

PSYCHIATRIA

Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa

pod redakcją

Ireny KRUPKI-MATUSZCZYK

Macieja MATUSZCZYKA

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

Psychiatria

Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa

Autorzy rozdziałów

dr n. med. Aleksandra CIEŚLIK

dr n. med. Teresa GRZYWA

dr n. med. Małgorzata JANAS-KOZIK

lek. med. Krystyna JENA

mgr Małgorzata KANIA

dr n. med. Adam KLASIK

prof. dr hab. Irena KRUPKA-MATUSZCZYK

dr n. med. Krzysztof KRYSTA

dr n. med. Marek KRZYSTANEK

dr n. med. Krzysztof KUCIA

dr n. med. Maciej MATUSZCZYK

mgr Sylwia NIEZGODA

mgr Zdzisława PILARZ

mgr Zygmunt PODBIELSKI

mgr Marzena TWARDOWSKA

mgr Wojciech TWARDOWSKI

mgr Aleksandra WILK

Wybór i opracowanie załączników

mgr Aleksandra WILK

PSYCHIATRIA

Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa

pod redakcją

Ireny KRUPKI-MATUSZCZYK

Macieja MATUSZCZYKA

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

Recenzent

Prof. dr hab. Andrzej Czernikiewicz

Redakcja

Alicja Prochas

**© Copyright by Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice 2007
Wszelkie prawa zastrzeżone**

Dzieło może być wykorzystywane tylko na użytek własny, do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych. Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Wydanie I

ISBN 978-83-7509-047-5

Skład komputerowy i łamanie

Wydawnictwo ŚUM

40-752 Katowice, ul. Medyków 12

SPIS TREŚCI

Przedmowa	11
1. Psychopatologia ogólna (<i>Krystyna Jena</i>)	13
1.1. Zaburzenia uwagi	13
1.2. Zaburzenia spostrzegania	14
1.3. Zaburzenia myślenia	15
1.4. Zaburzenia pamięci	19
1.5. Zaburzenia czynności emocjonalnych i motywacyjnych	19
1.6. Zaburzenia aktywności ruchowej	22
2. Zespoły psychopatologiczne (<i>Beata Trędzbor</i>)	29
2.1. Zespół depresyjny	29
2.2. Zespół maniakalny	30
2.3. Inne zespoły psychopatologiczne	30
2.4. Zespoły zaburzeń świadomości	32
3. Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe (<i>Marek Krzystanek</i>)	35
3.1. Zaburzenia schizofreniczne (F 20)	35
3.1.1. Patogeneza schizofrenii	35
3.1.2. Epidemiologia	36
3.1.3. Rozpoznawanie	36
3.1.4. Rokowanie i leczenie	39
3.1.5. Różnicowanie	40
3.2. Zaburzenia schizotypowe (F 21)	41
3.2.1. Patogeneza	42
3.2.2. Epidemiologia	42
3.2.3. Rozpoznawanie	42
3.2.4. Rokowanie i leczenie	42
3.2.5. Różnicowanie	43
3.3. Zaburzenia urojeniowe (F 22)	43
3.3.1. Patogeneza	43
3.3.2. Epidemiologia	43
3.3.3. Rozpoznawanie	43
3.3.4. Rokowanie i leczenie	43
3.3.5. Różnicowanie	44
3.4. Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne (F 23)	44
3.4.1. Ostre wielopostaciowe zaburzenia psychotyczne	44
3.4.2. Ostre zaburzenia psychotyczne podobne do schizofrenii	44
3.4.3. Ostre zaburzenia psychotyczne z przewagą urojeń	45
3.5. Indukowane zaburzenia urojeniowe (F 24)	45
3.6. Zaburzenia schizoafektywne (F 25)	45
4. Zaburzenia nastroju (<i>Krzysztof Kucia</i>)	47
4.1. Zaburzenia nastroju	47
4.2. Depresja	47
4.2.1. Przyczyny i klasyfikacja	47
4.2.2. Obraz kliniczny	48
4.3. Depresje maskowane	49
4.3.1. Przebieg	49

4.3.2. Trudności w rozpoznawaniu	50
4.3.3. Leczenie	51
4.4. Mania	51
4.5. Dystymia	52
4.5.1. Rozpoznanie różnicowe	53
5. Zaburzenia lękowe (Maciej Matuszczyk)	55
5.1. Przyczyny powstawania zaburzeń lękowych	55
5.1.1. Psychologiczne przyczyny lęku	55
5.1.2. Biologiczne podłoże lęku	56
5.2. Epidemiologia	56
5.3. Klasyfikacja	56
5.3.1. Lęk napadowy (paniczny)	56
5.3.2. Zaburzenia lękowe uogólnione	57
5.3.3. Fobie	57
5.3.4. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	58
5.3.5. Różne formy reakcji na stres	58
5.3.6. Zaburzenia adaptacyjne	58
5.3.7. Reakcja żałoby	59
5.3.8. Ostra reakcja na stres	59
5.3.9. Zaburzenia stresowe pourazowe	59
5.3.10. Zaburzenia dysocjacyjne	59
5.3.11. Lęk w schorzeniach somatycznych	60
5.3.12. Zaburzenia lękowe spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych	60
5.3.13. Lęk związany z leczeniem	60
5.3.14. Lęk w chorobach psychicznych	61
5.4. Leczenie	61
5.4.1. Psychoterapia	61
5.4.2. Farmakoterapia	61
6. Postępowanie z pacjentami uzależnionymi (Krzysztof Krysta, Adam Klasik)	63
6.1. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z używaniem alkoholu	63
6.1.1. Obraz kliniczny alkoholowego zespołu abstynencyjnego	64
6.1.2. Majaczenie alkoholowe (majaczenie drżenne, biała gorączka)	64
6.1.3. Ostra halucynozja alkoholowa (ostra omamica)	64
6.1.4. Przewlekła halucynozja alkoholowa (halucynozja Wernickego)	65
6.1.5. Encefalopatia Wernickego	65
6.1.6. Psychoza Korsakowa (alkoholowy zespół amnestyczny, choroba Korsakowa, zespół Wernickego-Korsakowa)	65
6.1.7. Paranoja alkoholowa (alkoholowy obłęd zazdrości, obłęd opilczy, „zespół Otella”)	66
6.2. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z używaniem innych substancji psychoaktywnych	66
6.2.1. Opiaty	66
6.2.2. Kannabinoidy	67
6.2.3. Amfetamina	67
6.2.4. Substancje halucynogenne	67
6.2.5. Substancje wziewne	68
6.3. Diagnoza zespołów związanych z uzależnieniem od substancji według ICD-10	68
6.3.1. Kryteria rozpoznania używania szkodliwego (F 1x1)	68
6.3.2. Kryteria rozpoznania zespołu uzależnienia (F 1x2)	68
6.3.3. Kryteria rozpoznania zespołu abstynencyjnego (F 1x3)	69
6.3.4. Kryteria rozpoznania zespołu abstynencyjnego z majaczeniem (F 1x4)	69
6.3.5. Zaburzenia psychotyczne (F 1x5):	69
6.3.6. Rezydualne i późno ujawniające się zaburzenia psychotyczne (F 1x5)	69

6.3.7. Zespół amnestyczny (F 1x6)	69
6.4. Problemy związane z diagnostyką uzależnień na różnych etapach leczenia	70
6.5. Farmakoterapia uzależnień	71
6.5.1. Farmakoterapia w uzależnieniu od alkoholu	71
6.5.2. Farmakoterapia w uzależnieniu od opiatów	72
6.5.3. Farmakoterapia w uzależnieniu od leków uspokajających	72
6.6. Długoterminowe leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych	72
6.7. Terapia substytucyjna	73
6.8. Terapia ukierunkowana na abstynencję	74
7. Organiczne zaburzenia psychiczne (Anna Warchala)	75
7.1. Choroby układu nerwowego przebiegające z otępieniem	75
7.2. Podział otępień	75
7.3. Epidemiologia otępień	76
7.4. Fizjologiczne skutki starzenia się OUN	76
7.5. Zaburzenia pamięci	77
7.6. Choroba Alzheimera	77
7.7. Otępienie z ciałami Lewy'ego	78
7.8. Otępienie czołowo-skroniowe	78
7.9. Leczenie	78
7.10. Choroba Huntingtona (chH)	79
7.11. Choroba Parkinsona (chP)	79
7.12. Choroba Wilsona	80
7.13. Zaburzenia psychiczne w neuroinfekcjach	80
7.14. Przewlekłe choroby neuroinfekcyjne	81
7.14.1. Zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS)	81
7.14.2. Podostre stwardniające zapalenie mózgu	81
7.14.3. Pasażowalne encefalopatie gąbczaste (PEG), czyli choroby wywołane przez priony	81
7.15. Wtórne zespoły otępienne	82
7.16. Zespoły otępienne i inne zaburzenia psychiczne w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych	82
7.17. Guzy wewnątrzczaszkowe	83
7.18. Organiczny zespół amnestyczny (zespół lub psychoza Korsakowa, OZA)	83
7.19. Zespoły psychotyczne z zaburzeniami świadomości niewywołane alkoholem ani substancjami psychoaktywnymi	83
7.20. Zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu	84
7.20.1. Zespół czołowy	84
7.20.2. Zespół skroniowy	84
8. Farmakoterapia i wybrane metody leczenia biologicznego w psychiatrii (Irena Krupka-Matuszczyk)	87
8.1. Leki przeciwpsychotyczne, neuroleptyki	87
8.2. Leki przeciwdepresyjne, tymoleptyki	88
8.3. Leki przeciwłękowe i nasenne	89
8.3.1. Zasady stosowania	90
8.3.2. Wskazania	90
8.3.3. Przeciwwskazania	90
8.3.4. Działania niepożądane	90
8.3.5. Zatrucia BDZ	91
8.4. Leki nasenne niebenzodiazepinowe	91
8.5. Stabilizatory nastroju = leki normotymiczne	91
8.6. Leki prokognitywne i nootropowe	92

8.7. Środki psychostymulujące, pobudzające	93
8.8. Pozafarmakologiczne metody terapii biologicznej	93
8.8.1. Elektrowstrząsy (EW = sejsmoterapia)	93
8.8.2. Bezsenna wymuszona	93
8.8.3. Światłoterapia	94
8.8.4. Inne	94
9. Wybrane zagadnienia z psychiatrii wieku rozwojowego (Małgorzata Janas-Kozik)	95
9.1. Całościowe zaburzenia rozwojowe F 84	96
9.1.1. Autyzm dziecięcy (autyzm Kanner, zespół Kanner) – F 84.0.	97
9.1.2. Zespół Aspergera F 84.5.	99
9.2. Zaburzenie hiperkinetyczne (zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi – ADHD) – F 90	101
9.3. Jadłowstręt psychiczny, anoreksja psychiczna F 50.0.	104
9.4. Żarłoczność psychiczna, bulimia psychiczna F 50.2.	108
10. Muzykoterapia w procesie leczenia (Sylvia Niezgoda)	111
10.1. Czym jest muzykoterapia?	111
10.2. Muzykoterapia w procesie leczenia	111
10.2.1. Muzykoterapia w oddziale psychiatrycznym	112
10.2.2. Zajęcia relaksacyjne w procesie leczenia zaburzeń lękowych	113
10.2.3. Zajęcia muzykoterapeutyczne w procesie leczenia zaburzeń lękowych	113
10.2.4. Zajęcia relaksacyjne w procesie leczenia zaburzeń z kręgu psychoz	113
10.2.5. Muzykoterapia w procesie leczenia zaburzeń z kręgu psychoz	114
10.2.6. Rola pielęgniarki w muzykoterapii i relaksacji	114
11. Arteterapia w procesie leczenia (Małgorzata Kania)	117
12. Psychoterapeutyczna rola pielęgniarki w domu pomocy społecznej (Zygmunt Podbielski)	121
12.1. Kontakt	121
12.2. Udzielanie informacji	123
12.3. Rozmowa terapeutyczna	124
12.4. Podsumowanie	125
13. Specyfika opieki pielęgniarstwa w oddziale psychiatrycznym (Teresa Grzywna, Aleksandra Cieślik)	127
13.1. Specyfika relacji pielęgniarka – pacjent	127
13.2. Źródła informacji o chorym psychicznie i ich dokumentowanie	129
13.3. Proces komunikacji	131
13.4. Udział pielęgniarki w procesie farmakoterapii	134
13.5. Udział pielęgniarki w terapii wstrząsami elektrycznymi	136
13.6. Udział pielęgniarki w psychoterapii	136
13.7. Udział pielęgniarki w terapii zajęciowej	138
13.8. Rehabilitacja chorych psychicznie – udział pielęgniarki	140
13.9. Proces pielęgnowania w psychiatrii	144
13.10. Pielęgnowanie chorego z zespołem depresyjnym	146
13.11. Tendencje samobójcze	148
13.12. Pielęgnowanie pacjenta z zespołem maniakalnym	149
13.13. Pielęgnowanie pacjenta chorego na schizofrenię	150
13.14. Opieka pielęgniarstwa wobec pacjenta z rozpoznaniem złośliwego zespołu neuroleptycznego	153
13.14.1. Charakterystyka zespołu	153
13.14.2. Opieka pielęgniarstwa	153
13.15. Opieka pielęgniarstwa wobec pacjenta przejawiającego zachowania agresywne i gwałtowne	154
13.15.1. Agresja: reakcja na sytuację trudną, przejawianie wrogości	154

13.15.2. Zasady organizacji otoczenia terapeutycznego w celu ograniczenia agresji	156
13.16. Opieka pielęgniarstwa wobec pacjenta z zaburzeniami świadomości	157
13.17. Udział pielęgniarstwa w procesie psychoedukacji chorego psychicznie i jego rodziny	158
13.17.1. Edukacja rodziny pacjenta z chorobą afektywną.....	159
13.17.2. Edukacja rodziny chorego na schizofrenię	160
14. Specyfika relacji pielęgniarstwa z pacjentem chorym psychicznie (Zdzisława Pilarz)	163
14.1. Model relacji międzyludzkich w pielęgniarstwie	163
14.2. Fazy relacji pacjent – pielęgniarstwo	164
14.3. Rola pielęgniarstwa wobec pacjenta	166
14.4. Błędne postawy wobec pacjenta z zaburzeniami psychicznymi	168
14.5. Ocena jakości opieki pielęgniarstwa nad pacjentem psychiatrycznym	170
15. Specyfika pracy pielęgniarstwa w jednostkach penitencjarnych (Marzena Twardowska, Wojciech Twardowski)	175
15.1. Więzienna służba zdrowia i jej podopieczni	175
15.2. Psychologiczne funkcjonowanie osób pozbawionych wolności: kryzys uwięzienia	176
15.3. Podkultura: drugie życie więzienia	178
15.4. Samoagresja	179
15.5. Osoby z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi i upośledzone umysłowo	180
15.6. Osoby uzależnione od alkoholu lub narkotyków	181
15.7. Podsumowanie: specyficzne trudności, specyficzne zadania	183
16. Załączniki	185

Przedmowa

Przedstawiona praca podejmuje problematykę psychiatrii, psychologii klinicznej i pielęgniarstwa psychiatrycznego, z których to dziedzin opracowania w języku polskim są wyjątkowo rzadkie. Zaprezentowano aktualne opracowania naukowe z tych zakresów, a szczególnymi zaletami kompendium są: kompleksowość i uwzględnienie nie tylko medycyny opartej na dowodach (*evidence based medicine*), lecz także medycyny opartej na praktyce (*practice based medicine*).

Opracowanie obejmuje pełny zakres wiedzy z psychiatrii i pielęgniarstwa psychiatrycznego użyteczny w pracy pielęgniarek psychiatrycznych. Istotnym wzbogaceniem jest rozdział uwzględniający specyfikę pracy w jednostkach penitencjarnych, a także aneks obejmujący m.in. regulacje prawne.

Zaletą jest logiczna kompozycja – początkowe rozdziały prezentują dane z symptomatologii i syndromologii, dalej omówiono poszczególne grupy zaburzeń psychicznych, metody ich terapii oraz wiadomości z pielęgniarstwa psychiatrycznego. Istotnym uzupełnieniem są pytania sprawdzające na końcu poszczególnych rozdziałów.

Praca zawiera podstawowe dane z piśmiennictwa polskiego. Zaletą jest umieszczenie ich pod poszczególnymi rozdziałami.

Odbiorcami książki z pewnością będą nie tylko osoby kształcące się w zakresie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lecz także wyraźnie szerszy krąg osób pomagających i leczących pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Czernikiewicz

1. Psychopatologia ogólna

Krystyna Jena

Psychopatologia ogólna zajmuje się opisem objawów zaburzeń psychicznych i wyjaśnianie znaczenie używanych nazw. W rozdziale tym zostaną przedstawione podstawowe objawy związane z zaburzeniami czynności poznawczych, emocjonalnych oraz motywacyjnych człowieka.

Za pomocą czynności poznawczych człowiek zdobywa wiedzę o sobie i o otaczającym go świecie. Należą do nich uwaga, spostrzeganie, myślenie i pamięć.

1.1. Zaburzenia uwagi

Uwaga jest czynnością poznawczą, której przypisuje się przede wszystkim rolę mechanizmu ograniczającego nadmiar informacji na wszystkich etapach jej przetwarzania, od odbioru wrażeń zmysłowych, przez procesy myślenia, kodowania i odtwarzania śladów pamięciowych aż po wybór uruchamianej reakcji. Istnieje uwaga dowolna, kiedy czynności przebiegają pod kontrolą i uwaga mimowolna – gdy przebiegają automatycznie.

FUNKCJE UWAGI

1. Selektywność (koncentracja, skupienie) – zdolność do wyboru pewnych fragmentów pola uwagi, kosztem innych (np. pisać opracowanie na jakiś konkretny temat).
2. Trwałość (wytrwałość) – zdolność do wytrwałego wyczekiwania na pojawienie się określonego bodźca, czy informacji (np. w czasie nudnego wykładu).
3. Przerzutność uwagi (przeszukiwanie) – zdolność do aktywnego badania pola uwagi w celu znalezienia określonych informacji (np. w czasie przeglądania jakiegoś katalogu).
4. Podzielność, – czyli zdolność do szybkiego przełączania uwagi w celu jednoczesnego wykonywania kilku czynności (np. jazda rowerem, obserwowanie ruchu ulicznego i rozważanie w myśli, co i w jakiej kolejności załatwić).
5. Zakres (rozpiętość uwagi), – czyli liczba elementów pola uwagi, które daje się spostrzec (uchwycić) jednocześnie.

POJĘCIA

1. Nieuwaga (dekoncentracja) – zbiorcze określenie zaburzeń uwagi, jedna z bardziej pospolitych skarg pacjentów. Polegająca na zaburzeniach jednej lub kilku jej funkcji, występuje w niedorozwoju, psychozach, otępieniu, zaburzeniach świadomości.
2. Deficyt uwagi – chory nie może na niczym dłużej skupić uwagi, nie jest zdolny do wykonywania czynności w sposób uporządkowany, objaw szczególnie wyraźny w zespole maniakałnym.

3. Trudność przenoszenia uwagi – z jednego przedmiotu na drugi, trwanie przy jednym temacie pomimo zmieniających się okoliczności – występuje w organicznych zaburzeniach osobowości, zespołach otępiennych.

1.2. Zaburzenia spostrzegania

Spostrzeganie to proces przetwarzania informacji bezpośrednio oparty na informacjach już wcześniej zakodowanych w naszym systemie informacyjnym. Kluczową rolę odgrywają w tym procesie narządy zmysłów i wcześniejsze doświadczenia. Spostrzeganie może skupiać się na odczuwaniu wrażeń (*sensationes*) lub tworzeniu spostrzeżeń (*perceptiones*). **Wrażenie** to elementarne zjawisko psychiczne, które polega na odzwierciedleniu cechy przedmiotu działającego na receptor (np. wrażenie dotyku, bólu, ciepła, zimna, wzrokowe – ciemny punkt, barwna plama, słuchowe – potrącenie struny skrzypiec). **Spostrzeżenie** to poznawczy proces psychiczny polegający na odzwierciedleniu przedmiotu działającego na receptor lub receptory. Najczęściej działają na nas zespoły bodźców i doznajemy równocześnie różnych spostrzeżeń, np. słuchając kogoś i patrząc nań, doznajemy równocześnie spostrzeżeń słuchowych i wzrokowych. Szczególną formę reprezentacji psychicznych stanowią wyobrażenia, które – mimo, iż należą do czynności myślenia – przez swą obrazowość są bliskie spostrzeganiu. Wyobrażenia zwykle łatwo odróżnić od spostrzeżeń, ponieważ przedmiot wyobrażony nie jest odczuwany jako realny, nie ma go w zasięgu zmysłów, jest mniej wyrazisty, wymaga zwiększonej uwagi.

Złudzenia (iluzje) to błędnie rozpoznane spostrzeżenia realnie istniejących przedmiotów, którym towarzyszy mniej lub bardziej stanowczy sąd realizujący. Zależnie od rodzaju zmysłu, którego dotyczą, dzielą się na: wzrokowe, słuchowe, smakowe, węchowe, cenestetyczne i kinestetyczne. Iluzje występują pospolicie u osób zdrowych, kiedy działają w warunkach utrudniających właściwe rozpoznanie bodźca (np. pod wpływem strachu, mgły, ciemności, zmęczenia, lub działania szkodliwych substancji) – spostrzegany w nocy w lesie krzak może zostać rozpoznany jako przyczajony złoczyńca. Zwykle jednak światło lub dodatkowe informacje szybko korygują rozpoznanie i sąd realizujący. W złudzeniach powstałych pod wpływem stanów chorobowych (zaburzenia świadomości, urojenia), chorzy trwają przy mylnej interpretacji zniekształconego spostrzeżenia pomimo dowodów błędności.

Omamy (halucynacje) – to spostrzeżenia nieistniejących w rzeczywistości przedmiotów (nie ma realnego bodźca), którym towarzyszy błędny sąd realizujący, tzn. poczucie, że spostrzegany przedmiot rzeczywiście istnieje w odpowiadającej danemu zmysłowi przestrzeni:

- **Omamy wzrokowe** – polegają na zwidywaniu zjawisk aktualnie niezachodzących typu wrażeń (fotopsje: błyski, punkty, plamy, iskry) lub typu spostrzeżeń (chory widzi postacie ludzkie, zwierzęta, przedmioty powiększone – omamy makroptyczne lub bardzo małe – omamy mikroptyczne).
- **Omamy słuchowe** – polegają na doznawaniu zjawisk prostych: trzaski, stuki, szmery (*acoasmata*), dźwięków (*phonemata*) oraz zjawisk złożonych: głosy ludzkie, zwierzęce, muzyka. Wśród omamów słuchowych słownych („głosów”) najczęstsze są przekleństwa, wyzwiska, nakazy, komentarze, czasem rozmowy.
- **Omamy czuciowe** – mogą dotyczyć czucia skórno (dotykowe – np. odczucie aktywności pasożytów na skórze, klucia, naświetlania), czucia wewnętrznego (cenestetyczne – np. przykre lub przyjemne odczucia przypominające ból, elektryzowanie, szarpanie, rozciąganie, ściskanie w obrębie mięśni, narządów wewnętrznych, płciowych) lub czucia ruchu i równowagi (kinestetyczne – np. unoszenia się, spadania, chwiania podłoża, obracania).
- **Omamy węchowe** – halucynowane zapachy, częściej przykre (gaz, spalenizna, smród) niż przyjemne (róże, kadzidło, sosna), czasem niezwykle (zapach nieba, przyszłości, diabła).

- **Omamy smakowe** – odczuwanie smaku rzekomej trucizny, smaku przyjemnego, przykrego lub niezwykłego (np. smak gronkowców na szczotce do zębów).
- **Omamy rzekome** (pseudohalucynacje) – przeżycia wyodrębnione spośród innych omamów z powodu cech sugerujących, że tracą charakter doznań zmysłowych, a zbliżają się do wyobrażeń. Są to spostrzeżenia powstające bez bodźców działających z zewnątrz, rzutowane w przestrzeń nieadekwatną (wewnętrzną lub subiektywną), do tej, z której zwykle odbierane są takie doznania.

W praktyce najczęstsze są pseudohalucynacje słuchowe słowne („głosy”) umiejscowione w obrębie własnego ciała, rzadziej w przestrzeni psychicznej subiektywnej (we mnie – „głos sumienia”, w głębi jestestwa) lub w inny sposób wyobrażonej (z kosmosu, z „nadrzeczywistości”). Rzadziej występują pseudohalucynacje wzrokowe przybierające postać filmów lub obrazów umiejscawianych „w oczach”, bądź bezpośrednio „przed oczami” – obrazy widziane „oczami wyobraźni”.

Złudzenia i omamy pojawiają się w jakościowych zaburzeniach świadomości. Są charakterystyczne dla zespołu majaczeniowego oraz psychoz, zwłaszcza schizofrenicznych, zaburzeń świadomości typu onejroidalnego, a czasem pojawiają się w stanach depresyjnych.

1.3. Zaburzenia myślenia

Myślenie jest pojęciem dość wieloznacznym, które w odniesieniu do procesów przetwarzania informacji można zawęzić do dwóch czynności dokonywanych wobec informacji napływającej ze środowiska i zgromadzonej w pamięci:

- tworzenia i przetwarzania jej w złożone reprezentacje poznawcze (m. in. wyobrażenia, pojęcia, zdania),
- operowania nimi do różnych celów, a ostatecznie w celu wypracowania wniosków, które pozwolą skutecznie reagować i oddziaływać na środowisko zewnętrzne oraz wewnętrzne.

Reprezentacje poznawcze tworzą dostępną człowiekowi wiedzę o świecie. Podstawowym sposobem analizy procesów myślowych chorego jest analiza jego wypowiedzi, które pozostają z jednej strony pod kontrolą jego umiejętności językowych, a z drugiej – umiejętności porozumiewania się.

Myśli nadwartościowe – to przekonania w zasadzie prawdziwe, które mają bardzo silny wpływ na decyzje, zachowania i całe postępowanie człowieka, charakteryzują wynalazców i reformatorów. Natomiast w przypadku podporządkowania całości zachowania nadwartościowej myśli, idei, które to zachowanie staje się radykalne, fanatyczne, a więc dysfunkcyjne, nabiera cech zaburzeń osobowości.

Urojenia (*delusiones*) – to fałszywe przekonania pochodzenia chorobowego, które cechuje:

- 1) fałszywość, czyli rozmiijanie się wyrażanych przez chorego przekonań z przekonaniami otoczenia,
- 2) chorobowy kontekst, czyli współwystępowanie innych objawów psychopatologicznych,
- 3) niezwykle silne odczucie rzeczywistości,
- 4) niekorygowalność, tzn. niepodatność na rzeczowe kontrargumenty.

Jeżeli treści urojeniowe nie są w pełni skryształizowane, mówi się o nastawieniach urojeniowych, a w przypadku uruchomienia ich przez prawidłowe spostrzeżenia o spostrzeżeniach urojeniowych.

Urojenia dzieli się ze względu na ich budowę oraz treść.

Istnieje kilka typów **budowy (struktury) urojeń**

- **Proste** – pojedyncze lub rozwinięte urojenia stanowiące prostą interpretację, bądź wyjaśnienie innych objawów (np. omamów), bez tendencji do systematyzacji.
- **Paranoiczne** – stanowią zwarty, konsekwentny system uzupełniających się przekonań urojeniowych.
- **Paranoidalne** – cechują się brakiem konsekwencji, zwartości i wzajemnych powiązań, treściami niezbyt prawdopodobnymi lub dziwacznymi.
- **Oniryczne** – wyróżniające się brakiem konsekwencji, zmiennością i intensywnym przeżywaniem aktualnego „dziania się” zwykle dramatycznych, silnie angażujących emocjonalnie wydarzeń (np. koniec świata, katastrofa). Chory pomimo poczucia aktywnego udziału (wyobrażeniowego, oszczędnego ruchowo – jak we śnie) zachowuje się dość biernie. Całość przeżywania przypomina marzenia sennie.

W psychologii rozróżnia się następujące typy **urojeń w zależności od tematyki**

- **Odnoszące** (ksobne) – wiążą się ze stwierdzaniem nierealnych lub zaprzeczaniem realnym związkom chorego z otoczeniem (np. patrzą na mnie, śmieją się ze mnie, mówią o mnie w telewizji).
- **Oddziaływania** (wpływu, owładnięcia) – polegają na przeświadczeniu chorego, iż niektóre lub wszystkie jego przeżycia i zachowania ulegają wpływowi obcych sił (np. osób, instytucji), działających środkami naturalnymi (np. środki techniczne, psychologiczne), nadnaturalnymi (np. wpływ duchowy, magiczny) lub niewiadomych sposobów, czasem na odległość. Niekiedy chory czuje się całkowicie owładnięty obcym wpływem, zupełnie bezwolny.
- **Prześladowcze** – wiążą się z przekonaniem o działaniach otoczenia zmierzających do pozbawienia chorego życia, zdrowia, godności, własności.
- **Zmiany osoby** – dotyczą urojeniowego poczucia zagrażającej, zachodzącej lub już zaistniałej, częściowej, bądź całkowitej zmiany cielesnej, czy psychicznej, zmiany tożsamości albo przemiany w inną istotę.
- **Wyższościowe** (wielkościowe) – dotyczy podwyższonej oceny własnych cech (np. urody, zdrowia, siły), możliwości (materialnych, duchowych), pozycji (społecznej), tożsamość.
- **Małej wartości** (depresyjne) – dotyczą zaniżenia oceny własnych cech, możliwości, pozycji lub tożsamości. Szczególnie często pojawiają się tu urojenia odzwierciedlające zagrożenia egzystencjalne, związane z utratą: zdrowia (hipochondryczne), spokoju sumienia (winy), pomyślności materialnej (ruiny), nieistnienia (nihilistyczne).

Urojenia występują w zaburzeniach somatogennych, schizofrenicznych, afektywnych i reaktywnych.

Tabela I. Zaburzenia myślenia

Treść	Forma	
	tok	struktura i funkcja
Myśli nadwartościowe Urojenia Automatyzm psychiczny Myśli natrętne	spowolnienie przyspieszenie otamowania natłok rozwlekłość werbigeracje stereotypie perseweraacje iteracje mutyzm słowotok	zubożenie myślenia myślenie paralogiczne myślenie nieskładne myślenie niekomunikatywne rozkojarzenie splątanie

Automatyzmy psychiczne – przeżycia zatraćania lub utraty wpływu (autorstwa, sprawstwa) chorego na spostrzeganie, myślenie, mowę lub ruchy własnego ciała, które odczuwane są jako automatyczne, niepodlegające wysiłkowi woli. Rozróżnia się tzw. mały automatyzm, w którym poczucie obcości własnych przeżyć pozostaje niepełne („jak gdyby”) oraz rozwinięty automatyzm, w którym poczucie obcości przeżyć jest już w zasadzie pełne. Przejawia się to omamami rzekomymi współwystępującymi z urojeniami oddziaływania, owładnięcia oraz obecnością omamów prawdziwych. Automatyzmy psychiczne mogą się pojawić w schizofrenii i mogą to być automatyzmy ruchowe (ruchy odczuwane jako nie swoje lub wywołane, echo ruchów), ideacyjne (myśli obce, nasylane, zabierane, ugłaśniane, odsłaniane, stanowiące echo), ideacyjno-słowne (głosy w ciele, narzucona mowa, enuncjacje i komentarze słowne).

