia bezpieczeństwa choremu i jego otoczeniu:

- wczesne rozpoznanie czynników ryzyka związanych z innymi chorymi i warunkami oddziały,
- organizowanie otoczenia chorego w taki sposób, aby eliminować czynniki prowokujące zachowania agresywne – jaskrawe oświetlenie, pośpiech, chaos, zniecierpliwienie, hałas i brak informacji,
- dokonywanie bieżącej obserwacji chorego podczas wykonywania rutynowych czynności, by nie prowokować podejrzeń z jego strony,

- włączanie pacjenta w różne formy zajęć fizycznych, jak np. bieganie, gimnastyka czy prace w oddziale, aby zmniejszyć pobudzenie czy lęk,
- zachowanie opanowania i spokoju, gdyż niepokój i brak dystansu ze strony personelu może się udzielać choremu,
- zapewnienie wystarczającej ilości personelu jako warunek bezpieczeństwa i kontroli nad sytuacją,
- podawanie leków (na zlecenie lekarza), monitorowanie ich skuteczności i objawów ubocznych.

Jeżeli rozmowa, perswazja oraz podanie leków okażą się nieskuteczne, może zaistnieć potrzeba zastosowania przymusu bezpośredniego.

E. Trudności w wykonywaniu codziennych czynności, zaniedbywanie podstawowych potrzeb – jest to problem występujący szczególnie w katatonii hipokinetycznej, stanie osłupienia, ostrej fazie psychozy, gdy u chorego dominują negatywne objawy schizofrenii

Plan opieki

Stworzenie warunków umożliwiających choremu samodzielne funkcjonowanie w życiu codziennym:

- rozpoznanie stopnia deficytu zdolności pacjenta do samodzielnego funkcjonowania,
- ustalenie przyczyn trudności w samoopiece (np. spowolnienie psychoruchowe, apatia, urojenia),
- organizowanie opieki nad chorym odpowiednio do jego stanu,

w sytuacji znacznego deficytu w samoopiece (np. w stanie stuporu):

- utrzymanie terapeutycznego kontaktu z chorym – informowanie o planowanych czynnościach, starania o uzyskanie aprobaty dla wykonywanych działań,
- zorganizowanie pomocy i współpracy odpowiedniej liczby personelu w celu skutecznego i efektywnego wykonania niezbędnych zabiegów oraz czynności pielęgnacyjnych szczególnie, gdy u chorego występuje negatywizm czynny,
- podjęcie działań w celu zaspokojenia u chorego potrzeby odżywiania (patrz s. 127),
- pozyskanie chorego w stanie stuporu do współpracy, np. podczas karmienia, zauważanie i pozytywne wzmacnianie każdego wysiłku chorego,
- gdy chory leży nieruchomo, nie zmienia pozycji – planowanie i realizacja działań zapobiegających skutkom długotrwałego unieruchomienia, takim jak: odleżyny, odparzenia, przykurcze, zaniki mięśniowe, zakrzepowe zapalenie żył, zapalenie płuc,
- dbanie o higienę ciała przy aprobacie i współpracy chorego,
- obserwowanie i dokumentowanie wypróżnień, założenie cewnika, gdy chory nie oddaje lub nie kontroluje oddawania moczu, w przypadku zaparć zastosowanie działań w celu ich likwidacji,

w sytuacji, gdy wzrasta stopień samodzielności pacjenta:

- ustalenie z chorym planu codziennej aktywności,

- planowanie niektórych czynności higienicznych, np. kąpieli, golenia, mycia włosów z uwzględnieniem okresów lepszego samopoczucia pacjenta,
- towarzyszenie choremu podczas niektórych czynności w ramach samoopieki, ze względu na możliwość wystąpienia niebezpiecznych sytuacji, np. nasilenia lęku czy zapaści ortostatycznej spowodowanej nagłym spadkiem ciśnienia krwi,
- zachęcanie chorego do udziału w treningach umiejętności z zakresu samoobsługi – w ramach programu rehabilitacyjnego.

F. Zaburzenia snu – mogą występować w schizofrenii jako: trudności w zasypianiu, częste budzenie się, zbyt wczesne budzenie się nad ranem, koszmary senne, płytki sen, senność w ciągu dnia (często jako wynik przyjmowanych leków psychotropowych). Zaburzenia snu mogą mieć związek z doznaniem psychotycznym, takimi jak omamy i urojenia, oraz lękiem, który im towarzyszy

Plan opieki

Pomoc w przywróceniu choremu prawidłowego rytmu snu i czuwania (patrz s. 128).

4. ZESPOŁY NEURODEMENTYWNE O CHARAKTERZE OTĘPIENNYM

4.1. PROBLEMY CHOREGO I PLAN OPIEKI

A. Zaburzenia komunikacji z otoczeniem spowodowane zaburzeniami procesów poznawczych i emocji oraz objawami zespołu błędnego rozpoznawania. Zależnie od okresu choroby może wystąpić afazja amnestyczna lub mieszana, aleksja, agrafia, wielomówność, persewacje, a w ostatnim okresie choroby mutyzm. Chorzy mogą być apatyczni, w obniżonym nastroju, chwiejni emocjonalnie, mogą przeżywać niepokój i lęk, bywają drażliwi, agresywni, podejrzliwi, a nawet urojeniowo nastawieni do otoczenia

Plan opieki

Stworzenie i utrzymanie warunków umożliwiających podtrzymanie i rozwijanie umiejętności komunikowania się chorego z innymi:

- rozpoznanie charakteru trudności komunikowania się chorego z otoczeniem,
- życzliwe zainteresowanie i gotowość do pomocy,
- akceptująca i empatyczna obecność przy chorym,
- uważne słuchanie, odczytywanie sygnałów niewerbalnych i świadome komunikowanie się pozawerbalne,
- utrzymywanie kontaktu wzrokowego, mówienie spokojnym, łagodnym głosem,
- koncentrowanie się na przeżyciach chorego, domyślanie się, co chce nam przekazać,

- przedstawianie się przy rozpoczynaniu kontaktu, w zależności od potrzeby, nawet wielokrotnie,
- używanie prostych określeń oraz formułowanie krótkich zdań, zadawanie pytań zamkniętych,
- stosowanie terapeutycznych technik kontaktu, takich jak: zachęcanie do opisu przeżyć, klaryfikowanie, milczenie terapeutyczne,
- zwracanie się do chorego jednorazowo tylko z jedną prośbą lub poleceniem,
- zadbanie o to, by chory niedosłyszający korzystał z aparatu słuchowego, a mający problemy z widzeniem z odpowiednich okularów,
- wykazywanie cierpliwości i opanowania, spokojne reagowanie na wybuchy gniewu,
- umożliwienie choremu udziału w indywidualnych i grupowych zajęciach terapeutycznych.

B. Poczucie zagubienia, bezkrytyczne zaufanie do ludzi i niebezpieczeństwo wystąpienia sytuacji zagrożenia zdrowia i życia szczególnie w nowym otoczeniu z powodu zaburzeń: pamięci, orientacji, myślenia abstrakcyjnego, krytycyzmu, uwagi, zaburzeń wzrokowo-przestrzennych i językowych, agnozji i apraksji

Plan opieki

Stworzenie warunków umożliwiających choremu bezpieczne funkcjonowanie:

- ocena charakteru i stopnia zaburzeń procesów poznawczych i zdolności wykonywania przez chorego podstawowych i instrumentalnych lub złożonych codziennych czynności,
- stosowanie terapeutycznych technik komunikowania się z chorym z uwzględnieniem jego problemów w relacjach z innymi ludźmi,
- przypominanie choremu podstawowych informacji, takich jak: miejsce pobytu, data, pora dnia, imiona osób, nazwy czynności i rzeczy,
- zapewnienie pomocy pamięciowych, takich jak: wyraźne napisy na drzwiach, przedmiotach, schemat topografii pomieszczeń, zegar, kalendarz, plansze z planem codziennych zajęć, proste instrukcje (wszystkie pomoce powinny być duże i kolorowe),
- utrzymanie stałego rytmu dnia,
- unikanie zmian:
 - osób opiekujących się chorym (uprzedzanie o zmianach, ponowna auto-prezentacja),
 - w sali (szpital, zakład opiekuńczy), w mieszkaniu chorego (opieka w środowisku) – ustawienia mebli, położenia i miejsca przedmiotów itp.,
- organizowanie zajęć mających na celu ćwiczenie funkcji poznawczych, np. wspólne czytanie i rozwiązywanie krzyżówek, gry, zabawy, spacer, zwiedzanie znanych miejsc,
- zorganizowanie dla chorego stałego miejsca, kąciaka, gdzie czułby się bezpiecznie, może to być wygodny fotel ze stolikiem, na którym znajdują się jego ulubione przedmioty,

- obserwowanie chorego i towarzyszenie mu podczas przemieszczania się, dopilnowanie, aby nie błądził,
- zastosowanie środków zapewniających bezpieczeństwo chorego:
 - wykluczenie możliwości dostępu do balkonu, okien, drzwi wyjściowych, których chory nie powinien sam otwierać,
 - zabezpieczenie przedmiotów, urządzeń i sprzętu, stanowiących potencjalne zagrożenie: przedmioty ostre, tłukące się, zapalki, urządzenia elektryczne, gazowe, baterie wodne itp. (chory może ich używać tylko w obecności opiekuna),
 - zabezpieczenie leków i środków chemicznych (nie mogą być zostawiane w zasięgu chorego),
 - uniemożliwienie zamknięcia się chorego w łazience czy innym pomieszczeniu,
 - pozostawianie w miejscu niedostępnym dla chorego dokumentów, pieniędzy i kluczy,
- usunięcie lub zakrycie luster, jeżeli chory nie poznaje siebie w lustrze i odczuwa z tego powodu lęk,
- zapewnienie dostępu do dzwonka u chorego, który nie przemieszcza się samodzielnie, aby mógł przywołać opiekuna,
- zorganizowanie pomocy w załatwieniu różnych spraw, takich jak zakupy czy opłaty.

C. Poczucie małej wartości wynikające z pogarszającego się codziennego funkcjonowania i niemożności decydowania o sobie jako wynik pogłębiających się zaburzeń funkcji poznawczych. Występuje upośledzenie lub całkowita niemożność wykorzystywania wiedzy i doświadczenia. Szczególnie przykre są dla chorego zaburzenia pamięci świeżej, a ponieważ w początkowej fazie choroby pacjent ma tego świadomość, próbuje je ukrywać przed otoczeniem

Plan opieki

Wzmocnienie poczucia własnej wartości, pomoc w zachowaniu autonomii i poczucia godności chorego:

- rozpoznanie aktualnych psychofizycznych możliwości pacjenta,
- ocena krytycyzmu chorego, jego trudności w codziennym funkcjonowaniu – zrozumienie przeżyć z tym związanych, okazywanie wsparcia psychicznego,
- korygowanie niepożądanych zachowań chorego, ochrona przed ośmieszeniem,
- poznanie sytuacji społecznej chorego, jego dotychczasowej aktywności, wykształcenia, zainteresowań, rozmowa na temat wcześniejszych pozytywnych doświadczeń chorego, poświęcenie czasu na słuchanie wspomnień, okazanie cierpliwości,
- okazywanie szacunku, poszanowanie godności osobistej chorego (nie należy mówić o podopiecznym w jego obecności),
- akceptacja uczuć chorego, szanowanie jego wyborów,

- zachęcanie pacjenta do samodzielnego funkcjonowania i stwarzanie sprzyjających temu warunków (np. do momentu, gdy zna jeszcze wartość pieniędzy, można pozostawić mu portmonetkę z niewielką sumą),
- dostrzeganie wszystkich osiągnięć chorego i każdej próby jego celowej aktywności,
- stwarzanie możliwości podejmowania aktywności dających pacjentowi poczucie przydatności (odpowiednio do możliwości i zainteresowań),
- zapewnienie możliwości realizowania praktyk religijnych osobie wierzącej,
- przypomnienie rodzinie o potrzebie uregulowania spraw finansowych i prawnych, gdy pacjent ma jeszcze zachowany krytycyzm i zdolność oceny własnej sytuacji.

D. Przeżywanie negatywnych emocji, występowanie gwałtownych reakcji emocjonalnych. Negatywne emocje są często wyrazem depresyjnego nastroju. Występuje smutek, poczucie beznadziejności, lęk i poczucie winy. Zaburzenia funkcji poznawczych, takie jak zespół błędnego rozpoznawania czy urojenia, mogą powodować wybuchy gniewu i złości. Gwałtowne reakcje emocjonalne – reakcje katastroficzne, takie jak czynna agresja czy ucieczka, są spowodowane niezrozumieniem nowej sytuacji i niemożnością radzenia sobie z nią

Plan opieki

Podjęcie działań zmniejszających występowanie i następstwa negatywnych emocji:

- rozpoznanie źródeł negatywnych emocji, szczególnie w odniesieniu do katastroficznych reakcji,
- zachowanie zapobiegające narastaniu poczucia zagrożenia – ograniczenie ruchu, spokojne gesty i spokojny, ciepły ton głosu,
- zapewnienie choremu osobistej przestrzeni (nie należy go dotykać, jeżeli nie wyraził na to zgody),
- eliminowanie lub redukcja bodźców, które mogą prowokować negatywne emocje chorego, chronienie przed natłokiem zdarzeń,
- zapewnienie chorego, że jest bezpieczny i nic mu nie grozi,
- usunięcie niebezpiecznych przedmiotów z zasięgu rąk pacjenta, aby zapobiec uszkodzeniu jego ciała i w trosce o własne bezpieczeństwo,
- wykazanie cierpliwości, pozostawienie choremu czasu na uspokojenie się,
- przy utrzymującej się reakcji katastroficznej pozostawić chorego na jakiś czas samego, w odosobnionym miejscu z możliwością obserwacji jego zachowania,
- kontynuowanie kontaktu z chorym bez jakichkolwiek uprzedzeń,
- podtrzymywanie oraz rozwijanie zainteresowań i zwyczajów spędzania wolnego czasu, które wiążą się z przyjemnymi przeżyciami chorego, np. słuchanie muzyki i piosenek z lat młodości, malowanie, robótki ręczne, oglądanie fotografii i ilustracji, przebywanie w ulubionych miejscach,
- uczenie pacjenta technik relaksacyjnych i zachęcanie do ich stosowania,
- zadbanie, aby wystrój pomieszczeń, w których przebywa chory, sprzyjał tworzeniu atmosfery bezpieczeństwa,
- współdziałanie w farmakoterapii.

E. Narastająca bezradność chorego w zaspokajaniu potrzeb biologicznych, prowadząca do ich całkowitego zaniedbania, jest wynikiem postępujących zmian zwyrodnieniowych OUN, powoduje stopniowy zanik umiejętności związanych z codziennym praktycznym funkcjonowaniem, chory nie potrafi rozpoznawać swoich potrzeb i nie rozumie własnej sytuacji. Zaawansowanie deficytu w samoopiece zależy od zaawansowania choroby, ogólnej sprawności chorego oraz jego wcześniejszych przyzwyczajeń. Jednak sposób zaspokajania potrzeb fizjologicznych odbiega nieraz znacznie od tego sprzed zachorowania, może to być np. łapczywe jedzenie lub nietypowe przejawy seksualności. W ostatnim stadium choroby pacjent jest całkowicie uzależniony od opiekuna

Plan opieki

Podjęcie działań kompensujących u chorego deficyt w samoopiece:

- systematyczne diagnozowanie stopnia deficytu chorego w zakresie możliwości wykonywania codziennych czynności,
- wybór systemu pielęgnowania wspierająco-leczącego, częściowo kompensacyjnego lub w pełni kompensacyjnego zależnie od stanu pacjenta (model opieki Dorothy Orem),

przy nieznacznym stopniu zaawansowania choroby:

- towarzyszenie i pomaganie choremu, gdy jest taka potrzeba, nie wyręczać go jednak w zaspokajaniu potrzeb,

przy znacznym zaawansowaniu choroby:

- zadbanie o higienę ciała i odzieży chorego – mycie, kąpiel, ubieranie, przebieranie w miarę potrzeby, dbanie o higienę jamy ustnej, włosów, czystość i obcięcie paznokci rąk i nóg, natłuszczenie skóry, golenie mężczyzn, stosowanie kremów, dezodorantów, kosmetyków itp.,
- dbanie o bezpieczeństwo podczas kąpieli – używanie mat przeciwpoślizgowych, uchwytów, krzesełek w kabinie prysznicowej,
- stosowanie działań pielęgnacyjnych zapobiegających odleżynom, odparzeniom, przykurczom, zanikom mięśniowym i zapaleniu płuc u chorych leżących,
- rozpoznanie rodzaju trudności pacjenta w przyjmowaniu posiłków i zastosowanie właściwego sposobu postępowania,
- obserwowanie zaburzeń w oddawaniu moczu i stolca, zapobieganie zaparciom i regulowanie wypróżnień, zapobieganie odwodnieniu (podawanie około 2 l płynów dziennie), urozmaicona, bogata w błonnik dieta,
- gdy chory nie sygnalizuje potrzeb fizjologicznych, systematyczne wyprowadzanie go do toalety o określonych porach, a gdy to nie jest możliwe – stosowanie pampersów, kaczek, basenów, zabezpieczenie łóżka przed zamoczeniem,
- zachęcanie chorego do aktywności fizycznej – gimnastyka, spacer, inne czynności i zajęcia ruchowe, wykonywanie ćwiczeń biernych u chorych z małą sprawnością ruchową oraz leżących,
- dbanie o właściwy ubiór pacjenta, pomoc w ubieraniu, przygotowywanie odzieży dostosowanej do temperatury otoczenia i aktywności chorego –

ubrania powinny być uszyte z tkanin z naturalnych włókien; gdy chory długo siedzi – założenie cieplejszych skarpet, okrycie nóg pledem, założenie ciepłego swetra (chorym jest często zimno),

- ochrona pacjenta przed dezaprobatą otoczenia w przypadku niekontrolowanych przejawów seksualności.

F. Zaburzenia dobowego rytmu snu i czuwania – szczególnie w drugiej fazie choroby. Występuje bezsenność połączona z niepokojem i błędzeniem, mogą się wtedy nasilać zaburzenia świadomości oraz objawy psychotyczne, często urojenia okradania. W ciągu dnia chorzy śpią lub drzemią

Plan opieki

Stworzenie warunków umożliwiających bezpieczny nocny sen:

- jeżeli chory nie śpi i przeżywa lęk – uspokajająca obecność, umożliwienie spaceru, dopilnowanie, aby pacjent nie błądził, nie oddalił się, a po uspokojeniu zaprowadzenie do łóżka (patrz s. 128).

G. Wyczerpanie psychiczne i fizyczne osób bliskich opiekujących się chorym. Jest to często opieka wieloletnia powodująca znaczne obciążenie psychofizyczne, choroby somatyczne i depresję u opiekunów. Takie zachowania chorego jak: błędzenie, nierozpoznanie osób, oskarżenia i zachowania agresywne wobec opiekuna, aktywność nocna, uporczywe pytania i nieodstępowanie opiekuna na krok są szczególnie wyczerpujące dla rodziny. Zmiana osobowości bliskiej osoby jest przez rodzinę trudna do zaakceptowania. Przyczyną stresu może też być poczucie winy

Plan opieki

Podjęcie działań wspierających i obniżających poziom stresu u rodziny/opiekuna:

- umożliwienie rodzinie swobodnego wyrażania swoich myśli, emocji i uczuć w sprzyjającej, przyjaznej atmosferze,
- rozpoznanie zapotrzebowania rodziny na wsparcie emocjonalne i informacyjne,
- edukowanie rodziny w zakresie:
 - istoty choroby,
 - umiejętności komunikowania się z chorym,
 - pielęgnowania chorego w różnych stadiach choroby,
 - umiejętności radzenia sobie ze stresem,
 - umiejętności dbania również o siebie, swoje potrzeby i zdrowie,
- udzielanie opiekunom wsparcia emocjonalnego podczas kolejnych spotkań,
- informowanie i pomoc w nawiązaniu kontaktów z właściwymi instytucjami leczniczymi, opiekuńczymi, ośrodkami pomocy społecznej, grupami wsparcia,
- zachęcanie rodziny do uporządkowania kwestii prawnych i finansowych dotyczących chorej osoby.