Myśli natrętne (obsesje) – to myśli uporczywie powracające, narzucające się choremu z poczuciem przymusu, mimo prób i wysiłku wkładanego w ich oddalenie, lecz zawsze traktowane jako myśli własne (uporczywe doznawanie wątpliwości, długotrwałe poszukiwanie zapomnianego nazwiska czy nazwy miejscowości: liczenie w myśli do określonej liczby przed podjęciem ważnej czynności „wiem, że to nie ma sensu, ale policzę i będę mieć spokój”).

Spowolnienie/zahamowanie – różnego stopnia ograniczenie szybkości myślenia i wypowiadania się. Przejawiają się wydłużeniem czasu niezbędnego do sformułowania i przekazania wypowiedzi, ale mogą prowadzić do poczucia, że myślenie całkowicie ustaje. Spowolnienie częściej dostrzegane jest w zaburzeniach organicznych i schizofrenicznych, zahamowanie – w depresji.

Przyspieszenie – różnego stopnia wzmożenie szybkości przesuwania się, zmienności i inicjowania coraz to nowych wątków myślenia, aż do gonitwy myśli. Wypowiedzi chorego cechuje wzmożona rozmowność, gadatliwość, towarzysząca zwykle wzmożeniu nastroju i aktywności.

Otamowania – chwilowa, zwykle nieoczekiwana pauza w biegu myśli i wypowiedzi. Może być przedstawiana jako odczucie nagłej pustki, braku myśli w głowie. Obserwowane są w schizofrenii.

Natłok (mantyzm) – subiektywne poczucie uciążliwego nadmiaru spontanicznie pojawiających się, kolejnych wątków i tematów myślenia. Może się wiązać z poczuciem utraty kontroli nad biegiem myśli, a nawet z przekonaniem o zakłócającym oddziaływaniu sił zewnętrznych, często występuje w schizofrenii.

Rozwlekłość, drobiazgowość – skłonność do inicjowania nowych, zwykle zbędnych wątków wypowiedzi, pomimo niezakończenia już rozpoczętych, co powoduje oddalanie się od wątku głównego, spada sprawność porozumiewania się. W przypadku nadmiernego uszczegółowia-

nia mówimy o drobiazgowości. Objaw często obserwowany w organicznych zaburzeniach psychicznych.

Stereotypie, persewacje, iteracje – różne formy powtarzania, zawężania myślenia i wypowiedzi do tych samych tematów, zdań, lub wyrażań.

Werbigeracje – kolejne, „seryjne”, jakby automatyczne powtarzanie słów, fraz, czasem mało sensownych lub celowych.

Mutyzm – brak reakcji słownych, mimo zachęt i poleceń kierowanych do chorego. Mutyzm wybiórczy dotyczy porozumiewania się za pomocą słów tylko z określonymi osobami (np. rodzicami) lub w określonych sytuacjach (np. w szkole, wśród obcych). Mutyzm obserwuje się w zaburzeniach psychicznych psychogennych, organicznych i schizofrenicznych (katatonicznych).

Zubożenie myślenia (alogia) – ograniczenie ilościowej lub treściowej zawartości myślenia i wypowiedzi chorego, co utrudnia możliwość porozumiewania się z nim.

Myślenie paralogiczne – oznacza komunikowane za pomocą wypowiedzi wyraźne odstępstwa od reguł logiki, które sprawiają, że rozmówcy trudno zrozumieć znaczenie pojęć, zasady łączenia ich, reguły wnioskowania. Może też wynikać z podporządkowania myślenia zasadom innym niż logiczne (wczesne fazy rozwoju człowieka, marzenia senne, niski poziom cywilizacyjny, ruchy religijne).

Myślenie niespójne – oznacza zakłócenie reguł wiązania składników myślenia w spójną całość z powodu utraty gramatycznej poprawności myślenia i/lub zatracenia zawartości płynności uzewnętrznianych myśli (np. zbaczanie, utrata celu, mówienie obok).

Myślenie niekomunikatywne – istotą jest brak zrozumienia wypowiedzi przez rozmówcę z powodu paralogii i nieskładności myślenia lub z powodu ograniczenia intencji porozumiewania się, czego przykładem jest myślenie dereistyczne, autystyczne, odnoszące się do siebie (występujące w schizofrenii):

- **myślenie dereistyczne** to myślenie oderwane od rzeczywistości, zatopione w tematach abstrakcyjnych, lekceważące przyjęte zasady, reguły, bez respektowania potrzeb i realnej sytuacji,
- **myślenie autystyczne** wiąże się z przeniesieniem zainteresowania chorego głównie na własne życie wewnętrzne, często zniekształcone przez objawy psychotyczne, co sprawia, że nie jest on zainteresowany nawiązaniem rozmowy i wymianą informacji,
- **myślenie odnoszące się do siebie** to potrzeba odnoszenia treści wszelkiej komunikacji do siebie, niezależnie od jej realnych uwarunkowań.

Rozkojarzenie – złożone zaburzenie struktury i funkcji myślenia, w którym elementy niekomunikatywności, paralogiczności i nieskładności powodują, iż wypowiedzi chorego stają się mało zrozumiałe lub niezrozumiałe i są typowe dla schizofrenii.

Splątanie (inkoherencja) – złożone zaburzenia struktury i czynności myślenia, prowadzące do wypowiedzi niezrozumiałych, niekomunikatywnych, wybitnie nieskładnych z powodu nieskładności gramatycznej (agramatyzm) i nieskładności toku myślenia, który jest porozrywany, (niespójny), rozpraszany i podąża za przypadkowym kojarzeniem na zasadzie podobieństwa fonetycznego rymu i rytmu. Często są persewacje, werbigeracje, iteracje. Występuje głównie w zespole jakościowych zaburzeń świadomości – splątaniu uwarunkowanym somatycznie.

1.4. Zaburzenia pamięci

Pamięć polega na utrwalaniu (zapamiętywaniu), przechowywaniu, rozpoznawaniu i odtwarzaniu (przypominaniu) treści doznawanych uprzednio spostrzeżeń, myśli, emocji oraz dokonanych czynności ruchowych. Pamięć umożliwia zdobycie doświadczenia i wykorzystanie go w działaniu. Wyróżnia się pamięć świeżą (dynamiczną, przemijającą) oraz trwałą (statyczną), a jej zaburzenia to:

- **nadczynność pamięci** (*hipermnesia*) – zdolność szybkiego zapamiętywania oraz odtwarzania zapamiętanych treści, zaznacza się w stanach hipomaniakalnych, czasem dotyczy osób niedorozwiniętych umysłowo, wykazujących szczególne uzdolnienia matematyczne,
- **niedoczynność pamięci** (*hipomnesia*) – upośledzenie zapamiętywania w stanach wzruszenia, w nerwicach oraz upośledzenie zapamiętywania, procesu przechowywania i przypominania uwarunkowane zmianami organicznymi – jak w zespole otępiennym,
- **niepamięć** (*amnesia*), tj. luka pamięciowa obejmująca okres krótki (jako następstwo zaburzeń świadomości) lub różnie długi w głębokim zespole otępiennym,
- **zafalszowanie pamięci** (*paramnesia*) – to konfabulacje, złudzenia i omamy pamięciowe oraz zjawiska typu *deja vu*,
- **konfabulacje**, treści przypadkowe, fałszywe bądź nieprawdopodobne wypełniające często luki pamięciowe,
- **złudzenia pamięciowe** polegają na zniekształceniu treści zapamiętywanych zjawisk, spotykane są w psychozach m.in. w schizofrenii, parafrenii oraz w nerwicach,
- **omamy pamięciowe** polegają na przeświadczeniu chorego o realności przeżyć, których nie doznał, lub których doświadczył jedynie w wyobraźni, występują w psychozach schizofrenicznych,
- **zjawiska typu *deja vu*** (złudzenia pamięciowe utożsamiające) polegają na poczuciu znajomości sytuacji nowej, a więc nieprzeżytej nigdy poprzednio. Objawy te noszą nazwy „już przeżytego” (*deja vecu*), „już widzianego” (*deja vu*), pojawiają się napadowo w padaczce skroniowej.

1.5. Zaburzenia czynności emocjonalnych i motywacyjnych

Przedmiotem zainteresowania są tu czynności psychiczne nadające dynamikę i kierunek przeżyciom i zachowaniu chorego, a także jego interakcjom z otoczeniem.

ZABURZENIA UCZUCIOWOŚCI

Emocja (uczucie) to zwykle subiektywnie odczuwany stan psychiczny, przynaglający do rozpoczęcia pewnych działań, któremu towarzyszą różne zmiany cielesne, charakterystyczna ekspresja mimiczna i pantomimiczna oraz zachowanie. Terminu „**nastrój**” używa się zwykle, aby podkreślić dłuższy czas utrzymywania się emocji, które ponadto wyraźnie zabarwiają inne aspekty zachowania i przeżywania.

Tabela II. Zaburzenia nastroju

Typ	Dynamika	Wysycenie
Obniżenie nastroju	zubożenie	syntymia
Podwyższenie nastroju	spłycenie, zubożenie	hipertymia
Lęk	zaleganie	hipotymia, atymia
Złość (dysforia)	lepkość	paratymia
	chwiejność	katatymia
	nietrzymanie	

Obniżenie nastroju – właściwością charakterystyczną są dłużej utrzymujący się ujemny ton emocjonalny i ujemne zabarwienie uczuciowe wszystkich przeżyć opisywane przez chorych na przykład jako: przygnębienie, smutek, złe samopoczucie, rozpacz, brak radości, bezsilność, niemoc, ból istnienia, pragnienie śmierci, bezradność, żal, zniechęcenie. Osoby znające chorego oceniają, że jego przeżycia i zachowania znajdują się poniżej poziomu uważanego dla niego za prawidłowy, tzn. zapewniający względnie dobre samopoczucie i sprawne funkcjonowanie. Rozróżnia się trzy typy obniżonego nastroju:

1. **Nastrój depresyjny** – obniżenie nastroju wyróżnia się tu wyraźnym tonem rozpacz, smutku, przygnębienia, niezdolności do odczuwania radości i przyjemności, niemożności i bezsilności. Towarzyszące temu przeżywaniu przekonania skłaniają chorego do podkreślenia:
 - a. niskiej samooceny – własnej wartości, dokonań i możliwości utraty źródeł oparcia (zdrowia, majątku),
 - b. niskiej oceny własnej przeszłości – z poczuciem braku osiągnięć, wyrzutami sumienia lub poczuciem winy, potępianiem lub oskarżaniem się za niepowodzenia, zaniedbania, wykroczenia moralne lub przeciw prawu,
 - c. niskiej oceny przyszłości – z pesymizmem, niewiarą w możliwość poprawy, poczuciem utraty zdrowia, poczuciem beznadziejności i bezradności, czasem skłaniającymi do rezygnacji lub samobójstwa.

Niezbyt nasilone obniżenie nastroju to nastrój subdepresyjny.

2. **Nastrój depresyjno-dysforyczny** (dysforyczny) – w obniżeniu nastroju zaakcentowany jest ton żalu, rozżalenia, zniechęcenia, nieszczęśliwości, rozdrażnienia, a nawet złości. W wypowiedziach częste są przekonania odzwierciedlające:
 - a. ujemną samoocenę swej pozycji – z poczuciem poniżenia przez innych, litości lub złości wobec siebie, przy względnie zachowanej samoocenie,
 - b. ujemną ocenę poprzedzających wydarzeń – raczej z poczuciem nieszczęścia, rozżalenia i pokrzywdzenia przez los lub osoby niż z poczuciem winy,
 - c. ujemną ocenę sytuacji i możliwości jej rozwiązywania – z poczuciem spiętrzenia trudności, braku wyjścia, oczekiwaniem lub wymuszaniem pomocy w jej rozwiązaniu.
3. **Nastrój dystymiczny** – aktualnie utożsamiany z nastrojem subdepresyjnym.
4. **Anhedonia** – utrata zainteresowań oraz odczuwania przyjemności.

Podwyższenie nastroju – cechuje się wybitnie dodatnim tonem i zabarwieniem emocjonalnym wszystkich przeżyć, które chory opisuje jako: radość, wesołość, szczęście, entuzjazm, poczucie mocy energii. Przeżycia i zachowania chorego są wyraźnie powyżej poziomu uważanego dla niego za prawidłowy. Rozróżniamy kilka typów podwyższonego nastroju:

1. **Nastój maniakalny** – cechuje się względnie równomiernym wzmożeniem podwyższonego nastroju z odczuciami uniesienia, radości o dość ekspansywnym, dłużej utrzymującym się charakterze. Wypowiedzi chorego wskazują na:
 - a. zawyżenie samooceny – z przypisywaniem sobie wysokiej wartości, pozycji społecznej, możliwości materialnych lub psychicznych, a czasem niezwyklej tożsamości,
 - b. zawyżenie samooceny własnej przeszłości, z podkreśleniem zasług i osiągnięć,
 - c. zawyżenie oceny przyszłości z optymizmem lub entuzjazmem wobec nadchodzących czasów i wydarzeń, czasem wyższościowe oceny nabierają cech urojeniowych. Niezbyt nasilone wzmożenie nastroju to nastrój hipomaniakalny.
2. **Nastój euforyczny** – to dość płytkie wzmożenie nastroju z dominowaniem wesołości, samozadowolenia, skłonnością do żartowania, bagatelizowania trudności i przeciwieństw. Wypowiedzi wskazują raczej na zadowolenie z siebie niż wyższościową samoocenę. Euforia towarzyszy chorobom organicznym mózgu.
3. **Nastój moriatyczny** (moria, wilość) – odmiana euforii ze szczególnie nasiloną, lecz pustą wesołkowatością i tendencją do błaznowania i niewyrafinowanych żartów, charakterystyczny dla uszkodzenia części oczodołowej płatów czołowych.
4. **Nastój ekstatyczny** – wzmożenie nastroju z charakterystycznym odcieniem ekstazy, odczucia podniosłości sytuacji i wydarzeń oraz własnego w nich udziału. Stany ekstatyczne stanowią element obrazu psychoz padaczkowych i napadów padaczkowych o złożonej symptomatologii (np. stanu marzeniowego).

Lęk – to nastrój, w którym dominuje odczucie silnego zagrożenia lub zatrważającej zmiany wywodzącej się z nieznanego, nierealnego źródła. Jeżeli źródło zagrożenia (zmiany) jest znane, używamy terminu „strach”. Nastrojowi lęku towarzyszą przejawy wzbudzenia psychicznego (trudność skupienia, rozluźnienia, zaśnięcia, wzmożona czujność, drażliwość), ruchowego (wzmożenie napięcia mięśni, drżenie, dygotanie, niepokój, męczliwość, „miękkie nogi”) oraz autonomicznego (tachykardia, hipertonia, zasłabnięcie, zawroty głowy, trudności w przełykaniu, suchość śluzówek, nudności, parcie na mocz i stolec, pocenie się, mrowienie, uderzenia gorąca). Lęk może się przejawiać jako:

- uogólniony (przewlekły, wolno płynący) – długotrwale utrzymujące się napięcie lękowe o różnej, lecz mało zmieniającej się intensywności,
- napadowy (napady paniki) – krótkotrwałe, powtarzające się epizody o bardzo dużym nasileniu przeżywanego lęku,
- w postaci fobii (fobie) – tj. nawykowego unikania sytuacji lękorodnych, kojarzonych z obawą wystąpienia objawów nasilonego lęku (lęk wyprzedzający, antycypacyjny).

Lęk występuje w wielu epizodycznych i okresowych zaburzeniach psychicznych.

Złość (dysforia) – to nastrój, w którym dominuje negatywnie przeżywane wzburzenie związane z poczuciem ograniczenia lub zablokowania (frustracji) możliwości realizacji własnych celów. Złości często towarzyszy:

- przekonanie o pokrzywdzeniu lub żalu do siebie z odcieniem upokorzenia,
- wzburzenie ruchowe (drżenie, napięcie, niepokój lub pobudzenie, wrogie odgłosy i gesty),
- wzbudzenie wegetatywne (bładość, suchość śluzówek, tachykardia, wzrost ciśnienia, przyspieszenie oddechu).

Zubożenie uczuciowe (apatia) – ilościowe ograniczenie lub brak przeżywania uczuć u chorych z zaburzeniami organicznymi i schizofrenicznymi.

Spłylenie uczuciowe (sztywność, bladość) – zatrącenie intensywności, zabarwienia i modułacji reakcji emocjonalnych na zachodzące wydarzenia, wypowiedzi, na osoby i okoliczności. Typowe dla zaburzeń schizofrenicznych.

Zubożenie uczuciowe (uproszczenie, prymitywizacja) – ograniczenie lub nawet zanik uczuć złożonych (np. przywiązanie, troska, miłość, wierność, poświęcenie) z dominacją uczuć elementarnych, związanych z zaspokajaniem potrzeb biologicznych (np. głodu, przyjemności, pragnienia, bezpieczeństwa). Typowe dla zaburzeń organicznych, a w niektórych przypadkach dla schizofrenii.

Zaleganie uczuć – tendencja do długotrwałego utrzymywania się stanów uczuciowych, w mało zmienionej lub niezmienionej postaci.

Lepkość uczuciowa – niemożność oderwania się od stanów uczuciowych, przejścia nad nimi do porządku, nadmierne wikłanie się (lepienie) w reakcje, lub związki uczuciowe, utrudniające zachowanie dystansu emocjonalnego wobec ludzi i okoliczności. Zaleganie i lepkość emocjonalna są typowe dla zmian organicznych mózgu.

Chwiejność uczuciowa – spontaniczna lub sprowokowana łatwość przechodzenia pomiędzy przeciwstawnymi stanami uczuciowymi od smutku, przygnębienia czy płaczliwości z jednej, do radości, wesołości i dowcipkowania z drugiej strony lub w odwrotnym kierunku. Jest fizjologicznym składnikiem uczuciowości dziecięcej i osób w wieku podeszłym, sprzyjają jej zmiany organiczne mózgu.

Nietrzymanie uczuć – tendencja do wyzwalania gwałtownych i intensywnych reakcji uczuciowych, które wyłamują się spod kontroli pod wpływem błahych bodźców wewnętrznych i zewnętrznych, czemu sprzyjają uszkodzenia i choroby mózgu.

Hipertymia – tendencja do przesadnej ekspresji uczuciowej.

Hipotymia – ograniczenie lub brak ekspansji uczuciowej.

Paratymia – rozmiąanie się ujawnianej i oczekiwanej ekspresji uczuciowej (dziwaczne, zaskakujące).

Katatymia – życzeniowe przekształcanie się przeżyć lub zachowań pod wpływem nastawień emocjonalnych (oczekiwań, nadziei, obaw).

Zaburzenia czynności motywacyjnych (aktywności ruchowej, aktywności impulsywnej, aktywności złożonej).

Motywacja – to mechanizmy zaangażowane w uruchomienie, ukierunkowanie, podtrzymanie i zakończenie działania. Ilościową charakterystykę motywacji można przedstawić jako zmniejszenie lub zwiększenie napędu psychomotorycznego.

Zmniejszenie/zwiększenie napędu psychomotorycznego – to zmiana wszelkich przejawów aktywności zarówno ruchowej, impulsywnej, jak i złożonej.

1.6. Zaburzenia aktywności ruchowej

Spowolnienie/zahamowanie ruchowe – różnego stopnia zmniejszenie szybkości i ograniczenie zmienności różnych form aktywności psychomotorycznej – ogólnej ruchliwości, mimiki, gestykulacji, ruchów lokomocyjnych, wypowiedania się. W skrajnych przypadkach ruchy spontaniczne, reakcje na bodźce i kontrola czynności fizjologicznych (jedzenie, wydalanie) zamierają, mowa ustaje (mutyzm) – obserwujemy osłupienie (stupor). Zahamowanie depresyjne charakteryzuje się proporcjonalnością nasilenia objawów, katatoniczne – chaotycznością i niedostosowaniem, reaktywne – życzeniowym nasyceniem emocjonalnym.

Przyspieszenie/pobudzenie ruchowe – różnego stopnia zwiększenie szybkości i nasilenie zmienności różnych form aktywności motorycznej. W skrajnym pobudzeniu aktywność staje się bezproduktywna, w niezbyt nasilonej postaci mówimy o niepokoju ruchowym. Pobudzenie maniakalne charakteryzuje się pewną równomiernością składowych objawów, katatoniczne – chaosem i niedostosowaniem, reaktywne – życzeniowym wysyceniem emocjonalnym, organiczne – gwałtownością i brakiem hamulców.

Natrętne czynności (kompulsje) – proste lub złożone czynności ruchowe, które chory odczuwa jako przymus, lecz które uporczywie ponawia, mimo świadomości ich bezsensowności i prób przeciwstawiania się (np. wielokrotne sprawdzanie, czy drzwi są zamknięte, krany zakręcone, żelazko wyłączone, przymusowe mycie rąk).

Parakinezy – niezwykle formy aktywności ruchowej, typowe dla katatonii.

- **katalepsja** – wiąże się z nienaturalnym wzmożeniem napięcia mięśniowego o charakterze plastycznym (prowadzi do zastygania lub giętkości woskowej) bądź sztywnym (deskowate usztywnienie tułowia i kończyn),
- **zastyganie** – wybitne spowolnienie ruchów, powodujące że pozycja nadana ciału chorego z trudem i bardzo wolno powraca do pierwotnego stanu,
- **giętkość woskowa** – plastyczność napięcia mięśniowego i uległość chorego pozwalają nadać jego ciału pozycję prawie dowolną, nawet nienaturalną, jakby było z wosku,
- **objaw echa** – natychmiastowe, względnie wierne i jakby automatyczne powtarzanie za rozmówcą jego gestów (echopraksja), wyrazu twarzy (echomimia) wypowiedzi (echolalia),
- **automatyzm nakazowy** – skrajna uległość chorego wobec minimalnych sugestii płynących z otoczenia (np. „poruszanie się za”, „podążanie za”),
- **automatyczna uległość** – zjawisko niemal automatycznego podporządkowywania się chorego poleceniom czy sugestiom otoczenia (zastyganie, giętkość woskowa, objawy echa, automatyzm nakazowy),
- **negatywizm** – bezzasadny opór chorego, lub przeciwstawianie się sugestiom lub poleceniom z otoczenia:
 - a. bierny polega na niepodjęmowaniu nakazywanych czynności,
 - b. czynny – polega na aktywnym przeciwstawianiu się takim czynnościom (np. biernego poruszania kończyny),
 - c. nakazowy – automatyczne przeciwstawianie się poleceniom, tak iż można uzyskać oczekiwane ruchy, polecając ich niewykonywanie.

Zaburzenia aktywności impulsywnej – aktywność impulsywna pozostaje pod wpływem impulsów, tj. bardzo silnych motywów wewnętrznych, których wpływ tylko w ograniczonym rozmiarze podlega świadomej kontroli i przemyślanej decyzji.

Popędy – silne wrodzone potrzeby uwarunkowane biologicznie pozwalające zachować życie i przedłużyć istnienie gatunku.

Nawyki – silnie oddziałujące potrzeby nabyte kształtujące się pod wpływem doświadczeń życiowych.

Podwyższona/zmniejszona impulsywność – wzmożenie/ograniczenie motywującej roli, emocji, popędów i nawyków (zaburzenia osobowości, zmiany otępienne).

Impulsywność popędowa – wiąże się z motywującym wpływem wrodzonych silnych popędów, pozostających pod kontrolą mechanizmów neuronalnych i humoralnych, pełniących ważną biologicznie rolę w zachowaniu życia jednostki i gatunku:

- zaburzenia łaknienia (hiperoreksja, bulimia, anoreksja),
- zaburzenia pragnienia (polidypsja, oligodypsja),
- zaburzenia snu (hipersomnia, insomnia, parasomnie),
- zaburzenia popędu płciowego (satyriaza, nimfomania, hipolibidia).

Nawykowe działania – znaczenie kliniczne mają takie, których cel nie jest społecznie akceptowany lub nawyk tak silny, iż osoba nie jest w stanie nad nim pomimo wysiłku i prób zaprzestania:

- **kradzież** (kleptomania) – zabór drobnych przedmiotów, nie dla zysku,
- **podpalanie** (piromania) – podkładanie ognia,
- **włóczęgostwo** (poriomania) – uporczywe podejmowanie wędrówek,
- **uprawianie hazardu** – gry tradycyjne i komputerowe,
- **kolekcjonowanie** – nie tylko przedmiotów przydatnych.

Nawykowe unikanie (fobie) – czynnikiem motywującym jest lęk przed sytuacją lękorodną.

- **agorafobia** – unikanie przestrzeni, tłumu, każdej sytuacji publicznej, z której szybkie wycofanie się lub uzyskanie pomocy nie jest możliwe (np. niemożność opuszczenia własnego pokoju, korzystania z komunikacji),
- **fobie społeczne** – unikanie sytuacji, w których dokonywana jest społeczna ocena (np. wiedzy, sprawności, dobrego wychowania), a motywem obawa przed zaczerwienieniem się, zająknięciem, popełnieniem błędu,
- **fobie specyficzne** – unikanie np. ciemności (nyktofobia), pajaków (arachnofobia), wysokości (akrofobia), grzmotów (keraunofobia).

Natrętne impulsy – „żeby coś zrobić” (popchnąć kogoś, dotknąć, skoczyć z balkonu, zranić nożem), narzucające się, niechciane, odrzucane, uważane za absurd, niemożliwe do spełnienia, ale własne z towarzyszącym lękiem i napięciem. Zwykle nie dochodzi do ich realizacji.

Paragnomen – działanie o cechach impulsywnych, nieoczekiwane, zaskakujące, jeżeli uzyska interpretację urojeniową, uznawane jest za pierwszy objaw rozpoczynającej się psychozy.

Zaburzenia aktywności złożonej – aktywność złożona stanowi efekt bardziej złożonych decyzji motywacyjnych z przeważającym udziałem świadomej celowej, przemyślanej intencji (zainteresowania, intencjonalności) kształtowanej przy znacznym udziale nabytej wiedzy i umiejętności, obowiązujących norm i wzorców społeczno-kulturowych oraz indywidualnych potrzeb.

Zwiększenie intencjonalności (zainteresowań) – nadmierny poziom aktywnego zainteresowania otoczeniem, które jest problemem klinicznym w pobudzeniu maniakalnym, katatonicznym i niektórych zespołach organicznych z uszkodzeniem płatów skroniowych.

Zmniejszenie intencjonalności (zainteresowań):

- bierność – pacjent beczynny, bez inicjatywy,
- niezainteresowanie – brak zaciekawienia otoczeniem i sobą (pacjent nie pyta, nie oczekuje, nie dba o ład dookoła, o własne potrzeby),

- nieuczestniczenie w wymianie społecznej – pacjent odsuwa się od ludzi, zadań i obowiązków, unika rozmów, najchętniej pozostaje na uboczu.

Elementy obniżonej intencjonalności pojawiają się w wielu zaburzeniach, a całościowe zaburzenia tego typu (zespół apatyczno-abuliczny) w zespołach organicznych z uszkodzeniem płatów czołowych i schizofrenii z przewagą symptomatologii deficytowej.

Zaburzenia wzorców aktywności złożonej:

- **wzorce ekspresji** – sposób wyrażania (natręctwa, stereotypie, persewacje, iteracje, manieryzmy, grymasowanie),
- **wzorce interakcji** – sposób porozumiewania się (trudny kontakt, niedostosowanie, ambiwalencja, wycofanie się, autyzm),
- **wzorce intencjonalności** – sposób zachowywania się i reagowania w sytuacjach społecznych, interpersonalnych (paranoiczność, sensytywność, ekspansywność, zdystansowanie, kruchość uczuciowa, dysocjalność, histrioniczność, makiawelizm, anankastyczność, zależność, lękliwość).

Natręctwa – uporczywe nawracanie myśli, czynności i impulsów, odczuwane jako przymusowe i absurdalne.

Stereotypie – zawężenie zainteresowań, które powracają stale do tego samego lub bardzo bliskiego kręgu spraw, do tych samych przemyśleń, czy wyobrażeń (stereotypia myślenia), wypowiedzi (stereotypie słowne), ruchów (stereotypie ruchowe), reakcji emocjonalnych (stereotypowość emocjonalna) lub zachowań (stereotypowość zachowań) niż to wynika z okoliczności. Występują w zaburzeniach osobowości, zespołach otępiennych, katatonicznych.

Persewacje – wielokrotne, niewynikające z przebiegu kontaktu wtrącanie tych samych, raz już udzielonych odpowiedzi (persewacje słowne), lub reakcji ruchowych (persewacje ruchowe), mimo że temat i okoliczności uległy tymczasem zmianie. Typowa dla zaburzeń organicznych.

Iteracje – wielokrotne, seryjne, pozbawione istotnej treści powtarzanie głosek, fragmentów wyrazów. Typowe dla zaburzeń organicznych.

Grymasy – np. wykrzykiwanie twarzy, niesymetryczne otwieranie ust, zaciskanie oczu, pokazywanie języka, odbiegające od oczekiwań, czasem niezwykle lub dziwaczne, pozbawione treści. Charakterystyczne dla przewlekłych zdeorganizowanych zaburzeń schizofrenicznych.

Manieryzmy – np. podskakiwanie zamiast chodzenia, spluwanie za siebie po każdym zdaniu, chodzenie na palcach, odwrotne zakładanie butów, salutowanie każdemu przechodzącemu, niedostosowane, niezrozumiałe, występują w psychozach schizofrenicznych.

Trudny kontakt – najczęstszy, lecz mało specyficzny przejaw różnych zaburzeń psychicznych, np. poczucie szczególnego dystansu emocjonalnego „szyby” lub odczucie dziwności w zetknięciu z chorym na schizofrenię.

Niedostosowanie – rozmiianie się różnych aspektów zachowania chorego z oczekiwaniami wynikającymi z okoliczności, np. emocjonalne (paratymia), mimiczne (paramimia), myślenia (paralogia), wypowiadania się (parafazja). Występuje w schizofrenii.

Ambiwalencja (dwuwartościowość) – zjawisko jednoczesnego przeżywania całkowicie sprzecznych ze sobą nastawień psychicznych bez dostrzegania zachodzącej między nimi sprzeczności – wskaźnik diagnostyczny schizofrenii.

- **ambiwalencja** (w węższym rozumieniu) – w odniesieniu do nastawień uczuciowych,
- **ambisentencja** – w odniesieniu do wypowiadanych sądów, przekonań, twierdzeń,

- **ambitedencja** – w odniesieniu do reakcji, dążeń, celów.

Wycofanie się – ograniczenie dążenia do interakcji społecznych z otoczeniem w tym zwykle do kontaktu diagnostycznego:

- bierne – bezczynność, rezygnacja,
- czynne – odmowa, sprzeciw.

Autyzm – specyficzna postać wycofania się z przeniesieniem zainteresowań ze świata zewnętrznego do świata wewnętrznego, zniekształconego przez przeżycia psychotyczne (urojenia, omamy) – charakterystyczny dla schizofrenii.

Zaburzenia zachowań intencjonalnych:

- **paranoiczność** – podejrzliwość, z gotowością do konstruowania „spiskowych” wyjaśnień,
- **sensytywność** – skłonność do odnoszącego (ksobnego) interpretowania wydarzeń, z przecenianiem własnego znaczenia, nadwrażliwością na niepowodzenia,
- **ekspansywność** – narzucanie innym swojego punktu widzenia,
- **ekscentryzm** – podejmowanie zachowań niecodziennych, naruszających lub łamiących przeciętne wzorce,
- **zdystansowanie** – samotnictwo z emocjonalnie chłodnym dystansem wobec otoczenia i wątplą troską o siebie i innych,
- **kruchłość uczuciowa** – niepewność własnej tożsamości i postawa z łatwym angażowaniem się w działania skrajne, zmienne, niekonsekwentne,
- **dysocjalność** (asocjalność, antysocjalność) – brak rozeznania lub lekceważenie dla obowiązujących reguł społecznych,
- **egocentryzm** – koncentrowanie uwagi i zainteresowań otoczenia na sobie, często z wielbieniem własnej osoby (narcyzm) lub przesadnym podkreślaniem swoich zalet i zasług (renomizm),
- **histrioniczność** – skłonność do żywych emocjonalnie, demonstracyjnych gestów i zachowań w celu zainteresowania sobą otoczenia lub wywierania wpływu na inne osoby,
- **makiawelizm** – wola władzy z dążeniem do podporządkowywania sobie innych osób za pomocą podstępnych manipulacji (np. kłamstwa, podstęp),
- **anankastyczność** – narzucanie sobie i innym sztywnych norm ładu, porządku,
- **zależność** – uogólniona bezradność z tendencją do rezygnacji z własnych potrzeb i podporządkowywania się,
- **lękliwość** – uogólniona niepewność motywująca do unikania działań.

PYTANIA

1. Podaj definicję i podział złudzeń oraz omamów.
2. Wymień zaburzenia treści myślenia i omów urojenia.
3. Wyjaśnij, na czym polega pamięć i opisz rodzaje zaburzeń pamięci.
4. Opisz cechy i typy obniżonego oraz podwyższonego nastroju.
5. Przedstaw zaburzenia aktywności ruchowej ze szczególnym uwzględnieniem parakinez.

PIŚMIENNICTWO

- [1] *Bilikiewicz A.* (Red.): Psychiatria dla studentów medycyny, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.
- [2] *Bilikiewicz A., Pużyński St., Rybakowski J., Wciórka J.* (Red.): Psychiatria, t. I, Wydawnictwo Medyczne – Urban i Partner, Wrocław 2002.
- [3] *Pużyński St.* (Red.): Leksykon psychiatrii, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993.

2. Zespoły psychopatologiczne

Beata Trędzbor

W procesie diagnostycznym bardzo istotna jest umiejętność dostrzegania współistnienia objawów psychopatologicznych i łączenia ich w zespoły.

Zespół to zbiór objawów występujących jednocześnie i przez to charakterystyczny dla niektórych chorób. W rozdziale omówiono: zespół depresyjny, maniakalny, katatoniczny, paranooidalny, paranoiczny, parafreniczny, psychoorganiczny i zespoły zaburzeń świadomości.

2.1. Zespół depresyjny

Jednym z najczęstszych jest **zespół depresyjny**, które obejmuje:

1. Obniżenie nastroju.
2. Spowolnienie toku myślenia.
3. Spowolnienie ruchowe.

Nastrój może być obniżony w różnym stopniu od przygnębienia przypominającego „zły humor” u zdrowych ludzi do głębokiej rozpacz z poczuciem beznadziejności. Ważnym kryterium pozwalającym rozróżnić przygnębienie od zespołu depresyjnego jest zgodnie z obowiązującą klasyfikacją ICD–X minimum 2-tygodniowy okres występowania objawów. Obniżonemu nastrojowi może towarzyszyć płaczliwość, a niekiedy boleśnie odczuwana niemożność płaczu. Niekiedy w zespołach depresyjnych zamiast przygnębienia może pojawiać się nastrój obojętny (niezdolność do odczuwania smutku ani radości), jak również nastrój dysforyczny.

Spowolnienie toku myślenia może wyrażać się nieco powolniejszym formułowaniem myśli lub w skrajnych wypadkach poczuciem całkowitego braku komunikacji z otoczeniem. W większości zespołów depresyjnych obserwuje się spowolnienie ruchowe. Pacjentom trudno podołać obowiązkom zawodowym, rodzinnym. W zespołach o głębszym nasileniu chorzy często nie są w stanie umyć się, zjeść samodzielnie posiłku, wstać z łóżka. W skrajnym nasileniu spowolnienia psychoruchowego może rozwinać się osłupienie depresyjne. Pacjent nie jest w stanie zatroszczyć się nawet o zaspokojenie podstawowych potrzeb fizjologicznych.

Zespół depresyjny, w którym u chorego nie jest zauważalny obniżony nastrój, natomiast na pierwszy plan wysuwają się takie objawy, jak bezsenność, zaburzenia odżywiania, natrętne myśli i czynności, dolegliwości somatyczne, okresowe nadużywanie leków czy alkoholu nazywany jest **depresją maskowaną**. Objawy te niejako zakrywają typowe objawy zespołu depresyjnego, ale ustępują po zastosowaniu leków przeciwdepresyjnych.

2.2. Zespół maniakalny

W zespole maniakalnym obserwuje się:

1. Podwyższony nastrój.
2. Przyspieszenie toku myślenia.
3. Podwyższenie napędu ruchowego.

Pacjenci sprawiają wrażenie osób radosnych, szczęśliwych, wiodących życie w „tęczowej poświacie”. Niekiedy może pojawić się nastrój drażliwy, jeżeli otoczenie zaczyna stawiać pewne wymagania wobec chorego i „urealnia jego pomysły”. Tok myślenia może w przypadkach o niewielkim nasileniu przypominać bardzo sprawny sposób kojarzenia i mówienia u osoby o dużej sprawności intelektualnej. Przy głębokim nasileniu objawów zespołu maniakalnego tok myślenia jest tak szybki i towarzyszy mu stale nadmierne rozkojarzenie i przerzutność uwagi, że wypowiedzi pacjenta stają się niemal niezrozumiałe. Zespół maniakalny o niewielkim nasileniu, w którym chory robi na otoczeniu wrażenie niezwykle aktywnej, pogodnej osoby nazywany jest **zespołem hipomaniakalnym**.

2.3. Inne zespoły psychopatologiczne

Do zespołów występujących w psychozach schizofrenicznych należy **zespół hebefreniczny**. Chorzy zaczynają dziwacznie się zachowywać, stają się kpiarscy, śmieją się bez powodu, stają się gruboskórni, drażliwi. Często przejawiają zachowania przypominające zachowania małego dziecka (puerylizm). Urojenia mają charakter niespójny, są niekonsekwentne, nielogiczne. Towarzyszy im rozkojarzony tok myślenia.

W **zespole katatonicznym** możemy wyodrębnić dwa podtypy: hipokinetyczny i hiperkinetyczny. W pierwszym z nich pacjenci są znacznie spowolniali, mogą mieć znaczne trudności z wykonywaniem codziennych czynności, a w skrajnie nasilonej postaci może pojawić się całkowity bezruch. Spowolnieniu ruchowemu towarzyszy pogorszenie kontaktu werbalnego – od komunikowania się szeptem aż po całkowity bezgłos. Stan, w którym bezgłosowi (mutyzm) towarzyszy całkowity brak aktywności nazywany jest osłupieniem.

W **zespole hiperkinetycznym** pojawia się znaczne pobudzenie psychoruchowe. Zachowania stają się dziwaczne i niezrozumiałe. Chorzy są głośni, wielomówni. W skrajnie nasilonych postaciach ich zachowanie staje się całkowicie bezładne. Chorzy niszczą przedmioty, swoją odzież, sprawiają wrażenie jakby w sposób pozbawiony kontroli próbowali rozładować energię. W zespołach katatonicznych objawy wytwórcze (urojenia i omamy) zajmują miejsce drugoplanowe.

W **osłupieniu** obserwujemy całkowite zahamowania ruchowe lub jego znaczne spowolnienie. W zależności od obrazu klinicznego można wyodrębnić osłupienie efektoryczne i receptoryczne. W **osłupieniu efektorycznym** dochodzi do znacznego zahamowania ruchowego przy zachowanej zdolności do odbierania bodźców. Chory słyszy i widzi, ale nie potrafi zareagować, wykonać ruchu. Napięcie mięśniowe jest podwyższone. Można obserwować przyjmowanie niezwykle, wymuszonych pozycji przez chorego, sprzeciwianie się poleceniom, nakazom otoczenia (negatywizm czynny), giętkość woskową lub pseudogiętkość. Chory, mimo całkowitego lub znacznego ograniczenia ruchowego, po przeminięciu zespołu osłupieniowego zachowuje wspomnienia z okresu jego trwania.

W **postaci receptorycznej** spowolnienie ruchowe nie osiąga zazwyczaj znacznego nasilenia. Chorzy wprawdzie poruszają się bardzo powoli, ale zanika całkowicie kontakt z otoczeniem, sprawiają wrażenie osób zagubionych, nieobecnych. W trakcie trwania zespołu może się pojawić echopraksja, echemimia, echolalia, stereotypie ruchowe, negatywizm bierny (bierne

sprzeciwianie się poleceniom, nakazom otoczenia). Napięcie mięśniowe nie jest podwyższone. Po przeminięciu objawów zespołu zazwyczaj pozostaje niepamięć lub pamięć fragmentaryczna z tego okresu.

Zespoły osłupieniowe mogą występować w depresji, w psychozach schizofrenicznych, infekcyjnych, toksycznych lub mogą mieć charakter reaktywny.

Halucynoza (omamica) to zespół, w którym na plan pierwszy wysuwają się halucynacje, najczęściej słuchowe, którym towarzyszą urojenia prześladowcze. Zazwyczaj rozwijają się one na podłożu organicznym, toksycznym bądź infekcyjnym.

Nieco podobny obraz psychopatologiczny obserwuje się w **zespole paranoidalnym**, tj. dominacje omamów i urojeń. Różnią się one jednak istotnie od halucynozy ze względu na towarzyszący im rozkojarzony tok myślenia oraz dominację urojeń prześladowczych, ksobnych, odsłonięcia, oddziaływania, którym towarzyszą najczęściej pseudohalucynacje słuchowe, omamy węchowe, smakowe, dotykowe, czucia ustrojowego (cenestetyczne). Zespoły paranoidalne obserwowane są zazwyczaj w przebiegu psychoz schizofrenicznych.

W **zespółach parafrenicznych** występują usystematyzowane urojenia (zazwyczaj prześladowcze), którym towarzyszą omamy (najczęściej słuchowe, węchowe, smakowe). Zespoły te są typowe dla przebiegu psychoz wieku późnego.

W **zespole paranoicznym** występują usystematyzowane urojenia o treści prześladowczej, ksobnej, wielkościowej, hipochondrycznej. W jego rozwoju odgrywają rolę czynniki endogenne (prawdziwa paranoja) oraz psychospołeczne, osobowościowe (reakcja paranoiczna).

Jednym z zespołów o bardzo charakterystycznym obrazie klinicznym, wyodrębniającym się spośród innych zespołów psychotycznych jest **zespół Kandinskiego i Clerambaulta**. Chory, który cierpi z jego powodu doznaje pseudohalucynacji słuchowych oraz urojeń owładnięcia. Ma wrażenie, że jakaś niezwykła siła, zło, Szatan zawładnął jego umysłem, że słyszy jego głos, musi wypełniać polecenia, że jest pod jego wpływem. Zespół ten obserwowany jest zazwyczaj w przebiegu schizofrenii paranoidalnej.

Pod dawnym terminem **zespołu psychoorganicznego** mieszczą się dwa zespoły: otępienny i charakteropatyczny. Wspólną ich cechą jest podłoże organiczne, będące wynikiem uszkodzenia, zaniku tkanki mózgowej pod wpływem urazów, czynników toksycznych, infekcyjnych, schorzeń ogólnoustrojowych. W **zespole otępiennym** obserwujemy upośledzenie funkcji poznawczych, obniżenie ogólnej sprawności intelektualnej (logicznego myślenia, analizowania, wnioskowania), zaburzenia pamięci, spadek krytycyzmu, co do własnego stanu intelektualnego oraz chwiejność emocjonalną. Ta ostatnia może przejawiać się łatwym przechodzeniem od rozrzewnienia do pogodnego nastroju czy zmianą nastroju z wesołego na rozdrażniony. W **zespółach charakteropatycznych** nie dochodzi zazwyczaj do znacznego upośledzenia intelektu, funkcji poznawczych, zmienia się natomiast całościowy obraz zachowań i relacji z otoczeniem. Chory staje się jakby innym człowiekiem. Może występować zmniejszona wytrwałość w realizacji zadań, które nie przynoszą natychmiastowej gratyfikacji, niedostosowane dowcipkowanie, drażliwość, apatia, podejmowanie działań bez zważania na konsekwencje, podejrzliwość, drobiazgowość, zmiana w zakresie zachowań seksualnych.

W przebiegu uszkodzenia OUN może pojawić się **zespół amnestyczny**. Przejawia się on upośledzeniem pamięci świeżej oraz zmniejszoną zdolnością przypominania sobie wydarzeń z przeszłości bez defektu bezpośredniego odtwarzania i ogólnego upośledzenia intelektu. Ubytki w pamięci są wypełnione konfabulacjami. Zespół ten może być wynikiem zatrucia tlenkiem węgla, innymi substancjami toksycznymi, niedoboru witaminy B1, urazu.

Zespół psychoendokrynologiczny wyodrębniony przez Bleulera jest wynikiem zaburzeń układu gruczołów wydzielania wewnętrznego, charakteryzuje się zaburzeniami w sferze napedu psychicznego, poszczególnych popędów oraz nastroju.

Reakcje egzogenne Bonhoeffera są wywołane różnymi czynnikami zewnątrzpochodnymi i nie mają jednolitego obrazu klinicznego. Mogą istnieć jako zespoły zaburzeń świadomości, zespoły rzekomonerwicowe, depresyjne, hipomaniakalne, ośpienne.

Zespół psychohipoglikemiczny obejmuje objawy neurasteniczne (uczucie wyczerpania, zmęczenia, pobolewania mięśni, głowy, drażliwość) wzmożoną pobudliwość sercowo-naczyniową przy stanach hipoglikemicznych. Są one wynikiem dużej wrażliwości psychicznej na nawet niewielką hipoglikemię rozwijającą się pod wpływem emocji (lęk, przestrasz), jak i wskutek długiej przerwy między posiłkami, w trakcie bycia na czczo.

2.4. Zespoły zaburzeń świadomości

Zespoły zaburzeń świadomości cechuje:

- niejasne spostrzeganie i pojmowanie świata,
- utrudnienie kontaktu,
- niepełne bądź opóźnione reakcje,
- zaburzone przypominanie i zapamiętywanie,
- dezorientacja,
- ograniczenie przeżyć psychicznych do wycinka rzeczywistości.

Można je podzielić na ilościowe i jakościowe zespoły zaburzeń świadomości.

Do ilościowych należą:

1. **Senność patologiczna** – jest to stan, który przypomina naturalną senność pojawiającą się w godzinach wieczornych czy pod wpływem znużenia. Chory ma skłonność do zapadania w sen. Można go wprowadzić obudzić, ale po chwili odczuwa a znowu nieprzepartą potrzebę snu. Nie jest ona wynikiem zmęczenia, ani nie łączy się z naturalnym rytmem snu i czuwania. Jest spowodowana czynnikami patologicznymi, najczęściej toksycznymi, zapalnymi lub zmianami rozrostowymi w OUN.
2. Stanem głębszym zaburzeń świadomości jest **półśpiączka (sopor)**, czyli sen głęboki. Chorego nie można wybudzić. Reaguje on na bodźce bólowe grymasem twarzy, lekkim poruszeniem głowy czy cofnięciem kończyny.
3. W stanie **śpiączki** dochodzi do wyłączenia jakiejkolwiek reaktywności. W najgłębszych postaciach śpiączki występuje całkowita arefleksja, z zanikiem wszelkich odruchów. W zależności od czynników etiologicznych można mówić o śpiączce cukrzycowej, wątrobowej, mocznicowej, pourazowej, poudarowej, spowodowanej zatruciami egzogennymi. Przedłużający się stan śpiączki często wskazuje, że czynnik, który ją spowodował może doprowadzić chorego do śmierci.

Do zespołów jakościowych zalicza się:

- **Przymglenie proste** – w zespole tym obserwuje się trudności w pojmowaniu przez chorego otaczającego świata i własnych przeżyć, spadek reakcji na polecenia, pytania, znaczne ubóstwo i spowolnienie motoryki. Natomiast nie obserwuje się zafałszowania spostrzegania w postaci iluzji i omamów ani zawężenia pola świadomości. Przymglenie może całkowicie ustąpić lub przejść w inne zaburzenie świadomości.
- **Zespół majaczeniowy** charakteryzujący się zachowaniem orientacji autopsychicznej (dotyczącej własnej osoby) przy zaburzonej orientacji allopsychicznej (dotyczącej miejsca, czasu, otoczenia). Towarzyszą mu takie objawy kliniczne, jak:

- niepokój psychoruchowy, mogący osiągać znaczne nasilenie, przejawiające się działaniami agresywnymi i autoagresywnymi, wymagającymi zabezpieczenia mechanicznego pacjenta,
- urojenia prześladowcze, ksobne, o niespójnej treści, powodujące, że chory ma wrażenie, że bierze udział w jakiejś sytuacji,
- halucynacje wzrokowe, słuchowe, dotykowe, iluzje zmysłowe,
- częściowa niepamięć pojawiająca się po ustąpieniu objawów zespołu.

Zespół majaczeniowy (*delirium*) w praktycznej klinicznej spotkany jest najczęściej u osób w ciężkim stanie somatycznym, po zabiegach operacyjnych w znieczuleniu ogólnym, u osób w podeszłym wieku, wyczerpanych, odwodnionych, w stanach gorączkowych, po urazach OUN, jak również pod wpływem substancji toksycznych, czynników zakaźnych, jako jedna z postaci psychoz alkoholowych.

Zespół pomroczny (zamroczeniowy). W zespole tym dochodzi do zaburzeń orientacji auto- i allopsychicznej. Osiowym objawem jest osobowość naprzemienna, kiedy to u chorego pojawia się nowa (patologiczna) osobowość z zachowaniami i postępowaniem odmiennym od dotychczasowego. Mogą pojawić się gwałtowne wyładowania ruchowe i popędowe, zachowania agresywne, próby samobójcze, napaści, ucieczki. Obraz kliniczny często jest bardzo różnorodny z zaburzeniami nastroju o charakterze dysforycznym, ekstatycznym.

Przeżycia stanu pomrocznego pokryte są niepamięcią. Niekiedy pozostają fragmentaryczne wspomnienia.

Złożony zespół zamroczeniowo-majaczeniowy nazywany jest **zespołem onejroidalnym** lub onirycznym. W obrazie klinicznym zaznacza się:

- dezorientacja o zmiennym nasileniu,
- omamy, pseudohalucynacje i złudzenia o niezwyklej treści,
- poczucie uczestnictwa w niezwyklej zdarzeniach, przypominających marzenia sennie.

Zespół ten bywa obserwowany w przebiegu psychoz schizofrenicznych, w padaczce, schorzeniach infekcyjnych, w zatruciach.

Zespół splątaniowy (amentywny) rozwija się i ustępuje zazwyczaj powoli, charakteryzuje się najgłębszym zaburzeniem świadomości. W obrazie klinicznym dominują:

- zdezorientowanie we wszystkich kierunkach,
- całkowity brak kontaktu werbalnego,
- znaczne pobudzenie ruchowe ograniczające się do niewielkiej przestrzeni – niepokój w obrębie łóżka,
- inkoherentny tok myślenia,
- lęk,
- całkowita niepamięć po ustąpieniu zespołu.

Zespół splątaniowy stanowi poważne powikłanie ciężkich schorzeń somatycznych (w tym chorób zakaźnych i intoksykacyjnych). Jest niekorzystnym przejawem rokowniczym, który może zwiastować śmierć chorego.

PYTANIA

1. W jakich zespołach psychopatologicznych występują zaburzenia nastroju jako jeden z osiowych objawów?
2. Jakie objawy psychopatologiczne mogą stanowić maskę depresji?
3. W jakim zespole psychopatologicznym dochodzi do całkowitego zniesienia odruchów ścięgnistych?
4. Jakie wspólne cechy występują w zespołach zaburzeń świadomości?
5. Co odróżnia ilościowe zespoły zaburzeń świadomości od jakościowych?

PIŚMIENNICTWO

- [1] Bilikiewicz A. (Red.): Psychiatria dla studentów medycyny, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.
- [2] Bilikiewicz A., Pużyński St., Rybakowski J., Wciórka J. (Red.): Psychiatria, t. I, Wydawnictwo Medyczne – Urban i Partner, Wrocław 2002.
- [3] Pużyński St. (Red.): Leksykon psychiatrii, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993.

3. Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe

Marek Krzystanek

W rozdziale omówiono: zaburzenia schizofreniczne, zaburzenia schizotypowe, zaburzenia urojeniowe, ostre przemijające zaburzenia psychiatryczne, indukowane zaburzenia urojeniowe, zaburzenia schizoaфекtywne.

3.1. Zaburzenia schizofreniczne (F 20)

Schizofrenia to choroba mózgu, która zaburza każdy poziom funkcjonowania człowieka. Jej głównymi objawami są zaburzenia myślenia, przeżywania, spostrzegania i relacji pomiędzy chorym i jego otoczeniem. Mechanizm powstawania tej choroby jest złożony i niejasny. Prawdopodobnie nie mamy do czynienia z jedną schizofrenią, ale z grupą schorzeń, mogących różnić się przyczyną, obrazem klinicznym i rokowaniem. Badania schizofrenii od ponad 100 lat pasjonują i inspirują ludzi nauki, prowadząc do coraz lepszego zrozumienia natury ludzkiego umysłu.

3.1.1. Patogeneza schizofrenii

Spośród wielu teorii tłumaczących powstawanie tego schorzenia na uwagę zasługuje **model podatności i stresu**. Podatność na zachorowanie miałaby zależeć od zmian budowy lub funkcjonowania mózgu, natomiast stres środowiskowy odgrywałby rolę czynnika spustowego, uwalniającego chorobę.

Jednym z elementów podatności na zachorowanie może być **nieprawidłowa budowa genów**. Za genetycznym uwarunkowaniem choroby przemawiają dane, dotyczące jej rodzinnego występowania. Ryzyko wystąpienia schizofrenii u dziecka, którego jeden rodzic jest chory wynosi około 10–15% i wzrasta do 40% w przypadku, kiedy chorują oboje rodzice. Znacząca jest również duża zgodność pojawienia się schizofrenii u bliźniąt dwujajowych (około 10%) i jednojajowych (40%). W świetle dotychczasowej wiedzy za wystąpienie schizofrenii odpowiada nie jeden, ale **wiele genów**.

Schizofrenia może być wynikiem uszkodzenia mózgu w okresie płodowym. Badania epidemiologiczne wskazują, że ryzyko zachorowania na schizofrenię jest większe u dzieci matek, które w czasie ciąży chorowały na infekcję wirusową (zwłaszcza w **drugim trymestrze** ciąży), cierpiały na niedożywienie, u dzieci urodzonych w zimie lub wczesną wiosną oraz w przypadku wystąpienia powikłań okołoporodowych. Obserwowano większą częstość jej występowania u dzieci matek z konfliktu serologicznego urodzonych z drugiej i kolejnych ciąży.

Istnieje grupa schizofrenii, której towarzyszą **zmiany w budowie mózgu** widoczne w badaniach neuroobrazowych, np. tomografii komputerowej. Mają one postać powiększonych komór bocznych mózgu, zmniejszonej objętości hipokampa oraz ciał migdałowych, zaników w obrębie kory czołowej i skroniowej. Zmiany te nie są charakterystyczne dla schizofrenii,

mogą również występować w innych schorzeniach psychiatrycznych i neurologicznych. Chory, u których występują zmiany strukturalne w mózgu, wykazują mniejszą wrażliwość na działanie klasycznych leków neuroleptycznych.

Badania biochemiczne wskazują, iż w schizofrenii dochodzi do **zaburzeń funkcjonowania trzech ważnych układów neuroprzekąźnictwa**: dopaminergicznego (neuroprzekąźnikiem jest dopamina), serotonergicznego (neuroprzekąźnikiem jest serotonina) oraz glutaminergicznego (neuroprzekąźnikiem jest kwas glutaminowy). Przeciwschizofreniczne działanie neuroleptyków jest związane głównie z blokowaniem receptorów dopaminergicznych. Nowe, atypowe neuroleptyki charakteryzują się ponadto silniejszym powinowactwem do receptorów serotonergicznych. Taki profil działania atypowych neuroleptyków odpowiada za ich lepszą skuteczność w walce z objawami negatywnymi oraz rzadsze występowanie objawów niepożądanych (zwłaszcza pozapiramidowych).

Uważa się, że do rozwinięcia się schizofrenii oprócz podatności konieczne są również **stresujące czynniki środowiskowe** (tzw. mediatory środowiskowe). Wśród nich wymienia się przykładowo: zakończenie związku uczuciowego, pójście do wojska, rozpoczęcie pracy, wyjazd do szkoły średniej lub na studia jak również nadużywanie substancji psychoaktywnych. Nawroty schizofrenii są częstsze u pacjentów narażonych na stresy w rodzinie.

3.1.2. Epidemiologia

Schizofrenia jest problemem społecznym, jest częstsza niż choroba Alzheimera, stwardnienie rozsiane lub cukrzyca. **Częstość występowania** schizofrenii jest podobna na całym świecie i wynosi około 1%. Podobne jest ryzyko zaistnienia jej w czasie życia (1%).

W populacji osób chorujących na nią **ryzyko śmierci samobójczej** wynosi około 10%. Jest ono większe u osób z paranoidalnym typem schizofrenii o późnym początku choroby i dobrym funkcjonowaniem w okresie przedchorobowym.

Nic nie wskazuje na istnienie różnic w częstości występowania schizofrenii pomiędzy rasami i płciami. **Mężczyźni zapadają na schizofrenię wcześniej** (18–25 r.ż.) niż kobiety (26–45 r.ż.), natomiast, co ciekawe, **kobiety przechodzą ją łagodniej** niż mężczyźni. Łagodniejszy przebieg choroby zawdzięczają kobiety prawdopodobnie ochronnemu działaniu estrogenów. W obrazie schizofrenii u kobiet częściej niż u mężczyzn występują zaburzenia nastroju (objawy afektywne). Choroba ta rzadko rozpoczyna się w dzieciństwie lub po 45 r.ż.

Nawroty pojawiają się u około 70% osób, u których doszło do pierwszego epizodu choroby. W czasie pierwszych 5 lat choroba ma zwykle tendencję do pogłębiania się, następnie deficyt funkcjonowania utrzymuje się na tym samym poziomie. Objawy choroby mogą samoistnie łagodnieć w starszym wieku, zwłaszcza u kobiet.

Ponad 50% osób cierpiących na schizofrenię **nadużywa środków psychoaktywnych**.

Około 30% osób chorych na schizofrenię nie reaguje na klasyczne leki neuroleptyczne.

W populacji osób chorych na schizofrenię częściej niż w populacji ogólnej odnotowuje się choroby oczu, zębów, podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, cukrzycę, infekcje dróg oddechowych i choroby przenoszone drogą płciową.

3.1.3. Rozpoznawanie

W rozpoznaniu schizofrenii podstawowe znaczenie ma **badanie psychiatryczne**. Pierwsze objawy, przydatne w postawieniu diagnozy, zaznaczają się często już w okresie dziecięcym i młodzieńczym. Odmienność i dziwaczność zachowania u dzieci może przejawiać się wycofaniem z grupy rówieśniczej, brakiem współbrzmienia emocjonalnego (syntonii), powściągliwością emocjonalną lub niezdarnością; w okresie szkolnym lub w pracy i życiu rodzinnym

wystąpić mogą zmiany w osobowości pacjenta albo w jego funkcjonowaniu. Zwykle w ciągu 1 roku przed rozpoznaniem chory zdradza już pierwsze symptomy zapowiadające jej rozwój (tzw. **objawy prodromalne**).

Najczęstsze objawy prodromalne:

- izolacja społeczna lub wycofanie,
- zubożenie dotychczasowej aktywności,
- zaniedbanie higieniczne lub estetyki ubioru,
- niedostosowanie i stępienie afektu,
- dygresyjna, rozkojarzona mowa,
- zubożenie wypowiedzi,
- dziwaczne przekonania,
- myślenie magiczne,
- apatia,
- anergia,
- skargi na dolegliwości somatyczne (np. uporczywe bóle głowy),
- zainteresowanie abstrakcyjnymi myślami,
- dziwaczne i niezwykle funkcjonowanie społeczne.

Objawy schizofrenii można podzielić na kilka grup. Wyróżnia się objawy pozytywne, negatywne, ogólne objawy psychopatologiczne i objawy dezintegracyjne (dezorganizacji), których wymiar psychopatologiczny mierzony jest skalami: PANSS, SANS/SAPS.

Objawy pozytywne (wytwórcze) to głównie urojenia i omamy, poza tym zaburzenia formy myślenia, pobudzenie, nastawienia wielkościowe i prześladowcze, podejrzliwość oraz wrogość (zdezorganizowane zachowanie).

Do **objawów negatywnych** (ubytkowych) zalicza się stępienie afektu, wycofanie emocjonalne, brak nawiązywania kontaktu z otoczeniem, apatię, osłabienie zdolności myślenia abstrakcyjnego, zmniejszenie lub brak spontaniczności wypowiedzi i zachowań, stereotypowość zachowań, zubożenie ekspresji pozawerbalnej (tj. modulacji głosu, gestów twarzy – mimiki i gestów ciała – pantomimiki). Wycofanie społeczne prowadzi do postawy autystycznej, kiedy przedmiotem przeżywania i myślenia chorego stają się jego myśli i odczucia, a nie elementy świata rzeczywistego. Chory przestaje różnicować świat rzeczywisty od świata fantazji.

Opisane objawy nazywa się również **pierwotnymi objawami negatywnymi**. Ich przyczyną jest proces chorobowy toczący się w mózgu. **Wtórne objawy negatywne** są spowodowane niepożądanym działaniem leków (np. objawy parkinsonoidalne i późne dyskinezy) oraz utratą roli, którą chory spełniał wcześniej w rodzinie i społeczeństwie.

Ogólne objawy psychopatologiczne, które mogą wystąpić w schizofrenii to na przykład nastawienia hipochondryczne, lęk, poczucie winy, obniżenie nastroju, spowolnienie ruchowe, niedostosowanie do norm społecznych, zaburzenia orientacji, osłabienie koncentracji uwagi, brak krytycyzmu, osłabienie woli lub impulsywność. Nie są one charakterystyczne dla zaburzeń schizofrenicznych.

Oprócz objawów pozytywnych i negatywnych wyróżnia się również **grupę objawów dezorganizacji** schizofrenii. Zalicza się do nich formalne zaburzenia myślenia, zaburzenia orientacji, zagubienie i zaburzenia pamięci.

Według Bleulera, twórcy pojęcia schizofrenii, podstawowe objawy choroby to zaburzenia Asocjacji myślenia, Afektu, Autyzm oraz Ambitendencja – tzw. cztery „A”.

W rozpoznawaniu schizofrenii pomocne są **kryteria 10 Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób** (ang. *International Classification of Diseases, ICD*). Zostaną one omówione poniżej.

Według ICD-10, żeby postawić rozpoznanie schizofrenii należy stwierdzić **jeden** z następujących objawów:

- urojenia ksobne lub prześladowcze,
- omamy słuchowe mówiące lub dyskutujące między sobą o pacjencie w trzeciej osobie (np. on poszedł, on zabije) lub na bieżąco komentujące jego zachowanie,
- pseudoomamy słuchowe pochodzące z jakiegokolwiek części ciała,
- dziwaczne i absurdalne urojenia (kontrolowanie pogody, wpływanie na losy wszechświata itp.),
- odślonięcie myśli, ugłosnienie myśli, przesyłanie myśli.