5. ZABURZENIA LĘKOWE

5.1. PROBLEMY CHOREGO I PLAN OPIEKI

A. Trudności w nawiązywaniu i utrzymaniu relacji z otoczeniem – są często spowodowane brakiem obecności, zainteresowania, bliskości i miłości innych ludzi, jak również lękiem, który osłabia percepcję zmysłów, koncentrację, zaburza funkcje intelektualne, a w konsekwencji utrudnia i opóźnia możliwość nawiązania relacji

Plan opieki

Podjęcie działań umożliwiających utrzymywanie i rozwijanie poprawnych relacji chorego z otoczeniem:

- okazywanie zainteresowania, zrozumienia oraz empatii, stosowanie technik aktywnego słuchania, podkreślanie mocnych stron osobowości chorego, jego wartości,
- akceptowanie odrębności pacjenta, pomoc w uzyskaniu rozeznania własnej sytuacji, uświadomienie podjętych działań i tego, że sam jest za nie odpowiedzialny, motywowanie do zmiany,
- udzielanie konkretnych, rzeczowych informacji (chroni przed rozczerowaniem),
- umożliwienie ponownego przeżycia przez chorego swoich problemów i dążenie do akceptacji zmienionej rzeczywistości,
- wyrażanie szacunku podczas prowadzenia rozmowy – zapewnienie swobody ekspresji, przekazywanie informacji zwrotnej z uwzględnieniem odmienności schematów i założeń przyjmowanych przez pacjenta (zwrócić uwagę na wychwytywanie oraz klaryfikowanie różnic między jego a własnym stanowiskiem),
- stworzenie ciepłego, autentycznego klimatu – bezpiecznych warunków do mówienia o swoich stratach, nieosiągniętych celach, niewykorzystanych szansach,
- aktywizowanie pozytywnych emocji w celu lepszego zapamiętania przekazu terapeutycznego,
- odwracanie uwagi od dolegliwości pacjenta, ale bez poddawania w wątpliwość ich prawdziwości, unikanie skupiania się na objawach demonstrowanych,
- podjęcie rozmowy na temat relacji pacjenta z rodziną, podkreślanie wartości rodziny w życiu człowieka (wzmacnianie pozytywnych więzi z rodziną, aby nie czuł się samotny), motywowanie do kontaktów z rodziną i przyjaciółmi,
- stwarzanie warunków do rozwijania umiejętności komunikacyjnych, podejmowania zadań i ról (pod kierunkiem terapeuty),
- wykorzystanie koncepcji analizy transakcyjnej E. Berne'a – analiza interakcji i komunikacji między jednostką a otoczeniem,

- pogłębianie świadomości własnego systemu wartości i umiejętności w zakresie komunikowania.

B. Brak umiejętności radzenia sobie ze stresem – stres powoduje trudności w funkcjonowaniu psychospołecznym. W szczególnie skrajnych sytuacjach może wystąpić „ostra reakcja na stres”, „reakcja przewlekła” lub „adaptacyjna”, jednostka nie radzi sobie z sytuacją mimo posiadania różnych umiejętności (zasobów). Ponadto stres występuje często u osób ze słabą odpornością psychiczną i „słabym ego”

Plan opieki

Podjęcie działań mających na celu uzyskanie przez chorego umiejętności efektywnego radzenia sobie ze stresem:

- zapewnienie pacjenta o gotowości pomocy – wzbudza zaufanie i ułatwia wzajemne porozumiewanie się,
- pomaganie choremu w rozpoznawaniu stresorów i sposobów radzenia sobie ze stresem (odreagowanie emocji, rozwiązywanie problemów),
- uczenie pacjenta modyfikowania i eliminowania czynników stresujących,
- zwrócenie uwagi na właściwą postawę ciała i poruszania się (bez napięcia),
- ukierunkowanie na techniki wspomagania, biologicznego sprzężenia zwrotnego i inne,
- nauczanie chorego technik relaksacyjnych.

C. Nieokreślony lęk powodujący poczucie braku bezpieczeństwa – chory ma poczucie zagrożenia, jednak nie potrafi określić jego źródła

Plan opieki

Podjęcie działań mających na celu przywrócenie choremu poczucia spokoju i bezpieczeństwa:

- nawiązanie z pacjentem kontaktu terapeutycznego, zapewnienie o gotowości do pomocy, unikanie moralizowania,
- wzmocnienie obrazu siebie w tych zakresach, w których jest on obniżony – ukazywanie mocnych stron i możliwości chorego,
- zaakceptowanie trudności chorego w radzeniu sobie z sytuacjami, które osobie zdrowej nie sprawiają problemu – łagodzenie poczucia winy z tego powodu,
- pomaganie pacjentowi w ocenie zagrożenia, na które reaguje lękiem,
- umożliwienie wyrażenia uczuć, odreagowania przez „wyłkanie się”, „wygadanie się” czy „wykrzyczenie”,
- nawiązanie kontaktu z bliskimi osobami chorego i podjęcie działań zmierzających do złagodzenia trudności będących powodem niepożądanych objawów,
- stosowanie psychoterapii wspierającej i podtrzymującej, ćwiczeń fizycznych, masażu oraz elementów psychoterapii wglądowej i poznawczej.

D. Doświadczanie i przeżywanie lęku panicznego – lęk paniczny może występować w różnych zespołach, głównie fobicznych, a także jako jedyna forma przeżywania lęku

Plan opieki

Podjęcie działań zmierzających do samokontroli emocji w przeżywanych atakach paniki:

- obecność przy chorym podczas ataku lęku – stała obecność pielęgniarki zmniejsza niepokój, daje choremu poczucie bezpieczeństwa,
- stosowanie technik przerywających napad lęku – zwiększenie ciśnienia parcjalnego dwutlenku węgla w surowicy krwi (np. przez oddychanie do uszczelnionej wokół ust papierowej torebki),
- uczenie pacjenta rozpoznawania sytuacji wywołujących u niego napady paniki,
- omawianie sytuacji i objawów wskazujących na zbliżanie się napadu lękowego,
- bezwarunkowe akceptowanie pacjenta bez osądzania i negatywnego oceniania jego zachowania,
- wykazanie opanowania, zwracanie się do chorego w krótkich, prostych zdaniach,
- bezpośrednie reagowanie na pytania chorego, wyjaśnienie somatycznych objawów lęku będących komponentem reakcji emocjonalnych,
- zachęcanie do ujawnienia i werbalizacji ukrytych uczuć,
- okazywanie stanowczości i konsekwencji w postępowaniu jako element zewnętrznej kontroli nad pacjentem,
- minimalizowanie bodźców zewnętrznych – umieszczenie chorego w spokojnym pomieszczeniu,
- zmniejszenie liczby napadów lęku przez:
 - ćwiczenia oddechowe – uczenie pogłębionego „oddychania brzuszno-ego”, ćwiczenia mięśni przepony, szczególnie w przypadku hiperwentylacji spowodowanej stresem,
 - trening behawioralny (np. w razie wystąpienia agorafobii) obejmuje: stopniowe osvajanie chorego z sytuacją wywołującą lęk, a następnie desensytyzację (wygaszanie lęku) z użyciem relaksacji i technik wyobrażeniowych,
- ukierunkowanie zachowania pacjenta na aktywność fizyczną w celu rozładowania napięcia lękowego,
- uczenie osoby cierpiącej technik relaksacji, np. treningu autogennego,
- zapobieganie atakom lęku panicznego przez obniżenie ogólnego poziomu lęku:
 - psychoterapia indywidualna i grupowa,
 - techniki relaksacyjne (np. położenie się w spokojnym miejscu, rozluźnienie poszczególnych grup mięśni i zwolnienie rytmiczności oddechu),
 - trening behawioralny (stopniowa ekspozycja na bodźce wywołujące lęk) lub desensytyzacja,

- terapia rodzin (jeżeli głównym problemem psychologiczno-społecznym jest sytuacja rodzinna),
- współudział w farmakoterapii.

E. Zaburzenia snu – najczęściej bezsenność pojawiająca się w okresach trudności życiowych i stresów. Występują też „lęki nocne” i marzenia senne o lękowej treści, wynikające z przykrych doznań. Brak snu wzmagają niepokój i napięcie, co tym bardziej utrudnia wypoczynek nocny. Bezsenność w nocy i senność w ciągu dnia pogarszają funkcjonowanie społeczne i zawodowe

Plan opieki

Podjęcie działań umożliwiających choremu efektywny sen (patrz s. 128).

F. Trudności w opanowaniu myśli i czynności natrętnych. Występują stereotypowe i wielokrotnie powtarzane zachowania, rytuały. Kompulsje (niechciane czynności) łączą się często z obsesjami – określone czynności wykonywane są z myślą, że pod żadnym pozorem nie można ich zaniechać

Plan opieki

Podjęcie działań ułatwiających choremu radzenie sobie z natręctwami i funkcjonowanie w codziennym życiu:

- pomaganie choremu w wyrażaniu uczuć oraz obaw, empatia, ochrona przed ośmieszeniem,
- rozpoznanie przyczyn trudności występujących u chorego,
- ustalenie relacji między konfliktami a zachowaniami natrętnymi – przedyskutowanie z chorym jego myśli i zachowań, ustalenie ograniczeń w zachowaniu,
- odizolowanie chorego od sytuacji sprzyjających pojawianiu się natręctw,
- obserwacja chorego pod kątem narastania niepokoju i przeciwdziałanie zachowaniom kompulsywnym, udzielanie pomocy w zrozumieniu istniejącego w ocenie chorego zagrożenia,
- ustalenie z chorym planu i priorytetów codziennej aktywności z uwzględnieniem wykorzystania i rozwijania jego zainteresowań, pomoc w wykonywaniu czynności, z którymi sobie nie radzi (czynności higieniczne, dbanie o wygląd, posiłki),
- zachęcenie pacjenta do uczestniczenia w terapii zajęciowej i spokojnych zajęć rozrywkowych, a także form terapii ułatwiających wyrażanie uczuć, np. odgrywanie ról, muzyka, taniec, poezja, techniki asertywne,
- wzmacnianie pożądaných aktywności.

G. Trudności z opanowaniem i przeżywaniem lęku fobicznego. Osoby cierpiące na ten rodzaj fobii cechuje mała tolerancja na krytykę i niska samoocena

Plan opieki

Podjęcie działań rozwijających u chorego umiejętność radzenia sobie z opanowaniem lęku fobicznego:

- rozpoznanie źródła lęku, obserwacja zmian fizjologicznych u chorego w zetknięciu lub wobec przewidywanego kontaktu z tym obiektem,
- zachęcanie pacjenta do rozmowy na temat alternatywnych sposobów rozumienia siebie, swoich problemów,
- włączenie pacjenta do aktywności w celu odwrócenia jego uwagi od czynników prowokujących lęk, proponowanie i tworzenie zadań, które mogą zastąpić reakcję fobii z uwzględnieniem czynności sprawiających pacjentowi przyjemność,
- wzbudzanie nadziei, że leczenie pomoże choremu opanować patologiczny lęk i ułatwi mu funkcjonowanie w codziennym życiu,
- wzmacnianie pozytywnych stron osobowości pacjenta, rozmowa na temat jego osiągnięć i sukcesów (poprawa samooceny), uczenie zachowań asertywnych,
- unikanie rozmów wzmacniających skargi pacjenta, zwłaszcza w odniesieniu do dolegliwości somatycznych, które nasilają lęk,
- wzmacnianie mechanizmów adaptacyjnych chorego przez:
 - techniki relaksacyjne,
 - ćwiczenia modyfikujące zachowanie,
 - naukę postępowania w przypadku stresu.

6. UZALEŻNIENIA

6.1. PROBLEMY CHOREGO I PLAN OPIEKI

A. Przeżywanie przykrych doznań fizycznych i psychicznych jako reakcja organizmu na zmniejszenie ilości lub brak danej substancji

Plan opieki

Ułatwienie choremu przezwyciężenia przykrych doznań:

- obecność przy chorym, łagodzenie niepokoju i lęku, okazywanie życzliwego zainteresowania, rozmowa, aktywne słuchanie,
- wyjaśnienie choremu przyczyn i czasu trwania objawów,
- monitorowanie podstawowych parametrów życiowych,
- udział w leczeniu farmakologicznym (anksjolityki),
- prowadzenie karty bilansu płynów (kontrola przyjmowanych płynów, diurezy),
- obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia drgawek abstynencyjnych,
- dbanie o higienę ciała (wzmóżona potliwość, podwyższona ciepłota ciała, wymioty, biegunka).

B. Zaburzone postrzeganie i interpretowanie rzeczywistości. Zaburzenia postrzegania i treści myślenia mogą wystąpić m.in. w majaczeniu alkoholowym, psychozie alkoholowej, w przebiegu barbituranowego zespołu abstynencyjne-

go i podczas używania kokainy. Objawy te wywołują lęk, niepewność, pobudzenie psychoruchowe

Plan opieki

Podjęcie działań ułatwiających choremu radzenie sobie z objawami psychicznymi i odzyskanie prawidłowej percepcji rzeczywistości:

- stworzenie atmosfery akceptacji i bezpieczeństwa,
- stosowanie terapeutycznych technik komunikowania się z chorym – aktywne słuchanie, oferowanie swojej obecności, zachęcanie pacjenta do opisu rzeczy spostrzeganych oraz porównań, urealnianie,
- okazywanie zrozumienia wobec urojeń bez zaprzeczania i udowadniania ich nierealności,
- koncentrowanie się na uczuciach, jakie kryją się pod urojeniami (smutek, strach),
- poddawanie w wątpliwość urojeniowych sądów chorego, taktowne przedstawianie obiektywnej rzeczywistości,
- odwracanie uwagi pacjenta od przeżyć urojeniowych: udział w zajęciach ruchowych, relaksacyjnych, terapia zajęciowa, rozmowy, słuchanie muzyki, gry towarzyskie,
- współudział w farmakoterapii.

C. Zaburzenia orientacji allo- i autopsychicznej (dezorientacja co do miejsca i czasu oraz własnej osoby) występują m.in. w majaczeniu alkoholowym i w zespole abstynencyjnym uzależnienia od benzodiazepin i barbituranów

Plan opieki

Podjęcie działań ułatwiających choremu orientację:

- zapewnienie pacjentowi całodobowej opieki pielęgniarskiej,
- wielokrotne przedstawianie się pielęgniarki i powtarzanie próśb w celu upewnienia się, że pacjent zrozumiał,
- tworzenie atmosfery spokoju, zapewnianie chorego o bezpieczeństwie,
- informowanie pacjenta o przeprowadzanych zabiegach tuż przed ich wykonaniem,
- ograniczenie wszelkich zmian tylko do niezbędnych (zmiana łóżka, sali),
- zabezpieczenie chorego pobudzonego psychoruchowo przed urazami i wypadnięciem z łóżka.

D. Zaburzenia komunikowania się – są wynikiem konfliktów wewnętrznych, braku wglądu we własne emocje, lęku, agresji i przeżyć psychotycznych. Podłożem zaburzeń w komunikowaniu się mogą być również deficyty w zakresie umiejętności społecznych

Plan opieki

Podjęcie działań umożliwiających choremu skuteczne komunikowanie się:

- nawiązanie kontaktu terapeutycznego, stosowanie technik podtrzymujących proces komunikacji, takich jak: akceptacja, informowanie, klaryfikacja, odzwierciedlenie,
- poznanie sposobów komunikowania się chorego z otoczeniem, rozpoznanie występujących u niego mechanizmów manipulacyjnych,
- pomoc w uzyskaniu wglądu we własne emocje i zachowania,
- uczenie radzenia sobie w trudnych sytuacjach,
- prowadzenie rozmowy w sposób respektujący prawa pacjenta (swoboda wypowiedzi, przekaz informacji zwrotnych),
- wzmacnianie zachowań pacjenta ukierunkowanych na nawiązywanie kontaktu.

E. Zachowania agresywne – mają związek z niepokojem i lękiem wynikającym z doznań psychotycznych

Plan opieki

Podjęcie działań zwiększających bezpieczeństwo pacjenta i jego otoczenia, wspomagających chorego w samokontroli emocji:

- stała obserwacja zachowania pacjenta,
- mówienie do chorego potocznym językiem, wolno, jasno i zdecydowanie,
- zachowanie odpowiedniej odległości od chorego (nie mniejszej niż 2 metry),
- zbliżanie się do pacjenta powoli, z przodu, a nie z tyłu, aby nie wywołać u niego poczucia zaskoczenia lub zagrożenia,
- unikanie kontaktu „w cztery oczy” w izolowanych pomieszczeniach,
- usunięcie z otoczenia pacjenta przedmiotów potencjalnie niebezpiecznych,
- ocena konieczności zastosowania przymusu bezpośredniego,
- współudział w farmakoterapii.

F. Zaburzenia snu – bezsenność czy koszmarne sny występują najczęściej w zespołach abstynencyjnych, majaczeniu alkoholowym, halucynozie alkoholowej

Plan opieki

Podjęcie działań ułatwiających pacjentowi prawidłowy sen (patrz s. 128):

- tworzenie atmosfery bezpieczeństwa, zapewnienie chorego, że nic mu nie grozi ze strony otoczenia.

G. Niedobory pokarmowe, zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej. Występują szczególnie w przebiegu nadużywania i uzależnienia od alkoholu

Plan opieki

Podjęcie działań zmierzających do wyrównania niedoborów pokarmowych i wodno-elektrolitowych:

- dopilnowanie przyjmowania przez chorego posiłków i płynów z uwzględnieniem bogatoenergetycznej i wysokobiałkowej diety, zalecane są soki zawierające jony potasu i fruktozę, np. sok pomarańczowy, woda bogata w potas i magnez,

- monitorowanie gospodarki elektrolitowej, stanu odżywienia i nawodnienia organizmu,
- nawadnianie chorych drogą dożylnych wlewów kroplowych zgodnie z kartą zleceń – płyny wieloelektrolitowe, 0,9% NaCl, 5% roztwór glukozy,
- uzupełnianie niedoborów witaminowych, głównie witaminy B₁, witaminy B₆, PP i C.

H. Trudności w podjęciu współpracy z zespołem terapeutycznym – mają związek z występującymi w uzależnieniu mechanizmami obronnymi, a szczególnie z mechanizmem zaprzeczania. Współistniejące często zaburzenia osobowości są powodem działań manipulacyjnych wobec otoczenia, w tym również wobec zespołu terapeutycznego. Brak motywacji do leczenia wynika ponadto z nawracających reakcji poszukiwania i przyjmowania środka uzależniającego, co stanowi istotę uzależnienia

Plan opieki

Podjęcie działań zmierzających do podjęcia przez chorego współpracy w leczeniu i współodpowiedzialności za swoje zdrowie:

- stworzenie atmosfery wzbudzającej zaufanie pacjenta – otwartość, celowość działań, życzliwe zainteresowanie, zapewnienie o wsparciu,
- rozmowa z pacjentem ukierunkowana na wzbudzenie motywacji do leczenia,
- poznanie oczekiwań pacjenta wobec leczenia,
- ustalanie warunków współpracy wspólnie z pacjentem i jego rodziną,
- edukacja pacjenta w zakresie uzależnienia (istota, skutki, fazy choroby, zasady i metody leczenia),
- zachęcanie chorego do uczestniczenia w psychoterapii grupowej i terapii behawioralno-poznawczej,
- informowanie o funkcjonowaniu grup wsparcia dla pacjentów i ich rodzin.

Opiekując się osobą z uzależnieniem, pielęgniarka musi pozbyć się uprzedzeń, zdobyć zaufanie chorego, nie może robić mu wyrzutów ani wzmacniać poczucia winy. Do jej zadań należy wyjaśnienie znaczenia i zasad leczenia.

Pielęgniarka nie może stosować represji, ewentualnie analizuje niewłaściwe zachowanie chorego na spotkaniu psychoterapii grupowej czy zebraniu społeczności leczniczej. Powinna liczyć się z możliwością przemycania środków uzależniających.

W oddziaływaniu psychoterapeutycznym konieczna jest u pielęgniarki cierpliwość w procesie doprowadzania pacjenta do dojrzałości emocjonalnej i społecznej. Należy go uczyć tolerowania frustracji i niepokoju – warunkiem sukcesu jest głębokie przeobrażenie osobowości pozwalające zmienić sposób przeżywania, odczuwania i myślenia. Pacjent ma zaakceptować swoją osobę, a nie nałóg, ma uzyskać wgląd we własne problemy.

Zadaniem pielęgniarki jest włączenie pacjenta w społeczność terapeutyczną, a także mobilizowanie do udziału w terapii zajęciowej i innych formach leczenia. W przypadku występowania somatycznych i psychiatrycznych powikłań alkoholizmu pielęgniarka zapewnia choremu opiekę stosownie do występujących objawów – problemów zdrowotnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Baran-Fruga H, Steibharth-Chmielewska K. *Uzależnienia, obraz kliniczny i leczenie*. PZWL, Warszawa 1999.
2. Bilikiewicz A, red. *Psychiatria*. PZWL, Warszawa 2004.
3. Brown Tom M, red. *Stany nagłe w psychiatrii*. PZWL, Warszawa 1994.
4. David L, Rosenhan F, Martin E, Seligman P. *Psychopatologia*. PTP, Warszawa 1994.
5. Dobroszycka W, Leszek J. *Aspekty diagnostyczne i terapeutyczne neurozwyrodnienia w chorobie Alzheimera, ośpieniu, starzeniu*. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2007.
6. Grochowska D. *Wybrane standardy w pielęgniarstwie psychiatrycznym*. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2002.
7. Habrat B. *Organizm w niebezpieczeństwie. Zasady postępowania u osób z problemami alkoholowymi*. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1994.
8. Kimal K. *Zbiór standardów przyjęcia, opieki, socjalizacji i wypisu chorego ze szpitala psychiatrycznego*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002.
9. Kirschnick O. *Pielęgniarstwo*. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1997.
10. Freyberger HJ, red. *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*. PZWL, Warszawa 2005.
11. Matysiak-Stempniak E. (oprac.). *ABC wiedzy dla pielęgniarek o agresji w instytucjach psychiatrycznych*. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1991.
12. *Metody terapii odwykowych*. Opracowanie redakcyjne, część I, II. *Tematy* 1998; 7–8: 9.
13. Motyka M. *Pielęgnowanie a pomoc psychiczna w chorobie*. Wyd. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1999.
14. *Profilaktyka uzależnień*. Program edukacyjny – opracowała A. Kobiałka, MEN, Warszawa 1991.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 23 sierpnia 1995 w sprawie zasad stosowania przymusu bezpośredniego, (Dz.U nr 103, poz. 514).
16. Seligman ME, Walker EF, Rosenham DL. *Psychopatologia*. Zysk i S-ka, Poznań 2003.
17. Ugniewska C. *Pielęgniarstwo psychiatryczne i neurologiczne*. PZWL, Warszawa 1996.
18. *Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1994.
19. Wilczek-Rużyczka E. *Komunikowanie się z chorym psychicznie*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
20. Wilczek-Rużyczka E. *Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
21. Woititz-Janet G. *Dorosłe dzieci alkoholików*. Wyd. Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości 1992.

PODSTAWY TERAPII W ZABURZENIACH PSYCHICZNYCH

1. FARMAKOTERAPIA

TABELA 1. LEKI PSYCHOTROPOWE

Leki psycholeptyczne (psycholeptyki)
– leki przeciwpsychotyczne (neuroleptyki) – dawniej znane również pod nazwą „duże trunkwilizery”
– leki anksjolityczne (anksjolytyki) – inaczej leki przeciwłękowe, dawniej znane również pod nazwą „małe trunkwilizery”
– leki normotymiczne
– leki nasenne i leki uspokajające
Leki psychoanaleptyczne (psychoanaleptyki)
– leki przeciwdepresyjne
– leki psychostymulujące
– leki nootropowe (prokognitywne) – wpływające na funkcje poznawcze
Leki przeciwparkinsonowskie (stosowane w chorobie Parkinsona)

1.1. LEKI PRZECIWPASYCHOTYCZNE

A. Działanie

Leki przeciwpsychotyczne wykazują działanie silnie uspokajające przez hamowanie aktywności komórek nerwowych, głównie – powiązanych z dopaminą (receptor D2) i serotoniną, w mniejszym stopniu z adrenaliną, a także z histaminą i w niektórych przypadkach – acetylocholiną. Nie wywołują efektu narkotycznego, czyli nie mogą doprowadzić do uzależnienia, ale wiele z nich potęguje działanie narkotyków i alkoholu etylowego.

Zaleca się je zwłaszcza w psychozach z takimi objawami osiowymi, jak autyzm oraz z objawami wytwórczymi (urojenia, omamy), są pomocniczo stosowane w depresji, bezsenności (szczególnie w postaci z objawami psychotycznymi) i w celu zwalczania myśli samobójczych.

B. Działania niepożądane

Głównym działaniem niepożądanym jest parkinsonowski zespół poneuroleptyczny. Starsze leki przeciwpsychotyczne wywoływały też wiele ubocznych objawów vegetatywnych, jak suchość w jamie ustnej, zaburzenia akomodacji, nadmierna senność, zaburzenia czynności wątroby, zaburzenia funkcji seksualnych.

TABELA 2. LEKI PRZECIWPSTYCHOTYCZNE – PODZIAŁ

<p>Pochodne fenotiazyny Profil działania w kierunku antyautystycznym i aktywizującym; działania uboczne ze strony układu pozapiramidowego</p> <ul style="list-style-type: none"> – alifatyczne (chlorpromazyna, promazyna, lewomepromazyna) – profil działania w kierunku sedatywnym; działania uboczne ze strony układu wegetatywnego, – piperydynowe (tiorydazyna, pipotiazyna), – piperazyńowe (perfenazyna, flufenazyna, perazyna, tioproperazyna) <p>Pochodne tioksantenu Pewne działanie przeciwdepresyjne</p> <ul style="list-style-type: none"> – chlorprotiksen, – klopentyksol, – flupentyksol, – tiotiksen. <p>Pochodne butyrofenonu Profil działania zbliżony do piperazyńowych pochodnych fenotiazyny, wykazują wyraźne działania uboczne ze strony układu pozapiramidowego</p> <ul style="list-style-type: none"> – haloperidol – droperidol – trójfluoroperidol <p>Benzamidy</p> <ul style="list-style-type: none"> – sulpiryd – tiapryd <p>Atypowe (2 i 3 generacji)</p> <ul style="list-style-type: none"> – risperidon (Rispolept) i jego pochodna paliperidon (9-hydroksyrisperidon), – olanzapina (Zyprexa), – klozapina (Leponex, Klozapol), – amisulpiryd (Solian), – aripiprazol, – kwetiapina (Seroquel), – ziprasidon

C. Przykłady:

Risperidon

- Przydatny w terapii pobudzenia u pacjentów z zaburzeniami pamięci.
- Jedyne atypowe leki przeciwpsychotyczne powodujące wzrost poziomu prolaktyny.
- Niższy wzrost wagi niż przy innych lekach przeciwpsychotycznych.

Olanzapina

- Udokumentowana efektywność przy terapii niepsychotycznej, lekoopornej depresji.
- Pomimo działania na receptor muskarynowy, brak dowodów na negatywny wpływ na funkcje poznawcze.
- Znaczący wzrost masy ciała u pacjentów w czasie terapii.
- Kobiety wymagają zwykle mniejszych dawek niż mężczyźni.

Kwetiapina

- Czasami skuteczna, gdy zawodzą inne atypowe leki przeciwpsychotyczne.
- Skuteczna w psychozach towarzyszących chorobie Parkinsona.
- W wysokich dawkach może powodować zaćmę.

Klozapina

- Najbardziej efektywna, ale jednocześnie najbardziej niebezpieczna.
- Redukuje pobudzenie i agresywność.
- Stopniowa, ciągła poprawa w czasie wielu lat stosowania.
- Nie jest uznawana za lek pierwszego wyboru przy pierwszym epizodzie.
- Może powodować aganulocytozę u 0,5–2% pacjentów.
- Dawkowanie powyżej 550 mg wymaga zwykle podawania leku przeciwdrgawkowego.
- Może powodować znaczący wzrost masy ciała.
- Wśród działań ubocznych występuje ślinotok, który szczególnie w nocy może być uciążliwy.

1.2. LEKI PRZECIWDEPRESYJNE

A. Leki przeciwdepresyjne i najczęściej stosowane leki w chorobie afektywnej dwubiegowej

1. Klasyczne leki przeciwdepresyjne – trójcykliczne leki przeciwdepresyjne (TLPD): amitryptylina (Amitryptylina), klomipramina (Hydiphen, Anafranil), dezipramina (Petylyl), imipramina (Imipramin), dibenzepina (Noveril), doksepina (Doxepin, Sinequan), opipramol (Pramolan).
2. Selektywne inhibitory wychwytu serotoniny – SSRI: fluoksetyna (Prozac, Bioxetin, Seronil, Andepin, Salipax, Deprexetin), sertralina (Zoloft, Asentra, Stimuloton, Lexeta, Setalof), paroksetyna (Seroxat, Rexetin, Paxtin, Xetanor), fluwoksamina (Fevarin), citalopram (Cipramil, Cital, Cilon, Aurex, Citaxin), escitalopram (Lexapro).
3. Inhibitory monoaminooksydazy – RIMA: moklobemid (Aurorix, Mocloxil, Mobemid, Moklar).
4. Selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego noradrenaliny: reboksetyna (Edronax).
5. Inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny – SNRI: wenlafaksyna (Efectin, Velafax, Velaxin, Venlectine), milnacipran (Ixel).
6. Antydepresant noradrenergiczny i swoiście serotonergiczny – NaSSA: mirtazapina (Remeron, Mirzaten, Esprital).
7. Antagonista receptora 5HT_{2A} oraz wychwytu zwrotnego serotoniny – trazodon (Trittico).
8. Leki o innych mechanizmach działania: mianseryna (Lerivon, Mianserin, Norserin, Miansemerck), tianeptyna (Coaxil).

9. Leki stosowane w profilaktyce choroby afektywnej dwubiegunowej: węglan litu (*Lithium carbonicum*), karbamazepina (*Amizepin*, *Tegretol*, *Neurotop*), kwas walproinowy (*Depakine*, *Convulex*), lamotrygina (*Lamitrin*).
10. Leki przeciwpsychotyczne stosowane w leczeniu depresji psychotycznej, profilaktyce choroby, chorobie afektywnej dwubiegunowej: chlorprotiksen (*Chlorprotiksen*), lewomepromazyna (*Tisercin*), sulpiryd (*Sulpiryd*), flupentiksol (*Fluanxol*), olanzapina (*Zyprexa*, *Zalasta*, *Zolafren*, *Olzapin*), risperidon (*Rispolept*, *Risset*, *Mepharis*, *Risperon*).

B. Trójcykliczne leki przeciwdepresyjne (TLPD)

- zalety:
 - skuteczne,
 - znane od lat,
 - nieliczne interakcje z lekami przeciwpsychotycznymi,
 - tanie,
- wady:
 - kardi toksyczne,
 - liczne przeciwwskazania,
 - ryzyko zatrucia,
 - objawy uboczne – działanie na receptor muskarynowy,
 - możliwość złej współpracy ze strony pacjenta.

C. SSRI

- wspólne cechy:
 - szeroki indeks terapeutyczny,
 - minimalny efekt cholinolityczny i antyhistaminowy,
 - minimalny wpływ na układ krążenia,
 - nie obniżają progu drgawkowego,
 - dobra tolerancja,
 - dobra współpraca,
 - małe ryzyko teratogenności,
 - możliwy negatywny wpływ na funkcje psychoseksualne.
- objawy uboczne:
 - dysfunkcje seksualne – wszystkie SSRI z wyjątkiem fluwoksaminy,
 - hiponatremia – wszystkie SSRI,
 - znaczące interakcje na poziomie CYP450.

1.3. LEKI ANKSJOLITYCZNE (PRZECIWŁĘKOWE) – BENZODIAZEPINY (BZD)

A. Przykłady:

- diazepam, lorazepam, alprazolam, midazolam, temazepam, nitrazepam, klonazepam, flunitrazepam, bromazepam,

- wśród benzodiazepin można wyróżnić leki o bardziej zaznaczonym charakterze nasennym/uspokajającym (flunitrazepam, nitrazepam, estazolam) lub o silniejszym działaniu przeciwlękowym (medazepam, prazepam, alprazolam), o silniejszym działaniu przeciwdrgawkowym (diazepam, klonazepam).

B. Wskazania

- stosowane są powszechnie do doraźnego leczenia nasilonego lęku, bezsenności, łagodzenia objawów odstawiennych w alkoholizmie, w premedykacji do zabiegów diagnostycznych i chirurgicznych, sedacji pooperacyjnej,
- są stosowane w leczeniu stanów zwiększonego napięcia mięśniowego oraz pomocniczo w leczeniu niektórych typów padaczki.

C. Przeciwwskazania

- ciąża,
- nadużywanie alkoholu,
- prawdopodobieństwo samobójstwa,
- bezdechy podczas snu,
- nocny niepokój w otępieniach.

D. Działania niepożądane

- senność,
- zaburzenia koordynacji ruchowej,
- ataksja,
- amnezja następcza,
- zaburzenia akomodacji,
- osłabienie siły mięśniowej.

E. Odstawianie benzodiazepin

- u osób uzależnionych musi odbywać się pod ścisłym nadzorem lekarza, z uwagi na ryzyko wystąpienia niebezpiecznych dla zdrowia i życia objawów abstynencyjnych (lęk, niepokój, drażliwość, zaburzenia łaknienia, bezsenność, wymioty, zaburzenia widzenia, skurcze mięśniowe, napady drgawkowe, zespół majaczeniowy),
- szczególnie niebezpieczne w przypadku przewlekłego stosowania benzodiazepin jest tzw. zjawisko odbicia polegające na tym, że po odstawieniu leku objawy, które on zmniejszał, nierzadko wracają z nasileniem o wiele większym niż przed farmakoterapią. Zjawisko to szczególnie utrudnia odstawienie benzodiazepin.

F. Objawy ostrego zatrucia

- senność, osłabienie, oczopląs, podwójne widzenie, śpiączka, sinica, drgawki, spłycenie oddechu.

G. Reakcje paradoksalne

- wszystkie benzodiazepiny mogą wywołać też działania paradoksalne, takie jak niepokój czy pobudzenie – głównie u osób łączących te leki z alkoholem

lem, a także pacjentów w wieku podeszłym i z organicznym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego

TABELA 3. CIAŻA A LEKI PSYCHOTROPOWE

Grupa	Niskie ryzyko	Średnie ryzyko	Wysokie ryzyko
Leki przeciwpsychotyczne	sulpiryd tioksanteny	klozapina olanzapina fenotiazyny butyrofenony risperidon	–
Leki antydepresyjne	–	mianseryna mirtazapina moklobemid SSRI TLPD	amitryptylina nortryptylina
Leki anksjolityczne	–	klometiazol buspiron	benzodiazepiny

TABELA 4. KARMIEŃ PIERSIĄ A LEKI PSYCHOTROPOWE

Grupa	Niskie ryzyko	Średnie ryzyko	Wysokie ryzyko
Leki przeciwpsychotyczne	flupentiksol	haloperidol fenotiazyny sulpiryd	klozapina risperidon
Leki antydepresyjne	tianeptyna mianseryna moklobemid TLPD	SSRI mirtazapina	doksepina maprotylina wenlafaksyna
Leki anksjolityczne	benzodiazepiny	benzodiazepiny klometiazol	buspiron

2. PSYCHOTERAPIA

Psychoterapia jest metodą leczenia polegającą na celowym, świadomym i programowym oddziaływaniu na pacjenta technikami werbalnymi i niewerbalnymi, mającymi na celu usunięcie lub zmniejszenie występujących u niego objawów.

A. Podejście psychodynamiczne

Etiologia podejścia

Wywodzi się z psychoanalizy Freuda, który zakładał koncentrację terapii wokół podświadomych procesów oraz konfliktów wewnętrznych. Jego zdaniem więk-

ność zaburzeń wywodzi się z okresu wczesnodziecięcego i powstało na etapie kształtowania się rozwoju psychoseksualnego. Istotą tej metody leczenia jest wprowadzenie do świadomości możliwie jak największej ilości treści zawartych w obszarze nieświadomym i uporanie się z wewnętrznymi konfliktami.

Koncepcja zaburzeń

Terapia psychodynamiczna to podejście zakładające, że podstawę objawów chorobowych stanowią nieświadome popędy. Przez cenzurę super ego (naszych norm moralnych) zostały zepchnięte do nieświadomości, ponieważ nie mogą się urzeczywistnić. Ich energia, uchodząc z organizmu, ujawnia się jako objawy nerwicowe. Problemy pacjenta pojawiają się na skutek niewłaściwego rozwoju osobowości. Dlatego też metoda ta najczęściej jest stosowana w leczeniu zaburzeń osobowości oraz zaburzeń nerwicowych.

Sposób leczenia

Podstawowe działania terapeuty w tej metodzie:

- **analiza nieświadomości** – pacjent przy pomocy terapeuty stara się przyglądać całościowo swojemu funkcjonowaniu psychicznemu, a także do tej pory nieznanym motywom,
- **analiza oporu** – w trakcie poznawania procesów nieświadomych może dojść do sytuacji, gdy pacjent nie chce lub nie może omawiać swoich myśli; traktowane jest to w kategoriach blokady między świadomością a nieświadomością,
- **analiza przeniesień** – pacjent, opowiadając o przeżyciach z przeszłości, zaczyna ujawniać uczucia, jakie czuł w tamtej sytuacji, oraz przeżycia z okresu dzieciństwa; zadaniem terapeuty jest pomoc w prawidłowym zinterpretowaniu odczuwanych emocji,
- **analiza funkcji ego** – przyglądanie się elementarnym zasadom funkcjonowania ego pacjenta oraz roli, jaką pełnią w nim istniejące popędy.

Relacja terapeutyczna ustawiona jest w sposób skośny, tzn. zakłada się aktywny, współodpowiedzialny udział pacjenta z wycofaną rolą psychoterapeuty. W dużej mierze jest ona ograniczona do interpretowania, klaryfikowania oraz konfrontowania pacjenta z jego nieświadomością. Krótkimi wypowiedziami terapeuta próbuje naprowadzić pacjenta na uzyskanie wglądu, czyli zrozumienia intelektualnego i emocjonalnego procesów nieświadomych. W trakcie terapii u pacjenta wykształcony zostaje stan „nerwicy przeniesieniowej”, polegającej na rzutowaniu, czyli przeniesieniu na terapeutę emocji, jakie pacjent żywi do innych osób. Rolą terapeuty jest wówczas analiza powstających emocji, także tych, które tworzą się w relacji między nim a pacjentem. Podstawowym narzędziem pracy terapeuty jest przepracowanie, czyli omówienie znaczenia objawu oraz zysków z jego obecności.

Celem terapii jest praca nad nierozwiązanymi konfliktami oraz relacjami z dzieciństwa (z osobami znaczącymi). To sam pacjent przy wsparciu terapeuty powinien znaleźć rozwiązanie dla swoich problemów. Dzieje się tak dzięki zwiększonej samoświadomości oraz ustępującym objawom zaburzonej osobowości.

B. Podejście poznawczo-behawioralne

Etiologia podejścia

Teorie behawioralne zakorzenione są w koncepcjach teoretycznych związanych z warunkowaniem klasycznym i uczeniem się. Odwołują się przez to do koncepcji Pawłowa oraz Skinnera. Podłożem tej metody w leczeniu jest koncepcja Wolpego, według której, jeśli nerwica jest wytworem uczenia się, to usunięcie jej możliwe będzie przez oduczenie się. W swoich początkach terapia behawioralna koncentrowała się głównie na obserwacji zachowania oraz czynnikach środowiskowych sprowadzających się do zasady bodziec → reakcja. Obecnie dodatkowo akcentuje się również zasady społecznego uczenia się oraz samoregulacyjne zdolności jednostki. Oznacza to, że zewnętrzne wydarzenia wpływają na zachowanie jednostki w zależności od wewnętrznych procesów poznawczych oraz wcześniejszych doświadczeń jednostki.