Jeżeli żaden z powyższych objawów nie występuje, schizofrenię można rozpoznać w przypadku obecności **dwóch** z następujących grup objawów:

- współwystępowanie omamów i urojeń innych niż wymienione powyżej charakterystyczne dla schizofrenii; zamiast urojeń mogą występować myśli nadwartościowe,
- objawy katatoniczne,
- objawy negatywne,
- zaburzenia myślenia i mowy w postaci rozkojarzenia, neologizmów, przerw i wtrąceń w tok myślenia.

Schizofrenię można rozpoznać jedynie w przypadku, kiedy powyższe kryteria były spełnione przez okres co **najmniej 1 miesiąca**. Wyjątkiem jest sytuacja, kiedy po zastosowaniu leczenia objawy chorobowe ustąpiły przed upływem miesiąca. **Schizofrenii nie rozpoznaje się**, jeżeli objawy obserwowane u chorego są wynikiem nadużywania substancji psychoaktywnych lub organicznych zmian w mózgu.

W klasyfikacji ICD-10 wyróżnia się **sześć rodzajów schizofrenii**

- **schizofrenię paranoidalną** – najczęstszy rodzaj schizofrenii, w którym dominują omamy, pseudoomamy i urojenia; w tej postaci choroby najczęściej obserwuje się urojenia prześladowcze, odnoszące, wielkościowe, posłannicze, zmiany w ciele lub niewierności, pochodzenia; z omamów najczęstsze są omamy słuchowe grożące lub nakazujące,
- **schizofrenię katatoniczną** – na pierwszy plan wysuwa się w tym wypadku zmniejszenie lub brak kontaktu z otoczeniem i objawy katatoniczne (osłupienie, podniecenie katatoniczne, sztywność mięśniowa, negatywizm, zjawiska typu echolalii, echopraksji i echomimii, giętkość woskowa i automatyzm nakazowy); żeby rozpoznać ten typ, przynajmniej jeden z objawów katatonicznych musi utrzymywać się przez okres co najmniej **2 tygodni**,
- **schizofrenię zdeorganizowaną** (hebefreniczną) – jej charakterystyczne cechy to stępienie lub dezorganizacja afektu, niedostosowane reakcje emocjonalne oraz chaotyczne, bezcelowe i niespójne zachowanie lub myślenie,
- **depresję poschizofreniczną** – rodzaj schizofrenii, w której w ciągu roku po rozpoznaniu schizofrenii nadal utrzymują się jej pojedyncze objawy (w liczbie lub nasileniu niewystarczającym do rozpoznania pełnoobjawowej schizofrenii), a towarzyszą im objawy **zespołu depresyjnego**,
- **schizofrenię rezydualną** (ubytkowa) – postać schizofrenii, w której dominują objawy negatywne schizofrenii, utrzymujące się co **najmniej 1 rok**,
- **schizofrenię prostą** – uznawana przez niektórych za podstawową formę schizofrenii; rozpoczyna się zwykle w dzieciństwie lub w okresie adolescencji; rzadko zdarzają się okresy

poprawy, choroba postępuje wolno, ale stale; do jej objawów należy przewlekłe utrzymująca się, przez co **najmniej 1 rok**, utrata napędu i zainteresowań, bezcelowość, bezmyślność, zaabsorbowanie własną osobą i wycofanie społeczne (postawa autystyczna), ponadto objawy negatywne oraz znaczny spadek funkcjonowania społecznego, zawodowego i wyników w nauce; w schizofrenii prostej **nie występują** omamy, pseudoomamy i urojenia,

- **schizofrenię nieodróżnicowaną** – rozpoznaje się ją, gdy obraz kliniczny zaburzenia schizofrenicznego zawiera cechy charakterystyczne dla kilku rodzajów zaburzeń schizofrenicznych.

Schizofrenia w czasie kolejnych nawrotów może zmieniać postać u tego samego pacjenta. Przykładowo, schizofrenia paranoidalna może przechodzić w schizofrenię zdeorganizowaną lub nieodróżnicowaną.

3.1.4. Rokowanie i leczenie

Lepsze rokowanie obserwuje się w schizofrenii:

- o późnym i nagłym początku,
- w czasach dobrobytu ekonomicznego, ale i w krajach Trzeciego Świata,
- w typie paranoidalnym schizofrenii,
- gdy nieobecne są objawy negatywne schizofrenii,
- gdy w rodzinie stwierdza się zaburzenia nastroju, lecz nie schizofrenię,
- w przypadku niewielkich deficytów poznawczych,
- u osób z dobrym funkcjonowaniem w okresie przedchorobowym,
- u osób z rozpoznaniem osobowości z pogranicza (*borderline*),
- przy wczesnym rozpoczęciu leczenia,
- u kobiet.

Gorsze rokowanie obserwuje się:

- przy wczesnym początku choroby (<25 r.ż.),
- u osób ze złym funkcjonowaniem w okresie przedchorobowym,
- u osób z nasilonymi objawami negatywnymi,
- kiedy współwystępują objawy obsesyjno-kompulsyjne,
- przy rodzinnym obciążeniu schizofrenią,
- gdy chory nadużywa środków psychoaktywnych,
- u mężczyzn.

W leczeniu schizofrenii wykorzystuje się leki nazywane **neuroleptykami**. Jest to **leczenie przewlekłe**, leczenie pierwszego epizodu schizofrenii powinno trwać co najmniej 2 lata, a każdego kolejnego nawrotu co najmniej 5 lat. Leczeniu farmakologicznemu towarzyszyć może psychoterapia. Ocenia się, że najlepsze rezultaty uzyskuje się w terapii poznawczo-behawioralnej.

Zupełne wyleczenie (ustąpienie wszystkich objawów) notuje się w 10–35% przypadków schizofrenii. Tak zwane wyleczenie społeczne (powrót do niezależnego życia w społeczeństwie) jest możliwe w 55–80% przypadków. Niestety, ocenia się, że ok. 10–12% osób, u których

rozpoznano schizofrenię, nie osiąga żadnej poprawy po zastosowaniu współczesnych form terapii.

3.1.5. Różnicowanie

Schizofrenię należy różnicować z innymi chorobami psychicznymi i somatycznymi, w których mogą występować objawy psychopatologiczne przypominające objawy schizofrenii. W różnicowaniu przydatny jest wywiad rodzinny i długoterminowa obserwacja pacjenta.

Schizofrenię należy różnicować z następującymi zaburzeniami psychicznymi:

- zaburzenia nastroju (afektywne): w różnicowaniu pomocne jest niedostosowanie treści urojeń i omamów z zaburzeniami nastroju w schizofrenii,
- osłupienie depresyjne: w przeciwieństwie do osłupienia katatonicznego rozwija się **wolno**, wcześniej obserwuje się zwykle **objawy zespołu depresyjnego**,
- zaburzenia schizoafektywne: w schizofrenii objawy depresyjne **nie spełniają kryteriów umiarkowanego epizodu depresyjnego** i nie współlistnieją z objawami schizofrenicznymi przez co najmniej 2 tygodnie,
- zaburzenia urojeniowe: urojenia są **usystematyzowane**, zwykle nie towarzyszą im omamy, zaburzenia afektu, formy myślenia oraz niedostosowanie społeczne i rodzinne; żeby rozpoznać zaburzenia urojeniowe wymagany jest dłuższy niż w schizofrenii okres utrzymywania się objawów, tj. **3 miesiące**,
- zaburzenia schizotypowe: zaburzenia w schizofrenii są dziwaczne, występuje ostry epizod spełniający kryteria schizofrenii; kryterium czasowe rozpoznawania zaburzeń schizotypowych wynosi **1 rok**, a nie 1 miesiąc, jak w przypadku schizofrenii,
- ostre zaburzenia psychotyczne podobne do schizofrenii – objawy rozwijają się szybko, zwykle w ciągu 2 tygodni, zwykle są poprzedzone nieprzyjemnym stresem i utrzymują się krócej niż 1 miesiąc,
- osobowość paranoiczna: w schizofrenii obserwuje się dezorganizację myślenia i afektu a jej **objawy zwykle ustępują w wyniku leczenia**,
- osobowość schizoidalna: w schizofrenii występują omamy, pseudoomamy i urojenia,
- zaburzenia typu *borderline*: w schizofrenii zaburzenia tożsamości nie występują przez całe dojrzałe życie,
- osobowość unikająca: w schizofrenii wycofanie społeczne jest zwykle wyrazem postawy autystycznej, a nie **strachu przed ludźmi**.

Również liczne **choroby somatyczne** mogą imitować objawy schizofrenii:

- **guzy mózgu** mogą powodować urojenia, omamy (często wzrokowe), jak również objawy katatoniczne: pomocna jest diagnostyka obrazowa mózgu, w schizofrenii zwykle nie obserwuje się omamów wzrokowych,
- **zwapnienie jąder podstawnych mózgu**: różnicuje wykonanie diagnostyki obrazowej,
- **krwawienie śródczaszkowe**: w wywiadzie uraz czaszki, diagnostyka obrazowa,
- **choroba Wilsona**: w schizofrenii nie stwierdza się charakterystycznych zmian w wynikach laboratoryjnych (np.: niski poziom miedzi i ceruloplazminy w osoczu, zwiększony poziom miedzi w moczu), pierścienie Kaysera-Fleishera w rogówce oraz zwiększony poziom miedzi w biopsji z wątroby,

- **porfiria**: obecność objawów charakterystycznych dla porfirii (rodzinny wywiad w kierunku porfirii, zmiany skórne, neuropatia obwodowa, epizodyczne bóle brzucha),
- **niedotlenienie mózgu, zaburzenia elektrolitowe i hipoglikemia**: pomocne są badania laboratoryjne,
- **nadczynność i niedoczynność tarczycy lub przynależność**: badanie czynności hormonalnej tych gruczołów,
- **choroba Addisona** (niedoczynność nadnerczy), choroba Cushinga (nadczynność nadnerczy), jatrogena nadczynność nadnerczy (np. w wyniku terapii sterydowej): charakterystyczne objawy zaburzeń hormonalnych i badania laboratoryjne,
- **schorzenia infekcyjne** (grypa, choroba Lyme, WZW typu C, zapalenia mózgu, kiła mózgu, AIDS): w różnicowaniu ze schizofrenią pomocne są objawy infekcji i wyniki badań laboratoryjnych,
- **choroba Creutzfeldta-Jakoba**: wiele osób, u których rozpoznano tę chorobę miało wcześniej mylnie rozpoznaną schizofrenię: w różnicowaniu pomocny jest zapis EEG i wykrycie zespołu otępiennego,
- **stwardnienie rozsiane**: we wczesnych stadiach objawy somatyczne są znikome, w różnicowaniu pomocne są badania laboratoryjne,
- **otępienie z ciałami Lewy’ego**: może przebiegać z omamami wzrokowymi, charakterystyczne są upadki i niestaje (falujące) objawy zespołu parkinsonowskiego,
- **hiperlipidozy**: różnicują badania laboratoryjne,
- **padaczka** (zwłaszcza skroniowa): różnicuje badanie EEG mózgu,
- **guzkowe zapalenie tętnic**: pomocne w różnicowaniu jest badanie rezonansem magnetycznym, w którym można uwidocznienie charakterystyczne dla tej choroby uszkodzenia naczyń,
- **zatrucie metalami ciężkimi**: w różnicowaniu pomocny jest wywiad w kierunku ekspozycji na substancje toksyczne,
- **leki**, które mogą wywoływać psychotyczne objawy niepożądane; należą tutaj kortykosteroidy (psychoza, mania), hormony anaboliczne (psychoza), lewodopa (omamy, bezsenność), leki przeciwdepresyjne (mania), interferon alfa (depresja), beta-blokery (też krople do oczu!, depresja); różnicuje wywiad w kierunku leków pobieranych przez pacjenta,
- **substancje psychoaktywne**: nie można rozpoznać schizofrenii u osoby, która aktywnie zażywa te środki,
- **niedobór witaminy B1**: może prowadzić do zespołu amnestycznego z objawami psychozy,
- **niedobór witaminy B12**: może przebiegać z nastawieniami urojeniowymi.

3.2. Zaburzenia schizotypowe (F 21)

Zaburzenia schizotypowe mają charakter przewlekły, tj. ich objawy mogą utrzymywać się przez wiele lat. Pomimo pewnych podobieństw z zaburzeniami schizofrenicznymi, zaburzenia schizotypowe są **odrębną chorobą**, niezależną od schizofrenii.

3.2.1. Patogeneza

Mechanizm powstawania zaburzeń schizoafektywnych nie jest znany. Przypuszcza się, że podobnie jak w schizofrenii do ich ujawnienia konieczna jest **podatność** na zachorowanie (prawdopodobnie genetycznie uwarunkowana) oraz zaistnienie niesprzyjających, **stresowych sytuacji środowiskowych**, które uruchamiają proces chorobowy.

Uważa się, że w zaburzeniach schizotypowych dochodzi do **zaburzeń** w aktywności układu dopaminergicznego, glutaminergicznego oraz nadaktywności lewej półkuli mózgu.

3.2.2. Epidemiologia

Ocenia się, że **częstość występowania** zaburzeń schizotypowych w społeczeństwie wynosi od 2–6%.

3.2.3. Rozpoznawanie

Zaburzenia schizotypowe opisuje się w postaci trzech wymiarów tych zaburzeń:

- wymiar pozytywny – obecność krótkotrwałych iluzji i omamów oraz dziwacznych sądów i spostrzeżeń urojeniowych,
- wymiar negatywny – brak relacji interpersonalnych, wycofanie społeczne, nieufność,
- wymiar dezorganizacyjny – zaburzenia aktywności, dziwaczność wypowiedzi i zachowań.

Klasyfikacja ICD-10 proponuje następujące kryteria rozpoznawania zaburzeń schizoafektywnych:

- chłód i obojętność emocjonalna,
- dziwaczne zachowanie lub wygląd,
- wycofanie społeczne,
- dziwaczne sądy, magiczne myślenie,
- podejrzliwość lub nastawienia urojeniowe,
- nieprzyjemne myśli o treści seksualnej, agresywnej lub dotyczące zmian kształtu ciała,
- utrzymujące się przekonanie o nieprzyjemnej zmianie świata lub własnej osoby,
- puste, bezproduktywne myślenie i filozofowanie,
- krótkotrwałe omamy lub urojenia.

Aby rozpoznać zaburzenia schizotypowe konieczne jest występowanie, co najmniej **czterech wymienionych objawów przez okres dwóch lat**.

3.2.4. Rokowanie i leczenie

Rokowanie w zaburzeniach schizoafektywnych nie jest znane i wymaga dalszych badań. W leczeniu używa się małych dawek neuroleptyków. Leczenie prowadzi się zwykle krócej, niż w przypadku schizofrenii.

3.2.5. Różnicowanie

Rozpoznając zaburzenia schizotypowe należy różnicować je z:

- **zaburzeniami schizofrenicznymi** – omamy i urojenia w zaburzeniach schizotypowych mają charakter krótkotrwały i przemijający, nie stwierdza się rozkojarzenia, objawów katatonicznych i negatywnych,
- **zaburzeniami osobowości (typu schizoidalnego)** – objawy zaburzeń schizotypowych zwykle zaczynają się po okresie dzieciństwa i dojrzewania, nie są one tak utrwalone jak cechy zaburzeń osobowości, mogą zmieniać się w czasie,
- **zaburzeniami psychicznymi na podłożu organicznym** – nie można rozpoznać zaburzeń schizotypowych, jeżeli objawy są wynikiem choroby lub uszkodzenia mózgu,
- **używanie lub zależność od substancji psychoaktywnych** – ustalenie związku pomiędzy manifestacją objawów psychopatologicznych a działaniem środków psychoaktywnych lub skutkami takiego używania (np. objawami abstynencyjnymi, majaczeniem) wyklucza rozpoznanie zaburzeń schizotypowych.

3.3. Zaburzenia urojeniowe (F 22)

Utrwalone (uporczywe) zaburzenia urojeniowe to przewlekła choroba psychiczna. Innymi określeniami zaburzeń urojeniowych są **paranoja** i **oblęd**.

3.3.1. Patogeneza

Mechanizm powstawania zaburzeń urojeniowych jest przypuszczalnie podobny do patogenety schizofrenii. Być może pewną rolę w powstawaniu tych zaburzeń ma wiek, czynniki reaktywne oraz predyspozycje osobowościowe pacjenta.

3.3.2. Epidemiologia

Częstość występowania paranoi nie przekracza 0,5% populacji ogólnej. Choroba rozpoczyna się zwykle później niż schizofrenia – pomiędzy **35–45 r.ż.**

3.3.3. Rozpoznawanie

Według kryteriów rozpoznawania zaburzeń urojeniowych z ICD-10, paranoję rozpoznaje się w przypadku **stałego występowania, przez co najmniej 3 miesiące**, dobrze uformowanych urojeń (lub jednego urojenia). Najczęściej są to urojenia prześladowcze, wielkościowe, niewiary i hipochondryczne.

Znany badacz zaburzeń urojeniowych Kendler, w zależności od rodzaju dominującego urojenia wyróżniał różne **formy paranoi**: prześladowczą, ksobną, hipochondryczną, pasożytniczą (urojenia choroby pasożytniczej), zazdrości (zespół Otella), pieniaczą, wynalazczą i reformatorską.

3.3.4. Rokowanie i leczenie

W leczeniu paranoi używa się **neuroleptyków**. Leczenie ma charakter **przewlekły**.

3.3.5. Różnicowanie

Paranoję należy różnicować ze:

- **schizofrenią** – w paranoi nie występują utrwalone halucynacje ani urojenia charakterystyczne dla schizofrenii typu urojeń wpływu i odsłonięcia,
- **depresją i manią psychotyczną** – w paranoi nie pojawiają się zmiany nastroju, a urojenia mogą nie być zgodne z nastrojem pacjenta,
- **zaburzeniami osobowości typu paranoicznego** – zaburzenia osobowości trwają, w odróżnieniu do paranoi, od dzieciństwa lub okresu dojrzewania i nie zaznaczają się w nich urojenia,
- **ostrymi zaburzeniami psychotycznymi z przewagą urojeń** – mają zwykle charakter reaktywny i trwają krócej niż 3 miesiące,
- **zaburzeniami psychotycznymi na podłożu organicznym** – różnicuje obecność organicznych zmian w mózgu, stwierdzanych w badaniu neuroobrazowym,
- **używaniem lub zależnością od substancji psychoaktywnych** – ustalenie związku pomiędzy wystąpieniem objawów psychopatologicznych a działaniem środków psychoaktywnych lub skutkami takiego używania (np. objawami abstynencyjnymi, majaczeniem) wyklucza rozpoznanie paranoi.

3.4. Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne (F 23)

Jest to grupa zaburzeń, których charakterystycznymi cechami są: **szybkie powstawanie objawów psychopatologicznych** oraz brak przewlekłego utrzymywania się objawów. Dynamika ich powstawania odróżnia je np. od schizofrenii. W zaburzeniach schizofrenicznych objawy mogą rozwijać się miesiącami lub latami, natomiast w ostrych i przemijających zaburzeniach psychotycznych jest to **okres 2 tygodni**. Zwykle objawy te mają **charakter reaktywny**, czyli poprzedza je nieprzyjemne zdarzenie stresowe. Dysfunkcje te mogą samoistnie wygasnąć, w leczeniu używane są zwykle **neuroleptyki**. Jeżeli zaburzenie ma charakter reaktywny, nie nawraca i nie wymaga przewlekłego leczenia.

Poniżej przedstawiono krótką charakterystykę najważniejszych zaburzeń z grupy F 23.

3.4.1. Ostre wielopostaciowe zaburzenia psychotyczne

Zaburzenia te można rozpoznać, kiedy oprócz szybkiej dynamiki powstawania zaburzeń **wyróżnia je**:

- obecność silnych przeżyć emocjonalnych (np. bezdennego przerażenia lub nieziemskiej rozkoszy),
- zagubienie w czasie i przestrzeni, często z błędnym rozpoznawaniem znanych wcześniej miejsc lub osób,
- ograniczenie ruchomości lub znaczny niepokój ruchowy.

Objawom tym towarzyszą **zmienne co** do treści urojenia i halucynacje.

3.4.2. Ostre zaburzenia psychotyczne podobne do schizofrenii

Jest to zwykle reaktywna psychoza, której objawy przypominają objawy charakterystyczne dla schizofrenii (patrz: rozpoznawanie schizofrenii, kryteria ICD-10). Jedyną różnicą jest krótszy czas trwania objawów, tj. **mniej niż 1 miesiąc**.

3.4.3. Ostre zaburzenia psychotyczne z przewagą urojeń

Zaburzenia te, podobnie jak omawiane wcześniej, mają zwykle charakter reakcji paranoicznej na doznawaną nieprzyjemną sytuację stresową. Objawy utrzymują się krócej niż w przypadku utrwalonych zaburzeń urojeniowych, tj. **mniej niż 3 miesiące**.

3.5. Indukowane zaburzenia urojeniowe (F 24)

Zaburzenia z grupy F 24 nazywane są również **oblędem udzielonym**. Powstają one w sytuacji, kiedy osoba z zaburzeniami schizofrenicznymi, schizotypowymi lub urojeniowymi przekazuje swoje objawy psychotyczne **zdrowej osobie**. Takiej indukcji objawów sprzyja zwykle sytuacja **izolacji** od świata i innych osób, **przewaga** intelektualna osoby indukującej oraz **silny związek uczuciowy** lub **więź emocjonalna** pomiędzy osobą indukującą i indukowaną. Objawy u osoby indukowanej mogą wygasnąć po rozdzieleniu tych osób, utrzymywać się lub nawet zmienić postać i rozwinąć się. W leczeniu stosuje się neuroleptyki.

3.6. Zaburzenia schizoafektywne (F 25)

Zaburzenia schizoafektywne to choroba psychiczna, w której przynajmniej przez 2 tygodnie objawy **schizofrenii** i **depresji**, **hipomanii** lub **manii** występują **jednocześnie**. Ważne jest, iż objawy depresji muszą być przynajmniej na poziomie **umiarkowanego epizodu depresji**.

U większości osób choroba ma przebieg wielopostaciowy, czyli objawom schizofrenii towarzyszą każdego rodzaju zaburzenia nastroju (patrz: rozpoznawanie zaburzeń nastroju). Częstość występowania jest mniejsza niż schizofrenii, częściej chorują kobiety. Ocenia się, że około 30–40% osób cierpiących na zaburzenia schizoafektywne popełnia **samobójstwo**.

PYTANIA

1. Urodzenie się, w których miesiącach roku daje ryzyko zachorowania na schizofrenię?
2. Jakie jest rokowanie u chorego na schizofrenię, u którego stwierdzono zmiany organiczne w mózgu?
3. Jakie jest ryzyko śmierci samobójczej w populacji chorych na schizofrenię?
4. Jaki jest najczęstszy typ schizofrenii?
5. Żeby rozpoznać schizofrenię katatoniczną jej objawy muszą utrzymywać się przez okres.....

PIŚMIENNICTWO

- [1] Bilikiewicz A.: Psychozy schizofreniczne. [w:] Psychiatria. Bilikiewicz A. (Red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, 233–255.
- [2] Kostowski W.: Leki neuroleptyczne. [w:] Psychofarmakologia doświadczalna i kliniczna. Kostowski W., Pużyński S. (Red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996, 144–161.
- [3] Kostowski W.: Perspektywy badań nad lekami przeciwpsychotycznymi. [w:] Neuropsychofarmakologia dziś i jutro. Bijak M., Lason W. (Red.). Instytut Farmakologii PAN, Kraków 2000, 55–70.
- [4] Lipska B.K.: Using animal models to test a neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia, J Psychiatry Neurosci 2004;29:282–285.

- [5] *Rzewuska M.*: Podstawy leczenia schizofrenii. Farmakoterapia Psych. Neurol. 1997, 2, 27–96.
- [6] *Wolfarth S., Ossowska K.*: Farmakologia leków przeciwpsychotycznych. [w:] Neuropsychofarmakologia dziś i jutro. Bijak M., Lason W. (Red.). Instytut Farmakologii PAN, Kraków 2000, 9–26.

4. Zaburzenia nastroju

Krzysztof Kucia

W rozdziale omówiono: epizod depresyjny, uwzględniając takie zagadnienia, jak: etiologia, klasyfikacja, obraz kliniczny, depresje maskowane, przebieg, trudności diagnostyczne, zasady leczenia, epizod maniakalny, dystymia, diagnostyka różnicowa.

4.1. Zaburzenia nastroju

Obejmują grupę zaburzeń psychicznych, charakteryzujących się patologicznymi zmianami nastroju, napędu psychoruchowego, emocji i regulacji rytmów biologicznych. Tworzą ją: epizod depresyjny (depresja), epizod maniakalny (mania) oraz dystymia. Przebieg zaburzeń nastroju jest zazwyczaj nawrotowy. U niektórych chorych obserwuje się nawroty o obrazie depresji i manii (zaburzenia afektywne dwubiegunowe, wg ICD-10 F 31), u innych powtarzają się wyłącznie depresje (zaburzenia depresyjne nawracające F 33 wg ICD-10).

4.2. Depresja

Termin „depresja” czy też „depresje” jest dość powszechnie używany, można wręcz odnieść wrażenie, że jest to jedno z ulubionych określeń ostatnich lat. Jego znaczenie można pojmować dwojako. Potocznie używa się słowa „depresja” na określenie każdego rodzaju obniżonego nastroju, gorszego samopoczucia, przygnębienia czy smutku, jednak całkowicie abstrahując od przyczyn takiego stanu rzeczy. Natomiast w psychopatologii termin „depresja” pozostaje zarezerwowany dla szczególnego rodzaju zaburzeń nastroju i emocji, mianowicie takich, które można uznać za zjawisko chorobowe. W rzeczywistości trudno niejednokrotnie wskazać ostrą granicę pomiędzy tradycyjnym przygnębieniem a depresją pojmowaną jako choroba. Innymi słowy, precyzyjne rozgraniczenie tych dwóch sytuacji czasem nie jest proste, choć na ogół możliwe. Dokładny opis objawów depresji, rozumianej jako zjawisko chorobowe, przedstawiono w dalszej części opracowania. W odniesieniu zaś do zwykłych stanów przygnębienia najogólniej można powiedzieć, że trwają one krócej, obniżenie nastroju jest mniej nasilone, nie występują specyficzne zaburzenia snu (spłycenie snu i wczesne budzenie się) ani charakterystyczne okołodobowe wahania nastroju.

4.2.1. Przyczyny i klasyfikacja

Można się spotkać z dwojakim podejściem do zagadnienia klasyfikacji przyczyn depresji. W psychiatrii europejskiej dąży się do wyodrębnienia i opisywania charakterystyki klinicznej różnych stanów depresyjnych w zależności od ich przyczyny. Jest to więc podejście nozologiczne. Nieco inaczej rozwiązują ten problem niektórzy psychiatrzy amerykańscy. Traktują oni zaburzenia depresyjne bardziej całościowo, wychodząc z założenia, że są one spowodowane wieloma nakładającymi się i wchodzącymi ze sobą w różne związki przyczynami. Psy-

chiatrzy ci koncentrują się na dokładnym określeniu kryteriów diagnostycznych, a ich podejście można nazwać unitarystycznym. Oba prezentowane podejścia mają swoje wady i zalety.

Warto jednak pamiętać o tym, że nierzadko zdarza się współistnienie dwóch, a nawet wielu czynników przyczynowych u jednego pacjenta. Wydaje się jednak, że sama identyfikacja depresji jest istotniejsza niż jej przyporządkowanie do odpowiedniej grupy nozologicznej.

Kliniczny obraz depresji nie pozostaje w ścisłej zależności z domniemanymi czy rzeczywistymi jej przyczynami. Przykładowo, badając pacjenta, u którego stan depresyjny wystąpił w związku ze śmiercią osoby bliskiej, lekarz często nie jest w stanie określić wyłącznie na podstawie obrazu klinicznego, czy jest to depresja w przebiegu reakcji żałoby, czy depresja typu endogennego, jeśli nie dysponuje odpowiednim zasobem wiedzy i informacjami dotyczącymi okoliczności oraz przebiegu choroby. Z drugiej strony, znajomość ewentualnych przyczyn depresji ma znaczenie prognostyczne, bowiem reakcja żałoby zazwyczaj przemija bezpowrotnie, natomiast w przypadku depresji endogennej prawdopodobieństwo nawrotu pozostaje wysokie.

Podsumowując, można stwierdzić, iż potoczne znaczenie terminu „depresja” nie pokrywa się często ze znaczeniem, jaki ten termin ma dla lekarza. Depresja nie jest synonimem przemijającej i krótkotrwałej chandry lub przygnębienia. Przyczyny niektórych stanów depresyjnych są znane, innych nie do końca wyjaśnione. Wreszcie klasyfikacja zaburzeń depresyjnych może mieć za punkt wyjścia znane lub przypuszczalne ich przyczyny, może się też opierać na szczegółowych kryteriach diagnostycznych, bez uwzględniania przyczyn.

4.2.2. Obraz kliniczny

Nie istnieje obiektywna, jak w przypadku chorób somatycznych, metoda diagnozowania depresji. Wyniki badań dodatkowych posiadają wyłącznie znaczenie pomocnicze bądź naukowe. Zatem najważniejsza rola w procesie diagnostycznym przypada badaniu psychiatrycznemu, które polega nie tylko na uważnym wysłuchaniu skarg pacjenta i zadawaniu ukierunkowanych pytań, lecz także na wnikliwej obserwacji chorego. Innymi słowy, ważne jest nie tylko to, co pacjent mówi, ale także jak się wypowiada i jak się zachowuje.

Rozpoznanie depresji polega na stwierdzeniu obniżonego nastroju, a także wielu innych objawów choroby. Przygnębienie, smutek, cierpienie są cechami ważnymi, ale nie wystarczają jeszcze do rozpoznania depresji jako stanu chorobowego.

Według obowiązującej klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, będącej od 1996 r. w Polsce klasyfikacją urzędową, objawy depresji dzielą się na podstawowe i dodatkowe.

Do podstawowych objawów zaliczono:

1. Nastrój obniżony przez większą część dnia i prawie każdego dnia.
2. Utratę zainteresowań lub zadowolenia w zakresie aktywności, które zwykle sprawiają przyjemność.
3. Zmniejszoną energię lub zwiększoną męczliwość.

Objawy dodatkowe to:

1. Utrata wiary w siebie i poczucia własnej wartości.
2. Nieracjonalne poczucie winy.
3. Nawracające myśli o śmierci lub samobójstwie.
4. Skargi na problemy z pamięcią i koncentracją uwagi.

5. Zmiana aktywności (spowolnienie lub niepokój).
6. Zaburzenia snu.
7. Zmiany łaknienia (wzrost lub spadek) wraz z odpowiednią zmianą masy ciała.

Do rozpoznania niezbędne jest stwierdzenie minimum dwóch objawów podstawowych oraz dwóch dodatkowych, które powinny się utrzymywać przez okres co najmniej dwóch tygodni.

4.3. Depresje maskowane

U znacznej liczby osób z zaburzeniami depresyjnymi obraz kliniczny wyraźnie odbiega od tego, który został powyżej zaprezentowany jako typowy. Poszczególne objawy i cechy charakterystyczne dla depresji wykazują niewielkie nasilenie, zdarza się, że na pierwszy plan obrazu klinicznego wysuwają się jeden lub dwa dominujące objawy, które są zgłaszane przez chorego jako podstawowy problem zdrowotny. Dokładne badanie zwykle pozwala na stwierdzenie u takich pacjentów istotnych objawów epizodu depresyjnego. Takie nietypowe zespoły depresyjne noszą nazwę „depresji maskowanej”, (ponieważ zespół depresyjny ulega maskowaniu przez inne objawy) lub „ekwiwalentu depresji”, (ponieważ zamiast typowej depresji pojawia się inny objaw lub cecha). Pacjenci cierpiący z powodu depresji maskowanej zdecydowanie częściej zgłaszają się do lekarzy pierwszego kontaktu i lekarzy innych specjalności niż do psychiatry.