Koncepcja zaburzeń

Środowisko kształtuje zachowanie jednostki, ponieważ jednocześnie jest źródłem bodźców i reakcji na zachowanie. Objawy zaburzeń stanowią wyuczone schematy zachowań, natomiast samo zaburzenie powstaje w wyniku interakcji predyspozycji indywidualnych człowieka oraz otoczenia, w którym żyje. Zaburzenie powstaje jako odpowiedź na bodźce zewnętrzne, a pojawiające się myśli i emocje pośredniczą w jego występowaniu.

Objaw jest nawykiem wykształconym w procesie uczenia się, wywołanym przez powtarzające się czynności.

Zaburzone zachowania podtrzymywane są przez reagowanie na bodźce z otoczenia. Podmiot, nauczywszy się reakcji na jeden typ bodźca, będzie dzięki generalizacji reagował podobnie na kolejne.

Sposób leczenia

Warunkowanie klasyczne polega głównie na uczeniu się odruchów warunkowych przez skojarzenie bodźca bezwarunkowego, jakim mogą być objawy wynikające z ciała, z bodźcem obojętnym, np. jazdą windą czy samochodem. W ten sposób obojętny bodziec działa razem z bodźcem warunkującym obronę – bodźcem awersyjnym.

Innym sposobem warunkowania jest obserwacja drugiej osoby i modelowanie, czyli powtarzanie tego samego zachowania, co prowadzi do nabycia nowych sposobów reagowania.

Podstawowymi zasadami w tej terapii są nawyki uczenia się. Natomiast celem leczenia jest modyfikowanie niedostosowanego zachowania przez oduczenia błędnych zachowań i naukę prawidłowych.

Techniki umiejscowione w zasadach warunkowania sprawczego noszą nazwę **wzmocnień pozytywnych**. Działają jako wzmocnienie istniejących pożądaných zachowań lub w celu wyhamowania niepożądanych – taki proces nosi nazwę **wygaszania**. Rolą terapeuty jest odpowiedni dobór wzmocnień tak, by patologiczne zachowania wygaszać i zastępować je oczekiwanymi reakcjami.

Techniki warunkowania sprawczego najlepsze efekty dają u pacjentów przejawiających niedostosowane zachowania oraz pozbawionych motywacji do zmiany. W tej koncepcji leczenia stosuje się również **systematyczną desensytyzację**, czyli sposób oduczania, polegający na stopniowym emocjonalnym wyciszaniu się przy ekspozycji na bodźce lękotwórcze.

Kolejną metodą wykorzystywaną w leczeniu jest **trening asertywności**. Wygaszanie lęku jest oparte w tym przypadku na hamowaniu niekorzystnych reakcji. Pacjent uczy się odpowiedniej reakcji na bodziec i ekspresji nowej reakcji. Główny nacisk kładzie się na odróżnienie reakcji obronnej od reakcji agresywnej. Pacjent jest zachęcany do poszanowania własnych granic.

W terapii behawioralnej stosuje się też inne metody, takie jak:

- **terapia implozywna** – polega na ciągłej ekspozycji na działanie bodźców lękotwórczych przy zakazie stałego ich unikania, ma zastosowanie np. w leczeniu fobii,
- **terapia awersyjna** – oparta jest na działaniu bodźców awersyjnych, przykre doznanie bodźca bezwarunkowego kojarzy się z występowaniem niepożądanego zachowania; ma zastosowanie w leczeniu zaburzeń związanych z zagrożeniem dla innych, np. uzależnienia, pedofilia,
- **trening umiejętności społecznych** – oparty jest na uczeniu się przez naśladowanie; ważną rolę odgrywają tutaj obserwowanie i powtarzanie zachowań; celem natomiast jest nauka i rozwinięcie nowych umiejętności zachowania się,
- **technika samoinstruowania się** – ma na celu wzmocnienie nauki nowych zachowań przez naśladowanie; jest to kierowanie własnym zachowaniem przez wydawanie samemu sobie instrukcji,
- **trening umiejętności wychowawczych** – przeznaczony jest dla rodziców dzieci przejawiających niedostosowanie; opiera się na naśladowaniu prawidłowych i oczekiwanych zachowań.

Zastosowanie

Pielęgniarka może realizować programy poznawczo-behawioralne w psychoterapii depresji. Ich celem jest modyfikacja specyficznych myśli i zachowań pacjenta. Negatywny pogląd na życie u osób z depresją wynika z fałszywej oceny zdarzeń, ich błędnej interpretacji, wyciągania zbyt ogólnych wniosków, wyolbrzymiania faktów, minimalizowania osób, zdarzeń i cech osobowości, biegunowej oceny przeżyć (czarne – białe, święty – grzesznik).

Pielęgniarka uczestnicząca w psychoterapii może zadawać pytania, udzielać informacji zwrotnych, upewniać się, czy pacjent rozumie, jak prowadzić notatki, może także zadawać pracę domową. Gdy poprawia się stan chorego, następuje wspólne sprawdzanie słuszności depresyjnych ocen i sądów:

- notowanie automatycznych myśli,
- polemika z tymi myślami (odpowiedzi na nie),

- terapia alternatywna – dochodzenie do innych metod osiągnięcia celu,
- zmiana motywów zachowania (nieobwinianie siebie, zauważanie własnych potrzeb),
- osłabienie katastroficznych myśli,
- terapia dotycząca oczekiwań (zmniejszenie pesymizmu, zwiększenie motywacji).

W psychoterapii behawioralnej, depresji, ale także zaburzeń lękowych i psychoz opieramy się na technice warunkowania sprawczego za pomocą wzmacniania reakcji pożądanых przez nagradzanie.

U pacjentów z wymienionymi zaburzeniami pielęgniarka może także brać udział w trenowaniu umiejętności społecznych i umiejętności niezbędnych w samodzielnym życiu, m.in. przez odgrywanie ról w celu wyuczenia pożądanых zachowań. Nowe zachowania mają być przeciwwagą dla złych wzorców.

C. Podejście systemowe

Etiologia podejścia

W podejściu tym kładzie się nacisk na całościowe funkcjonowanie rodziny jako patogeniczny aspekt funkcjonowania pacjenta. Zakłada się, że system rodzinny jest układem, na który oddziałuje układ wzajemnie powiązanych ze sobą elementów. Powiązania między elementami nie mają charakteru linearnego, lecz cyrkularny, czyli oparty na wzajemnie pojawiających się wiązaniach oraz sprzężeniach zwrotnych. Innymi cechami systemu są:

- dynamizm – ciągłe przekształcanie systemu,
- organizacja – elementy systemu łączą się z innymi elementami, tworząc podsystemy i całościową sieć,
- zdolność do homeostazy – system posiada mechanizmy samoregulacji, które dostosowują go do wewnętrznych zmian.

Koncepcja zaburzeń

Jednostka traktowana jest jako element różnych systemów i należy na nią patrzeć przez ich pryzmat. Pozwala to na pełne zrozumienie kontekstu funkcjonowania pacjenta. Zachowanie chorego jest reakcją na zachowanie innego członka systemu, a jednocześnie stanowi wzmocnienie i bodziec do kolejnych reakcji, dlatego do leczenia przyjmowana jest cała rodzina. Objęcie leczeniem tylko pacjenta nie uzdrowi panujących w systemie relacji.

Sposób leczenia

Terapia ta ma charakter dyrektywny. Jest oparta na nakazach, sugestjach oraz radach terapeuty bądź systemu terapeutycznego. Celem terapii jest zmiana w funkcjonowaniu systemu, a nie usunięcie zaburzenia u członka rodziny uznanego za chorego. Leczenie przybiera charakter spotkań z wszystkimi członkami systemu jednocześnie, podczas których, w towarzystwie najczęściej dwóch terapeutów, system zmagają się z własnymi problemami.

Podejście to wyodrębnia dwa nurty terapii:

- **Komunikacyjny** – ukierunkowany na zmiany w komunikacji systemu. Objaw traktowany jest tu jako komunikat, rodzaj niewerbalnej, nieświadomej informacji skierowanej do rodziny. Użyte w nim informacje mają charakter podwójnego wiązania, czyli mającego różne znaczenie w warstwie werbalnej i niewerbalnej, przez co dają wrażenie, że odbiorca ma okazję skorzystać z więcej niż jednej możliwości wyboru. Tymczasem podjęcie samodzielnej decyzji wiąże się z niechęcią i odrzuceniem. Terapia ma przywrócić płynną komunikację w tym rozumieniu leczenia. Terapia ma zwykle charakter krótkoterminowy. Ukierunkowana jest na rozwiązanie konkretnej trudności, a nie na całościowy rozwój.
- **Strukturalny** – prowadzący do zmiany struktury systemu, czyli zasad budujących równowagę. Zakładał on, że objawy chorobowe dotyczące jednego członka rodziny obejmują cały system rodzinny, a terapeuta staje się elementem tego układu. Nadanie etykiety „pacjent” pozwala na kontynuowanie w rodzinie dysfunkcji. Związane jest to z brakiem granic między członkami rodziny. Terapia w tym ujęciu ukierunkowana jest na zmianę struktury rodziny, czyli pozycji, jaką zajmują w niej poszczególne członkowie. Na spotkaniu terapeutycznym odtwarza się wzorce dysfunkcyjne, by z pomocą terapeuty wprowadzać nowe zasady funkcjonowania. Przebiega ona w trzech etapach:
 - wyłanianie z rodziny lidera,
 - ocenianie struktur,
 - tworzenie warunków zezwalających na modyfikację struktury.

D. Podejście humanistyczno-egzystencjalne

Nurt ten rozwinął się w latach 40. XX w. jako sprzeciw wobec założeń psychoanalizy oraz podejścia behawioralno-poznawczego. Podchodzono do niego jako do przełomu w myśleniu o człowieku, gdyż uwzględniał jego pełny obraz wraz z takimi pojęciami, jak: wolna wola, poczucie sensu życia, poczucie autonomii, system wartości, poczynania twórcze jednostki. Znaczenie mniejszą rolę przypisywał popędom.

Humanistyczna koncepcja zaburzeń psychicznych

Zaburzenia psychiczne traktowane są tu jako rodzaj deficytu w rozwoju osobowości, tworzącego się jako odpowiedź na niezaspokojone potrzeby miłości, akceptacji, autonomii. Celem psychoterapii jest zdobycie korektywnych doświadczeń w odniesieniu do wcześniejszych przeżyć oraz pobudzenie do refleksji nad wartościami życiowymi. Terapia koncentruje się wokół problemów terażniejszości i problematyki „tu i teraz”, a także ich odniesienia do przyszłości, co najbardziej odróżnia ją od podejść dynamicznych. Leczenie odbywa się w poszanowaniu autonomii pacjenta, podkreślanej przez niedyrektywną postawę terapeuty i określenie „klient”, wprowadzone przez Rogersa, sugerujące równorzędność relacji między terapeutą i pacjentem. W trakcie leczenia to klient decyduje o intensywności pracy, poruszanych problemach oraz czasie trwania leczenia.

Terapia Carla Rogersa – skoncentrowana na osobie

Etiologia podejścia

Według Rogersa centralną częścią osobowości jest „ja”. Jego struktura kształtuje się w dzieciństwie przez doświadczenia symbolizowane w świadomości. Z tworzeniem się świadomego „ja” rozwija się potrzeba samoakceptacji – uniwersalna i bezwarunkowa, istniejąca u każdego człowieka. Zaspokojenie tej potrzeby jest źródłem własnego poczucia wartości. W strukturze „ja” zaznaczane są tylko takie doświadczenia, które budują pozytywny obraz siebie. Wszystkie inne, tj. frustrujące, negujące potrzebę samoakceptacji, są spychane do nieświadomości w strukturze „ja” lub zniekształcane. Dzieje się tak, gdy dziecko otrzymuje od osób ważnych, np. rodziców, sprzeczne znaczeniowo informacje. Obserwując je pod względem werbalnym i niewerbalnym, można dostrzec niespójność informacji.

Koncepcja zaburzeń

Różne formy obrony organizmu wynikają z doświadczeń nabytych w kontaktach społecznych, które poddają nas ciągłej ocenie, a co za tym idzie – ograniczają wolność jednostki. Powstaje wtedy konieczność utrzymywania pozorów i odgrywania ról. Zamiast kierować się własną wolą i uczuciami osoba zaczyna się podporządkowywać oczekiwaniom społecznym.

Mechanizmy selekcji i zniekształcenia leżą u podłoża patologii, nazywanej w innych teoriach zaburzeniami nerwicowymi i psychotycznymi. Wszystkie doznawane doświadczenia, niezależnie od tego, czy uświadomione, czy nie, służą pobudzeniu osoby do dalszego działania.

Wewnętrzny mechanizm dopisywania nowych doświadczeń do struktury „ja” nosi nazwę samoaktualizacji. Głównymi konsekwencjami obrony organizmu przed doznawanym dyskomfortem są sztywność percepcji wynikająca ze zniekształcania doświadczeń, ich selektywnej symbolizacji oraz – mało elastyczny, nieadekwatny sposób reagowania powodujący postrzeganie świata w kategoriach bezwarunkowych. Powyższe reakcje są odpowiedzią na zniekształcony i niepełny obraz sytuacji.

Sposób leczenia

Proces leczenia ukierunkowany jest na reintegrację osobowości, czyli utworzenie połączenia między „ja” a doświadczeniami. Dochodzi się do tego przez obronne przełamywanie, tak by doświadczenia zagrażające „ja” mogły zostać przez nie przyjęte i umieszczone w adekwatnym miejscu. Zmierza się w leczeniu do tego, by źródło oceny zostało przesunięte z zewnętrznego na wewnętrzne (uzewnętrznienie samooceny). Klient zachęcany jest do pozbycia się powinności na rzecz własnych chęci.

Podstawą pracy z klientem jest bezwarunkowa akceptacja. Terapeuta nie poucza, nie udziela rad, nie ingeruje w zachowania klienta i nie analizuje nieświadomych konfliktów. Zgłaszane problemy są rozpatrywane w kategoriach „tu i teraz”. Atmosfera ciepła i bezpieczeństwa pozwala na zrozumienie własnego działania.

Konsekwencją spójnego „ja” oraz większej samoakceptacji jest doznanie pozytywnego stosunku do innych. Klient staje się osobą potrafiącą dokonywać samo-

dzielnych wyborów, a co za tym idzie – dobrze funkcjonującą. Zniknięcie sztywności funkcjonowania związane jest z usunięciem objawów lęku.

Pielęgniarka może stosować elementy psychoterapii humanistyczno-egzystencjalnej, pomagając choremu odnaleźć sens życia, dokonywać samodzielnych wyborów, podejmować decyzje, ale nie powinna interpretować, czy wyciągać wniosków. W psychoterapii pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi może pomagać im w doświadczaniu własnej egzystencji, realistycznego widzenia siebie, własnych możliwości. Dając choremu komunikat, że rozumie jego uczucia, np. niechęć, i nie obawia się ich, pomaga w usunięciu konsekwencji choroby.

Psychoterapia Gestalt

Etiologia podejścia

W myśl teorii Gestalt, ludzie organizują swoje doświadczenia w całości, czyli w formie postaci bądź w figury.

Koncepcja zaburzeń psychicznych

Według tej szkoły zaburzenia nerwicowe powstają jako odpowiedź na systematyzowanie doznań w określony sposób. Tworzą one wówczas jednorodne twory. Zebrane w ten sposób elementy porządkowane są w całość, czyli figurę (Gestalt). Proces psychiczny wygląda w tej teorii następująco:

świadomość → pobudzenie → działanie → kontakt.

U osoby zdrowej budowanie procesu przebiega bez zakłóceń i w sposób ciągły, natomiast u chorych występują zakłócenia w budowaniu i rozpadzie figury. Przyczynia się do tego zastój w rozwoju osobowości oraz niedojrzałość emocjonalna, przejawiająca się tendencją do podejmowania ról oczekiwanych społecznie, a także fałszywie przeprowadzona identyfikacja elementów tworzących figurę.

Sposób leczenia

Terapia w tym rozumieniu zakłada akcentowanie odpowiedzialności za dokonywane wybory oraz koncentrację w pracy z pacjentem na teraźniejszych przeżyciach. Celem terapii jest dążenie do pełnego rozwoju osobowości, czyli poznanie pełnego „ja” klienta. Praca terapeutyczna organizowana jest w ramach spotkań grupowych, gdzie terapeuta prowadzi indywidualną pracę z klientem, a grupa stanowi milczące tło. Po zakończeniu pracy z pojedynczym klientem uczestnicy grupy dzielą się swoimi odczuciami, co również staje się przedmiotem analizy terapeutycznej. Terapeuta jest niedyrektywny, czyli nie wolno mu stosować żadnych form nacisku czy manipulacji. Zachęca pacjenta do eksperymentowania i prób odgrywania ról. Stosowanymi chętnie metodami są psychodrama i pantomima.

W konsekwencji terapii klient ma stawać się osobą wewnętrznie spójną, autonomiczną i odpowiedzialną za siebie oraz swoje wybory.

Terapia sensu (logoterapia) Victora Frankla

Etiologia podejścia

Za główną siłę życiową uważa się tutaj chęć spełnienia się w świecie, czyli transcendencja samego siebie wyrażana przez odpowiedź na nowe zadania i trudności.

Koncepcja zaburzeń psychicznych

Zdaniem Frankla nerwica powstaje w odpowiedzi na utrzymującą się pustkę wewnętrzną, czyli brak sensu życia. Stanowi reakcję na rozpacz i frustrację pacjenta.

Sposób leczenia

Psychoterapia ukierunkowana jest na nadanie pacjentowi sensu życia, przywrócenie wiary w samego siebie. Ma formę spotkań indywidualnych, podczas których wspólnie z pacjentem analizowana jest jego egzystencja. Terapeuta nie stosuje interpretacji i nie udziela rad, a zadając pytania, próbuje nakłonić pacjenta do refleksji na temat jego egzystencji oraz systemu wartości. W leczeniu odwołuje się też do Boga i problematyki religijnej, ponieważ wiara udostępnia odkrycie sensu życia.

Zmiana w terapii Frankla odbywa się przez zgłębienie sensu życia, poznanie siebie, odwołanie się do własnego systemu wartości. Efektem leczenia jest człowiek jako istota wolna, zdolna do miłości i odpowiedzialna.

PIŚMIENNICTWO

1. Bilikiewicz A, red. *Psychiatria*. PZWL, Warszawa 2004.
2. Czernikiewicz A. *Wykłady dla studentów*. Akademia Medyczna, Gdańsk 1998.
3. Grzesiuk L, red. *Psychoterapia*. ENETEIA Wydawnictwo Psychologii i Kultury, Warszawa 2006.
4. Klimasiński K. *Elementy psychopatologii i psychologii klinicznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
5. Rzewuska M: *Leki przeciwpsychotyczne*. [W:] Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. Tom III. *Terapia. Zagadnienia etyczne, prawne, organizacyjne i społeczne*. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2003: 1–59.
6. Sęk H, red. *Spoleczna psychologia kliniczna*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
7. Ugniewska C. *Pielęgniarstwo psychiatryczne i neurologiczne*. PZWL, Warszawa 1996.

X

Halina Miturska, Donata Kurpas,
Marta Kaczmarek

UDZIAŁ PIELEŃNIARKI W TERAPII KOMPLEKSOWEJ W PSYCHIATRII

Kompleksowość terapii zakłada adekwatne, naprzemienne lub równoległe stosowanie dostępnych form terapii.

1. SPOŁECZNOŚĆ TERAPEUTYCZNA

A. Cele społeczności leczniczej:

- udział pacjentów w leczeniu i zarządzaniu organizacją oddziału,
- dostarczanie pacjentowi takich doświadczeń, aby mógł modyfikować i normalizować chorobliwe postawy i zachowania zarówno w szpitalu, jak i poza nim.

W skład społeczności wchodzi pacjent i cały personel.

B. Zasady społeczności:

- demokratyzm – każdy członek ma równe prawa i obowiązki w zarządzaniu i decydowaniu w sprawach społeczności,
- permissywność – postawa akceptacji i zrozumienia wobec zaburzonych zachowań pacjenta,
- konsens – wspólne podejmowanie decyzji,
- partycypacja i wspólnota – wszystkie sprawy członków społeczności są wspólne,
- realizm – konfrontacja z rzeczywistością, pozwala na dostarczenie bezpośrednich doświadczeń przydatnych do zmiany mechanizmów obronnych utrudniających kontakt z innymi.

C. Wprowadzenie zasad społeczności leczniczej według Jonesa wymaga:

- dwukierunkowej komunikacji (z dołu i z góry hierarchii), również przez wykorzystanie kontaktów nieformalnych,
- podejmowania decyzji wspólnie z pacjentami na wszystkich poziomach organizacji szpitala,
- demokratycznego zarządzania oraz rozłożenia odpowiedzialności na poszczególnych członków społeczności,
- akceptacji zamierzeń i zmian przez całą grupę – rozkazywanie powinno zostać zastąpione przez przekonywanie,

- wprowadzania społecznego uczenia się, które dotyczy zarówno personelu, jak i pacjentów – obejmuje analizę kontaktów interpersonalnych, poszukiwanie i zdobywanie nowych doświadczeń umożliwiających rozwój osobowości oraz rozumienie motywacji zachowań poszczególnych osób.

D. Formy pracy społeczności leczniczej:

- **Zebrania społeczności oddziału** – organizują i prowadzą je pacjenci (samorząd), również oni ustalają tematykę zebrań. Mogą być organizowane codziennie lub raz czy dwa razy w tygodniu. Personel uczestniczy w zebraniach na równych prawach z chorymi. Przedmiotem dyskusji mogą być różne sprawy i problemy zarówno zbiorowe, jak i indywidualne. W miarę wzrostu dojrzałości grupy można zaobserwować różnice w przebiegu zebrań. Początkowo pacjenci podejmują dyskusję na tematy dotyczące spraw oddziału, np. wyżywienia lub czystości, i jest to często forma pośredniego wyrażania ukrytej nieufności. W kolejnej fazie podejmowane dyskusje dotyczą spraw grupy, reguł współżycia, a nawet rzeczywistości pozaszpitalnej.
- **Zebrania personelu** – odbywają się po zebraniu społeczności. Pracownicy oddziału (zespół terapeutyczny) analizują przebieg zebrania ogólnego, interpretują wypowiedzi i wydarzenia w grupie, oceniają dotychczasowy plan leczenia pacjentów i ustalają nowe wskazania. Zebrania te są też okazją do analizowania konfliktów i postaw personelu oraz dyskusji o sprawach organizacyjno-administracyjnych oddziału i szpitala, pełnią funkcje organizacyjne, dydaktyczne i terapeutyczne, służą rozwojowi osobowości ich uczestników.

Pielęgniarka pełni w społeczności terapeutycznej rolę znaczącą. Wynika to z pewnych cech osobowości predysponujących do tego zawodu i z obowiązku bezpośredniej opieki nad chorym.

E. Zadania pielęgniarki w tworzeniu społeczności leczniczej:

- stworzenie warunków sprzyjających powstaniu atmosfery zbliżonej do atmosfery domowej, co przejawia się m.in. w urządzeniu oddziału,
- zwracanie uwagi na wygląd zewnętrzny członków grupy,
- kultywowanie tradycji,
- odpowiedni dobór zajęć zgodny z zainteresowaniami pacjentów,
- ułatwianie chorym udziału w życiu społecznym oddziału, jak np. zabawy towarzyskie i aktywność rekreacyjna,
- pomaganie chorym w przystosowaniu się do regulaminów oddziału i społeczności leczniczej,
- pomoc w kontaktach z innymi chorymi, uczenie zachowań, wyrabianie nawyków,
- nawiązywanie uczuciowej relacji z chorymi przez pomaganie, odnoszenie się do nich z sympatią, łagodnością i wyrozumiałością,
- uświadamianie członkom grupy potrzeby wzajemnej życzliwości i zrozumienia,

- przekonywanie chorych o słuszności i korzyściach wynikających z nowych form leczenia,
- zainteresowanie i mobilizacja do udziału w zajęciach terapeutycznych przez spontaniczne uczestniczenie w nich wraz z całą grupą,
- pomoc w przypadku wystąpienia trudności i konieczności ich pokonywania,
- utrzymywanie kontaktu z rodziną i znajomymi chorych,
- współdziałanie z innymi członkami zespołu leczącego, dzielenie się z nimi obserwacjami i uwagami, wymiana opinii.

Spółeczność terapeutyczna jest nową formą organizacji oddziałów psychiatrycznych, dzięki której pacjent jest traktowany podmiotowo, bierze aktywny udział w swoim leczeniu, a pośrednio również w leczeniu innych pacjentów. Służy wzbogaceniu biologicznych i psychologicznych metod leczenia. Zmienia się rola pacjenta, który staje się partnerem i osobą współodpowiedzialną za funkcjonowanie oddziału.

Wybierany przez członków społeczności samorząd pacjentów koordynuje realizację zaplanowanych zadań, organizuje życie społeczności między zebraniem. Wywiązywanie się z nałożonych zadań jest analizowane i wykorzystywane w procesie uczenia się zasad społecznego współżycia.

2. TRENINGI UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH ORAZ TRENINGI UMIEJĘTNOŚCI NIEZBĘDNYCH W SAMODZIELNYM ŻYCIU – ZADANIA PIELEŃNIARKI

Podstawowym celem treningów jest modelowanie zachowań i pozytywne wzmocnianie. Treningi umiejętności należą do metod dyrektywnych, służących poprawie efektywności działania w funkcjonowaniu społecznym pacjenta.

Techniki stosowane podczas treningu to odgrywanie ról, konkretne instrukcje i ćwiczenia.

W celu uzyskania lepszych wyników stosuje się bodźce słuchowe i wzrokowe. Dlatego podczas zajęć używana jest zwykle tablica, na której zapisywane jest temat zajęć, omawiane problemy i sposób ich rozwiązania. Często wykorzystuje się gotowe plansze, na których wypisuje się kolejne czynności do wykonania zadania, elementy prawidłowej rozmowy, produkty potrzebne do przyrządzenia danej potrawy itp.

Ważną techniką wizualną jest pokaz wideo, podczas którego pacjenci oglądają czynności będące przedmiotem treningu, a także nagrywanie na wideo ćwiczeń wykonywanych przez pacjentów, co ułatwia im ocenę własnych umiejętności i poprawianie niedociągnięć.

A. Przebieg treningu:

- wprowadzenie – omówienie istoty, celu, przebiegu,
- ustalenie z ćwiczącym rodzaju trudnej sytuacji – konkretne sformułowanie problemu,

- zaaranżowanie sceny z tym problemem,
- odgrywanie ról (powtórka behawioralna),
- wzmocnienie – konstruktywna informacja zwrotna (pochwały, oceny negatywne) od terapeuty i grupy,
- powtórka lub modelowanie,
- wzmocnienie – utrwalenie pożądanej zmiany,
- przydzielenie pacjentowi „zadania domowego” i ćwiczenia w warunkach naturalnych.

Treningi rozpoczynają się od spotkania informacyjnego, a następnie ułożone są według wzrastającego poziomu trudności i zakresu ćwiczeń. Cykl kończy się spotkaniem podsumowującym, któremu nadaje się dość uroczysty charakter. Wskazane jest wręczenie np. dyplomu ukończenia kursu treningowego lub drobnych upominków związanych z tematyką treningu.

B. Zasady, których należy przestrzegać podczas prowadzenia treningów:

- dostosować tempo treningu do możliwości chorego,
- dokładnie rozpoznać środowisko pacjenta, żeby wiedzieć, do jakiej rzeczywistości ma przenieść on swoje umiejętności,
- konkretnie sformułować problem.

Podstawową zasadą pracy terapeuty jest stosowanie pozytywnych wzmocnień. Większość chorych otrzymywała zwykle negatywne oceny od rodziny, nauczycieli, sąsiadów, a nawet terapeutów i opiekunów. Ważna jest motywacja pacjenta do uczestniczenia w zajęciach. Pozytywne bodźce motywują chorego do pracy nad sobą.

Podkreślamy nasze zrozumienie dla trudności oraz zainteresowanie postęпами pacjenta. Pamięamy, że każdy pacjent posiada inny poziom umiejętności i aby terapia była skuteczna, musimy uwzględniać możliwości, zainteresowania i potrzeby każdego z nich.

Mimo stosowania metod dyrektywnych u terapeuty dominuje postawa partnerstwa w miejsce nieterapeutycznej nadopiekuńczości. Terapeuta towarzyszy pacjentowi, uczy go odgrywania ról, modeluje, udziela wzmocnień, aktywnie sekunduje, podpowiada, lecz niczego nie wykonuje za pacjenta.

Scenki powinny być krótkie, a informacje zwrotne od terapeuty – jasne i zwięzłe. Modelowy cykl zajęć trwa około 3 miesięcy. Zajęcia odbywają się kilka razy w tygodniu i trwają 1–1,5 godz. Między treningami pozostaje czas na indywidualną pracę z pacjentem, utrwalenie i rozszerzenie nabytych umiejętności. Trening powinien być prowadzony w małych 6–8 osobowych grupach, aby wszyscy mogli w nim brać aktywny udział.

Prowadzone treningi powinny być dokumentowane np. w formie indywidualnej karty udziału pacjenta w treningu, która wchodzi w skład jego dokumentacji. Karta zawiera informacje na temat przebiegu kolejnych zajęć, charakteru deficytów pacjenta, jego zaangażowania, aktywności oraz zachowania. Przed zakończeniem zajęć chory wypełnia ankietę, której celem jest określenie skuteczności zajęć.

Data, wykaz osób uczestniczących i ogólna charakterystyka prowadzonych w ramach treningów zajęć mogą być odnotowywane w odrębnym dokumencie.

C. Rodzaje prowadzonych treningów:

- **treningi umiejętności społecznych** – np. komunikacji, rozwiązywania problemów i osiągania celów,
- **treningi samoobsługi** – np. trening dotyczący wyglądu zewnętrznego i higieny osobistej, kulinarny, budżetowy,
- **treningi edukacyjne** – np. trening udziału we własnej farmakoterapii.

Treningi umiejętności społecznych, edukacyjne oraz samoobsługi przywracają choremu sprawność życiową i zapobiegają dalszym deficytom w przebiegu przewlekłych chorób psychicznych, a szczególnie schizofrenii.

Systematyczne uczestniczenie w treningach pozwala choremu na samodzielne funkcjonowanie poza szpitalem oraz utrzymywanie właściwych kontaktów z otoczeniem.

3. TERAPIA ZAJĘCIOWA – ROLA PIELEŃNIARKI

Jest jednym z elementów leczenia i readaptacji. Wpływa na chorego uspokajająco, mobilizująco i usprawniająco. Formy terapii zajęciowej to: terapia pracą, terapia ruchem, terapia rozrywką oraz formy pośrednie między psychoterapią a terapią zajęciową, takie jak: biblioterapia, choreoterapia czy muzykoterapia.

Do prowadzenia terapii zajęciowej potrzebne są odpowiednio wyposażone pracownie.

A. Cele terapii zajęciowej:

- odwrócenie uwagi od doznań chorobowych,
- neutralizowanie odepiającego działania nudy i beczynności,
- podtrzymywanie automatyzmów związanych z pracą,
- aktywizowanie chorych beczynnych,
- uspokajanie chorych podnieconych,
- zmniejszenie lub zniesienie negatywizmu,
- zmniejszenie nasilenia cech autystycznych,
- zmniejszenie napięcia w stanach depresyjnych i lękowych, łagodzenie niepokojów i wrogości,
- łagodzenie doznań hipochondrycznych,
- wprowadzenie poczucia realizmu i zachęcenie pacjenta do włączania się w układy socjalne,
- wzbogacenie życia emocjonalnego,
- usprawnienie analizy, syntezy, poprawa percepcji,
- ćwiczenie koncentracji, przerzutności i zakresu uwagi,
- korygowanie deficytów psychicznych przez wyrobienie zastępczych struktur psychicznych,

- podnoszenie w oczach pacjenta jego poczucia wartości (zaspokojenie potrzeby sukcesu, uznania),
- rozszerzenie kręgu zainteresowań,
- poprawa koordynacji psychomotorycznej,
- rozwój współpracy i poczucia odpowiedzialności – trening do życia w grupie,
- znaczne skrócenie okresu leczenia,
- szansa wyuczenia nowego zawodu u tych pacjentów, którzy stracili możliwość wykonywania dawnego.

Można zatrudniać pacjentów w oddziale lub poza oddziałem – w warsztatach szpitalnych (ślusarnia, stolarnia, introligatornia, szwalnia, kuchnia, pralnia).

Lekarz wraz z zespołem terapeutycznym decydują, w miarę poprawy stanu zdrowia pacjenta, jaką formą terapii zajęciowej pacjent powinien być objęty.

B. Etapy terapii zajęciowej:

- **terapia aktywizująca** – mobilizowanie do dbania o własną higienę, ubiór, porządek otoczenia,
- **terapia resocjalizująca:**
 - pomoc w oddziale – stołówka, kawiarnia, pielęgnacja kwiatów itp.,
 - praca w pracowni terapii zajęciowej,
 - praca poza oddziałem, np. w ogrodzie.

Niektórzy pacjenci pracują tylko w oddziale i przy odpowiednio dobranych zajęciach.

C. Zajęcia prowadzi instruktor terapii zajęciowej

Instruktor powinien znać:

- stan psychofizyczny chorego,
- konflikty, jakie pacjent może mieć w grupie (agresja, skłonność do buntu, natręctwa),
- poziom społeczno-kulturalny pacjenta,
- prognozę co do efektów terapii zajęciowej (okres adaptacji do środowiska pracy).

D. U niektórych pacjentów podczas terapii mogą wystąpić następujące trudności:

- pacjent może mieć skłonności do prowokowania konfliktów i agresji – proponujemy wówczas pracę rozładowującą napięcie, przerywaną grą sportową lub gimnastyką,
- pacjent, który łatwo męczy się fizycznie i psychicznie, powinien mieć przerwę po 15 minutach pracy, po czym można zorganizować mu spacer i zmianę zajęcia,
- pacjent niestały w zainteresowaniach, szybko zmieniający zamiary (pobudzony) powinien wykonywać zajęcia ciekawe, krótkotrwałe,
- pacjent może nie chcieć pracować, bo nie pracował w domu, buntuje się przeciwko personelowi lub jest skłócony z innymi pacjentami,

- inne powody, dla których chory nie chce pracować, np. objawy psychotyczne (urojenia, omamy) i przyjmowanie dużych dawek leków; pacjent może też nie mieć sił do pracy, myśleć, że pracując, dłużej będzie przebywał w szpitalu lub nie chce pracować, ponieważ inni nie pracują.

E. W ramach terapii zajęciowej mogą być organizowane:

- terapia ruchem (gry, zabawy na powietrzu, sport) – poprawia pracę narządów wewnętrznych, wzmacnia mięśnie, daje odprężenie emocjonalne, ułatwia kontakty z ludźmi; wskazana jest systematyczna gimnastyka poranna,
- terapia rozrywką – należy wykorzystać inicjatywę pacjentów i ich jak największy udział; atmosfera różnych spotkań rozrywkowych pozwala zapomnieć o chorobie i szpitalu,
- wieczory poezji lub muzyki, wyjścia do kina, teatru, muzeum lub na wystawę; grupa nie powinna przekraczać 10 osób ze względu na bezpieczeństwo chorych.

Pacjenci, którzy nie mogą uczestniczyć w aktywnościach organizowanych poza szpitalem powinni mieć możliwość oglądania programów TV, wyjścia na spacer lub do kawiarenki w towarzystwie pielęgniarki.

Pielęgniarka współpracuje z instruktorem terapii zajęciowej. Przekazuje informacje na temat stanu chorego, jego zainteresowań i możliwości. Mobilizuje chorego do pracy.

W ramach terapii zajęciowej stymuluje aktywność pacjenta w zakresie osobistej higieny i estetyki. Może włączać chorego do wykonywania drobnych czynności w oddziale, takich jak np. podlewanie kwiatów czy ustawianie krzesel. Prace powinny być proste, ale nie monotonne.

Poza zajęciami w pracowni terapii zajęciowej pacjent może uczestniczyć w spotkaniach i zajęciach rozrywkowych organizowanych przez pielęgniarkę, np. w godzinach popołudniowych.

Pacjentów z zaburzeniami świadomości, chorych na padaczkę z częstymi napadami, osoby pobudzone i zakwalifikowane do wzmożonej obserwacji należy zatrudniać w oddziale do pracy bezpiecznej w obecności pielęgniarki lub/i instruktora terapii zajęciowej.

Zaobserwowane przez pielęgniarkę skutki uboczne leczenia psychotropowego utrudniają choremu pracę, dlatego powinny być zgłaszane lekarzowi w celu zastosowania środków korygujących lub zmiany leków.

Pacjent odmawiający udziału w terapii zajęciowej nie powinien być do niej zmuszany, ponieważ umocni to jego negatywną postawę do pracy.

W ramach terapii zajęciowej należy dbać o atmosferę, która pozwoli choremu zaakceptować pobyt w szpitalu. Taką atmosferę tworzymy przez udzielanie mu pewnej swobody w postępowaniu, unikanie zbytniego nadzoru i opieki, eliminowanie dyskusji na temat choroby.

5. REHABILITACJA PSYCHIATRYCZNA W PIELĘGNIARSTWIE

Rehabilitacja chorych z zaburzeniami psychicznymi to zespół działań, które mają umożliwić im samodzielne, aktywne życie oraz integrację społeczną.

- **Rehabilitacja lecznicza** to działania w celu przywrócenia choremu utraconej sprawności psychofizycznej lub adaptacji do życia z chorobą.
- **Rehabilitacja społeczna** to przygotowanie chorego do życia w środowisku, przygotowanie środowiska na przyjęcie chorego oraz pomoc w rozwiązywaniu jego podstawowych problemów życiowych.
- **Rehabilitacja zawodowa** to poradnictwo oraz szkolenie zawodowe z uwzględnieniem możliwości pacjenta.

A. Okresy rehabilitacji

- **Rehabilitacja wczesna.** Obejmuje rozpoznanie problemów pacjenta, pomoc psychologiczną dla chorego i rodziny w rozwiązywaniu konfliktów i podejmowaniu życiowych decyzji. Odbywa się przy pomocy psychoterapii, głównie w warunkach ambulatoryjnych.
- **Rehabilitacja późna.** Jest stosowana u osób hospitalizowanych długotrwale, przewlekle chorych, żyjących w izolacji lub w konflikcie z otoczeniem. Dotyczy osób, które utraciły zdolność przystosowania do środowiska, nie spełniają wymagań otoczenia, nie radzą sobie z podstawowymi wymogami bytowymi, a także osób przebywających na stałe w opiece stacjonarnej, aby uchronić je przed pogorszeniem funkcjonowania psychospołecznego. Środowisko ludzi zdrowych psychicznie lub lżej chorych wykorzystywane jest jako metoda społecznego uczenia się. Do metod stosowanych w ramach tej rehabilitacji należą m.in.: terapia zajęciowa, uczestniczenie w społeczności leczniczej, treningi aktywności, psychoterapia podtrzymująca i usprawnianie ruchowe.