Zaburzenia snu są chyba najczęstszą „maską” depresji, z powodu której chorzy zwracają się do lekarza. Zazwyczaj jest to bezsenność, a raczej znaczne skrócenie snu z wczesnym porannym budzeniem się. Sporadycznie zdarza się także nadmierna senność. Niewłaściwe rozpoznanie takiego stanu bywa przyczyną długotrwałego stosowania leków nasennych, która to kuracja nie przynosi efektu terapeutycznego w depresji oraz często prowadzi do uzależnienia.

Częstą maską depresji są także zespoły lękowe. Depresja maskowana lękiem przypomina zaburzenie nazywane nerwicą lękową i bywa również nieskutecznie leczona lekami uspokajającymi.

Trzecia grupa masek depresji to różnorodne zespoły bólowe, m.in. bóle głowy (zgłaszane również w typowej depresji), bóle z zakresu unerwienia niektórych nerwów, jak trójdzielnego czy kulszowego.

Maskujące depresję dolegliwości natury somatycznej dotyczą najczęściej układu krążenia lub przewodu pokarmowego. Pacjenci z takimi objawami bardzo późno trafiają do psychiatry, odwiedzając uprzednio specjalistów z innych dziedzin medycyny, przechodząc wiele, często bolesnych, nieprzyjemnych, a do tego kosztownych badań, a czasem nawet niepotrzebnych zabiegów chirurgicznych.

4.3.1. Przebieg

Depresja występująca w przebiegu nawracających zaburzeń afektywnych może się rozpocząć w każdym momencie życia. Najczęściej pierwszy epizod pojawia się w wieku dwudziestu kilku lub trzydziestu kilku lat. Objawy choroby stopniowo narastają w ciągu kilku dni lub kilku tygodni. Zazwyczaj pacjenci oraz członkowie ich rodzin potrafią odróżnić okres przedchorobowy od okresu po zachorowaniu, relacjonując znaczną zmianę wyglądu i zachowania („to nie ten człowiek”). Może się również zdarzyć, iż pacjent w depresji uważa, że „tak było zawsze”. Takie twierdzenie osoby chorej może być spowodowane rzutowaniem wstecz obecnej oceny, wynikającym z depresyjnego stylu myślenia. Opinia członków rodziny w takich przypadkach wyraźnie odbiega od oceny samego pacjenta.

U niektórych osób zaznacza się pojedynczy epizod depresji, po którym następuje pełna remisja i powrót do podobnego poziomu funkcjonowania, jaki charakteryzował osobę przed zachorowaniem. Jednak u przynajmniej połowy pacjentów pojawiają się kolejne nawroty choroby. Częstość ich występowania może być różna; niekiedy poszczególne rzuty choroby są oddzielone wieloma latami dobrego samopoczucia i satysfakcjonującego funkcjonowania, kiedy indziej kolejne depresje pojawiają się coraz częściej, a czas trwania okresów remisji pomiędzy nimi skraca się do kilku miesięcy.

Badania wskazują, że większość nieleczonych epizodów depresyjnych trwa do 24 miesięcy. Jednak u 5 do 10% chorych epizod depresyjny może wydłużać się ponad okres 2 lat. Ustąpienie objawów jest najczęściej całkowite, ale u co czwartego lub piątego pacjenta poprawa może być częściowa. Wyniki badań wskazują, że jeśli objawy w pełni nie ustępują, to po pierwsze wyższe jest prawdopodobieństwo pojawienia się kolejnego nawrotu choroby, po drugie leczenie podtrzymujące należy prowadzić dłużej, wzrasta także potrzeba łącznego stosowania farmakoterapii i psychoterapii.

Epizody depresyjne trwają zazwyczaj dłużej u kobiet. Za czynniki ryzyka długotrwałości epizodu depresyjnego wśród żeńskiej części populacji uznaje się starszy wiek, niższy poziom wykształcenia oraz niestabilną sytuację małżeńską.

W grupie mężczyzn powyższe czynniki nie wydają się wywierać istotnego wpływu na czas trwania epizodu depresji.

4.3.2. Trudności w rozpoznawaniu

Jak wynika z badań amerykańskich, wśród 4 chorych z depresją aż 3 w okresie nawrotu spotyka się z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej i tylko u jednego lekarz jest w stanie rozpoznać depresję. Lekarze pierwszego kontaktu nie są w stanie postawić prawidłowego rozpoznania depresji u 50–70% chorych, u których ona występuje. Obserwacje prowadzone w innych krajach również dowodzą, że tylko jeden chory spośród czterech z wyraźnymi objawami depresyjnymi, którzy zgłaszają się do lekarzy pierwszego kontaktu, jest identyfikowany jako osoba chora wymagająca pomocy.

Za przyczyny tej sytuacji można uznać niezadowalający poziom wiedzy z zakresu psychiatrii klinicznej oraz dość częstą atypowość obrazu klinicznego zaburzeń depresyjnych, z którymi spotyka się lekarz pierwszego kontaktu. Bywają to nierzadko zaburzenia o nasileniu subklinicznym, atypowe, maskowane objawami somatycznymi, zaburzenia dystymiczne czy też zaburzenia poprzedzane różnorodnymi wydarzeniami życiowymi. Osobnym problemem pozostaje rozpoznawanie zaburzeń depresyjnych u osób w wieku podeszłym, u których trudności diagnostyczne mogą okazać się jeszcze większe niż u osób w wieku średnim. Odróżnienie zaburzeń funkcji poznawczych (zwłaszcza otępienia o łagodnym nasileniu) od zaburzeń depresyjnych może nastręczać sporo trudności.

Najczęściej popełniane błędy w zakresie diagnostyki zaburzeń depresyjnych dotyczą:

- nieodróżniania depresji od zaburzeń somatyzacyjnych (często rozpoznawana jest „hipochondria”, „nerwica”),
- nieodróżniania depresji od zaburzeń lękowych,
- nieodróżniania zaburzeń otępiennych i depresyjnych,
- pomijania depresji w przypadku stwierdzenia uzależnienia od alkoholu czy leków,
- traktowania obserwowanych u pacjenta zaburzeń nastroju i zgłaszanych dolegliwości jako naturalnych reakcji na wydarzenia życiowe.

4.3.3. Leczenie

Opinie na temat właściwego miejsca leczenia bywają odmienne. Niektórzy są zdania, że to właśnie lekarz rodzinny powinien leczyć depresję, inni, że powinien on kierować takich pacjentów do psychiatry. W praktyce, wobec znacznej liczby chorych na depresję, trzeba uznać, że w przypadku niebudzących wątpliwości diagnostycznych zaburzeń o lekkim i umiarkowanym nasileniu, właściwe jest prowadzenie leczenia przez lekarza pierwszego kontaktu. W sytuacji depresji ciężkich lub wystąpienia powikłań, niezależnie od ciężkości nasilenia samej depresji, pacjenta należy kierować do lekarza psychiatry. W razie trudności diagnostycznych zawsze zalecane jest skorzystanie z konsultacyjnej pomocy psychiatry.

Należy jednak pamiętać o tym, że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej powinien schorzenie rozpoznać i prawidłowo ocenić jego nasilenie. Jest to tym bardziej istotne, jeśli weźmie się pod uwagę, że depresja powoduje znaczne upośledzenie funkcjonowania rodzinnego, społecznego i zawodowego, w dużej mierze porównywalne z tym, którego przyczyną są ciężkie i przewlekłe choroby somatyczne, jak choćby choroby układu oddechowego czy układu krążenia. Dodatkowym problemem jest wysokie ryzyko samobójstwa w grupie pacjentów depresyjnych, szacowane nawet na 25%. Tymczasem prawidłowo rozpoznana depresja jest zazwyczaj chorobą uleczalną. Wiadomo, że skuteczność terapii jest tym większa, im wcześniej zostanie wdrożona, a mniej skuteczna, gdy depresja stanie się przewlekła. Zatem wczesne rozpoznanie choroby jest niezwykle istotne w kontekście skuteczności leczenia i rokowania.

Istotnym problemem, związanym z udzielaniem pomocy chorym na depresję jest również jakość leczenia. Często leki przeciwdepresyjne stosowane są nieprawidłowo. Dotyczy to zarówno wyboru preparatu, wysokości dawki oraz czasu jej stosowania. Dawki leków przeciwdepresyjnych bywają zbyt niskie i nie mieszczą się w tzw. oknie terapeutycznym, nadto leki są stosowane przez zbyt krótki okres, nierzadko w niewłaściwych zestawieniach z innymi. Pospolitym zjawiskiem jest polipragmazja. Można więc stwierdzić, że w odniesieniu do sporej grupy chorych z zaburzeniami depresyjnymi występuje zjawisko „niedoleczenia”.

Łącznie z farmakoterapią wskazane jest prowadzenie psychoterapii, zwłaszcza w depresjach, w których czynnikiem je podtrzymującym są problemy natury psychologicznej, u pacjentów z nieprawidłową osobowością, chorych źle współpracujących czy też w depresjach o przewlekłym przebiegu. Wśród metod psychoterapii depresji szczególną rolę odgrywa terapia poznawcza (kognitywna), której celem jest wypracowanie nowych struktur poznawczych, czyli zmiany ugruntowanego i charakterystycznego dla osób cierpiących na depresję sposobu myślenia o sobie i otaczającym świecie, co często wiąże się z brakiem widocznego efektu terapeutycznego.

4.4. Mania

Zespół maniakalny jest w znacznym stopniu przeciwieństwem depresji. Obejmuje grupę objawów podstawowych, do których zalicza się:

- 1) zaburzenie podstawowego nastroju (nastrój maniakalny),
- 2) zaburzenie napędu psychoruchowego (podniecenie maniakalne),
- 3) zaburzenie wielu procesów fizjologicznych i metabolicznych oraz rytmów biologicznych.

Podobnie jak w zespole depresyjnym, do objawów podstawowych dołączają się u niektórych chorych liczne objawy i cechy wtórne.

Nastrój maniakalny charakteryzuje stałe wzmożenie samopoczucia, przeżywane jako stan zadowolenia, radości, szczęścia z beztroską, skłonnością do żartów i brakiem dostosowanych reakcji emocjonalnych na przykre wydarzenia. W bardziej nasilonych stanach maniakalnych dobre samopoczucie i pogodny nastrój mogą ustąpić miejsca nastrójowi gniewliwemu, zwa-

nemu dysforią. Stanowić może ona podstawowy nastrój chorych, może też współistnieć z nastrojem maniakalnym i ujawniać się w określonych sytuacjach, zwłaszcza wtedy, gdy chory napotyka przeszkody w realizacji swoich planów i zamierzeń. Dysforia jest u tych osób przyczyną licznych konfliktów z otoczeniem oraz zachowań agresywnych.

Myślenie osoby dotkniętej manią jest istotnie przyspieszone, kojarzenie odbywa się szybciej, jednak upośledzona jest precyzja rozumowania. Czasami może pojawić się gonitwa myśli, doprowadzając do porozrywania związków pomiędzy nimi. W nasilonych stanach maniakalnych kojarzenie odbywa się na zasadzie przypadkowego podobieństwa słów czy dźwięków. Duża przerzutność uwagi (wszystko, co wydarza się w otoczeniu wzbudza przelotne zainteresowanie) nasila zaburzenia myślenia, które stają się zupełnie nieproduktywne. Przejawem opisanych zaburzeń jest wielomówność połączona z przyspieszonym tempem wypowiedzi, niekiedy bardzo znacznym, zwanym wtedy słowotokiem.

Pamięć w łagodnych stanach hipomanii zazwyczaj jest sprawna, może nawet poprawić się w zakresie odtwarzania dawnych śladów pamięciowych, podobnie jak zdolność przyswajania nowego materiału, jednak przyspieszenie myślenia i odwracalność uwagi często uniemożliwiają użyteczne wykorzystanie poprawy procesów pamięciowych.

Niemal zawsze obserwuje się nasilenie aktywności ruchowej. Towarzyszy jej poczucie nie-
spożytej energii oraz brak męczliwości. W stanach podniecenia maniakalnego może pojawiać się gwałtowne czy bezładne podniecenie ruchowe.

Do typowych zaburzeń rytmów biologicznych należą zaburzenia rytmu snu i czuwania w postaci wyraźnego skrócenia długości snu nocnego i wczesnego budzenia się. Czasami obserwuje się całkowitą bezsenność.

Opisane pierwotne cechy epizodu maniakalnego powodują wtórne następstwa w sferze myślenia, zachowania i działania chorych. Pojawia się zawyżona, bezkrytyczna ocena własnych możliwości oraz niedostrzeganie przeszkód w realizacji najtrudniejszych działań. U części chorych zaburzenia samooceny noszą znamiona urojeń wielkościowych. Są to m.in. przekonania o dużych uzdolnieniach, możliwościach lub doskonałym stanie zdrowia. Bywają one źródłem działań reformatorskich czy wynalazczych. Większość takich wielkościowych urojeń to przelotne, niekonsekwentne w treści, nierzadko absurdalne sądy wypowiedziane *ad hoc* w zależności od sytuacji, w której znajduje się dana osoba. Chorzy, którzy napotykają przeszkody w realizacji swoich dążeń, wypowiadają urojenia ksobne i prześladowcze.

Typowa jest aktywność takich osób. Ujawniają oni wiele powierzchownych zainteresowań, podejmują liczne inicjatywy i pochopne działania, nie doprowadzając ich z reguły do końca. Snują plany usprawnień lub niekiedy radykalnych zmian otaczającego świata i nie licząc się z realiami, dążą do natychmiastowej realizacji swoich planów. Napotykając przeszkody ze strony otoczenia, reagują gniewem, rozdrażnieniem, agresją słowną bądź czynną. Nawiązują liczne przypadkowe i powierzchowne znajomości. Działania są zwykle mało przemyślane. Są to np. zupełnie zbędne zakupy, przypadkowe podróże, niekiedy życiowo ważne decyzje, np. dotyczące rozvodu lub małżeństwa. Pospolitym zjawiskiem jest wzmożenie popędu płciowego i liczne, przypadkowe kontakty seksualne oraz nadużywanie alkoholu.

4.5. Dystymia

W nowoczesnych wersjach klasyfikacji diagnostycznych (ICD-10 F 34 oraz DSM-IV) jako dystymię określa się przewlekłe obniżenie nastroju (utrzymujące się co najmniej 2 lata), nie spełniające kryteriów nawracających zaburzeń depresyjnych o łagodnym lub umiarkowanym nasileniu.

Chorzy cierpiący z powodu dystymii przeżywają krótkie okresy (dni, rzadziej tygodnie) zupełnie dobrego samopoczucia, jednak przez większość czasu czują się zmęczeni, przygnębieni

i smutni. Mogą wprawdzie pracować zawodowo i funkcjonować rodzinie oraz społecznie, lecz sprawia im to spory kłopot, gdyż wymaga znacznego wysiłku. W przeszłości stany takie najczęściej określano jako „nerwicę depresyjną” lub „depresję nerwicową”. Dane pochodzące z obserwacji przeprowadzonych w wielu krajach wskazują, że dystymia występuje u około 3% populacji ogólnej. Zaburzenia tego typu są częstsze u kobiet, rzadziej pojawiają się u osób w wieku podeszłym.

Wśród znacznej grupy chorych (do 77%) dystymia współwystępuje z innymi zaburzeniami psychicznymi, takimi jak: zaburzenia osobowości, depresje, zaburzenia lękowe, uzależnienie od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

W leczeniu przydatne są leki przeciwdepresyjne, jednak ich skuteczność jest ograniczona.

4.5.1. Rozpoznanie różnicowe

Jeśli stwierdza się omamy lub urojenia, należy rozważyć ostre wielopostaciowe zaburzenia psychotyczne lub psychozę schizoafektywną.

Jeśli obecny epizod jest spowodowany organicznym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, należy rozpoznać organiczne zaburzenie nastroju.

Jeśli w wywiadzie zgłaszano epizody manii lub hipomanii, to oznacza, że stwierdzany obecnie epizod depresyjny występuje w przebiegu dwubiegunowych zaburzeń afektywnych.

Jeśli ma miejsce intensywne używanie alkoholu bądź innych substancji psychoaktywnych, należy rozważyć zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych.

Niektóre leki również mogą wywoływać objawy depresji (np. beta-adrenolityki, inne leki hipotensyjne, blokery receptorów H_2 , doustne leki antykoncepcyjne, kortykosteroidy).

PYTANIA

1. Jak długo trwać musi zaburzenie nastroju, by spełnić kryterium czasu dla dystymii?
2. Opisz znane ci maski depresji.
3. Wymień przynajmniej 2 z 3 podstawowych objawów epizodu depresyjnego.
4. Czy depresja może współwystępować ze schizofrenią?
5. Jakie jest zagrożenie samobójstwem w depresji?

PIŚMIENNICTWO

- [1] Bilikiewicz A. (Red.): Psychiatria dla studentów medycyny, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.
- [2] Bilikiewicz A., Pużyński St., Rybakowski J., Wciórka J. (Red.): Psychiatria, t. I, Wydawnictwo Medyczne – Urban i Partner, Wrocław 2002.
- [3] Pużyński St. (Red.): Leksykon psychiatrii, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993.

5. Zaburzenia lękowe

Maciej Matuszczyk

W rozdziale przedstawiono zaburzenia lękowe, które nazywane są też nerwicowymi, a stanowią jeden z częstszych problemów zdrowotnych współczesnego społeczeństwa. Podstawowym ich objawem jest lęk, który może występować w przebiegu różnych chorób psychicznych i somatycznych. Przejawia się on jako poczucie niepokoju, zagrożenia, które zwykle nie ma obiektywnego uzasadnienia. Uczuciu temu towarzyszą charakterystyczne objawy somatyczne, będące efektem pobudzenia układu wegetatywnego. Odczuwanie lęku utrudnia funkcjonowanie, poprzez wywoływanie dyskomfortu, trudności w relacjach międzyludzkich czy niemożności podejmowania aktywności złożonej.

5.1. Przyczyny powstawania zaburzeń lękowych

5.1.1. Psychologiczne przyczyny lęku

Podwaliny pod dzisiejsze rozumienie lęku położył Zygmunta Freud i jego badania nad psychoanalizą. Temat ten był później rozwijany przez jego kontynuatorów, co powodowało pojawianie się kolejnych teorii psychoterapeutycznych. Traktują one w różny sposób niektóre aspekty lęku: jego źródła, etapy rozwoju człowieka, w których sposób reagowania lękiem jest kształtowany oraz tym, co modyfikuje przeżywanie objawu i sposób radzenia sobie. Wszystkie teorie są zgodne co do tego, że reagowanie lękiem jest tendencją wrodzoną i dotyczy każdego człowieka. Sposób przeżywania lęku jest natomiast charakterystyczny dla konkretnego osobnika.

Poszczególne teorie podają różne przyczyny lęku

1. W myśl teorii psychoanalitycznej do podstawowych przyczyn objawów należą konflikty między dążeniami popędowymi, a normami moralnymi w danej grupie. Starcie popędów (id) i norm (superego) generuje wypadkową (ego), która utrzymuje dynamiczną równowagę w konkretnej rzeczywistości, poprzez budowanie mechanizmów obronnych. Osobowość jest zestawem regulatorów myślenia i zachowania w różnych sytuacjach, odpowiada za sposób radzenia sobie z lękiem. Jest ona kształtowana w ciągu pierwszych 5–6 lat życia. Powoduje to, że okres dzieciństwa jest wg interpretacji psychoanalitycznych decydującym dla dalszego rozwoju człowieka. Następcy Freuda zwracali uwagę na znaczenie samooceny, w sensie dynamicznej równowagi w zakresie siły i słabości. Zwracano uwagę na znaczenie oddziaływań rodziców w okresie wczesnego dzieciństwa, kwestii utraty obiektu miłości, wpływu na system wartości osobnika poprzez narzucanie norm otoczenia. Te wszystkie elementy powodują pojawienie się konfliktu. Ten nie jest rozwiązany bezpośrednio, lecz łagodzony przez budowanie mechanizmów obronnych, co generuje lęk.
2. Teorie behawioralne, które powstały w związku z badaniami nad zwierzętami (m.in. Pawłowa), powstawanie lęku wiąże z warunkowaniem klasycznym (proste reakcje bodziec-reakcja), co powoduje postępujące wiązanie sytuacji nierodzących lęku z przeżywaniem tego uczucia. W warunkowaniu instrumentalnym zachowanie jest kształtowane poprzez

zastępowanie prostego związku bodziec lękotwórczy – uczucie lęku, wytworzeniem związku warunkowego: emocja – przeżywanie lęku (np. unikanie sytuacji neutralnych, w których pojawia się objaw).

3. Teorie poznawcze widzą przyczyny lęku m.in. w błędnych interpretacjach wyuczonych w trakcie nabywania doświadczeń podczas rozwoju osobniczego. Powoduje to nadmierne uogólnianie, spolaryzowanie myślenia, wnioskowanie na podstawie zbyt małej ilości informacji, nadmierne odnoszenie do siebie wydarzeń neutralnych. Pojawia się lęk przed utratą kontroli (np. omdleniem, przewróceniem się).

5.1.2. Biologiczne podłoże lęku

Badania nad biologicznymi przyczynami lęku związane są z odkryciem przeciwłękowego działania niektórych leków. W powstawaniu lęku mają swoją rolę następujące układy:

1. GABA-ergiczny. (GABA kwas gamma-aminomasłowy) jest głównym neuroprzekaźnikiem hamującym w mózgu. Poprzez ten układ działają m.in. benzodiazepiny.
2. Limbiczny (jądra migdałowe i hipokamp) pośredniczy w powstawaniu reakcji na stres.
3. Serotonergiczny odpowiada za nabyte sposoby reakcji unikania zagrożenia (odruchy warunkowe).
4. Noradrenergiczny odpowiada za pobudzenie układu autonomicznego i podwyższenie czujności w reakcji na zagrożenie.

5.2. Epidemiologia

Szacuje się, że ok. 10–15% populacji przejawia zaburzenia lękowe. Mogą mieć formę pierwotną lub wtórną, czyli występować w przebiegu różnych schorzeń psychiatrycznych, somatycznych, neurologicznych, czy na skutek leczenia tych chorób. Większość osób z tego typu zaburzeniami nie trafia do psychiatry, lecz do lekarzy innych specjalności, co jest związane z dominacją somatycznych objawów lęku (np. dolegliwości ze strony układu krążenia, pokarmowego czy nerwowego).

Obserwowana jest tendencja do rodzinnego występowania zaburzeń lękowych (rzędu 15%). Jednak wydaje się, że przyczyny tego stanu leżą raczej w uwarunkowaniach psychospołecznych niż genetycznych. Tym bardziej, że nie znaleziono genetycznych markerów poszczególnych zaburzeń lękowych.

5.3. Klasyfikacja

Zaburzenia lękowe znalazły swoje miejsce w rozdziale *Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną* (F 40-F 48) klasyfikacji ICD-10.

5.3.1. Lęk napadowy (paniczny)

- Nawracające napady paniki:
 - lęk przed upadkiem, utratą kontroli, śmiercią czy chorobą psychiczną,
 - nasilone objawy wegetatywne (kołatania serca, duszność, zawroty głowy,) hiperwentylacja, drżenia kończyn.

- „Lęk przed lękiem” – obawa przed ponownym napadem, unikanie sytuacji lękotwórczych (agorafobia).
- Czas trwania: od kilku minut do 1 godziny (zwykle kilka minut).
- Przebieg:
 - spontaniczny (bez uchwytniej przyczyny kolejnych napadów) lub z agorafobią (w sytuacjach czy miejscach, z których szybkie wydostanie się może być utrudnione i gdy nie ma nikogo bliskiego w pobliżu),
 - w związku z tym, że objawy mogą wskazywać na ostry incydent kardiologiczny pacjenci zwykle trafiają najpierw do lekarza rodzinnego czy kardiologa; po wykluczeniu przyczyn somatycznych są kierowani do psychiatry.
- Różnicowanie:
 - zaburzenia psychiczne: lęk uogólniony, fobie, zaburzenia somatyzacyjne, afektywne, psychotyczne czy spowodowanych uszkodzeniem OUN,
 - zaburzenia somatyczne: nadczynność tarczycy, hipoglikemia, guz chromochłonny nadnerczy, wypadanie płotka zastawki mitralnej, tężyczka, choroba niedokrwienna serca.

5.3.2. Zaburzenia lękowe uogólnione

- Przewlekły, trwający miesiącami, uporczywy i uogólniony lęk, który występuje bez związku z sytuacją.
- Objawy:
 - psychiczne: niepokój, nieokreślone uczucie lęku, nadmierne obawy dotyczące własnej osoby i bliskich,
 - objawy towarzyszące: zaburzenia snu (zwykle trudności z zasypianiem, nocne koszmary), koncentracji uwagi, napięciowe dolegliwości bólowe: głowy, grzbietu i kończyn; mogą współwystępować napady lęku oraz wtórne uzależnienie od leków uspokajających.
- Różnicowanie
 - zaburzenia psychiczne: depresja, objawy prodromalne schizofrenii, otępienie, uzależnienie od leków czy alkoholu (w przebiegu zespołu abstynencyjnego, próba wyłudzenia leku),
 - choroby somatyczne: nadczynność i niedoczynność tarczycy, hipoglikemia, guz chromochłonny nadnerczy, lęk związany z ciężką chorobą własną lub osoby bliskiej.

5.3.3. Fobie

Nieuzasadnione obawy przed określoną sytuacją, kontaktem z ludźmi, zwierzętami, chorobami itd. Cechą charakterystyczną jest to, że zwykle stresor jest nieadekwatny do wywołanych objawów, a ponadto u innych zdrowych osób nie wywołuje takich symptomów jak u pacjenta. Można wyróżnić:

- agorafobia – lęk przed miejscami czy sytuacjami, z których wyjście może być trudne (np. w kościele, w kolejce w sklepie itd.); zwykle obecność osoby bliskiej łagodzi nasilenie objawów,
- fobia społeczna – obawa przed wystąpieniami publicznymi, nieodpowiednim zachowaniem, kompromitacją, swojej osoby,

- fobie specyficzne (swoiste, izolowane):
 - zwierząt (pająki, węże),
 - sił przyrody (środowiskowa): „lęk wysokości”, burza, powódź,
 - krew – iniekcja,
 - fobia sytuacyjna (przebywanie na moście, latanie samolotem),
 - inne.

5.3.4. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne

Znane także jako zespół lub nerwica natręctw. Obecnie przyjmuje się, że u osób z tym rodzajem zaburzeń istnieją zmiany strukturalne i czynnościowe określonych obszarów mózgu, co powoduje występowanie obsesji (natrętne myśli, wyobrażenia czy impulsy do działania) i/lub kompulsji (przymusowe czynności, rytuały). Pacjent jest krytyczny wobec tych stanów, ma poczucie ich bezsensowności. Jednak nie potrafi się od nich uwolnić. Próby niezrealizowania kompulsji powodują pojawienie się dużego niepokoju. Natrętne myśli pacjent odbiera jako własne, nienarzucone z zewnątrz (co je odróżnia od urojeń), mają charakter powtarzający się i zwykle nieprzyjemny (myśli bluźniercze), próbuje się im bezskutecznie przeciwstawiać. Objawy te skutkują cierpieniem, zakłócają rodzinne i zawodowe funkcjonowanie pacjenta.

Najczęstsze zgłaszane myśli natrętne to lęk przed chorobą, zakażeniem, zrobieniem komuś krzywdy. Także bluźniercze, o charakterze seksualnym. Niekiedy mają podtekst religijny, obawa nieodpowiedniego zachowania w towarzystwie.

Najczęściej pojawiające kompulsje wielokrotnie wykonywane to: sprawdzanie (światło, zamknięcie drzwi), mycie rąk, czyszczenie odzieży.

5.3.5. Różne formy reakcji na stres

Poniżej omówione zostaną zespoły objawowe, które pojawiają się jako odpowiedź na zadziałanie stresora psychospołecznego. To określenie zawiera w sobie wydarzenia, stany, których zaistnienie przekracza zdolności adaptacyjne danej osoby. Sposób reagowania na stres psychospołeczny w dużym stopniu zależy od cech charakteru i dotychczasowych doświadczeń życiowych. Następstwem przewlekłego stresu mogą być zaburzenia adaptacyjne o charakterze depresyjnym lub lękowym.

W niektórych przypadkach mamy do czynienia ze stresorem traumatycznym. Pojawia się on w konsekwencji doświadczenia przeżycia, które przeżywane jest jako uraz przez większość ludzi. Najczęściej dotyczy sytuacji, w której dochodzi do bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia osoby lub kogoś jej bliskiego, np. katastrofa komunikacyjna czy bycie zakładnikiem. Jego konsekwencją może być ostra reakcja na stres lub zaburzenia stresowe pourazowe.

5.3.6. Zaburzenia adaptacyjne

Zaburzenia adaptacyjne pojawiają się jako konsekwencja działania stresu psychospołecznego, do którego pacjent musi się zaadaptować. Zwykle stres spowodowany jest ważną zmianą życiową, np. zmiana pracy, miejsca zamieszkania, narodziny lub śmierć w bliskiej rodzinie. Istotne jest to, że wystąpienie zaburzeń jest zależne od cech osobowości człowieka (szeroko pojętej „odporności”), tzn. podobna sytuacja u osoby podatnej może wywołać zaburzenia adaptacyjne, a u innej nie. Reakcja może przebiegać pod postacią niespecyficznych objawów emocjonalnych, lękowych i zmian w zachowaniu. Pojawia się w ciągu miesiąca od zadziałania stresu i trwa do pół roku. Następstwem przewlekłych zaburzeń adaptacyjnych może być

pojawianie się objawów zespołu depresyjnego lub któregoś z innych zaburzeń nerwicowych (np. napadów paniki czy leku uogólnionego).

5.3.7. Reakcja żałoby

Żałoba, mimo że śmierć jest wpisana w życie ludzkie, często ma postać stresu traumatycznego. Czas trwania fizjologicznej żałoby jest różny i zależy od wielu elementów, m.in. cech charakteru osoby, jej wieku czy stopnia pokrewieństwa i łączących ze zmarłym relacji. W poszczególnych etapach żałoby może dochodzić do pojawienia się objawów zespołu depresyjnego, niemniej w takiej sytuacji zwykle się go nie rozpoznaje. Wg C.M. Parkera można wyróżnić 5 faz żałoby: 1) alarmowa, 2) odrętwienia, 3) tęsknoty, 4) depresji i rozpacz oraz 5) powrotu do życia i reorientacji. Klasyfikacja ICD-10 zaleca rozpoznać zaburzenia adaptacyjne, gdy żałoba trwa ponad pół roku.

5.3.8. Ostra reakcja na stres

Objawy pojawiają się od razu po zadziałaniu stresora traumatycznego lub w ciągu kilku godzin lub dni od sytuacji. Zwykle na początku pojawia się oszołomienie, dezorientacja, trudności w koncentracji uwagi, co może wpływać na upośledzenie oceny sytuacji i prawidłowej reakcji na bodźce zewnętrzne. Po kilku godzinach czy dniach pojawia się stan zmniejszonej reaktywności, aż do osłupienia dysocjacyjnego (patrz: zaburzenia dysocjacyjne) lub pobudzenia ruchowego i wzmożonej aktywności.

5.3.9. Zaburzenia stresowe pourazowe

Często w literaturze można znaleźć skrót PTSD od angielskiego określenia *posttraumatic stress disorder*. Zespół objawów rozwija się w okresie do pół roku od zadziałania stresu traumatycznego. Pacjent zaczyna ponownie przeżywać przeszłe wydarzenie. Pojawiają się natrętne wspomnienia, wyobrażenia i sny (tzw. *flashbacks*). Pacjent unika wszystkiego, co przypomina sytuację stresową. Przejawia duży niepokój, antycypacyjny – oczekiwanie, że coś się wydarzy.

5.3.10. Zaburzenia dysocjacyjne

Dysocjacja to brak integracji między poszczególnymi elementami funkcjonowania psychicznego i fizycznego. U pacjenta pojawiają się objawy psychiczne czy somatyczne, których występowania nie można uzasadnić schorzeniami narządowymi, a istnieją przyczyny o charakterze psychologicznym. Brak jest przyczyn neurologicznych (cech uszkodzenia ośrodkowego lub obwodowego układu nerwowego) czy psychicznych (np. osłupienia katatonicznego czy depresyjnego). Do tego rodzaju schorzeń należą zaburzenia ruchowe lub czucia, których manifestacja nie ma związku z unerwieniem danego regionu ciała. Innymi zaburzeniami dysocjacyjnymi są:

- amnezja dysocjacyjna (częściowa lub całkowita niepamięć jakiegoś okresu),
- drgawki dysocjacyjne (napady przypominające padaczkowe, ale bez zmian w EEG, oddawania moczu czy utraty przytomności),
- fuga dysocjacyjna (chory przejawia pozornie logiczne zachowania, nieodpowiadające jego dotychczasowej aktywności, np. podróżuje w okolice, w których nigdy nie był, potrafi nawiązywać relacje z innymi ludźmi – zwykle występuje niepamięć epizodu),
- osobowość mnoga (jedna osoba w tych samych okolicznościach może przyjmować zupełnie różne postawy),

- zespół Gansera (przybliżone odpowiedzi na zadawane pytania, np. niedokładne, ale bliskie prawidłowym wyniki zadań arytmetycznych),
- osłupienie dysocjacyjne (dużego stopnia zahamowanie psychoruchowe: ograniczenia w zakresie ruchów dowolnych, reaktywności na bodźce zewnętrzne),
- dysocjacyjne zaburzenia funkcji zmysłów (np. niedowidzenie czy utrata węchu lub czucia),
- dysocjacyjne zaburzenia ruchu (objawy porażenia częściowego lub całkowitego kończyn).

5.3.11. Lęk w schorzeniach somatycznych

Lęk jako objaw może występować w przebiegu różnych schorzeń somatycznych, a także jako efekt niepożądany zastosowanego leczenia (lęk jatrogenny) lub używania substancji psychoaktywnych (zatrucie, zespół odstawienny).

Schorzenia somatyczne, w których występuje lęk:

- zaburzenia układu endokrynnego i metaboliczne: choroba Cushinga, nadczynność i niedoczynność tarczycy lub przytarczyc, porfiria, hipoglikemia, niedobory witamin,
- nowotwory hormonalnie czynne, tj. guz chromochłonny naderczy, rakowiak, wyspiak,
- choroby neurologiczne: padaczka skroniowa, stwardnienie rozsiane, stany związane z uszkodzeniem mózgu o różnej etiologii (guzy, urazy, udary), choroby zakaźne OUN (gruźlica, bruceloza),
- kardiologiczne: zastoinowa niewydolność krążenia, zator płuc, zespół wypadania płatków zastawki mitralnej.

5.3.12. Zaburzenia lękowe spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych

Stosowanie substancji psychoaktywnych rzadko pozostaje obojętne dla funkcjonowania organizmu. Istotne jest to, że różne objawy pojawiają się na poszczególnych etapach ich stosowania.

Lęk może towarzyszyć objawom:

- zatrucia: alkoholem, środkami halucynogennymi (LSD) i pobudzającymi (amfetamina), kannabinoidami (haszysz, marihuana), kokainą, środkami wziewnymi (kleje i rozpuszczalniki) oraz kofeiną,
- zespołu abstynencyjnego spowodowanego odstawieniem: alkoholu, leków uspokajających i nasennych (benzodiazepiny i barbiturany), kokainy, ale też kofeiny i nikotyny.

5.3.13. Lęk związany z leczeniem

Niestety, w żadnej dziedzinie medycyny nie ma idealnych metod terapii, tzn. takich, które leczą chorobę podstawową, ale są obojętne dla funkcjonowania pozostałych narządów czy stanu psychicznego. Wykazano, że niektóre leki wywołują lęk. Należą do nich:

- leki hormonalne (hormony tarczycy, sterydy),
- przeciwbólowe,
- antycholinergiczne i sympatykomimetyczne,
- psychotropowe (przeciwpowietrzne i przeciwdepresyjne z grup SSRI i TLPD w początkowej fazie stosowania).

Psychoterapia jest nefarmakologiczną metodą wykorzystywaną w psychiatrii, szczególnie w leczeniu zaburzeń nerwicowych. W trakcie jej stosowania może narastać poziom lęku. Często jest to objaw uświadamiania sobie konfliktów intrapsychicznych. W tym przypadku lęk jest wskaźnikiem postępu procesu leczenia. Uprzedzenie o takiej możliwości pacjenta, przynosi zwykle mniejsze nasilenie tego objawu.

5.3.14. Lęk w chorobach psychicznych

- Depresja – lęk, niepokój często towarzyszy stanom depresyjnym. Jest objawem o tyle niepokojącym, że zwiększa ryzyko próby samobójczej. Pacjenci zgłaszają lęk bez konkretnej przyczyny, jednak nasilany przez wydarzenia życiowe.
- Zaburzenia psychotyczne – stałe uczucie nieukierunkowanego niepokoju jest często jednym z pierwszych objawów doświadczanych przez osobę, u której później rozwiną się objawy psychotyczne. Lęk i pojawiające się halucynacje wpływają na treści kształtującego się systemu urojeń. Później wraz z postępem choroby, lęk staje się coraz bardziej związany z treścią halucynacji i urojeń. Np. pojawia się obawa przed agresją z zewnątrz, zamachem na życie, czy „odebraniem” duszy.
- Majaczenie – silny niepokój jest jednym z podstawowych objawów w przebiegu zespołu majaczeniowego (łac. *delirium*). Uzupełnia pozostałe elementy tego zespołu, tzn. upośledzenie orientacji allopsychicznej (dotyczącej miejsca i czasu) i halucynacje (głównie wzrokowe).
- Stany otępienne – szczególnie w początkowych stadiach otępienia, kiedy chory ma krytycyzm wobec swojego stanu i odczuwa lęk przed kontaktem z innymi ludźmi, kiedy mogą pojawić się problemy z nazywaniem osób lub rzeczy.
- Zaburzenia odżywiania się – np. anoreksja lub bulimia. Lęk przed przyrostem masy ciała jest symptomem dominującym.

5.4. Leczenie

W terapii zaburzeń nerwicowych ważne jest nie tylko zmniejszenie nasilenia objawu, np. lęku czy poprawa zasypiania. Istotne jest też znalezienie przyczyny lęku lub zmniejszenie znaczenia objawu poprzez nauczenie się radzenia z nim. Dlatego ważnym elementem postępowania z pacjentami neurotycznymi jest psychoterapia, uzupełniona o leki zmniejszające poziom lęku, poprawiające sen i obniżony nastrój.

5.4.1. Psychoterapia

Psychoterapia to metoda lecznicza, która w przypadku leczenia zaburzeń nerwicowych powinna być stosowana jako terapia pierwszego rzutu, w razie potrzeby uzupełniana farmakoterapią. Ma na celu zmianę myślenia, odczuwania i zachowań pacjenta, poprzez przepracowanie trudności, które doprowadziły do ujawnienia się objawów nerwicowych. Może być prowadzona w formie indywidualnej i grupowej. Istnieje wiele kierunków psychoterapeutycznych, z których najważniejsze omówiono pokrótce na początku tego rozdziału.

5.4.2. Farmakoterapia

W leczeniu zaburzeń lękowych stosuje się leki psychotropowe, należące do różnych grup.

- Leki przeciwdepresyjne. Do tej grupy należy kilka generacji preparatów: trójpierścieniowe (TLPD), nazywane też klasycznymi, które są nieselektywnymi inhibitorami wychwytu

monoamin i kilka grup inhibitorów selektywnych poszczególnych monoamin (serotoniny, noradrenaliny, dopaminy). Leki te w przeciwieństwie do benzodiazepin nie uzależniają, jednak efekty ich działania są widoczne zwykle dopiero po kilku tygodniach. Na początku leczenia mogą pojawić się działania niepożądane, które często ustępują po kilku dniach leczenia. Leki te działają jedynie w przypadku stosowania ich regularnie i w dawkach terapeutycznych.

- Benzodiazepiny. Mają działanie uspokajające, przeciwdrgawkowe i miorelaksacyjne. Leki te działają poprzez nasilenie aktywności kwasu gammaaminomasłowego (GABA), który jest głównym neuroprzekaźnikiem hamującym aktywność mózgu. Środki te zmniejszają nasilenie lęku, ułatwiają zasypianie, jednak nie usuwają przyczyny. Ich przewlekłe i regularne stosowanie przez okres kilku tygodni powoduje pojawienie się tolerancji, czyli aby uzyskać ten sam efekt, chory musi przyjąć większą dawkę leku. Prowadzi to do uzależnienia od leku, nie usuwając choroby podstawowej. Leki z tej grupy są skuteczne, ale powinny być stosowane pod ścisłą kontrolą. Pacjentowi zawsze należy przypominać o możliwości uzależnienia. Przykłady preparatów: diazepam (relanium), oksazepam (oxazepam), alprazolam (xanax, afobam), lorazepam (lorafen).

PYTANIA

1. Jak częstym schorzeniem są zaburzenia nerwicowe?
2. Z jakim zaburzeniami somatycznymi i psychicznymi należy różnicować napady lęku?
3. Czym jest fobia?
4. Czy żalobę należy traktować jako chorobę?
5. Jakie mogą być objawy niepożądane farmakoterapii zaburzeń lękowych?

PIŚMIENNICTWO

- [1] Bilikiewicz A. (Red.): Psychiatria dla studentów medycyny, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.
- [2] Bilikiewicz A., Puzyński St., Rybakowski J., Wciórka J. (Red.): Psychiatria, t. I, Wydawnictwo Medyczne – Urban i Partner, Wrocław 2002.
- [3] Rzewuska M.: Leczenie zaburzeń psychicznych, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.

6. Postępowanie z pacjentami uzależnionymi

Krzysztof Krysta, Adam Klasik

W rozdziale omówiono zaburzenia psychiczne i zachowania uwarunkowane nadużywaniem alkoholu i innych środków psychoaktywnych.

6.1. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z używaniem alkoholu

Elvin Morton Jellinek w 1960 roku opublikował pracę pt.: *Koncepcja alkoholizmu jako choroby* i określił on alkoholizm jako: *wszelkie używanie napojów alkoholowych, które powoduje szkody indywidualne, społeczne lub jedne i drugie*.

W rozwoju choroby alkoholowej wyróżnia się następujące stadia:

I. Faza wstępna prealkoholowa.

II. Faza ostrzegawcza.

III. Faza krytyczna.

IV. Faza przewlekła.

I. Faza wstępna prealkoholowa trwająca od kilku miesięcy do kilku lat, zaczyna się od konwencjonalnego stylu picia. Człowiek zaczyna odkrywać, że alkohol, prócz dawania przyjemności, potrafi uśmierzać różne przykre stany emocjonalne, wzrasta jego tolerancja na alkohol.

II. Faza ostrzegawcza zaczyna się w momencie pojawienia się luk pamięciowych – palimpsestów. Ma to miejsce wtedy, gdy człowiek, nie tracąc przytomności, nie może przypomnieć sobie swojego postępowania oraz okoliczności związanych z piciem. Dla diagnozy uzależnienia ważne jest powtarzanie się takich sytuacji oraz fakt pojawiania się ich nawet po spożyciu niewielkiej ilości alkoholu. Faza ta charakteryzuje się koncentracją na alkoholu, piciu po kryjomu, tworzeniu sytuacji do wypicia, poczuciem winy z powodu picia.

III. Faza krytyczna rozpoczyna się od utraty kontroli nad piciem. Człowiek wyszukuje różne argumenty na usprawiedliwienie swojego picia, pojawiają się stany agresji zamiennie ze stanami wyrzutów sumienia. Podejmowane są próby uzyskania kontroli nad piciem, przez wyznaczanie sobie okresów czasu całkowitej abstynencji. Pojawia się użalanie nad sobą, kończące się często próbami samobójczymi. Dezorganizacji ulegają stosunki z otoczeniem, przerywany zostaje kontakt z przyjaciółmi, problemy w pracy, a często jej utrata. Pojawia się coraz więcej kłopotów ze zdrowiem, spowodowanych przez alkohol. Obserwuje się poranne picie alkoholu, tzw. „klin”.

IV. Faza przewlekła zaczyna się wraz z wystąpieniem wielodniowych ciągów. Narastają konflikty z otoczeniem, utrata rodziny, pracy, zmniejsza się tolerancja na alkohol. Występują problemy ze zdrowiem: nasilone objawy abstynencyjne, zaburzenia snu, psychozy alkoholowe. Niepodjęcie leczenia na tym etapie może doprowadzić do śmierci.

6.1.1. Obraz kliniczny alkoholowego zespołu abstynencyjnego

Objawy zespołu abstynencyjnego (zespołu odstawienia) pojawiają się w okresie pierwszych 24–36 godzin po zaprzestaniu picia, więc wówczas, kiedy w trakcie „ciągu” picia lub podczas próby jego przerwania dojdzie do obniżenia poziomu alkoholu we krwi. Wygląda to tak, jakby poprzez wytwarzanie objawów abstynencyjnych organizm osoby uzależnionej domagał się dostarczania kolejnych porcji alkoholu.

Na spadek poziomu alkoholu we krwi organizm reaguje najczęściej objawami ze strony:

- układu pokarmowego (brak łaknienia, nudności, wymioty, biegunki),
- układu krążenia (przyspieszenie akcji serca, zaburzenia rytmu, podwyższone ciśnienie krwi),
- układu wegetatywnego (wzmożona potliwość, rozszerzone źrenice, suchota śluzówek jamy ustnej).

Ponadto:

- objawami „grypowymi” i przypominającymi przeziębienie (ogólnie złe samopoczucie, osłabienie, podwyższona ciepłota ciała, bóle mięśniowe i bóle głowy),
- silnym drżeniem (tremor) rąk a niejednokrotnie całego ciała,
- obecność tzw. „głodu alkoholowego”.

W przebiegu uzależnienia od alkoholu mogą pojawić się następujące zaburzenia psychotyczne:

6.1.2. Majaczenie alkoholowe (majaczenie drżenne, biała gorączka)

Jest najczęstszą psychozą alkoholową. Po raz pierwszy zostało opisane w 1813 roku przez Suttona. Objawy pojawiają się w czasie do 72 godzin od zaprzestania picia, kiedy poziom alkoholu we krwi gwałtownie spada. Zawsze towarzyszą one innym objawom zespołu abstynencyjnego:

- niepokój i lęk,
- zaburzenia świadomości (dezorientacja co do miejsca i czasu),
- urojenia, iluzje, omamy – głównie wzrokowe,
- bezsenność oraz nasilanie się objawów w nocy, (kiedy jest ciemno i pogarsza się widoczność),
- ciężki stan somatyczny z wysoką temperaturą zaburzeniami gospodarki wodno-elektrolitowej oraz regulacji wegetatywnej.

Ciężki stan somatyczny w połączeniu z silnym niepokojem może doprowadzić do niewydolności krążenia i zgonu. Śmiertelność szacowana była przed laty na 5–20%, a obecnie, dzięki znacznemu postępowi w leczeniu obniżyła się do 1%. Choroba trwa na ogół kilka dni i wymaga leczenia szpitalnego.

6.1.3. Ostra halucynoza alkoholowa (ostra omamica)

Opisana została w 1883 przez Kraepelina. Jest drugą, co do częstości psychozą alkoholową i towarzyszy innym objawom zespołu abstynencyjnego. Przez niektórych uważana jest za odmianę majaczenia. Charakteryzuje się następującymi objawami:

- początek jest z reguły nagły,

- najczęściej występują głosy, które grożą, wymyślają, czasami, oskarżają, a kiedy indziej żywo dyskutują na temat chorego bądź doradzają, co ma robić. Zdarza się, że nakazują popełnienie samobójstwa („powieś się..., powieś się...”), bądź np. odcięcie ręki („albo sobie utniesz rękę, albo ci urzniemy łeb”),
- w miarę trwania choroby mogą dołączyć się usystematyzowane urojenia, często prześladowcze, ściśle związane z zasłyszanyymi treściami, np. przekonanie, że wrogowie organizują zamach na życie chorego, dysponują aparaturą podsłuchową, a nawet oddziałują na niego poprzez ściany, sufit, czy podłogę,
- urojeniom towarzyszy na ogół niepokój, lęk, obniżenie nastroju,
- zdarzają się zachowania agresywne i autoagresyjne,
- nierzadkie są halucynacje czuciowe, np. chodzące po ciele robaki bądź mrówki, albo też kasza czy włosy w jamie ustnej.

Choroba trwa zwykle od kilku dni do miesiąca, co wymaga intensywnego leczenia farmakologicznego i to nierzadko w warunkach szpitalnych.

6.1.4. Przewlekła halucynoza alkoholowa (halucynoza Wernickego)

Jest stanem psychiatrycznym utrzymującym się po ustąpieniu objawów ostrej psychozy. Może trwać miesiącami, a nawet latami. Zaostrzenia choroby mogą następować zarówno w wyniku przerwania abstynencji, jak i w stanach gorszego samopoczucia fizycznego oraz psychicznego.

6.1.5. Encefalopatia Wernickego

Stwierdza się ją u ok. 5–10% osób uzależnionych od alkoholu. W 1881 roku Wernicke opisał jako pierwszy trzy przypadki zespołu nazwanego później jego nazwiskiem. Wkrótce ustalono, że schorzenie to związane jest ściśle z niedoborami pokarmowymi, a konkretnie z niedoborem tiaminy (Witamina B1). Objawami jej są:

- zaburzenia przytomności,
- splątanie,
- zaburzenia gałkoruchowe,
- oczopląs, drżenia, niezdolność,
- niedowłady spastyczne kończyn,
- polineuropatia,
- napady drgawkowe.

U około 80% pacjentów, którzy przeszli ostrą fazę encefalopatii Wernickego rozwijają się objawy zespołu amnestycznego Korsakowa.

6.1.6. Psychoza Korsakowa (alkoholowy zespół amnestyczny, choroba Korsakowa, zespół Wernickego-Korsakowa)

Pojawia się po wielu latach intensywnego picia jako przejaw ciężkich zaburzeń metabolicznych. Istotną rolę w jej powstaniu odgrywa niedobór witamin z grupy B. Pierwsze doniesienia opisujące związek różnych zaburzeń psychicznych z polineuropatią (zapaleniem wielonerwowym) opublikował Korsakow w latach 1887–1891. Ścisły związek między encefalopatią

Wernickiego a zespołem Korsakowa zauważono w pierwszych latach XX wieku. Natomiast bliskie pokrewieństwo kliniczne tych dwóch chorób ustalił Bonhoeffer w roku 1904.

Zdaniem wielu badaczy Choroba Korsakowa jest psychicznym przejawem Choroby Wernickiego. Główne objawy psychozy Korsakowa to:

- zaburzenia pamięci spowodowane uszkodzeniem ciał suteczkatowych mózgu, polegające na występowaniu poważnych trudności lub na całkowitej niezdolności do przyswojenia sobie nowego materiału; konfabulacje (zmyślane wydarzenia wypełniające luki pamięciowe),
- dezorientacja w czasie i miejscu,
- zafałszowane poznawanie osób.

Objawom tym towarzyszy zapalenie wielonerwowe (polineuropatia). W około 20% przypadków psychoza Korsakowa przechodzi w głębokie otępienie. Obserwowano też znaczącą poprawę pamięci u osób, które utrzymywały abstynencję przez okres od kilku miesięcy do kilku lat.

6.1.7. Paranoja alkoholowa (alkoholowy obłęd zazdrości, obłęd opilczy, „zespół Otella”)

Stwierdza się go u mężczyzn, zwykle po 40 r.ż. Pojawienie się wyraźnych sygnałów choroby poprzedzone jest na ogół nadmierną podejrzliwością wobec partnerki. Spotykana u wszystkich prawie alkoholików niepewność, co do wierności partnerki nabiera stopniowo cech urojeń. Z czasem narastają nieporozumienia z powodu zadreżających pytań odnośnie niewierności seksualnej, żądanie wyjaśnień, śledzenie, sprawdzanie bielizny osobistej i pościelowej, szukanie śladów kontaktów seksualnych na ciele. Dość częste są pogroźki, agresja wobec partnerki i jej domniemanych kochanków oraz wymuszanie przyznania się do winy. Argumentem przemawiającym za zdradą jest praktycznie każde zachowanie partnerki, jej zły i dobry humor, obecność mężczyzn w miejscu pracy, a każde wyjście z domu może stanowić dowód, że spotyka się z kochankami. W rozwiniętej chorobie dochodzi do zawężenia wszelkich zainteresowań, zaniedbania pracy i koncentracji na poszukiwaniu dowodów winy partnerki. Partnerka lub domniemany kochanek stają się niejednokrotnie ofiarami czynów agresywnych, a nawet zabójstwa. Schorzenie to przebiega przewlekłe i jest na ogół dość odporne na leczenie.

6.2. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z używaniem innych substancji psychoaktywnych

6.2.1. Opiaty

Do opiatów zaliczane są substancje uzyskiwane z przetworów maku lekarskiego i syntetyczne środki przeciwbólowe działające na receptor opioidowy. Do najczęściej stosowanych opiatów należą heroina w postaci proszku (od koloru białego do brązowego) oraz opium w ciemnobrązowych bryłkach lub w proszku. W Polsce opiaty produkowane są w warunkach domowych ze słomy maku lekarskiego. „Kompot”, czyli tzw. polska heroina jest płynem od koloru jasno- do ciemnobrązowego o słodkim zapachu i gorzkim smaku. Zawiera poza alkaloidami opium, m.in. heroinę. „Maki wara”, zwana także zupą, jest wywarem o kolorze czarnej kawy i zapachu niedojrzałego maku oraz gorzkim smaku. W okresie letnim z dojrzewającego maku uzyskuje się mleczko makowe, czyli tzw. „zielone”. Objawy ostrego zatrucia opiatami to: zwężenie źrenic (źrenice szpilkowate), śpiączka, bradykardia, obniżenie ciśnienia krwi i temperatury ciała, zaburzenia oddychania. Najczęstszymi objawami stwierdzanymi po przyjęciu opiatów są: zwężenie źrenic i ich słaba reakcja na światło, spowolnienie psychoruchowe, obniżenie temperatury ciała i ciśnienia krwi, wysychanie błon śluzowych, bladość skóry, zaparcia.

Objawy opioidowego zespołu abstynencyjnego, to: wzrost ciśnienia krwi i tachykardia, wzrost temperatury ciała, „gęsia skórka”, wysięk z nosa, łzawienie, ziewanie, wzmożona potliwość, bezsenność, wymioty, drżenia mięśniowe, nudności, bóle mięśni, kości, stawów, bóle brzucha, skurcze żołądka, drażliwość, jadłowstręt, osłabienie, męczliwość, niepokój, bóle głowy, światłowstręt, odczuwanie naprzemiennie gorąca i zimna.

6.2.2. Kannabinoidy

Konopie indyjskie (*Cannabis sativa*) zawierają kilkadziesiąt aktywnych biologicznie substancji, z których najważniejszymi są tetrahydrokannabinole (THC). Stężenie substancji psychoaktywnych w tych roślinach zależy od ich odmiany genetycznej i warunków klimatycznych, w których wzrastały. Konopie indyjskie uprawiane są w Polsce nielegalnie – w warunkach naturalnych i w szklarniach. Uzyskały nazwę narkotyku „rekreacyjnego” używanego w celu intensyfikacji przyjemności. Doznania związane z przyjęciem THC zależą od wielkości dawki, drogi użycia oraz cech osobowości i stanu emocjonalnego użytkownika. Konopie indyjskie są często przyjmowane z alkoholem w celu wzmocnienia działania euforyzującego. Przetwory konopii indyjskich najczęściej palone są w papierosach – tzw. „skręty”, lub w fajkach. Mogą też być przyjmowane doustnie, rzadko w postaci naparów i słodczy. Konopie indyjskie powodują zmianę percepcji czasu i odległości, (wydłużenie lub skrócenie) oraz obrazu ciała (uczucie lekkości). Powodują wyostrenie doznań płynących ze wszystkich zmysłów, a zwłaszcza wzroku i słuchu (kolory i dźwięki są odbierane intensywniej, kontrastowo). Objawy działania THC utrzymują się do 48 godzin, chociaż metabolity THC mogą występować w moczu przez wiele tygodni, a niekiedy nawet miesiące. Objawy somatyczne spowodowane przyjmowaniem konopii to: wychudzenie, przewlekłe zapalenie krtani i oskrzeli, napady kaszlu, przekrwienie błon śluzowych i spojówek.

6.2.3. Amfetamina

Amfetamina jest produkowana w Polsce nielegalnie w postaci białego proszku rozpuszczalnego w wodzie. Podawana jest do nosa, stosowana dożylnie, bywa też palona (d-metamfetamina). Objawami działania stymulującego amfetaminy i pochodnych są: zniesienie uczucia zmęczenia, euforia, wzmożenie koncentracji uwagi i kojarzenia, poczucie wzmożonej wydolności fizycznej i psychicznej, wzmożenie inicjatywy, napędu, agresywności, zmniejszenie łaknienia, zmniejszenie potrzeby snu, stereotypie ruchowe, rozszerzenie źrenic, podwyższenie ciśnienia krwi, tachykardia. W przebiegu amfetaminowego zespołu abstynencyjnego pojawiają się następujące objawy: obniżenie nastroju, lęk, znużenie, zmęczenie, zwiększona potrzeba snu, do 2–3 dni, wzmożony apetyt.

6.2.4. Substancje halucynogenne

Podstawową cechą substancji halucynogennych jest działanie psychomimetyczne. Jest ich około 2000. Należą do różnych grup chemicznych pochodzenia roślinnego lub otrzymuje się je syntetycznie. Mechanizmy działania są stosunkowo słabo poznane. Najczęściej używane halucynogeny można podzielić na dwie grupy, ze względu na strukturę chemiczną:

1. Pochodne indolowe o budowie zbliżonej do serotoniny:
 - a) LSD (dwuetyloamid kwasu lizergowego),
 - b) psylocybina,
 - c) psylocyna.
2. Pochodne fenyletyloaminy (podobne do noradrenaliny):
 - a) meskalina,

b) MDMA, czyli „ekstazy” (pochodna metamfetaminy).

Obie duże grupy halucynogenów mają zbliżone działanie psychomimetyczne: wywołują omamy przy niezbyt nasilonych zaburzeniach świadomości i procesów poznawczych. Szybkość pojawiania się omamów, ich nasilenie i obraz, długość utrzymywania się zaburzeń są różne przy poszczególnych substancjach halucynogennych. Środki te powodują uzależnienie psychiczne, zależność fizyczna nie występuje, tolerancja narasta szybko. Halucynogeny przyjmowane są głównie doustnie, palone, inhalowane oraz wstrzykiwane. Czas trwania zaburzeń mieści się w przedziale od 1 do 3 godzin, może jednak wydłużyć się do 12 godzin. Zazwyczaj objawy te ustępują samoistnie. Objawy po zażyciu substancji halucynogennych to: rozszerzenie źrenic, drżenia mięśniowe i wzmożenie odruchów ścięgnistych, zaburzenia koordynacji i sprawności ruchowej, wzrost ciśnienia krwi, tachykardia, wzrost temperatury ciała, ślinotok, mdłości, iluzje, omamy (zwłaszcza wzrokowe), zaburzenia percepcji (czasu, dźwięków, barw, odległości), nastrój ekstatyczno-euforyczny, czasami lęk, zaburzenia procesów poznawczych (pamięci, wnioskowania), mistyczne przeżycia religijne, urojenia o różnej treści, często fantastycznej.

6.2.5. Substancje wziewne

Rozpuszczalniki lotne są powszechnie używane w przemyśle, gospodarstwach domowych i w medycynie (środki do narkozy wziewnej). Produkowane są w postaci płynów, proszków, past, gazów, aerozoli. Ze względu na dostępność i niską cenę lotne rozpuszczalniki są najczęściej przyjmowane przez dzieci, młodzież i dorosłych z najuboższych warstw społecznych. Również pracownicy służby zdrowia niekiedy nadużywają środków anestetycznych, np. halotanu, eteru. W Polsce głównie nadużywane są toluen, aceton i trójchloroetylen wdychane przez nos i usta z worka foliowego (rzadziej po włożeniu worka na głowę, pojemnika z nasączoną tkaniną). Objawy działania utrzymują się przez około 30–45 minut.

Objawy pojawiające się w wyniku wdychania rozpuszczalników to: euforia, nastawienie wielkościowe (wzmoczona samoocena), omamy, dzwonienie w uszach, nadwrażliwość na światło, podwójne widzenie, nieźorność ruchowa, spowolnienie i zamazanie mowy, bóle głowy, przyspieszenie akcji serca, nieregularność oddechu, mdłości, wymioty, biegunka, bóle brzucha, szerokie źrenice, łzawienie, podrażnienie błon śluzowych jamy nosowo-gardłowej. Objawami zespołu abstynencyjnego po odstawieniu rozpuszczalników organicznych są: drażliwość, niepokój, lęk, przygnębienie, zaburzenia snu, mdłości, drżenia mięśniowe, tachykardia.

6.3. Diagnoza zespołów związanych z uzależnieniem od substancji według ICD-10

6.3.1. Kryteria rozpoznania używania szkodliwego (F 1x1)

1. Sposób używania substancji niekorzystnie wpływający na zdrowie. Szkodliwe działanie może mieć charakter somatyczny (np. marskość wątroby) lub psychiczny (np. epizody zespołu depresyjnego). Do rozpoznania konieczne jest stwierdzenie aktualnego upośledzenia zdrowia somatycznego lub psychicznego osoby używającej substancji.
2. Rozpoznanie zespołu uzależnienia od substancji wyklucza powyższą diagnozę.

6.3.2. Kryteria rozpoznania zespołu uzależnienia (F 1x2)

Ostateczne rozpoznanie uzależnienia wymaga stwierdzenia co najmniej trzech z wymienionych poniżej objawów przez jakiś czas w okresie poprzedzającego roku:

1. Silna potrzeba lub przymus przyjmowania substancji.
2. Trudności w kontrolowaniu rozpoczęcia lub zakończenia przyjmowania substancji lub ilości przyjmowanej substancji.
3. Wystąpienie zespołu abstynencyjnego po odstawieniu lub zmniejszeniu dawki abstynencyjnego lub przyjmowanie tej samej (lub bardzo podobnej substancji) substancji, przejawiające się charakterystycznymi objawami zespołu w celu zmniejszenia nasilenia lub uniknięcia objawów zespołu abstynencyjnego.
4. Objawy tolerancji, takiej jak zwiększanie dawki substancji w celu uzyskania efektów, które początkowo były wywołane przez dawki niższe.
5. Narastające zaniedbywanie innych przyjemności lub zainteresowań z powodu używania substancji; zwiększona ilość czasu poświęcona zdobywaniu substancji, jej przyjmowaniu lub odzyskiwaniu równowagi po odstawieniu.
6. Kontynuowanie przyjmowania substancji pomimo oczywistych dowodów na występowanie szkodliwych następstw, takich jak np. uszkodzenie wątroby na skutek intensywnego picia lub obniżenie nastroju następujące po okresach picia dużych ilości alkoholu.