B. Zasady rehabilitacji psychiatrycznej

- zasada partnerstwa:
 - poszanowanie praw i indywidualności chorego,
 - budowanie zaufania, akceptacji programu i współpracy pacjenta,
 - nie stosowanie zakazów i nakazów,
 - zachowanie szacunku dla pacjenta, podtrzymywanie jego poczucia godności, autonomii i pozytywnej samooceny,
 - pozbycie się przez pielęgniarkę postawy nadopiekuńczej,
 - dostarczanie jasnych, jednoznacznych norm i wzorców zachowań,
 - wzmacnianie pozytywne zachowań prospołecznych pacjenta,
 - zwracanie uwagi przede wszystkim na zachowanie sprawności oraz na korzystne cechy osobowości, a nie na deficyty sprawności,
 - zachowanie realistycznego optymizmu oraz niezmnieszanie oczekiwań wobec chorego;

- zasada wielostronności oddziaływań w sferze rodzinnej, społecznej, zawodowej, towarzyskiej;
- zasada stopniowania trudności we wszystkich sferach życia, np.: terapia zajęciowa, ergoterapia, praca w warunkach zakładu pracy chronionej;
- zasada powtarzalności oddziaływań;
- zasada zgodności psychosocjalnych i biologicznych metod oddziaływania:
 - prowadzący zajęcia rehabilitacyjne powinien znać stosowane u pacjenta leczenie farmakologiczne, objawy uboczne, w miarę potrzeby uzgadniać z lekarzem podanie środków korygujących objawy uboczne;
- zasada optymalnej stymulacji:
 - dostarczanie wrażeń stymulujących aktywność psychiczną,
 - dostosowanie wymagań do możliwości pacjenta.

C. Prawidłowości rehabilitacji

Rehabilitacja psychiatryczna musi mieć charakter zindywidualizowany i elastyczny. Polega na wspieraniu chorego w przystosowaniu się do nowych warunków i świadomym kształtowaniu jego doświadczeń.

Ważne jest kształtowanie umiejętności radzenia sobie ze stresem w codziennym życiu, pokonywania trudności w usamodzielnianiu się i powrót do poprzedniej aktywności. Indywidualny plan rehabilitacji powinien uwzględniać czynniki przedchorobowe utrudniające rehabilitację, takie jak: brak wykształcenia lub zawodu, brak nawyków pracy oraz innych kulturowo określonych zachowań, niedojrzałość emocjonalna i błędy wychowawcze z dzieciństwa.

Czynniki utrudniające rehabilitację wynikające z istoty choroby:

- objawy wytwórcze (urojenia, halucynacje),
- inne objawy psychopatologiczne, np. objawy osiowe schizofrenii, takie jak autyzm,
- obniżenie nastroju i napędu w depresji,
- objawy wtórne jako skutek choroby i hospitalizacji (deficyty),
- objawy schorzeń somatycznych,
- stosowane leki.

D. Tok postępowania rehabilitacyjnego pielęgniarki

- nauczanie pacjenta, jak ma żyć ze swoją chorobą:
 - jak unikać okazywania przeżyć psychotycznych wobec obcych,
 - jak się ubierać i zachowywać, aby być akceptowanym,
 - jak dostosować się do obowiązujących norm,
 - jak prowadzić aktywny tryb życia,
 - jaki zakres samoopieki jest dostępny pacjentowi,
 - w jakich sytuacjach powinien zwrócić się do lekarza lub pielęgniarki;

- pomoc w przywróceniu optymalnych stosunków z innymi przez:
 - postawę życzliwości wobec otoczenia, dbałość o wygląd zewnętrzny, czystość i estetykę mieszkania, pamięć o rocznicach i uroczystościach,
 - zwalczanie bezczynności chorego,
 - starania, aby zapewnić swej rodzinie przychylność osób znaczących w środowisku,
 - uczestniczenie w pracy grup samopomocy, grup wsparcia itp.;
- nie należy stawiać choremu nadmiernych wymagań, gdyż może to spowodować dekompensację;
- przed wypisem ze szpitala należy się upewnić, jak chory radzi sobie z nawiązywaniem kontaktów z ludźmi;
- istotne jest to, czy chory ma gdzie mieszkać, z czego będzie żył, jak może korzystać z opieki specjalistycznej i socjalnej oraz jak można mu zapewnić właściwe kontakty społeczne.

E. Środowisko szpitalne jako element rehabilitacji psychiatrycznej

Skutkiem przedłużającej się choroby psychicznej i pobytu w szpitalu jest: utrata zdolności do pełnienia ról społecznych, zubożenie związków emocjonalnych, zmniejszenie aktywności, zawężenie zainteresowań, brak planów na przyszłość, utrata ambicji życiowych, zaniedbanie wyglądu zewnętrznego.

Szpital psychiatryczny może mieć cechy „instytucji totalnej”, gdzie skutki choroby są znacznie nasilone. Taki szpital jest zorganizowany w sposób sztywno hierarchiczny, ograniczający swobodę pacjentów, oderwany od wpływu normalnych bodźców życia społecznego.

Tradycyjne środowisko szpitalne może powodować:

- izolację chorego od społeczności ludzi zdrowych,
- utrwalenie nieprawidłowych zachowań,
- redukcję doświadczeń i ograniczenie możliwości wyboru, a w rezultacie bierność i apatię,
- brak samodzielności w podejmowaniu decyzji,
- osłabienie odpowiedzialności pacjenta za siebie i swoje zdrowie,
- przedmiotowe, autorytarne traktowanie chorego.

Nowoczesny model opieki psychiatrycznej to:

- podmiotowe traktowanie pacjenta,
- uaktywnianie chorych,
- włączenie rodziny chorego w proces leczenia.

Poprawę społecznych warunków pobytu w szpitalu osiągamy przez:

- częste kontakty chorego z rodziną,
- swobodę i tajemnicę korespondencji,
- stosowanie urlopów i przepustek,
- dostęp do automatów telefonicznych,
- udostępnienie literatury, prasy, radia i telewizji,
- organizowanie spotkań dla pacjentów z udziałem ich rodzin i przyjaciół, m.in. pod hasłem „schizofrenia – otwórzcie drzwi”,

- odrębne sale jadalne, kluby, świetlice, sale rekreacyjne, pracownie terapii zajęciowej,
- noszenie prywatnej odzieży,
- prawo do dysponowania własnymi pieniędzmi,
- stworzenie warunków do aktywności,
- organizowanie spotkań pacjentów,
- organizowanie spotkań kulturalnych, imprez rozrywkowo-sportowych, wycieczek,
- rozbudowę urzędzeń socjalnych,
- ustalenie programu zajęć pacjenta w ramach organizacji czasu wolnego, szczególnie w godzinach popołudniowych.

6. EDUKACJA ZDROWOTNA W PIELEŃNIARSTWIE PSYCHIATRYCZNYM

Prawo pacjenta do informacji zapewnia mu Konstytucja, Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej i Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego.

Zgodnie z założeniami współczesnej ochrony zdrowia i zdrowia psychicznego ciężar opieki zdrowotnej zostaje przeniesiony na środowisko chorego.

Współpraca pacjentów i ich rodzin w procesie leczenia jest zależna od obydwu stron.

A. Przykłady postaw utrudniających współpracę:

- pacjent nie widzi potrzeby leczenia, stosuje mechanizmy obronne (wypieranie, zaprzeczanie),
- rodzina zaprzecza chorobie, wypiera, racjonalizuje,
- pacjent może nie zgłaszać lekarzowi objawów ubocznych przyjmowanych leków – sam odrzuca leczenie, subiektywna reakcja na lęk może wpływać na stosunek do terapii,
- przyczyną niedostatecznej współpracy ze strony terapeuty jest np.: rozbieżność opinii lub działań, brak standardów, bezzasadna rutyna, brak autorytetu, oparcia i zaufania.

Celem psychoedukacji jest przyspieszenie procesu leczenia, zapobieganie nawrotom choroby. Korzyści, jakie wynikają z edukacji chorego, to efekty terapeutyczne, środowiskowe i ekonomiczne.

B. Czynniki wpływające na efektywność psychoedukacji:

- struktura organizacyjna placówki
 - specyfika oddziału psychiatrycznego, okres pobytu pacjenta, faza choroby, opieka poszpitalna,
 - przygotowanie personelu;
- osoba adresata programu (zasoby pacjenta):
 - możliwości poznawcze,

- poziom krytycyzmu,
- postawa osoby leczonej i rodziny (gotowość poznawcza), wiara w możliwość zmiany i życia z chorobą.

Istotne znaczenie w realizacji programów edukacyjnych ma postawa edukatora, w tym: kompetencje, szacunek do osoby, empatia, znajomość pacjenta i jego kontaktów w rodzinie, preferowany system wartości oraz postawa wobec autorytetów. Konieczna jest podstawowa znajomość technik z zakresu prowadzenia grupy.

C. Cechy edukatora (pożądane zachowania):

- swoboda i pewność,
- plastyczność (zdolność do dostosowania się),
- obiektywizm,
- unikanie nadmiaru informacji,
- regularne powtarzanie pewnych ważnych treści,
- częste sprawdzanie, co i jak zostało zrozumiane,
- częsta klaryfikacja – wyjaśnianie,
- częste podsumowania,
- w przypadku chaosu informacyjnego – dokonywanie porządkowania.

Nie jest dopuszczalna krytyczna ocena. Można stosować parafrazę – zmianę treści irracjonalnej w logiczną, uogólnioną informację. Nie należy wdawać się w dyskusję ze stałymi dyskutantami, przestrzegać formalności zgłaszania się do odpowiedzi. W miarę potrzeby edukator usuwa dygresje („to nie jest na temat”).

Podczas zajęć edukacyjnych wskazanie jest stosowanie pomocy audiowizualnych. Liczba spotkań i czas trwania powinny być dostosowane do możliwości grupy, ważny jest ustalony czas i długość przerw.

W postawie edukatora istotny jest sposób zachowania (siedzenie, modulacja głosu), potrzebna mu jest wiedza z psychopatologii i psychologii. W edukacji psychiatrycznej konieczna jest współpraca zespołu terapeutycznego (pacjent i rodzina nie mogą uzyskiwać sprzecznych informacji).

D. Szczegółowe cele psychoedukacji:

- nauka samoobserwacji, rozpoznawania objawów,
- nauka o działaniu leków, objawach ubocznych i zasadach kuracji lekowej,
- nauka o sposobie radzenia sobie w kryzysie,
- nauka radzenia sobie w społeczeństwie,
- wyposażenie w umiejętności interpersonalne,
- akceptacja i umiejętność życia z chorobą,
- zwiększenie motywacji do leczenia, wydłużenie remisji, zmniejszenie kosztów leczenia, skrócenie hospitalizacji,
- rozbudowanie systemu wsparcia,
- uruchomienie własnych zasobów.

E. Formy psychoedukacji:

- indywidualne,
- grupowe – sami pacjenci, sami członkowie rodzin lub rodzina z pacjentem:
 - grupa do 15 osób,
 - ważny dobór osób ze względu na rodzaj zaburzeń oraz czas trwania choroby,
 - formy zajęć edukacyjnych – wykłady, seminaria,
 - okres trwania 8–10 sesji (każda na określony temat),
 - udzielamy choremu informacji, proponujemy rozwiązania,
 - rozpoczęcie zajęć powinno nastąpić w krótkim czasie po ustąpieniu objawów wytwórczych.

F. Przebieg spotkania:

- wstęp – poznanie nastroju w grupie, podsumowanie poprzedniego spotkania,
- realizacja tematu,
- rekapitulacja.

Na pierwszym spotkaniu oraz po cyklu spotkań można zawrzeć z grupą kontrakt (sojusz terapeutyczny), a także przeprowadzić ankietę wstępną. Rozpoczynamy od poznania pacjenta m.in. przez wywiad, który pozwala nam rozpoznać występujące objawy, subiektywne przeżywanie choroby, funkcjonowanie w rodzinie, problemy i poziom krytycyzmu.

W psychoedukacji istotny jest właściwy dobór grupy – osoby muszą mieć do siebie zaufanie. Prowadzący powinien dążyć do przełamania bariery, aby chory nie tkwił w przekonaniu, że inni nie potrafią zrozumieć jego problemów. Należy zapewnić trwałość, operacyjność wiedzy, by pacjent mógł ją wykorzystać.

U niektórych pacjentów może wystąpić tendencja do wykorzystania zdobytej wiedzy w niewłaściwym celu, np. utwierdzenia się w chorobie albo wykorzystania pobytu w szpitalu jako „sposobu na życie”.

G. 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

1. Aleksandrowicz IU. *Psychoterapia medyczna*. PZWL, Warszawa 1994.
2. Berne E. *W co grają ludzie?* PWN, Warszawa 1998.
3. Bilikiewicz A. *Zarys metod leczenia w psychiatrii*. PZWL, Warszawa 1997.
4. Czabała IC. *Czynniki leczące w psychoterapii*. PWN, Warszawa 1999.
5. Ekdawi M. *Rehabilitacja psychiatryczna: praktyczny przewodnik*. PZWL, Warszawa 1995.
6. Ellis P. *Terapia krótkoterminowa: lepiej, głębiej, trwalej*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1998.
7. Grzesiuk L, red. *Psychoterapia: szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. PWN, Warszawa 1994.
8. van Meer K, van Neijehof J. *Badanie sytuacji problemowych*. CMDNŚSzM, Warszawa 1993.
9. van Meer K, van Neijehof J. *Elementarne umiejętności społeczne*. CMDNŚSzM, Warszawa 1993.
10. van Meer K, van Neijehof J. *Rozwiązywanie sytuacji problemowych*. CMDNŚSzM, Warszawa 1993.
11. Kokoszka A, Drozdowski P, red. *Wprowadzenie do psychoterapii*. Wydawnictwo Akademii Medycznej, Kraków 1993.
12. Kuipers L, Leff J, Lam D. *Praca z rodzinami chorych na schizofrenię*. Fundacja IPiN, Warszawa 1997.
13. Meder I. *Aktywny udział w leczeniu farmakologicznym*. Fundacja IPiN, Warszawa 1995.
14. Meder I, red. *Trening umiejętności społecznych w leczeniu zaburzeń psychicznych*. Wydawnictwo Śląsk, Katowice 1999.
15. Milanowska K, red. *Techniki pracy w terapii zajęciowej*. Wyd. 2. PZWL, Warszawa 1982.
16. Motyka M. *Pielęgnowanie a pomoc psychiczna w chorobie*. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1999.
17. Mueser KT, Gingerich S. *Życie ze schizofrenią*. Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 1996.
18. Pohorecka A, red. *Rodzina w terapii*. IPiN, Warszawa 1999.

19. Rogers CR. *Terapia nastawiona na klienta. Grupy spotkaniowe*. Thesaurus-Press, Wrocław 1991.
20. Tomasik E, Mazanek E. *Współczesne tendencje w rehabilitacji*. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 1998.
21. Ugniewska C. *Pielęgniarstwo psychiatryczne i neurologiczne*. PZWL, Warszawa 1996.
22. Wardaszko-Łyskowska H, red. *Terapia grupowa w psychiatrii*. PZWL, Warszawa 1980.

ZAGADNIENIA ETYCZNE I PRAWNE W OPIECE PSYCHIATRYCZNEJ

1. PRAWA PACJENTA CHOREGO PSYCHICZNIE

Artykuł 4. Deklaracji Praw Człowieka i Ochrony Zdrowia Psychicznego przyjętej przez Światową Federację Ochrony Zdrowia Psychicznego w 1989 r. stanowi: „Podstawowe prawa osób, które są kwalifikowane, diagnozowane, leczone lub określane jako psychicznie chore lub cierpiące z powodu problemów emocjonalnych, powinny być takie same, jak prawa innych obywateli”. Do praw tych należą:

- Prawo do pozbawionego przymusu, godnego, humanitarnego i kwalifikowanego leczenia z zapewnieniem dostępu do odpowiadającej standardom profesjonalnym i normom etycznym pomocy medycznej, psychologicznej i socjalnej.
- Prawo do wolnego od dyskryminacji, równego dostępu do leczenia, jednakoowego traktowania bez względu na status polityczny, społeczny, ekonomiczny, kulturowy, rasowy, religijny, wynikający z płci lub wieku czy z orientacji seksualnej.
- Prawo do prywatności oraz intymności.
- Prawo do mienia osobistego.
- Prawo do ochrony przed zniewagą fizyczną lub psychiczną.
- Prawo do ochrony przed zaniedbaniem i zaniechaniem pomocy profesjonalnej i nieprofesjonalnej.
- Prawo każdej osoby do rzetelnej informacji o jej stanie klinicznym.

Prawo do leczenia obejmuje hospitalizację, leczenie ambulatoryjne lub psychosocjalne – zależnie od potrzeb – z gwarancją odpowiedniej konsultacji medycznej, etycznej i prawnej, a w przypadku leczenia wbrew woli pacjenta – prawo do bezstronnej reprezentacji, kontroli i odwoływania się.

Deklaracja podkreśla, że wszyscy psychicznie chorzy mają prawo do leczenia, w którym uwzględnia się głównie ich dobro. Chory psychicznie, tak jak każdy inny pacjent, ma prawo do ochrony godności, poszanowania indywidualnych różnic kulturowych i religijnych.

Aktualnie obowiązującym aktem prawnym jest Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, tzw. ustawa psychiatryczna. Jest ona elementem kontroli społecznej nad funkcjonowaniem lecznictwa psychiatrycznego, które czasami posługuje się przymusem zewnętrznym wobec pacjenta, chroni też interesy chorego oraz personelu medycznego.

Ustawa precyzuje:

- na czym polega ochrona zdrowia psychicznego,
- kim jest osoba z zaburzeniami psychicznymi.

Ustawa określa:

- warunki, w jakich wolno ograniczać swobodę pacjenta,
- zasady przyjęcia chorego do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody – bez pisemnej zgody na pobyt w szpitalu może być przyjęta osoba, której dotychczasowe zachowanie wskazuje, że nieprzyjęcie jej do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie zdrowia psychicznego; bez zgody chorego można go przyjmując do szpitala, gdy nie jest on zdolny do samodzielnego zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych, a istnieje domniemanie, że leczenie w szpitalu przyniesie poprawę stanu zdrowia; o wypisaniu ze szpitala osoby, która nie wyraziła zgody na hospitalizację, decyduje ordynator.

Osoba z zaburzeniami psychicznymi, zarówno w szpitalu, jak i w domu pomocy społecznej ma, zgodnie z ustawą, prawo do:

- kontaktu i porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami,
- tajemnicy korespondencji,
- okresowego przebywania poza szpitalem bez wypisywania ze szpitala, jeżeli nie zagraża to jej życiu i zdrowiu albo życiu i zdrowiu innych,
- niestosowania wobec niej przymusu bezpośredniego, jeśli nie dopuszcza się zamachu przeciwko zdrowiu i życiu własnemu i innych osób, nie zagraża bezpieczeństwu powszechnemu, nie niszczy i nie uszkadza w sposób gwałtowny przedmiotów znajdujących się w jej otoczeniu, albo poważnie nie zakłóca lub nie uniemożliwia funkcjonowania zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej, w których przebywa.

Organy do spraw pomocy społecznej wraz z zakładami psychiatrycznej opieki zdrowotnej upoważnione są do organizowania na swoim terenie wsparcia społecznego dla osób, które z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego mają trudności w życiu codziennym.

Wsparcie społeczne, do którego zobowiązane są wymienione organy polega na:

- podtrzymywaniu i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia,
- organizowaniu w środowisku społecznym pomocy ze strony rodziny, innych osób, grup, organizacji społecznych i instytucji,
- udzielaniu pomocy finansowej, rzeczowej oraz innych świadczeń na zasadach określonych w Ustawie o pomocy społecznej.

W Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego duży nacisk kładzie się na promocję zdrowia psychicznego i profilaktykę zaburzeń psychicznych.

Pielęgniarka, która przebywa z chorym najdłużej, jest szczególnie powołana do obrotu jego praw i swobód, zwłaszcza wtedy, gdy on sam nie jest w stanie tego zrobić.

Do podstawowych zadań pielęgniarki wynikających z Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego należą:

- informowanie pacjenta o jego prawach,
- przestrzeganie praw pacjenta,
- informowanie o sposobie i metodach leczenia oraz pielęgnacji w zrozumiałym dla pacjenta sposób,
- zachowanie w tajemnicy wszystkich informacji uzyskanych w trakcie leczenia – niektóre sprawy chorego nigdy nie powinny dotrzeć do jego rodziny,
- wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych,
- wykazanie ostrożności i troski o dobro pacjenta,
- prowadzenie dokumentacji medycznej w przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego.

Profesjonalizm pielęgniarski pozwala na zapewnienie choremu psychicznie szeroko rozumianej pomocy i opieki, przyczynia się do przywrócenia mu zdolności do samodzielnego życia w rodzinie i społeczeństwie. Pielęgniarka jest dla chorego bliską osobą, podporą, kimś, kto pomaga w wykonywaniu różnych czynności, potrafi wysłuchać, wyjaśnić, uczy, zachęca do podejmowania wysiłków i znaczących decyzji, okazuje akceptację i szacunek.

Wymogi etyczne zawodu pielęgniarki mają szczególne znaczenie w odniesieniu do pracy z chorym psychicznie, gdyż wielu z nich nie upomina się o swoje oczywiste prawa.

2. ZASADY PRZYJĘCIA I HOSPITALIZACJI W SZPITALU PSYCHIATRYCZNYM

Przez wiele lat, praktycznie od początku istnienia psychiatrii jako dyscypliny medycznej zajmującej się zaburzeniami psychicznymi z ich licznymi uwarunkowaniami, dominował paternalistyczny stosunek do pacjenta. Lekarz odpowiadał za określenie i realizację tego, co uważał za najlepsze dla dobra pacjenta, a zgoda tego ostatniego nie była potrzebna. Po II wojnie światowej, w wyniku tragicznych doświadczeń związanych z nadużyciami przedstawicieli nauk medycznych wobec pacjentów, zwłaszcza chorych psychicznie, zyskały na znaczeniu ruchy na rzecz praw człowieka i praw pacjenta, czego skutkiem stało się zrównanie praw wszystkich pacjentów oraz powstanie odpowiednich uregulowań prawnych. Miarą kultury danego społeczeństwa jest przecież jego stosunek do psychicznie chorych, a w szerszym ujęciu – stopień tolerancji wobec ludzi odbiegających swym zachowaniem od przeciętnej miary.

Choć dziś na gruncie polskiego prawa cywilnego osoba z zaburzeniami psychicznymi, chora psychicznie lub ubezwłasnowolniona nie może złożyć ważnego oświadczenia woli, to zgodnie z zapisami i na potrzeby obowiązującej Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego należy od niej uzyskać zgodę na umieszczenie jej

w szpitalu psychiatrycznym, która jest jednak ważna tylko wtedy, gdy dana osoba niezależnie od stanu zdrowia psychicznego jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej jej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania. Nie dotyczy to w sposób oczywisty osób z zaburzeniami świadomości, z głębokimi zaburzeniami intelektualnymi lub otępiennymi, które nie są w stanie wyrazić pełnowartościowej zgody.

3. GŁÓWNE DOKUMENTY PRAWNE REGULUJĄCE LECZENIE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Prawa pacjenta chorego psychicznie wynikają z szeregu uregulowań prawnych. Mają swe miejsce zarówno w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, jak również w szeregu ustaw, w tym Ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, Ustawie o zawodzie lekarza, Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego oraz w Ustawie o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Zagadnienia te reguluje także, nie posiadający rangi ustawy, Kodeks Etyki Lekarskiej.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2.04.1997 r. (Dz.U. 1997.78.483) stanowi, iż godność człowieka jest nienaruszalna i podlega ochronie (art. 30), podobnie jak wolność (art. 31), która może być ograniczana jedynie w przypadkach określonych w ustawie, m.in. w imię ochrony porządku publicznego, zdrowia, moralności publicznej oraz wolności i praw innych osób (art. 32), przy czym nikt nie może być dyskryminowany z jakiegokolwiek przyczyny (art. 32). Gwarantowana jest także prawna ochrona życia (art. 38), a nikt nie może być poddawany eksperymentom naukowym, w tym medycznym, bez dobrowolnie wyrażonej zgody (art. 39), zabronione jest również poddawanie kogokolwiek okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu i karaniu (art. 40). Zapewniona jest nietykalność i wolność osobista przy zachowaniu wyjątków i trybu ich stosowania określonych w ustawie, zaś każda osoba pozbawiona wolności nie na podstawie wyroku sądowego ma prawo odwołania się do sądu w celu niezwłocznego ustalenia legalności tego pozbawienia (art. 41). Każdy ma także prawo do ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (art. 68).

Konstytucja odwołuje się często do ustaw mających regulować zagadnienia szczegółowe, obejmuje to także kwestię praw pacjenta. Ustawa z dn. 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991.91.408) z późniejszymi zmianami wymienia szereg praw pacjenta. Pacjent zgłaszający się do zakładu opieki zdrowotnej ma prawo do natychmiastowego udzielenia mu świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, niezależnie od okoliczności (art. 7), a ponadto do udzielenia mu świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy

medycznej, jeżeli możliwości udzielania koniecznych świadczeń są ograniczone – do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń (art. 19, 20 i 26). Świadczenia zdrowotne muszą być udzielane przez osoby do tego uprawnione, w pomieszczeniach i przy zastosowaniu urządzeń odpowiadających określonym wymaganiom fachowym i sanitarnym (art. 9 i 10). Pacjent musi mieć możliwość otrzymania informacji o swoim stanie zdrowia (art. 19), uzyskania dostępu do dokumentacji medycznej lub wskazania innej osoby, której dokumentacja ta może być udostępniana (art. 18), a także ma prawo do zapewnienia ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej dotyczącej jego osoby (art. 18). Pacjent ma także prawo, po uzyskaniu odpowiedniej informacji, do odmowy lub wyrażenia zgody na udzielenie mu określonych świadczeń zdrowotnych (art. 19). Udzielanie tych świadczeń musi się odbywać z poszanowaniem intymności oraz godności pacjenta, a przebywając w zakładzie opieki zdrowotnej winien on mieć możliwość swobodnego dostępu do informacji o przysługujących mu prawach (art. 19).

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej precyzuje także, iż jeżeli pacjent zostaje przyjęty do zakładu opieki zdrowotnej przeznaczonego dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych, w tym do szpitala, sanatorium czy zakładu leczniczo-opiekuńczego, ma on dodatkowo prawo do zapewnienia mu koniecznych środków farmaceutycznych, materiałów medycznych, pomieszczenia oraz wyżywienia odpowiedniego do jego stanu zdrowia (art. 20 i 26), a także do opieki duszpasterskiej (art. 19). Pacjent taki może korzystać na własny koszt z dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie, a także ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami spoza zakładu opieki zdrowotnej (art. 19). Przysługuje mu ponadto prawo do wskazania osoby lub instytucji, którą zakład opieki zdrowotnej zobowiązany jest powiadomić w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, powodującego zagrożenie życia albo w razie śmierci (art. 20 i 26).

Na mocy Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej pacjent ma prawo wyrazić lub odmówić zgody na umieszczenie go w danym zakładzie opieki zdrowotnej (art. 21 i 26), a także żądać wypisania go z zakładu opieki zdrowotnej na własne żądanie po uzyskaniu od lekarza informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w danym zakładzie opieki zdrowotnej (art. 22 i 26). W przypadku, gdy pacjent, pomimo decyzji uprawnionego lekarza o potrzebie niezwłocznego przyjęcia do szpitala, nie może być do tego szpitala przyjęty, przysługuje mu prawo do udzielenia mu niezbędnej pomocy i przewiezienia do innego szpitala (art. 21). Poza tym pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych Pogotowia Ratunkowego w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia powodującego zagrożenie życia (art. 28).

Innym ważnym ogniwem systemu pomocy medycznej jest pielęgniarstwo lub położnictwo. Ustawa z dnia 5.07.1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 1996. 91.410) z późniejszymi zmianami określa, iż pacjent ma prawo do udzielania mu

świadczeń zdrowotnych – odpowiednio do sytuacji – przez pielęgniarkę lub położną, która posiada prawo wykonywania zawodu, w sposób zgodny z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością (art. 18), i jest ona obowiązana do udzielenia mu pomocy zgodnie z posiadanymi przez nią kwalifikacjami, w każdym przypadku niebezpieczeństwa utraty przez niego życia lub doznania poważnego uszczerbku na zdrowiu (art. 19). Pielęgniarka lub położna jest zobowiązana do udzielenia pacjentowi informacji o jego prawach (art. 20), a także o jego stanie zdrowia, w zakresie związanym ze sprawowaną przez nią opieką pielęgnacyjną (art. 20). Pielęgniarkę lub położną obowiązuje zachowanie w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych przez nią w związku z wykonywaniem zawodu (art. 21), a pacjent może wyrazić lub odmówić zgody na podanie przez nią do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta (art. 21).

Problematyka pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, chorych psychicznie oraz upośledzonych umysłowo doczekała się także odrębnego, oprócz regulacji opartych na ogólnie obowiązujących przepisach, unormowania prawnego w postaci Ustawy z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994.111.535). Pacjent ma zatem prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych mu przez publiczne zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej, a także bezpłatnych leków i artykułów sanitarnych oraz pomieszczenia i wyżywienia, jeżeli przebywa w szpitalu psychiatrycznym będącym publicznym zakładem opieki zdrowotnej (art. 10). Ustawa gwarantuje mu także zapewnienie metod postępowania leczniczego właściwych nie tylko z uwagi na cele zdrowotne, ale także ze względu na interesy oraz inne dobra osobiste pacjenta i dążenie do poprawy jego zdrowia w sposób najmniej dla pacjenta uciążliwy (art. 12). Pacjent, w przypadku gdy przebywa w szpitalu psychiatrycznym albo w domu pomocy społecznej, ma prawo do porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami (art. 13), a także do wystąpienia o okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania go z zakładu (art. 14). Jeżeli zachodzi konieczność zastosowania wobec pacjenta przymusu bezpośredniego, musi on zostać o takim zamiarze uprzedzony i przymus ten musi być stosowany wyłącznie w dopuszczalnych ustawą okolicznościach (art. 18). Podobnie, pacjent musi zostać uprzedzony o zamiarze przeprowadzenia badania psychiatrycznego bez jego zgody oraz muszą mu zostać podane przyczyny takiej decyzji. Badanie takie może być przeprowadzone, jeżeli zachowanie pacjenta wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolny do zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych (art. 21). Pacjent ma prawo do wyrażenia lub odmowy zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego, z wyłączeniem sytuacji, gdy przepisy ustawy dopuszczają przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta (art. 22, 23, 24 oraz 29). W przypadku przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody ma on prawo zostać poinformowany przez lekarza co do przyczyny przyjęcia do szpitala psychiatrycznego oraz uzyskania informacji

o przysługujących mu w tej sytuacji prawach (art. 23). Natomiast w przypadku, gdy przyjęcie do szpitala psychiatrycznego nastąpiło za zgodą pacjenta, ma on prawo uprzednio wyrażoną zgodę cofnąć (art. 28). W przypadku, gdy przyjęcie do szpitala nastąpiło bez zgody pacjenta, ma on prawo do podjęcia wobec niego niezbędnych czynności leczniczych mających na celu usunięcie przyczyny przyjęcia i zapoznania z planowanym postępowaniem leczniczym (art. 33). Ma także prawo do wypisania go ze szpitala psychiatrycznego, jeżeli ustały przyczyny uzasadniające jego przyjęcie i pobyt w szpitalu bez zgody, jak również po wyrażeniu zgody do pozostania w szpitalu w terminie późniejszym, jeżeli w ocenie lekarza dalszy pobyt pacjenta w tym szpitalu jest celowy (art. 35). Pacjent jest uprawniony do złożenia w dowolnej formie wniosku o nakazanie wypisania go ze szpitala psychiatrycznego, a po uzyskaniu odmowy wypisania ze szpitala – ma prawo do wystąpienia do sądu opiekuńczego o nakazanie wypisania go ze szpitala, jak również ma prawo do informacji o terminie i sposobie złożenia takiego wniosku (art. 36). Pacjentowi przysługuje także prawo do złożenia wniosku o ustanowienie kuratora, jeżeli przebywając w szpitalu psychiatrycznym potrzebuje pomocy do prowadzenia wszystkich lub części swoich spraw (art. 44). Ochronie podlega także prawo pacjenta do tego, aby osoby wykonujące czynności wynikające z ustawy zachowały w tajemnicy wszystko co go dotyczy, a o czym powzięły wiadomość wykonując te czynności (art. 50).

4. POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM AGRESYWNYM I GWAŁTOWNYM ORAZ ZASADY PRZYJĘCIA I HOSPITALIZACJI W SZPITALU PSYCHIATRYCZNYM

Z zapisów Ustawy z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994.111.535) z późniejszymi zmianami wynika, iż przymus bezpośredni, polegający na przytrzymywaniu, przymusowym zastosowaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji, można stosować wobec osób z zaburzeniami psychicznymi jedynie wtedy, gdy osoby te dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu, życiu lub zdrowiu innej osoby, bezpieczeństwu powszechnemu bądź w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu. Z nowelizacji Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 1.07.2005 r. (Dz.U. 2005.141.1183) wynika natomiast, iż także wobec osób, które poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej, w których przebywają, może zostać zastosowany przymus bezpośredni w postaci przytrzymywania lub przymusowego podania leków. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, przy czym nie tylko określa on rodzaj zastosowanego środka przymusu, ale także nadzoruje jego wykonanie. W wyżej wymienionych przypadkach na żądanie lekarza do udzielenia mu pomocy zobowiązane jest pogotowie ratunkowe,

policja oraz straż pożarna. W szpitalu psychiatrycznym bądź w domu opieki społecznej, jeżeli uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza nie jest możliwe, decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego podejmuje pielęgniarka, przy czym jest ona każdorazowo zobowiązana bezzwłocznie zawiadomić o tym lekarza. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego osoba, wobec której będzie on zastosowany, musi zostać o tym uprzedzona, przy wyborze rodzaju przymusu należy wybierać środek możliwie najmniej dla niej uciążliwy, a przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i uwzględniać dobro osoby, wobec której przymus jest stosowany. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego, a także uprzedzenia o jego zastosowaniu, musi zostać odnotowany w dokumentacji medycznej, a zasadność jego zastosowania przez lekarza zakładu opieki zdrowotnej ocenia w ciągu 3 dni kierownik tego zakładu, jeśli zaś przymus zastosował inny lekarz – podlega ona w ciągu 3 dni ocenie upoważnionego przez wojewodę lekarza specjalisty psychiatry (art. 18).

Szczegółowo zagadnienie stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23.08.1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz.U. 1995.103.514). Zgodnie z Rozporządzeniem do środków przymusu bezpośredniego należą przytrzymanie, przymusowe zastosowanie leków, unieruchomienie i izolacja. Mogą być one stosowane zarówno pojedynczo, jak i łącznie, jedynie do czasu ustania przyczyn ich zastosowania. Przytrzymanie to doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie danej osoby z użyciem siły fizycznej. Przymusowe zastosowanie leków jest doraźnym lub przewidzianym w planie postępowania leczniczego wprowadzeniem leków do organizmu danej osoby bez jej zgody. Unieruchomienie to dłużej trwające obezwładnienie danej osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa, zaś izolacja polega na umieszczeniu pojedynczej osoby w zamkniętym pomieszczeniu. Przymus bezpośredni w szpitalu psychiatrycznym lub w celu przewiezienia osoby skierowanej do szpitala psychiatrycznego może być stosowany wyłącznie przez wyszkolonych w tym zakresie pracowników medycznych, w tym pogotowia ratunkowego, lub w ich obecności. Nie wyłącza to korzystania w zakresie ujętym w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego z pomocy funkcjonariuszy policji lub straży pożarnej.

Zgodnie z Rozporządzeniem przed zastosowaniem unieruchomienia lub izolacji należy odebrać danej osobie wszelkie przedmioty, które mogą być niebezpieczne dla zdrowia lub życia jej lub innych osób. Zasadniczo te formy przymusu bezpośredniego winny być stosowane nie dłużej niż 4 godziny. W razie potrzeby lekarz może po osobistym badaniu danej osoby przedłużyć unieruchomienie na następne okresy 6-godzinne. Przedłużenie unieruchomienia lub izolacji na okresy dłuższe niż 24 godziny jest dopuszczalne jedynie w warunkach szpitalnych. Po zleceniu tych środków przymusu bezpośredniego niezwłocznie wypełniana jest przez lekarza karta ich zastosowania, która stanowi załącznik do dokumentacji medycznej pacjenta. Odpowiednie wpisy są także umieszczane w dokumentacji medycznej pacjen-

ta, a pielęgniarka umieszcza stosowne adnotacje w raporcie pielęgniarskim. Pielęgniarka dyżurna musi kontrolować stan fizyczny osoby unieruchomionej lub izolowanej nie rzadziej niż co 15 minut, także podczas jej snu, umieszczając odnośne adnotacje w karcie zastosowania środków przymusu bezpośredniego. Podczas kontroli ocenia ona prawidłowość unieruchomienia, w tym sposób założenia pasów, uchwytów, prześcieradeł i kaftana bezpieczeństwa, a także nie rzadziej niż co 4 godziny zapewnia krótkotrwale uwolnienie pacjenta od unieruchomienia w celu umożliwienia mu zmiany pozycji ciała, zaspokojenia potrzeb higienicznych i fizjologicznych. Do powiadomienia organów kontrolnych wyznaczonych przez Ustawę o ochronie zdrowia psychicznego o fakcie zastosowania przymusu bezpośredniego służą lekarzowi odpowiednie zawiadomienia.

Zgodnie z Ustawą o ochronie zdrowia psychicznego poddanie osoby badaniu psychiatrycznemu bez jej zgody możliwe jest w przypadku, gdy jej zachowanie wskazuje na to, iż z powodu zaburzeń psychicznych może ona zagrażać bezpośrednio własnemu życiu, albo też życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych. To samo odnosi się do badania psychiatrycznego w tych okolicznościach bez zgody przedstawiciela ustawowego osoby małoletniej lub całkowicie ubezwłasnowolnionej.

Według Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego zasadniczo przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego, w przypadku stwierdzenia badaniem takiej konieczności przez lekarza, następuje za jej pisemną zgodą, zaś wątpliwości co do zdolności wyrażenia przez nią pisemnej zgody odnotowuje się w dokumentacji medycznej (art. 22) przedstawianej sędziemu wizytującemu szpital. Ma on prawo wstępu o każdej porze do szpitala psychiatrycznego w celu kontroli legalności przyjęcia i przebywania tam osób z zaburzeniami psychicznymi, przestrzegania ich praw oraz kontroli warunków, w jakich one tam przebywają (art. 43). Osoba małoletnia lub ubezwłasnowolniona całkowicie jest przyjmowana do szpitala psychiatrycznego za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego, w przypadku osób małoletnich powyżej 16. r.ż. i osób ubezwłasnowolnionych całkowicie, ale zdolnych do wyrażania zgody, wymagane jest uzyskanie także ich zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego. W przypadku sprzecznych oświadczeń w sprawie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego takiej osoby i jej przedstawiciela ustawowego, zgodę lub jej brak wyraża sąd opiekuńczy (art. 22).