6.3.3. Kryteria rozpoznania zespołu abstynencyjnego (F 1x3)

1. Wyrażne stwierdzenie aktualnego przerwania lub ograniczenia używania substancji.
2. Objawy i oznaki zgodne z cechami zespołów abstynencyjnych dla danej substancji.

6.3.4. Kryteria rozpoznania zespołu abstynencyjnego z majaczeniem (F 1x4)

1. Spełnione ogólne kryteria zespołu abstynencyjnego.
2. Spełnione kryteria majaczenia.

6.3.5. Zaburzenia psychotyczne (F 1x5):

1. Początek objawów psychotycznych w okresie używania substancji lub do 2 tygodni po nim.
2. Objawy psychotyczne trwają dłużej niż 48 godzin.
3. Czas trwania zaburzeń nie przekracza 6 miesięcy.

6.3.6. Rezydualne i późno ujawniające się zaburzenia psychotyczne (F 1x5)

To np. powracanie przebytych zaburzeń psychotycznych (*flashback*).

6.3.7. Zespół amnestyczny (F 1x6)

Kryteria zespołu amnestycznego obejmują upośledzenie pamięci przejawiające się:

1. Defektem pamięci świeżej.
2. Zmniejszoną zdolnością przypominania sobie wydarzeń.

6.4. Problemy związane z diagnostyką uzależnień na różnych etapach leczenia

Na oddziałach zamkniętych, jeśli istnieją wątpliwości, co do nadużywania substancji i jej ewentualnego związku z istniejącym zaburzeniem psychicznym, zaleca się zebranie dokładnego wywiadu, zaburzenie związane z nadużywaniem substancji może zostać niewykryte, gdy pacjent go nie potwierdza. Są jednak pewne wskazówki wynikające z zachowań pacjenta, które mogą sugerować klinicyście możliwość nadużywania substancji. Na przykład pacjenci mogą często zgłaszać się do punktu pielęgniarskiego, domagając się aspiryny, środków przeciwbólowych oraz różnych innych środków na rozmaite dolegliwości. To często odróżnia ich od pacjentów bez problemu nadużywania substancji, którzy leki mogą brać niechętnie ze względu na przykre doświadczenia z objawami ubocznymi oraz z poczuciem choroby psychicznej. Kolejną wskazówką sugerującą uzależnienie jest sposób zachowania pacjenta w społeczności chorych. Pacjenci ze współistniejącym uzależnieniem często wykazują wyższe umiejętności funkcjonowania w grupie osób chorych psychicznie. Wyglądają na mniej psychotycznych, a ich objawy psychotyczne szybciej ustępują. Przejawiają wyższe umiejętności społeczne i są bardziej dostosowani w sferze zachowań seksualnych. Pacjenci ze współistniejącym uzależnieniem częściej też mają tendencję do zastraszania innych, wzbudzając strach i respekt wśród personelu i innych chorych.

W mniej intensywnym leczeniu otwartym, którego przykładem może być cotygodniowa psychoterapia indywidualna, jeszcze trudniej jest rozpoznać zaburzenie związane z uzależnieniem. Dla pacjenta, który chce ukryć fakt stosowania substancji, ułatwieniem jest stosunkowo rzadki kontakt z terapeutą. Nie ma też możliwości kontroli przez grupę terapeutyczną, która może być świadoma pewnych objawów i konfrontowania go. Mimo to istnieją pewne objawy, które mogą zaalarmować terapeuta. Jednym z czynników sugerujących współistniejące uzależnienie w leczeniu otwartym jest brak postępów w leczeniu. Jeśli istnieje niewykryty problem uzależnienia, pacjent będzie funkcjonować w sposób nietypowy. Stawiane diagnozy będą ze sobą sprzeczne, a stosowane strategie terapeutyczne i kuracje farmakologiczne nieskuteczne. Inną wskazówką może być skuteczność i wysokość stosowanych dawek. Uzależnienie może spowodować nieskuteczność leczenia, np. stosowanie kokainy osłabia działanie środków przeciwpyschotycznych. W innym wypadku może nastąpić nasilenie oczekiwanego efektu, jak w przypadku skojarzenia środka przeciwlękowego z alkoholem, co nasila efekt usypiający. Mogą pojawić się też inne nieoczekiwane objawy uboczne. Mogą też wystąpić nieoczekiwane skutki zanieczyszczeń obecnych w środkach odurzających. Jeśli na przykład w zażywanej heroinie jest duży dodatek aspiryny, to wtedy nieskuteczne okazuje się leczenie wrzodu trawiennego. Pacjent uzależniony może też nie poddawać się reżimowi leczenia albo go odrzucić, gdy może uważać, że zapisane leki kłócą się z używanymi przez niego środkami odurzającymi. Oczywiście, udział pacjenta w psychoterapii może być zagrożony, jeżeli uzależnienie nie będzie leczone. Sygnałem alarmowym może być opuszczanie spotkań, szczególnie w takich terminach, jak poniedziałki lub godziny poranne. Obserwacje zachowania pacjenta też mogą dostarczyć wskazówek. Pacjent pod słabym wpływem środka odurzającego może być odhamowany, w wyniku tego nietypowo agresywny, niewspółpracujący, impulsywny. Inną, mniej rzucającą się w oczy wskazówką, może być brak głębi i żywotności w materiale terapeutycznym. Znaczy to, że jeżeli pacjent jest zaangażowany powierzchownie i nie wykazuje gorliwości, to sugeruje to, że sam się „leczył” alkoholem lub narkotykami. Oczywiście, istnieją liczne, psychodynamiczne wyjaśnienia słabego zaangażowania pacjenta, jednak uzależnieniowa przyczyna tego zjawiska jest o tyle bardzo prawdopodobna, że jest bardzo częsta wśród pacjentów psychiatrycznych. Innym wskaźnikiem sugerującym możliwość obecności uzależnienia u pacjenta są wydarzenia w jego życiu. Nadużywanie substancji zawsze ma jakieś skutki, nawet jeśli pacjent zaprzecza nadużywaniu sam przed sobą lub ukrywa to przed terapeutą. Skutkami tymi mogą być problemy małżeńskie i rodzinne (depresja i lęk u małżonka, problemy szkolne dzieci), utrata pracy lub inne problemy w życiu zawodowym, problemy z prawem. Często pacjent, nawet jeśli nie zauważa związku między nimi

a nadużywaniem substancji, odbiera je jako bardzo bolesne, dlatego o nich mówi. To może być furtką do innych, niedostępnych sfer jego życia. Uwzględnienie we wstępnym wywiadzie pytań o to, czy ktoś z członków rodziny pacjenta kłóci się z nim o nadużywanie alkoholu lub leków daje dużo informacji, nawet jeśli pacjent sam zaprzecza istnieniu problemu. Ostatnią ważną wskazówką są odczucia terapeuty. Terapeuta może mieć poczucie lęku, gdyż wyniki pracy są bardzo nieprzewidywalne, może odczuwać zaskakującą go niemożność zbliżenia się do pacjenta ze względu na nadużywanie substancji, która jest *de facto* nierozpoznaną trzecią stroną procesu terapeutycznego.

Diagnostyka różnicowa w lecnictwie otwartym powinna obejmować odróżnianie objawów wynikłych z wpływu substancji od tych, które są uwarunkowane psychiatrycznie. Na przykład objawy intoksykacji alkoholem, takie jak zaburzenia afektu, agresja, labilność i impulsywność mogą być mylnie uznane za zaburzenie typu *borderline*. Długotrwałe zażywanie alkoholu i środków sedatywnych może dawać trwałe objawy depresji i uogólnionego lęku albo zaostrzyć istniejące wcześniej objawy lękowe lub zaburzenia nastroju. Intoksykacja stymulantami, takimi jak kokaina i amfetamina może w małych dawkach spowodować podniesienie nastroju, przyspieszenie toku myślenia, wzrost samooceny, pewności siebie, gadatliwości. Średnie lub wyższe dawki mogą powodować wzrost aktywności, myśli wielkościowe, przyspieszenie toku myślenia, aż do poziomu dezorganizacji. Te objawy mogą być błędnie uznane za cechy manii, hipomanii lub zespołu paranoidalnego. Chroniczne używanie kokainy może prowadzić do objawów parkinsonizmu, depresji, bezsenności, zmęczenia, zaburzeń koncentracji, paranoi, paniki, dysfunkcji seksualnych, zaburzeń wydzielania wewnętrznego, bruksizmu, które może powodować problemy dentystyczne.

Intoksykacja marihuaną może spowodować zmienność zachowania zależną od chwilowych uwarunkowań, w dużych dawkach objawy dezorientacji, depersonalizacji i derealizacji, ze słuchowymi i wzrokowymi iluzjami. Wszystko to może być błędnie zinterpretowane, jako zaburzenia myślenia lub asocjacji. Długoterminowe używanie marihuany może spowodować tzw. „zespół amotywacyjny”. Charakteryzują go obniżona motywacja i spontaniczność, zmniejszona umiejętność uczenia się złożonego materiału, zaburzenie pamięci świeżej i chwiejność emocjonalna.

6.5. Farmakoterapia uzależnień

6.5.1. Farmakoterapia w uzależnieniu od alkoholu

W leczeniu powikłanych zespołów abstynencyjnych stosuje się:

1. Benzodiazepiny i klometiazol (Hemineuryna). Leki te mają działanie: przeciwlękowe, uspokajające, nasenne. Najczęściej stosowane benzodiazepiny to: diazepam (Relanium) i chlordiazepoksyd (Elenium). Ostatnio coraz częściej stosuje się: lorazepam (Lorafen) – szczególnie polecany u osób z marskością wątroby, klorazepat (Cloranxen, Tranxene) – można go podawać 1–2 x dobę. W postępowaniu terapeutycznym w przypadku niepowikłanych zespołów abstynencyjnych wystarcza podanie 10–30 mg diazepamu na dobę. W leczeniu drgawek abstynencyjnych zazwyczaj stosuje się benzodiazepiny.
2. U osób z licznymi napadami drgawkowymi w wywiadzie można użyć leków przeciwdrgawkowych, np. karbamazepinę (Amizepin, Tegretol).
3. W pewnym odsetku osób z majaczeniem można stosować neuroleptyki, np. haloperidol. Należy pamiętać przy tym o objawach ubocznych, takich jak: ostre dyskinezy, ortostatyczne spadki ciśnienia, obniżenie progu drgawkowego. Odstępstwo od zasady niepodawania leków psychotropowych u osób pod wpływem alkoholu dotyczy osób z alkoholizmem i drgawkami (szczególnie napadami mnogimi).

4. Rutynowym postępowaniem jest również pozajelitowe podawanie witamin, przede wszystkim B1. Disulfiram (Anticol, Esperal) – hamuje aktywność dehydrogenazy aldehydowej, co w przypadku wypicia alkoholu powoduje burzliwe, nieprzyjemne objawy zatrucia aldehydem octowym. Akamprozat (Campral) – zmniejsza głód alkoholowy, wydłuża okresy nawrotów, zmniejsza ilość wypijanego alkoholu. Naltrexon (ReVia, Nemexin, Trexal) – redukuje euforyzujące działanie alkoholu.
5. Stosuje się też inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny:
 - fluoksetyna (Bioxetin, Seronil, Fluoksetyna),
 - fluwoksamina (Fevarin),
 - citalopram (Cipramil), szczególnie użyteczny u osób, u których głównym powodem picia są próby „samoleczenia” alkoholem.

6.5.2. Farmakoterapia w uzależnieniu od opiatów

W Polsce dominują trzy główne metody detoksykacji:

1. Postępowanie objawowe z użyciem leków psychotropowych: anksjolityków benzodiazepinowych i neuroleptyków.
2. Leczenie klonidyną.
3. Stopniowa redukcja leków opioidowych.

Klonidyna (Haemiton, Catapresan) agonista receptora alfa2 adrenergicznego – łagodzi głównie abstynencyjne objawy vegetatywne. W redukcji leków opioidowych stosuje się stopniowo zmniejszone się do zera dawki metadonu.

6.5.3. Farmakoterapia w uzależnieniu od leków uspokajających

Stosuje się stopniowe, wolne zmniejszanie dawki leku uspokajającego lub nasennego. Zmniejszanie dawki nie powinno być szybsze, niż 20% dobowej dawki na tydzień. Zaleca się przy tym zamianę na lek podobnie działający, ale o dłuższym okresie działania, np. klorazepat (Tranxene, Cloranxen).

W przypadku uzależnienia od barbituranów należy je stopniowo zastępować lekami przeciwdrgawkowymi, np. fenytoiną.

6.6. Długoterminowe leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych

Uzależnienie od alkoholu jest chorobą, na którą może zapaść każdy, bez względu na płeć, wiek, poziom intelektualny, wykształcenie i uprawiany zawód. Każdemu też konieczna jest pomoc w powrocie do zdrowia. Podstawową formą leczenia jest psychoterapia uzależnienia, a proces terapeutyczny to ciężka i żmudna praca zawierająca w sobie wiele różnorodnych działań, których efektem powinny być głębokie i możliwie trwałe zmiany.

Zmiany te powinny dotyczyć postaw, przekonań, zachowań, przyzwyczajeń, relacji z innymi, a także sposobów przeżywania, odczuwania, myślenia itp. Programy zdrowienia planowane są na okres wielu miesięcy, a nawet lat. Początek stanowią najczęściej kilkutygodniowe, intensywne oddziaływania prowadzone w warunkach stacjonarnych bądź intensywne programy ambulatoryjne obejmujące 16–20 godzin zajęć tygodniowo. Leczenie stacjonarne osób uzależnionych, w odróżnieniu od leczenia szpitalnego innych schorzeń, nie jest przeznaczone wyłącznie dla szczególnie ciężkich bądź „beznadziejnych” przypadków. Warunki stacjonarne umożliwiają bowiem zwiększenie intensywności zajęć, a tym samym osiągnięcie w znacznie

krótszym czasie tego, co dają wielomiesięczne programy ambulatoryjne. Drugi etap to uczestniczenie w programie opieki poszpitalnej, czyli terapia uzupełniająca bądź podtrzymująca, prowadzona w warunkach ambulatoryjnych. Prawidłowo prowadzone leczenie powinno przebiegać zgodnie z – przygotowanym przez terapeutę (opiekuna, przewodnika), uzgodnionym z pacjentem oraz na bieżąco aktualizowanym i monitorowanym – indywidualnym programem (planem) psychoterapii uzależnienia.

Niezmiernie cennym uzupełnieniem – zarówno stacjonarnych, jak i ambulatoryjnych form terapii – jest Program Dwunastu Kroków Anonimowych Alkoholików. Stąd większość ośrodków terapeutycznych zaleca swoim pacjentom uczestniczenie w spotkaniach Wspólnoty AA, natomiast ich bliskim udział w spotkaniach grup Al-Anon i Alateen. Ponadto wiele materiałów pomocnych w terapii uzależnień opiera się na doświadczeniach Wspólnoty AA.

Podstawowym problemem, w obliczu którego stają osoby uzależnione od narkotyków jest konsekwentne, wytrwałe dążenie do odstawienia substancji psychoaktywnych. Konsekwencje somatyczne oraz psychiczne używania tych substancji, presja rodziny, konflikty z prawem są nierzadko pierwszym motywem podjęcia próby uwolnienia się od nałogu. Osoby takie wielokrotnie podejmują próby zerwania z nałogiem – często samodzielnie, niekiedy na oddziałach detoksykacyjnych. Leczenie uzależnień jest procesem długotrwałym, wymagającym współpracy osoby uzależnionej z terapeutą. Obserwacje kliniczne wskazują na niską skuteczność leczenia, w którym brakuje aktywnego udziału osoby leczonej. Niestety, wielokrotnie zdarza się, że oczekiwania osób uzależnionych wobec procesu leczenia pozostają w sprzeczności z oferowanymi metodami postępowania leczniczego. Terapia uzależnień obejmuje następujące etapy:

- 1) detoksykacja,
- 2) rehabilitacja,
- 3) oddziaływania postrehabilitacyjne.

Leczenie osób uzależnionych od narkotyków przyjmuje różną postać w zależności od substancji, która to uzależnienie wywołała. Istnieją dwa główne podejścia do problemu leczenia osób uzależnionych:

- terapia substytucyjna,
- terapia ukierunkowana na abstynencję.

6.7. Terapia substytucyjna

Ten rodzaj terapii polega na zastępowaniu dożylnych narkotyków doustnymi preparatami przepisywanymi przez lekarza, które dają te same efekty farmakologiczne. Odbywa się to zazwyczaj w specjalnie do tego celu powołanym ośrodku ambulatoryjnym, gdzie pacjentom podawany jest preparat o długotrwałym działaniu, np. metadon. Usuwa on skutecznie objawy abstynencyjne. W przeciwieństwie np. do heroiny pobieranej dożylnie, farmakologiczne działanie doustnego preparatu utrzymuje się ponad dobę. Pozwala to tym samym wyeliminować sekwencyjnie powtarzające się zmiany nastroju – pojawianie się stanu euforii i następującego później „głodu” – które są immanentną cechą przyjmowania narkotyku drogą dożylną. Osoba uzależniona uwalnia się od przykrych doznań abstynencyjnych („głodu”) i dzięki temu osłabia się jej motywacja do zażywania narkotyków dożylnych. Wraz ze zmniejszonym używaniem narkotyków dożylnych, ograniczeniu ulegają zagrożenia związane ze stosowaniem brudnych igieł. Niewątpliwą wadą tego typu terapii jest to, że pacjent pozostaje uzależniony od narkotyku.

6.8. Terapia ukierunkowana na abstynencję

Wymogiem stawianym przez społeczności terapeutyczne jest całkowite odstawienie wszelkich środków psychotropowych. Osoba, która sięga po narkotyki ma zwykle trudności w nawiązywaniu kontaktów interpersonalnych. Celem terapii jest zatem budowanie uczciwej, otwartej relacji pomiędzy terapeutą i poszczególnymi osobami w grupie. Dobrze prowadzona terapia pozwala nabyć kompetencję społeczną, tzn. umiejętność radzenia sobie w życiu społecznym i poczucie samowystarczalności.

Główną wadą tego typu leczenia jest wysoki wskaźnik jego przerywania. Szacuje się, że ok. 75% pacjentów przerywa kurację w ciągu pierwszego miesiąca – wynika to w głównej mierze z niskiej motywacji do zerwania z uzależnieniem.

PYTANIA

1. Jakie wyróżnia się stadia rozwoju choroby alkoholowej?
2. Jakie zaburzenia psychotyczne mogą wystąpić w przebiegu rozwoju alkoholizmu?
3. Podaj kryteria rozpoznania zespołu uzależnienia według klasyfikacji ICD-10.
4. Omów leczenie powikłanych alkoholowych zespołów abstynencyjnych.
5. Jakie są najważniejsze rodzaje terapii osób uzależnionych?

PIŚMIENNICTWO

- [1] Baran-Furga H., Steinbarth-Chmielewska K.: Uzależnienia. Obraz kliniczny i leczenie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999.
- [2] ICD-10 Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Vesalius, Kraków, Warszawa 1997.
- [3] Jellinek E.M.: The Disease Concept of Alcoholism. Hillhouse Press, New Brunswick 1960.
- [4] Juczyński Z.: Narkomania. Podręcznik dla nauczycieli, wychowawców i rodziców. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
- [5] Kinney J., Leaton G.: Zrozumieć alkohol, PARPA, Warszawa 1996.
- [6] Rzewuska M.: Leczenie zaburzeń psychicznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
- [7] Woronowicz B.: Alkoholizm jest chorobą. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1999.

7. Organiczne zaburzenia psychiczne

Anna Warchala

Rozdział obejmuje: organiczne zaburzenia psychiczne (z zespołami objawowymi włącznie), otępienie w chorobie Alzheimera (F 00), otępienie naczyniowe (F 01), otępienie w innych chorobach klasyfikowanych gdzie indziej (F 02), otępienie bliżej nieokreślone (F 03), organiczny zespół amnestyczny, niewywołany alkoholem ani substancjami psychoaktywnymi (F 04), majaczenie niewywołane alkoholem ani substancjami psychoaktywnymi (F 05), inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu, albo chorobą somatyczną (F 06), zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu (F 07), nieokreślone zaburzenia psychiczne organiczne lub objawowe (F 09).

7.1. Choroby układu nerwowego przebiegające z otępieniem

Otępienie wg Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania ICD-10 jest zespołem psychopatologicznym, u podłoża którego leży przewlekła lub postępująca choroba mózgu, powodująca przy jasnej świadomości zaburzenie pamięci, orientacji, myślenia, rozumienia, liczenia, zdolności uczenia się, funkcji językowych i oceny w stopniu upośledzającym podstawowe czynności życiowe, z towarzyszącym a niekiedy poprzedzającym wystąpienie tego zespołu obniżeniem kontroli nad reakcjami emocjonalnymi, społecznymi, zachowaniem oraz motywacją; utrzymującym się przez co najmniej 6 miesięcy; do niedawna określanym w psychiatrii i neurologii terminem „zespół psychoorganiczny”.

Warto zapoznać się w tym miejscu z dwoma definicjami, które pozwalają różnicować otępienie ze względu na objęcie procesem patologicznym struktur korowych lub podkorowych mózgu.

Otępienie korowe charakteryzuje się wczesnym wystąpieniem i dominowaniem w przebiegu choroby zaburzeń pamięci, funkcji językowych i zdolności wzrokowo-przestrzennych.

Otępienie podkorowe różni się od opisanego wcześniej otępienia korowego dominacją w obrazie klinicznym spowolnienia toku myślenia oraz upośledzeniem wykonywania złożonych, sekwencyjnych czynności intelektualnych przy stosunkowo dobrze zachowanych funkcjach językowych, liczenia i zdolności uczenia się.

7.2. Podział otępień

W dalszej części rozdziału układ materiału jest zgodny z podziałem otępień wg ICD 10, natomiast z powodów czysto praktycznych warto przytoczyć podział uwzględniający przyczyny tego złożonego schorzenia. Według Bidzana (2000) choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN), prowadzące do otępienia, można podzielić na: pierwotne zespoły otępienne spowodowane chorobą zwyrodnieniową mózgu (np. chorobę Alzheimera, chorobę Picka, chorobę Parkinsona, chorobę Huntingtona), wtórne zespoły otępienne (np. naczyniopochodne, poura-

zowe, spowodowane guzami mózgu, wodogłowiem normotensyjnym, podostrą encefalopatią gąbczastą) oraz potencjalnie odwracalne choroby mózgu spowodowane zaburzeniami metabolicznymi (np. niedoczynnością tarczycy, zespołem Cushinga, niedoczynnością i nadczynnością przytarczyc, niedoborem witaminy B₁₂, tiaminy), zaburzeniami toksycznymi (np. alkoholem, związkami organicznymi, metalami ciężkimi, niektórymi lekami, dializami) lub przewlekłą infekcją (np. HIV, kiłą, zapaleniem mózgu, podostrym stwardniającym zapaleniem mózgu).

7.3. Epidemiologia otępień

Rozpowszechnienie, czyli częstość występowania otępień o natężeniu umiarkowanym i głębokim w określonym czasie oraz w odniesieniu do populacji osób powyżej 65 roku życia waha się od 1,9 do 5,8%. Choroba Alzheimera jest najczęstszą postacią otępień i stanowi od 50 do 70% wszystkich przypadków demencji, a jej rozpowszechnienie wzrasta z wiekiem, tzn. podwaja się, co 5 lat i wg Jorma (1990) kształtuje się na poziomie 0,9% dla 65 lat, 4% dla 75 lat i 18% dla 85 lat.

Zachorowalność – inaczej zapadalność – czyli liczba nowych przypadków otępień w określonym przedziale czasu w danej populacji stanowi średnio 0,2% dla populacji w 65 roku życia, 0,7% w wieku 75 lat, 2,9% w 85 lat i 6% w 90 roku życia.

7.4. Fizjologiczne skutki starzenia się OUN

Waga mózgu dorosłego człowieka ulega zmniejszeniu o około 5% między 30 a 70 rokiem życia, o dalsze 5% w ciągu kolejnej dekady życia oraz o 20% do 90 roku życia. Komory mózgu ulegają powiększeniu, opony mózgowe stają się cieńsze, następuje stosunkowo nieznaczny i selektywny zanik komórek nerwowych. Badania z użyciem rezonansu magnetycznego wykazały zmniejszenie objętości istoty szarej bez znaczących zmian w obrębie istoty białej. Wydaje się, że przepływ krwi w okolicy wzgórza, płatów czołowych i skroniowych ma tendencję do zmniejszania się z wiekiem.

W wieku podeszłym w cytoplazmie komórek nerwowych odkłada się barwnik zwany lipofuscyną, który prawdopodobnie jest związkiem pochodnym degradacji komponentów komórkowych. Zachodzą również zmiany w obrębie szkieletu cytoplazmatycznego. Białko zwane tau, które odgrywa rolę w wiązaniu neurofilamentów i mikrotubuli, ma tendencję do odkładania się i wytwarzania podwójnych helikalnych, filamentów, które formują neurofibrylarne kłębki w obrębie komórki i niszczą niektóre neurony. Jeśli proces starzenia się przebiega prawidłowo, wówczas neurofibrylarne kłębki znajdują się w obrębie niewielkiej liczby komórek nerwowych w hipokampie i korze śródmózgowej.

Fizjologiczne starzenie się mózgu człowieka jest związane z tworzeniem płytek starczych, będącymi ogniskami procesów zapalnych w tkance nerwowej, zagregowanymi w postaci nieregularnych form sferycznych, czasem z centralnie umieszczonym rdzeniem zbudowanym z pozakomórkowego amyloidu. Wszystkie płytki starcze zawierają amyloid, a także podwójne helikalne filamenty z białka tau. Dystrybucja płytek starczych w obrębie prawidłowo starzejącego się mózgu jest bardziej rozległa niż neurofibrylarnych kłębków i nie ogranicza się tylko do hipokampa i kory śródmózgowej, ale rozciąga się na okolicę kory nowej i ciała migdałowatego. Tkanka nerwowa w OUN u osób w wieku podeszłym bez rozpoznanego otępień zawiera niewielką liczbę ciał Levy'ego, które są laminowanymi wewnątrzkomórkowymi wtrętami występującymi w istocie czarnej i miejscu sinawym.

7.5. Zaburzenia pamięci

Uszkodzenie specyficznych okolic mózgu znajdujących się w obrębie płata skroniowego, takich jak: hipokamp, ciało migdałowate, zakręt okołohipokampalny i kora śródwęchowa oraz sklepienie, grzbietowo-boczne wzgórze i zakręt obręczy ma poważne skutki dla procesów pamięci. Uważa się, że okolice te są odpowiedzialne za zapamiętywanie i odtwarzanie śladów pamięciowych, o których wciąż nie wiadomo, gdzie są przechowywane. Obustronne uszkodzenie jakiegokolwiek z tych struktur powoduje poważną amnezję i zapamiętywanie nowych informacji tylko na kilka minut. Nabywane są wtedy tylko umiejętności ruchowe i percepcyjne, ale pacjenci nie pamiętają o tym.

Pamięć jako czynność poznawczą możemy podzielić na krótkotrwałą (operacyjną) i długotrwałą, która pozwala na bezterminowe przechowywanie informacji.

Badania nad fizjologią procesów pamięci sugerują, że pamięć operacyjna jest pobudzana przez zmiany elektrycznej aktywności neuronów a trwała przez zmiany w połączeniach synaptycznych pomiędzy neuronami. Również układy neuroprzekaźników, a szczególnie układ cholinergiczny, odgrywają ważną, choć nie do końca poznaną, rolę w mechanizmach zapamiętywania.

Badania psychologiczne wskazują, że fazy zapamiętywania są bardziej złożone niż te obserwowane w praktyce klinicznej. Najprościej rzecz ujmując pamięć obejmuje trzy etapy: zapamiętywanie, przechowywanie i odtwarzanie. Odtwarzanie odbywa się poprzez przywoływanie, czyli wyszukiwanie odpowiedniego śladu pamięciowego oraz rozpoznawanie, czyli dopasowywanie prezentowanego śladu do przechowywanego.

7.6. Choroba Alzheimera

Choroba Alzheimera (chA) jest najczęstszą postacią demencji. Występuje w dwóch podtypach jako chA o wczesnym początku i późnym początku. Początkowo trudno ją odróżnić od łagodnych zaburzeń funkcji poznawczych typowych po 65 roku życia. Narasta stopniowo przez pierwsze 2–4 lata, prowadząc do nasilania się zaburzeń pamięci, utraty spontaniczności, funkcji językowych (odtworzenia słów, nazywania obiektów, tworzenia płynnych i logicznych zdań), zdolności wzrokowo-przestrzennych (trudności w kopiowaniu figur przestrzennych, uczeniu się drogi w nieznanym środowisku), orientacji w czasie, pojawiania się zaburzeń nastroju (najczęściej depresji), halucynacji (w późnych stadiach choroby), urojeń okradania i prześladowczych, zespołu błędnego rozpoznawania (rozmawiania z własnym odbiciem w lustrze, osobami widzianymi na ekranie telewizora).

Zaburzenia zachowania są typowe dla chA i szczególnie uciążliwe dla osób sprawujących opiekę nad chorymi. Wzrasta aktywność ruchowa, zwłaszcza wieczorem, prowadząc do odwrócenia rytmu snu i czuwania, pojawia się agresja – zarówno słowna, jak i fizyczna – wybierając postać oporu i przeciwdziałania formom opieki ze strony otoczenia, zachowanie staje się bezcelowe, częste są przypadki ryzykownego „błądzenia” do nieznanych i niebezpiecznych miejsc, a utrata krytycyzmu skutkuje nietaktami o różnym charakterze (społecznym, seksualnym).

We wczesnym etapie chA objawy kliniczne modyfikowane są przez przedchorobową osobowość pacjenta, natomiast w późniejszych dominuje upośledzenie funkcji poznawczych i objawy neurologiczne w zależności od miejsca uszkodzenia, np. płat ciemieniowy – dysfazja i dyspraksja, płat czołowy – obniżenie fluencji językowej, zmiana osobowości i utrata kontroli emocji. Zastosowanie tomografii komputerowej głowy pozwala wykazać zanik mózgu, poszerzenie bruzd na powierzchni mózgu, wzrost objętości komór bocznych i atrofię struktur płata skroniowego położonych w pobliżu płaszczyzny pośrodkowej, a użycie funkcjonalnego

rezonansu magnetycznego atrofię hipokampa. W badaniach neuropatologicznych obserwuje się zanik neuronów połączony z proliferacją astrocytów i wystąpieniem zjawiska gliozy. Techniki barwienia srebrem uwidoczniają płytki starcze, kłębki neurofibrylarne oraz granulowakuolarną degenerację.

Badania neurochemiczne w chA ujawniły spadek aktywności wielu neuroprzekaźników, szczególnie w okolicy kory mózgowej i hipokampa. Obserwacja uszkodzenia komórek produkujących noradrenalinę i serotoninę w okolicy jąder podkorowych oraz rezultaty badań nad rolą acetylocholiny w zachowaniu ludzi i zwierząt doprowadziły do powstania cholinergicznego hipotezy uszkodzenia funkcji poznawczych w chA z powodu pierwotnego uszkodzenia neuronów cholinergiczych. Chociaż hipoteza ta jest uproszczeniem w stosunku do nieprawidłowości obejmujących kilka układów neuroprzekaźników, to jest podstawą interwencji farmakologicznych polegających na korekcji obniżenia cholinergicznego aktywności presynaptycznej.