Zapisy Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego pozwalają na przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody w przypadku, gdy z powodu choroby psychicznej jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, iż zagraża ona bezpośrednio własnemu życiu albo życiu i zdrowiu innych osób (art. 23) lub gdy zachodzą co do tego wątpliwości. W tym ostatnim przypadku zostaje ona przyjęta do szpitala celem wyjaśnienia wątpliwości co do występowania u niej choroby psychicznej (art. 24). Przy uprzednio opisanym zachowaniu możliwe jest także zatrzymanie bez zgody w szpitalu psychiatrycznym osoby, która uprzednio udzieloną zgodę cofnęła (art. 28). Decyzję o tym podejmuje odpowiedni

lekarz po zbadaniu pacjenta, w miarę możliwości po zasięgnięciu opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa. Lekarz ten ma obowiązek wyjaśnić danej osobie przyczyny przyjęcia lub zatrzymania w szpitalu psychiatrycznym bez zgody i poinformować ją o przysługujących prawach. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody musi być zatwierdzone przez ordynatora oddziału w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia, natomiast kierownik szpitala zawiadamia o przyjęciu danej osoby do szpitala psychiatrycznego bez zgody sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia. Powyższe czynności muszą zostać odnotowane w dokumentacji medycznej (art. 23 i 24). Sąd opiekuńczy wszczyna postępowanie dotyczące przyjęcia do szpitala danej osoby na podstawie otrzymanego zawiadomienia bądź też na wniosek jej samej, jej przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa lub osoby sprawującej opiekę faktyczną nad osobą hospitalizowaną, jak też z urzędu (art. 25). Sędzia wizytujący wysłuchuje osobę przyjętą lub zatrzymaną w szpitalu psychiatrycznym bez zgody nie później niż w terminie 48 godzin od otrzymania zawiadomienia. Jeżeli stwierdza, iż pobyt danej osoby w szpitalu psychiatrycznym jest bezzasadny, zarządza natychmiastowe jej wypisanie ze szpitala i wnosi o umorzenie postępowania (art. 45). Sąd opiekuńczy może także umorzyć postępowanie po wysłuchaniu osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez zgody, o ile w przebiegu hospitalizacji osoba ta wyraziła na nią zgodę i zostało to przez sąd stwierdzone (art. 26). Jeżeli szpital zostanie powiadomiony, iż sąd opiekuńczy wydał postanowienie o braku podstaw do przyjęcia danej osoby, musi ona zostać wypisana niezwłocznie po jego doręczeniu do szpitala psychiatrycznego (art. 27). Wobec osoby przyjętej lub zatrzymanej w szpitalu psychiatrycznym bez zgody można, po jej uprzednim zapoznaniu z planowanym postępowaniem leczniczym, stosować niezbędne czynności lecznicze (art. 33), także z zastosowaniem w razie potrzeby przymusu bezpośredniego (art. 34), o ile mają one na celu usunięcie przyczyn jej przebywania w szpitalu bez zgody. Nie dotyczy to osób przyjętych do szpitala psychiatrycznego jedynie w celu wyjaśnienia wątpliwości co do występowania u nich choroby psychicznej (art. 33). Przymus bezpośredni może być także stosowany wobec tych osób dla zapobieżenia opuszczeniu przez nie szpitala psychiatrycznego (art. 34).

Według Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego bez zgody przyjmuje się także do szpitala psychiatrycznego osobę chorą psychicznie, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie jej do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego lub która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia. Następuje to na mocy decyzji sądu opiekuńczego właściwego dla miejsca zamieszkania danej osoby lub – w razie braku danych dotyczących miejsca jej zamieszkania – właściwego dla szpitala psychiatrycznego, rozpatrującego wniosek złożony przez małżonka danej osoby, jej krewnych w linii prostej, rodzeństwa, jej przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę, oraz – jeżeli dana osoba jest objęta wsparciem społecznym – także gminę lub organ admi-

nistracji rządowej (art. 29). Do wniosku winna być dołączona opinia lekarza psychiatry publicznego zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej wydana na żądanie osób lub organów uprawnionych do złożenia wniosku do sądu opiekuńczego, uzasadniająca potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym, wydana nie dawniej niż 14 dni przed datą złożenia wniosku do sądu opiekuńczego. W razie odmowy poddania się przez daną osobę badaniu można przeprowadzić badanie psychiatryczne bez jej zgody, zgodnie z zasadami opisanymi wcześniej (art. 30). Jeżeli po wszczęciu postępowania przed sądem opiekuńczym zostanie stwierdzone, iż dana osoba wskutek choroby psychicznej zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, może ona zostać przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody, zgodnie z zasadami opisanymi wcześniej (art. 31). W sprawach takich sąd opiekuńczy orzeka w składzie jednego sędziego po przeprowadzeniu rozprawy w terminie 14 dni od dnia wpływu wniosku lub otrzymania odpowiedniego zawiadomienia, o ile zaszła konieczność przyjęcia danej osoby do szpitala psychiatrycznego bez zgody (art. 45).

Postępowanie względem osoby z zaburzeniami psychicznymi wymaga od personelu medycznego z jednej strony dużego taktu i wyczucia sytuacji, z drugiej zaś – niejednokrotnie zdecydowania, które może uchronić taką osobę oraz jej otoczenie przed poważnymi negatywnymi następstwami jej nieobliczalnych zachowań. Wyznaczeniu cienkiej linii prawidłowego postępowania, po której przychodzi poruszać się personelowi medycznemu, służą liczne przepisy prawa, których znajomość stanowi praktyczną pomoc w rozwiązaniu wielu trudnych codziennych sytuacji oraz zabezpiecza przed nieuzasadnionymi roszczeniami niezadowolonych pacjentów.

WYKAZ AKTÓW PRAWNYCH

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dn. 2.04.1997 r. (Dz.U. 1997.78.483).
2. Ustawa z dn. 17.05.1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. 1989.30.158).
3. Ustawa z dn. 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991.91.408).
4. Ustawa z dn. 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994.111.535), nowelizacja z dn. 1.07.2005 r. (Dz.U. 2005.141.1183).
5. Ustawa z dn. 26.10.1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. 1995.138.682).
6. Ustawa z dn. 5.07.1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położniczej (Dz.U. 1996.91.410)
Ustawa z dn. 5.12.1996 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. 1997.28.88).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 23.08.1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz.U. 1995.103.514).
8. Kodeks Etyki Lekarskiej z 2.01.2004 r.

PIŚMIENNICTWO

1. Bilikiewicz A. *Psychiatria: podręcznik dla studentów medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001.
2. Pietrzykowska B. *Zgoda chorego na leczenie w psychiatrii*, Biuletyn Informacyjny Naczelnego Sądu Lekarskiego 1999; 1. Dostępny na URL: http://www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/str_sad/biuletyn/b1999/b199907.

ZAŁĄCZNIKI

ZAŁĄCZNIK NR 1

ZASADY POSTĘPOWANIA PRZY STOSOWANIU PRZYMUSU BEZPOŚREDNIEGO

(według standardu obowiązującego w Wojewódzkim Specjalistycznym Zespole Neuropsychiatrycznym w Opolu)

Cel: Unieruchomienie pacjenta zaburzonego psychicznie przy przestrzeganiu zasady najmniejszej uciążliwości.

Przymus bezpośredni to najbardziej drastyczna forma pogwałcenia nietykalności osobistej i cielesnej pacjentów psychiatrycznych.

I. Rodzaje przymusu:

- **przytrzymanie** – krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej,
- **przymusowe zastosowanie leków** – doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby bez jej zgody,
- **unieruchomienie** – długotrwałe obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa,
- **izolacja** – polega na umieszczeniu osoby pojedynczo w zamkniętym pomieszczeniu.

II. Okoliczności zastosowania przymusu bezpośredniego

- **przymus stosuje się wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, które:**
 - dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu bądź innej osoby, bezpieczeństwu powszechnemu,
 - w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu,
 - uniemożliwiają wykonanie niezbędnych czynności leczniczych,
 - próbują samowolnie opuścić szpital psychiatryczny (osoby przyjęte bez własnej zgody);
- **osoby uprawnione do podjęcia decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego**
 - lekarz – decyduje bezpośrednio, określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie,
 - pielęgniarka – w sytuacji, kiedy nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, określa rodzaj przymusu i niezwłocznie powiadamia lekarza o zastosowaniu środka przymusu.

III. Przebieg przymusu bezpośredniego

Obowiązki stosujących przymus bezpośredni

- uprzedzić osobę, wobec której zamierzamy zastosować przymus,
- wybrać środek przymusu możliwie najmniej uciążliwy,
- zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro osoby poddanej przymusowi:
 - ułożyć pacjenta wygodnie, zapewniając swobodne oddychanie, obserwować co 15 minut stan psychiczny i fizyczny (sprawdzać krążenie w kończynach oraz zakres ich ruchomości), oceniać prawidłowość unieruchomienia, a szczególnie, czy pasy, uchwyty lub kaftan nie są założone zbyt ciasno albo zbyt luźno,
 - pomagać w zaspokojeniu potrzeb: higienicznych, odżywiania, nawadniania, wydalania,
 - nie rzadziej niż co 4 godziny zapewnić krótkotrwałe uwolnienie pacjenta w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych.

Przed zwolnieniem z pasów lub izolacji należy pomagać choremu w uzyskaniu samokontroli nad zachowaniem (okazywać wolę zakończenia przymusu).

Przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania, po ustąpieniu zaburzeń zachowania, po pewnym okresie obserwacji, która potwierdzi, że chory się uspokoił i odzyskał kontrolę nad swoim zachowaniem stosowanie, unieruchomienia lub izolacji powinno zostać zakończone (ograniczenia należy usuwać stopniowo, obserwując reakcję chorego).

IV. Dokumentowanie zastosowania przymusu bezpośredniego

- **Karta przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego** (dotyczy unieruchomienia lub izolacji)
 - kartę zakłada się niezwłocznie po zastosowaniu przymusu,
 - lekarz uzasadnia przyczynę zastosowania przymusu, jego rodzaj i określa czas unieruchomienia – unieruchomienie lub izolacja nie dłuższe niż 4 godziny, w razie potrzeby kolejne okresy 6-godzinne.

ZAŁĄCZNIK NR 2

Załącznik nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23.08.1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz.U. 1995.103.514)

KARTA ZASTOSOWANIA UNIERUCHOMIENIA LUB IZOLACJI

.....
(zakład opieki zdrowotnej)

.....
(oddział)

ZLECENIE

Pacjent Historia choroby nr:

Powód zastosowania:

-
- rodzaje unieruchomienia:
 - izolacja:

Początek	data	godzina
Przedłużenie	data	godzina
Koniec	data	godzina

Zlecający: Przedłużający:

czytelny podpis, pieczętka

czytelny podpis, pieczętka

Lekarz*

(czytelny podpis, data)

PODSUMOWANIE

Całkowity czas trwania przymusu: godziny minuty

Uwagi lekarza

(podpis, pieczętka, data)

* Wypełnić w przypadku zlecenia przez pielęgniarkę.

OBSERWACJE OZNACZENIA (KOD):

1. Szarpie się (uderza)
2. Wykrzykuje
3. Spokojny (śpi)
4. Płacze
5. Śmieje się
6. Śpiewa
7. Mamrocze
8. Podawane posiłki
9. Podawane płyny
10. Oddał mocz (stolec)
11. Chwilowe zwolnienie
12. Inne
13. Bez zaburzeń psychicznych

godzina	kod	podpis	godzina	kod	podpis	godzina	kod	podpis	godzina	kod	podpis
12.00			18.00			24.00			06.00		
12.15			18.15			00.15			06.15		
12.30			18.30			00.30			06.30		
12.45			18.45			00.45			06.45		
13.00			19.00			01.00			07.00		
13.15			19.15			01.15			07.15		
13.30			19.30			01.30			07.30		
13.45			19.45			01.45			07.45		
14.00			20.00			02.00			08.00		
14.15			20.15			02.15			08.15		
14.30			20.30			02.30			08.30		
14.45			20.45			02.45			08.45		
15.00			21.00			03.00			09.00		
15.15			21.15			03.15			09.15		
15.30			21.30			03.30			09.30		
15.45			21.45			03.45			09.45		
16.00			22.00			04.00			10.00		
16.15			22.15			04.15			10.15		
16.30			22.30			04.30			10.30		
16.45			22.45			04.45			10.45		
17.00			23.00			05.00			11.00		
17.15			23.15			05.15			11.15		
17.30			23.30			05.30			11.30		
17.45			23.45			05.45			11.45		

ZAŁĄCZNIK NR 3

Załącznik nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23.08.1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz.U. 1995.103.514)

Kierownik

.....

.....
(miejsowość) (data)

Zawiadomienie
o zastosowaniu przymusu bezpośredniego na podstawie
art. 18 ust. 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

1. W dniu..... o godz.
wobec Pana (Pani).....
z oddziału.....

2. Zastosowano przymus bezpośredni w formie.....

3. Z powodu.....

4. Zlecenia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wydał.....

ZAŁĄCZNIK NR 4

Załącznik nr 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23.08.1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz.U. 1995.103.514)

Lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii
(upoważniony przez wojewodę)

.....

.....
(miejsowość) (data)

Zawiadomienie
o zastosowaniu przymusu bezpośredniego na podstawie
art. 18 ust. 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

1. W dniu..... o godz.
wobec Pana (Pani).....

2. Zastosowano przymus bezpośredni w formie.....

3. Z powodu.....

4. Zlecenia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wydał.....

ZAŁĄCZNIK NR 5

Procedura postępowania po przyjęciu pacjenta do oddziału psychiatrycznego – pododdział wzmoczonego nadzoru psychiatrycznego (obowiązująca w Wojewódzkim Specjalistycznym Zespole Neuropsychiatrycznym w Opolu)

I. Obowiązki pielęgniarek, pielęgniarzy i ratowników medycznych przy przyjęciu pacjenta

1. Ocenić stan psychiczny pacjenta.
2. Ocenić stopień zagrożenia agresją.
3. Przewidzieć sytuację zagrożenia.
4. **Pozbawić pacjenta przedmiotów, które mogą być niebezpieczne dla jego życia lub zdrowia, bądź życia lub zdrowia innych osób, a w szczególności przedmioty ostre – okulary, aerozole, pas, szelki, sznurowadła, zapalki, zapalniczkę i inne.**
5. Wyraźnie określić konieczne ograniczenie swobody zachowania pacjenta i zdecydowanie je egzekwować.
6. Zachować dystans fizyczny wobec pacjenta.
7. Poinformować pacjenta, że uwzględnia się jego tendencje do niebezpiecznych zachowań.
8. **Powstrzymać się od przyjmowania osądzającej postawy i nie traktować dosłownie obraźliwych zachowań pacjenta.**
9. **Nie okazywać swojej przewagi wynikającej z dysponowania środkami przymusu, nie używać groźnych gestów, póz, postaw, unikać przedłużonego kontaktu wzrokowego.**
10. Unikać nierealnych oczekiwań, np. że pacjent agresywny od początku będzie chciał współpracować z personelem albo szybko się uspokoi.

II. Podstawowe zasady bezpieczeństwa

1. **Zebrać jak najwięcej informacji o pacjencie przed przystąpieniem do rozmowy.**
2. **Odmówić kontaktu, gdy pacjent jest uzbrojony.**
3. **Unikać kontaktu „w cztery oczy” w izolowanych pomieszczeniach.**
4. **Zadbać o obecność dodatkowego personelu.**
5. **Korzystać z pomieszczeń obszernych, bez sprzętów, których łatwo użyć jako broni.**
6. **Obowiązkowo korzystać z osobistego systemu przywoławczego.**
7. **Usunąć z pola widzenia osoby, które mogą wpływać na pacjenta prowokująco.**
8. **Zapewnić obecność osób wspomagających poczucie bezpieczeństwa (pozostały personel dyżurny).**
9. **Zachować spokój, rozwagę:**

- zbliżyć się do pacjenta powoli, w kierunku, który nie wywoła u niego zaskoczenia lub poczucia zagrożenia – jeśli to możliwe podchodzić z przodu, a nie z tyłu lub z boku,
- zwracając się do pacjenta zatrzymać się w odległości nie mniejszej niż 2 metry,
- mówić wolno, jasno i śmiało, ale wystarczająco głośno.

III. Zasady postępowania pielęgniarzki, pielęgniarza, ratownika medycznego z pacjentem hospitalizowanym w oddziale

1. Znać z imienia i nazwiska pacjentów przebywających w oddziale.
2. Bieżąco oceniać stan psychiczny pacjentów.
3. Niezwłocznie informować lekarza o objawach sygnalizujących nasilenie choroby.
4. Wielokrotnie (4–5 razy) dokonywać w czasie dyżuru przeglądu szafek, rzeczy osobistych, w tym przyborów higienicznych pacjenta.
5. **Co pół godziny dokonywać obchodu sal chorych.**
6. W każdym momencie wiedzieć, gdzie znajduje się obserwowany pacjent.

IV. Odwiedziny

1. Pacjenta mogą odwiedzać osoby bliskie po uprzednim uzyskaniu zgody ordynatora oddziału i lekarza prowadzącego, którzy określają godziny i czas trwania odwiedzin.
2. Personel oddziału (pielęgniarka, pielęgniarz, ratownik medyczny) musi **skontrolować żywność dostarczaną pacjentowi.**

NOTA O AUTORACH

Dr n. med. Donata Kurpas – wykładowca PMWSZ w Opolu, adiunkt w Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu, absolwentka studiów podyplomowych w zakresie Podstaw Psychoterapii i Szczegółowych Problemów Psychoterapii MCKP UJ w Krakowie, psychoterapeuta. Podczas wykładów wykorzystuje doświadczenia z własnej praktyki psychoterapeutycznej, stara się, aby wiedza z psychiatrii została wykorzystana przez studentów pielęgniarstwa również w oddziałach internistycznych, ginekologicznych i zabiegowych, przywiązuje największą wagę do aspektów komunikacji z pacjentami chorymi psychicznie.

Mgr Halina Miturska – magister pielęgniarstwa, absolwentka studium przedmiotowo-metodycznego z pielęgniarstwa psychiatrycznego i neurologicznego oraz innych form doskonalenia z zakresu psychiatrii i pielęgniarstwa psychiatrycznego. Wykładowca PMWSZ w Opolu. Posiada wieloletnie doświadczenie dydaktyczne i kliniczne w kształceniu pielęgniarek, ratowników medycznych i pracowników socjalnych. Zajęcia dydaktyczne zarówno teoretyczne, jak i praktyczne prowadzi z uwzględnieniem rozwoju psychiatrii i na podstawie bogatego doświadczenia w opiece nad chorymi psychicznie


Mgr Marta Kaczmarek – psycholog, psychoterapeuta, absolwentka Uniwersytetu Wrocławskiego oraz studiów podyplomowych w zakresie Podstaw Psychoterapii i Szczegółowych Problemów Psychoterapii MCKP UJ w Krakowie oraz wielu innych szkoleń specjalistycznych w zakresie psychoterapii. Pracuje w Szpitalu Reumatologiczno-Rehabilitacyjnym w Żarowie, gdzie koncentruje się na pracy z pacjentami z przewlekłym bólem i powiązaniem osłabienia kondycji psychicznej z dolegliwościami płynącymi z ciała, a także prowadzi prywatną praktykę terapeutyczną.

Dr hab. Beata Karakiewicz – kierownik Samodzielnej Pracowni Pielęgniarstwa Rodzinnego PAM w Szczecinie

Dr n. med. Iwona Rotter – pracownik Samodzielnej Pracowni Pielęgniarstwa Rodzinnego PAM w Szczecinie

Dr n. med. Jarosław Drobnik – wykładowca PMWSZ w Opolu, adiunkt w Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Dr n. med. Robert Susło – pracownik Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej we Wrocławiu



Jako Redaktorzy *Podstaw psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa* stanęliśmy przed ogromnym wyzwaniem – lekarz, pielęgniarka i psycholog postanowiły nadać kształt wiedzy, której komplementarność ma służyć w przyszłości nie tylko pacjentom na oddziałach psychiatrycznych. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych dotyczy bowiem każdej warstwy społecznej, każdego zawodu i obszaru świata... Mamy nadzieję, że podręcznik, który trzymasz w swych rękach *Drogi Czytelniku–Studente* pewnie wprowadzi Cię w świat dotychczas budzący lęk i dezorientację oraz sprawi, że stanie się on bardziej dostępny do przemierzania nie tylko wraz z pacjentem...

Podstawy psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa to książka akcentująca najważniejszą, z naszego punktu widzenia, problematykę dotyczącą psychiatrii w praktyce zawodowej pielęgniarki/pielęgniacza. Zagadnienia omówione w tym podręczniku stanowią nie tylko szeroki zbiór podstaw teoretycznych, lecz wzbogacone o konkretne porady praktyczne mogą służyć zarówno w pracy własnej z pacjentem, jak też w życiu codziennym.