7.7. Ołępienie z ciałami Lewy'ego

W przeszłości uważano, że ciała Lewy'ego są obecne tylko w istocie czarnej u pacjentów z rozpoznaniem choroby Parkinsona, ale odkrycia ostatniej dekady XX wieku pozwoliły wyodrębnić typ ołępienia z ciałami Lewy'ego zlokalizowanymi w korze mózgowej. Cechami odróżniającymi tę postać demencji od chA są: falujący przebieg choroby, występowanie utrwalonych halucynacji wzrokowych i zaburzenia ruchu charakterystyczne dla parkinsonizmu. Dodatkowo obserwuje się powtarzające się w czasie upadki, omdlenia, przemijające utraty przytomności, omamy z zakresu innych narządów zmysłów i nadmierną wrażliwość na neuroleptyki.

7.8. Ołępienie czołowo-skroniowe

Jest to druga pod względem częstości występowania grupa ołępień pierwotnie zwyrodnieniowych, do której można zaliczyć m.in. chorobę Picka. W obrazie klinicznym dominują przede wszystkim pojawiające się najwcześniej w przebiegu choroby zaburzenia zachowania (utrata kontroli, apatia, natręctwa, hiperoralność), zaburzenia funkcji poznawczych (dysfunkcja czynności nadrzędnych, mutyzm, stosunkowo zachowana pamięć) oraz objawy zaburzeń motorycznych (drżenia mięśniowe, objawy pozapiramidowe), zaburzenia języka.

7.9. Leczenie

Choroby pierwotnie zwyrodnieniowe OUN przebiegające z ołępieniem są w praktyce klinicznej leczone objawowo, tzn. za pomocą leków wpływających na niedobór neuroprzekaźników i transmisję synaptyczną w obrębie wszystkich układów neurotransmiterów, a szczególnie cholinergicznego, serotonergicznego, dopaminergicznego oraz aminokwasów pobudzających.

Podstawowym modelem leczenia chA jest nadal model cholinergiczny. Stosowanymi lekami są inhibitory cholinesterazy, których wspólną strategią działania jest selektywne hamowanie cholinesterazy, zapobiegające degradacji acetylocholiny. Przedstawicielami tej grupy leków są: donepezyl, riwastygmina i galantamina. Długotrwałe ich stosowanie wpływa korzystnie nie tylko na procesy poznawcze, prowadząc do spowolnienia przebiegu choroby, ale można także obserwować poprawę w zakresie towarzyszącym ołępieniu zaburzeniom nastroju, lękowym, zachowania oraz stopniowe wycofanie się omamów. Inhibitory cholinesterazy są

dobrze tolerowane, aczkolwiek warto pamiętać, że najczęstszymi objawami niepożądanymi są: nudności, wymioty, biegunka, spadek łaknienia.

Ostatnio coraz więcej uwagi poświęca się uszkodzeniu układu glutaminergicznego w chA. Zwiększająca się liczba dowodów wskazuje na wpływ β -amyloidu na wzrost toksyczności glutaminianów, stymulację neurotoksyn działających agonistycznie w stosunku do receptora NMDA. Wyniki badań nad zwierzętami potwierdziły zasadność zastosowania modulatorów glutaminianów i receptora NMDA w zaburzeniach pamięci. Przedstawicielem tej grupy leków jest memantyna, będąca niekompetycyjnym antagonistą receptora NMDA, hamującym nieprawidłową wzmożoną aktywność receptora NMDA, co prowadzi do zmniejszenia toksyczności glutaminianów w stosunku do komórek nerwowych. Memantynę można stosować również w otępieniu naczyniopochodnym o natężeniu znacznym.

Leki prokognitywne lub nootropowe stanowią grupę o niejednorodnych mechanizmach działania i często nieudowodnionym wpływie na procesy poznawcze. Zgromadzone dane potwierdzają, że zarówno leki nootropowe (piracetam, deanol, pyritinol), jak i naczyniowe (cinarizyna, nicergolina, nimodypina, ginko) znajdują zastosowanie tylko w łagodnych zaburzeniach funkcji poznawczych.

7.10. Choroba Huntingtona (chH)

Choroba ta występuje rodzinnie jako dziedziczona autosomalnie dominująco mutacja genu na chromosomie 4. Rozpoczyna się typowo w wieku średnim (około 35–45 roku życia) i przebiega z trwałą progresją dysfunkcji poznawczych (zaburzenia pamięci krótkotrwałej i długotrwałej, uwagi, funkcji intelektualnych), behawioralnych (drażliwość, agresywność, nietrzymanie afektu) oraz ruchowych (ruchy mimowolne dotyczące początkowo twarzy, szyi i kończyn górnych, z czasem obejmujące wszystkie mięśnie ciała). Wtórnie może pojawić się depresja lub objawy psychotyczne. Rokowanie jest niepomyślne, ponieważ pacjenci umierają po 15–20 latach choroby. Proces zwyrodnieniowy w chH obejmujący korę mózgu i jądra podkorowe prowadzi do przewagi układu dopaminergicznego oraz niedoczynności cholinergicznego. Leczenie w związku z tym jest trudne i polega na stosowaniu neuroleptyków o silnym działaniu antydopaminowym, np. haloperidolu.

7.11. Choroba Parkinsona (chP)

Idiopatyczna chP jest najbardziej rozpowszechnionym schorzeniem w populacji osób powyżej 65 roku życia. Powstaje w wyniku degeneracji jąder podstawy szlaku nigrostriatalnego, utraty neuronów w tej okolicy mózgu, gliozy w obrębie substancji czarnej oraz obecności eozynofilnych ciał Lewy'ego w neuronach substancji czarnej, jąder pnia mózgu i kory nowej.

Podstawowymi objawami klinicznymi chP są: drżenie spoczynkowe, sztywność mięśniowa, bradykinezja, korelujące ze stopniem ciężkości i czasem trwania choroby otępienie, depresja (około 40% chorych), często współwystępująca z lękiem, objawy psychotyczne pod postacią halucynacji wzrokowych i urojeń, głównie prześladowczych, oraz nadmierna senność.

Leczenie polega na podawaniu leków przeciwparkinsonowskich (antycholinergicznym) lub zwiększających aktywność receptora dopaminergicznego (L-dopa). Pewne nadzieje budzi leczenie neurochirurgiczne wszczepiania komórek wytwarzających dopaminę, przeprowadzane w nielicznych ośrodkach neurochirurgii na świecie.

7.12. Choroba Wilsona

Jest to rzadkie schorzenie dziedziczone autosomalnie recesywnie, pojawiające się między 10 a 30 rokiem życia. Do najbardziej charakterystycznych objawów zalicza się: złogi miedzi w obrębie rogówki, sztywność mięśniową, ruchy mimowolne, marskość wątroby i uszkodzenie nerek. Ośpienie pojawia się stosunkowo późno w przebiegu choroby, a tylko u niektórych pacjentów można obserwować ostre stany psychiatryczne połączone z zaburzeniami świadomości oraz depresję. Rokowanie jest pomyślne w przypadkach wcześniej rozpoznanych i leczonych pencylaminą, siarczanem cynku i trietylenotetraminą.

7.13. Zaburzenia psychiczne w neuroinfekcjach

Termin neuroinfekcje obejmuje zakażenia bakteryjne, wirusowe, grzybicze, choroby inwazyjne, kiłę układu nerwowego i przewlekłe zakażenia wirusowe.

Zakażenia bakteryjne, gruźlicze, wirusowe i grzybicze OUN prowadzą do zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych oraz mózgu. O rozpoznaniu, z wyjątkiem infekcji pochodzenia wirusowego, decyduje wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego. Na obraz kliniczny składają się: gorączka, objawy grypopodobne, bóle głowy, wymioty, objawy oponowe, ilościowe zaburzenia świadomości, pobudzenie psychoruchowe, drgawki, objawy pozapiramidowe, afazja, porażenie nerwów czaszkowych. Najczęstszymi objawami psychicznymi są: zespoły ośpienne i zaburzenia osobowości. W przypadku endogennych zakażeń wirusowych, np. opryszczkowego zapalenia mózgu, zaburzenia psychiczne pod postacią zespołów paranoidalnych, halucynoz, epizodów maniakalnych, stanów psychiatrycznych z zaburzeniami świadomości poprzedzają wystąpienie objawów neurologicznych, co jest przyczyną hospitalizacji psychiatrycznych.

Do chorób inwazyjnych zalicza się: toksoplazmozę i malarię spowodowane przez pierwotniaki oraz robaczyce, czyli toksokarozę, wągrycę mózgu, bąblowicę mózgu i włośnicę. Oprócz bogatej symptomatologii neurologicznej towarzyszą im ilościowe i jakościowe zaburzenia świadomości.

W ciągu ostatnich lat obserwuje się wzrost zachorowań na kiłę, co w przyszłości może prowadzić do pojawienia się przypadków zakażenia tą chorobą OUN. Warto, zatem przypomnieć, że kiła II okresu, zwłaszcza nawrotowa, może prowadzić do zajęcia układu nerwowego. Początkowo obserwuje się zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, potem zmiany oponowo-naczyniowe, a na końcu miąższowe i zwyrodnieniowe. Stany te prowadzą do zaburzeń świadomości, zmiany osobowości i ośpienia.

Porażenie postępujące jest postacią kiły późnej, najbogatszą pod względem objawów psychiatrycznych. W jego przebiegu można obserwować ośpienie, czasem objawy zespołu amnestycznego, objawy zespołu czołowego, stopniowe obniżenie napędu psychoruchowego, w niektórych przypadkach depresję i dysfurię, do których dołączają zaburzenia neurologiczne, takie jak: drżenia włókienkowe mięśni okrężnych ust i języka, mowa skandowana, udary mózgu, niedowłady, afazja i drgawki.

Rozpoznanie opiera się na odczynach serologicznych: klasycznych i krętkowych. W leczeniu stosuje się penicyliny, a w razie uczulenia tetracyklinę lub erytromycynę.

7.14. Przewlekłe choroby neuroinfekcyjne

7.14.1. Zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS)

Zgodnie z definicją obowiązującą od 1993 roku, u wszystkich osób serododatnich względem HIV, u których liczba limfocytów CD4 jest mniejsza niż 200/ μ l, rozpoznaje się AIDS. Zakażenie następuje drogą kontaktów seksualnych lub dożylną (przetoczenie zakażonej krwi, iniekcje z użyciem skażonego sprzętu).

Zaburzenia psychiczne obserwowane w przebiegu AIDS to przede wszystkim zespoły otępienne i choroby afektywne, które mogą mieć charakter pierwotnych lub wtórnych uszkodzeń OUN, powstających w przebiegu dodatkowych oportunistycznych infekcji lub procesów nowotworowych rozwijających się z powodu upośledzonej odporności komórkowej.

7.14.2. Podostre stwardniające zapalenie mózgu

Jest to bardzo rzadka choroba spowodowana utajonym zakażeniem mutantem wirusa odry, pojawiająca się najczęściej między 10 a 15 rokiem życia. Rozpoczyna się zaburzeniami funkcji poznawczych, dopiero w drugiej fazie do obrazu klinicznego dołączają się mioklonie kończyn ze współistniejącą często sztywnością typu pozapiramidowego. Na bardzo charakterystyczny obraz EEG składają się uogólnione wyładowania grup fal wysokonapięciowych, które w dalszym etapie choroby ulegają rozlanemu zwolnieniu. W badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego stwierdza się obecność przeciwciał odrowych. Większość chorych przeżywa około 3–5 lat.

7.14.3. Pasażowalne encefalopatie gąbczaste (PEG), czyli choroby wywołane przez priony

Zgodnie z obecnym stanem wiedzy uważa się, że czynnikiem infekcyjnym PEG jest prion, tj. pozbawiony kwasu nukleinowego agregat białka prionu, a jego zakaźna natura jest jedynie epifenomenem. Oznaczenie sekwencji N-końca białka prionu pozwoliło sklonować kodujący je gen, który u człowieka znajduje się na chromosomie 20. We wszystkich rodzinnych postaciach PEG odkryto model dziedziczenia autosomalnie dominującego mutacji w regionie kodującym białko prionu. Sporadyczne postaci PEG są skutkiem konwersji zagregowanego w obrębie mózgu białka prionu pochodzenia tubylczego do powstającego wskutek konformacji cząsteczki białka prionu izomeru typu Sc.

Jest to grupa chorób zwyrodnieniowych OUN charakteryzująca się obecnością zmian gąbczastych w głębokich warstwach kory, którym towarzyszą zaniki neuronów, gliozą, a także złogi amyloidowe głównie w mózdzku. Do PEG u ludzi zalicza się: chorobę Creutzfeldta-Jakoba (chC-J) w czterech postaciach, czyli sporadyczną, rodzinną, jatrogeną i nowy wariant – kuru, chorobę Gerstmann-Sträuslera-Scheinknera oraz śmiertelną rodzinną bezsenność.

Sporadyczna chC-J jest najczęstszą postacią PEG i stanowi około 90% wszystkich przypadków omawianej choroby. Występuje z częstością 0.5–1 na milion, równie często u mężczyzn, jak i kobiet, a szczyt zachorowania przypada między 55 a 70 rokiem życia.

ChC-J rozpoczyna się wolno narastającymi zaburzeniami funkcji poznawczych i zachowania oraz dodatkowo objawami neurologicznymi pod postacią zaburzeń chodu, podwójnego widzenia, utraty wzroku, bólów i zawrotów głowy lub ruchów mimowolnych. Na obraz kliniczny w pełni rozwiniętej choroby składa się stwierdzane u 100% pacjentów otępienie, u 80% mioklonie, a u 90% typowy zapis EEG składający się z okresowo występujących fal wolnych i ostrych. Objawy pozapiramidowe i mózdkowe zwykle dominują nad objawami piramidowymi. Dodatkowo może pojawić się ubytek niemal wszystkich rodzajów czucia jednej połowy ciała oraz zespół Korsakowa. Rzadziej dochodzi do porażenia nerwów okoruchowych.

wych. Mogą pojawiać się różnego typu drgawki. Objawy czuciowe obejmują parestezje oraz zaburzenia słuchu, smaku lub węchu pochodzenia ośrodkowego.

Jatrogenne przypadki chC-J związane są z podawaniem skontaminowanego hormonu wzrostu otrzymywanego z przysadek człowieka, gonadotropin, po przeszczepie opony twardej, zabiegach neurochirurgicznych, przeszczepie rogówki i po użyciu elektrod stereotaktycznych.

7.15. Wtórne zespoły otępienne

Obraz kliniczny otępienia naczyniowego jest zbliżony do zaburzeń otępiennych typu alzheimerskiego. Cechą różnicującą jest dynamika narastania objawów. Obecnie wiadomo, że czynnikiem etiopatogenetycznym są liczne, drobne zatory w obrębie mózgu, wskutek czego objawy otępienia narastają skokowo z powodu kolejnych epizodów udarowych lub obserwuje się ich stopniową progresję. Dodatkowo pojawiają się jakościowe zaburzenia świadomości, nastroju oraz objawy neurologiczne (dyszartria, niedowłady, objawy ubytkowe lub rzekomopopuszkowe).

Współczesna medycyna dysponuje bogatym zbiorem metod diagnostycznych ułatwiających rozpoznanie otępienia naczyniowego, do którego można zaliczyć m. in.: angiografię naczyniową, tomografię komputerową, rezonans magnetyczny, pozytronową tomografię emisyjną oraz tracącą na znaczeniu w tym przypadku elektroencefalografię.

Leczenie powinno obejmować leki nootropowe i prokognitywne oraz działania profilaktyczne (leczenie nadciśnienia, arytmii, padaczki, zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej, hiperlipidemii, podawanie leków przeciwzakrzepowych, antyagregacyjnych, neuroprotektoryjnych).

7.16. Zespoły otępienne i inne zaburzenia psychiczne w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych

Z punktu widzenia psychiatrii urazy czaszkowo-mózgowe powodują zaburzenia psychiczne związane bezpośrednio z incydem urazowym lub następstwa odległe. Ostre objawy psychiczne są związane z takim stanami, jak: wstrząśnienie mózgu, stłuczenie mózgu polegające na jego rozerwaniu, uszkodzeniu jego powierzchni lub naczyń oraz ucisk mózgu będący następstwem jego obrzęku, krwiaka nad- lub podtwardówkowego lub krwotoku śródmózgowego i obejmują niepamięć, ilościowe zaburzenia świadomości, majaczenie, splątanie, zamroczenie, zaburzenia zachowania, nastroju i lęk.

Do odległych następstw urazów czaszkowo-mózgowych zalicza się: cerebrastenię pourazową i otępienie pourazowe. Istnieje grupa pacjentów, którzy w okresie pourazowym zgłaszają następujące objawy psychiczne: lęk, obniżenie nastroju połączone często z drażliwością, którym towarzyszą bóle głowy, uczucie wyczerpania psychicznego i fizycznego, zaburzenia koncentracji oraz bezsenność. Czas trwania i natężenie objawów są wysoce zmienne. W etiopatogenezie powyższych zaburzeń sugeruje się znaczny udział czynników psychologicznych, ponieważ pojawiają się jako skutek łagodnych urazów głowy.

W przypadku urazów, których konsekwencją jest pourazowa amnezja trwająca dłużej niż 24 godziny, istnieje znaczne prawdopodobieństwo wystąpienia otępienia i zespołu czołowego, zespołu płata skroniowego oraz padaczki.

7.17. Guzy wewnątrzczaszkowe

Psychiatrzy mają najczęściej możliwość obserwowania pacjentów z wolno rosnącymi guzami wewnątrzczaszkowymi, które powodują różnorodne i związane z jego położeniem zaburzenia psychiczne. Wskaźnik przyrostu w jednostce czasu ma znaczenie o tyle, że szybko rosnące guzy powodują przede wszystkim zespoły majaczeniowe, a mniej agresywne narastające zaburzenia funkcji poznawczych. Ogniskowe uszkodzenie mózgu związane ze specyficzną lokalizacją guza prowadzi do powstania charakterystycznych zespołów neuropsychiatrycznych opisanych poniżej.

7.18. Organiczny zespół amnestyczny (zespół lub psychoza Korsakowa, OZA)

Jest to zespół, który manifestuje się przede wszystkim zaburzeniami pamięci krótkotrwałej i długotrwałej, znacznym ograniczeniem uczenia się nowego materiału, co prowadzi do powstawania luk pamięciowych, które często wypełniane są konfabulacjami, ponadto występuje dezorientacja w czasie. Klasycznie OZA jest spowodowany swoistym uszkodzeniem przez procesy chorobowe (urazy, zatrucia CO i lignokainą, zawały, krwawienia, zapalenia i guzy mózgu, niedobór witamin) układu podwzgórzowo-międzymózgowego i przylegających do niego struktur skroniowo-limbicznych (m.in. hipokampa), z czego wynikają zaburzenia orientacji w czasie, utrata autobiograficznych informacji, sugestywne i rozbudowane konfabulacje uważane za najbardziej specyficzny objaw i nasiloną niepamięć następcza w zakresie materiału werbalnego oraz wzrokowego. Uczenie się nowego materiału jest znacznie upośledzone, aczkolwiek natychmiastowe odtwarzanie wydarzenia jest zachowane.

OZA zaczyna się nagle i trwa krótko, zwykle nie dłużej niż kilkadziesiąt godzin (maksymalnie do miesiąca), co stanowi cechę różnicującą ten zespół od otępienia. Rokowanie jest uzależnione od czynnika sprawczego, tzn. jest lepsze w stanach pourazowych i naczyniowych niż zapalnych i wywołanych guzami mózgu.

7.19. Zespoły psychotyczne z zaburzeniami świadomości niewywołane alkoholem ani substancjami psychoaktywnymi

Powyższy termin obejmuje jakościowe zaburzenia świadomości, których istotą są: utrudniony i zanikający kontakt z otoczeniem, zaburzenia uwagi, pamięci, myślenia, rozumienia, kojarzenia, aktywności psychoruchowej, emocji i rytmu sen/czuwanie, a także występowanie najczęściej po 60 roku życia. Tradycyjnie w obrębie tych zaburzeń wyodrębnia się: przymglenie proste, majaczenie, zamroczenie i splątanie, aczkolwiek autorzy *Klasyfikacji Zaburzeń Psychicznych i Zaburzeń Zachowania ICD-10* posługują się tylko nazwą „majaczenie”. Pacjenci z jakościowymi zaburzeniami świadomości są często hospitalizowani na oddziałach ogólnych i stanowią ok. 10–15% ogólnej liczby chorych, natomiast ich odsetek wzrasta do 30–50% na oddziałach geriatrycznych.

Etiologia zespołów psychotycznych z zaburzeniami świadomości jest złożona. Według Förstla i wsp. (2000) można wyróżnić jednak czynniki ryzyka, do których zalicza się: wiek dziecięcy i podeszły, wcześniejsze uszkodzenia OUN spowodowane otępieniem na podłożu alzheimerowskim lub naczyniowym, alkoholizm, niedożywienie, cukrzycę, choroby nowotworowe i inne przewlekłe choroby somatyczne. Dodatkowo jako czynniki zwiększonego ryzyka opisuje się zaistnienie w przeszłości psychoz z zaburzeniami świadomości, stany okołoperacyjne, stany przewlekłego bólu, długotrwałą bezsenność, zaburzenia elektrolitowe i utratę krwi.

Przebieg i rokowanie w jakościowych zaburzeniach świadomości uzależnione jest od rodzaju samej psychozy i ich podłoża. Prawidłowe postępowanie terapeutyczne wymaga przede wszystkim rozpoznania czynnika etiologicznego, czyli innymi słowy prowadzenia leczenia przyczynowego.

7.20. Zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu

Odwołując się do definicji zaburzeń osobowości i zachowania podanej w „Klasyfikacji ICD-10”, przez pojęcie to należy rozumieć znaczącą zmianę istniejącego przed zachorowaniem wzorca zachowania w zakresie ekspresji emocji, potrzeb i impulsów oraz wystąpienie zaburzeń procesów poznawczych, prowadzących do upośledzenia planowania i przewidywania konsekwencji działań indywidualnych i społecznych. „Organiczne zaburzenia zachowania” mają charakter rezydualny lub towarzyszą chorobie, uszkodzeniu lub dysfunkcji mózgu, a charakterystyczne objawy zespołów zaburzeń osobowości i zachowania mogą sugerować rodzaj i/lub lokalizację nieprawidłowości w obrębie OUN. Trudno rzetelnie określić rozpowszechnienie tego typu zaburzeń w populacji ogólnej głównie z tej przyczyny, że towarzyszą innym chorobom, np. chorobie Alzheimera, zapaleniom mózgu lub przewlekłemu alkoholizmowi. Uważa się, że zdarzają się częściej u ludzi młodych i mężczyzn. Etiologia zaburzeń osobowości oraz zachowania jest bardzo złożona i obejmuje nie tylko utrwalone zmiany struktury mózgu, lecz także uszkodzenia spowodowane chorobą ogólną lub dysfunkcją mózgu.

7.20.1. Zespół czołowy

Znamiennymi objawami zespołu czołowego są: utrata spontaniczności, abulia, apatia, nastrój dysforyczny, utrata zainteresowań oraz obniżenie fluencji językowej przy stosunkowo dobrze zachowanej sprawności intelektualnej. Pacjenci z rozpoznaniem tego zespołu wykazują brak kontroli w kontaktach towarzyskich, stają się nietaktowni z powodu problemów z prawidłową oceną sytuacji, braku szacunku dla uczuć innych osób, niesmacznych żartów lub niedyskrecji dotyczących sfery intymnej.

7.20.2. Zespół skroniowy

O ile wystąpienie ogniskowych objawów neurologicznych związane jest z faktem czy uszkodzona jest półkula dominująca, czy niedominująca, to lokalizacja prawostronna lub lewostronna uszkodzenia nie ma właściwie znaczenia w przypadku towarzyszących temu zespołowi zaburzeń psychicznych.

Obustronne uszkodzenie płatów skroniowych powoduje zespół Klüvera-Bucy’ego, charakteryzujący się utratą zdolności rozpoznawania znanych wcześniej osób, zaburzeniami emocjonalnymi (niemożność odczuwania strachu lub wściekłości), podwyższeniem aktywności seksualnej oraz ogólnie reaktywności oraz żarłocznością przypominającą bulimie.

W przebiegu zespołu skroniowo-limbicznego można obserwować spowolnienie toku myślenia, rozwlekłość mowy wskutek utraty wątku głównego z powodu zbyt licznych szczegółów wypowiedzi, nastrój euforyczny lub dysforyczny, zalegający afekt, bezkrytycyzm, ceremonialne zachowania o charakterze nadmiernej pedantyczności i drobiazgowości.

PYTANIA

1. Przeprowadź różnicowanie obrazu klinicznego otępień pierwotnie zwyrodnieniowych.
2. Wymień neuroinfekcje, którym towarzyszą zaburzenia psychiczne.
3. Opisz zespoły psychotyczne z zaburzeniami świadomości
4. Podaj podstawowe objawy organicznego zespołu amnestycznego
5. Jakie są objawy zespołu czołowego?

PIŚMIENNICTWO

- [1] Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J. i wsp.: Psychiatria tom II. Wydawnictwo Medyczne Urban i Partner, Wrocław 2002 43–167.
- [2] Leszek J.: Choroby otępienne. Teoria i praktyka. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2003.
- [3] Parnowski T.: Postępy terapii zaburzeń procesów poznawczych w otępieniu. *Terapia*, 2003, 11(144), 27–30.

8. Farmakoterapia i wybrane metody leczenia biologicznego w psychiatrii

Irena Krupka-Matuszczyk

Poniższy rozdział zawiera omówienie, w dużym skrócie, ważnych metod leczenia stosowanych w psychiatrii. Podstawę leczenia schorzeń psychicznych stanowią leki psychotropowe, które wykorzystywane są w terapii zaburzeń psychotycznych, zaburzeń nastroju czy zaburzeń lękowych. Na podstawie rodzaju wskazań do leczenia zostały wyodrębnione następujące grupy leków: przeciwpsychotyczne, przeciwdepresyjne, przeciwlękowe i nasenne, stabilizatory nastroju, prokognitywne oraz pobudzające. W wyborze leku należy kierować się „zasadą pięciu d”: **d**iagnoza, **d**obór leku, **d**awkowanie, **d**ługość (czas) podawania, **d**ialog z pacjentem.

8.1. Leki przeciwpsychotyczne, neuroleptyki

Jest to grupa preparatów skutecznych w leczeniu zaburzeń psychotycznych, głównie schizofrenii, zaburzeń podobnych do schizofrenii, psychozy schizoafektywnej, zaburzeń urojeniowych, epizodów manii czy depresji o nasileniu ciężkim z objawami psychotycznymi. Zgodnie z tezą Delay i Denikera (1957) leki tej grupy znoszą objawy psychotyczne, działają uspakajająco i nasennie, ale wywołują objawy zespołu pozapiramidowego i dają zaburzenia ortostatyczne.

Neuroleptyki ze względu na budowę i działanie dzielą się na klasyczne (I generacji) i atypowe (II generacji).

Neuroleptyki klasyczne – stosowane w Polsce od 1952 r. – stanowią grupę pochodnych o różnej budowie:

- alifatyczne fenotiazyny: chlorpromazyna (Fenectil), lewomepromazyna (Tisercin 25 mg, amp. 25 mg), promazyna (Promazin 25 mg, 50 mg, 100 mg, amp. 100 mg);
- piperydynowe fenotiazyny: tioridazyna (Thioridazinum 10 mg, 25 mg, 100 mg, retard 200 mg);
- piperazynowe fenotiazyny: perazyna (Pernazin 25 mg, 100 mg, Taxilan amp. 100 mg), trifluoperazyna (Apo-trifluoperazyne 1 mg, 2 mg, 5 mg, 10 mg), perfenazyna (Trilafon 2 mg, 4 mg, 8 mg, amp. 5 mg), flufenazyna (Mirenil 1 mg);
- tioksantenu: chlorprotixen (Chlorprotixen 15 mg, 50 mg), zuklopentiksol (Clopixol 10 mg, 25 mg), flupentiksol (Fluanxol 0,5 mg, 3 mg);
- butyrofenonu: haloperidol (Haloperidol 1 mg, 5 mg, krople 30 ml, amp. 5 mg);
- difenylobutyloaminy: fluspirilen (Imap), pimozyd (Orap).

Neuroleptyki II generacji: sulpirid (Sulpirid 50 mg, 100 mg, 200 mg), amisulprid (Solian 50 mg, 100 mg, 200 mg, 400 mg), kłozapina (Kłozapol 25 mg, 100 mg, Clozapine 25 mg, 50 mg, Laponex 25 mg, 100 mg), risperidon (1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg: Rispolett+ płyn, Risset, Risperatio, Mepharis, Risperon, Rispolit, Risperiwin), olanzapina (5 mg, 10 mg: Zyprexa, Zalasta, Zolafren, Olzapin), kwetiapina (Seroquel, Ketrel 25 mg, 100 mg), ziprasidon (Zeldox

20 mg, 40 mg, 80 mg, amp. 20 mg), sertindol (Serdolect 4 mg, 12 mg, 16 mg, 20 mg) działają znacznie słabiej na układ pozapiramidowy i rzadziej wywołują objawy parkinsonowskie oraz zespół złośliwy neuroleptyczny. Preparaty te wywierają korzystny wpływ na objawy negatywne, pozytywne, afektywne i funkcje poznawcze (leki klasyczne najbardziej skuteczne są w usuwaniu objawów pozytywnych, w mniejszym stopniu negatywnych, afektywnych, bez wpływu na funkcje poznawcze).

Objawy niepożądane leków przeciwpsychotycznych:

1. Objawy związane z działaniem na OUN: zespół pozapiramidowy (parkinsonizm polekowy, dystonie, akatyzia i późne dyskinezy), sedacja, drgawki, pobudzenie, niepokój, depresja, zaburzenia funkcji poznawczych.
2. Objawy ze strony układu krążenia (ortostatyczne spadki RR, zapaść, tachykardia, wydłużenie odcinka QT, działania kardi toksyczne).
3. Reakcje alergiczne (odczyny skórne, przebarwienia skóry, nadwrażliwość na słońce, pigmentacyjne zmiany w tęczówce).
4. Objawy ze strony układu krwiotwórczego (leukocytoza, leukopenia, agranulocytoza, eozynofilia).
5. Zaburzenia czynności wątroby.
6. Zaburzenia endokrynne (podwyższenie poziomu cukru, przyrost masy ciała, hiperprolaktynemia, zaburzenia miesiączkowania, dysfunkcje seksualne, wzmożone picie wody).
7. Objawy cholinolityczne (suchość w jamie ustnej, zatrzymanie moczu, zaburzenia akomodacji, zaparcia, porażenie jelit). Do najczęściej stosowanych leków antycholinergicznym należą: pridinol, biperiden, amantadyna.

Do bezwzględnych przeciwwskazań stosowania neuroleptyków należą (w nawiasie podane są preparaty, które są w miarę bezpieczne w podanych schorzeniach):

- przebyta leukopenia polekowa, nie wolno podawać kłozapiny,
- miastenia, jaskra, przerost gruczołu krokowego (risperidon, sulpirid, flufenazyna),
- niewydolność kory nadnerczy (perfenazyna, amisulprid, trifluoperazyna),
- przebyty zespół neuroleptyczny (kłozapina),
- choroby serca – unikać neuroleptyków o działaniu kardi toksycznym: tioridazyny, sertindolu, ziprasidonu, pimozydu (risperidon, promazyna),
- napady drgawkowe – unikać podawania: kłozapiny, olanzapiny, pochodnych fenotiazyn i tioksanten (haloperidol, kwetiapina).

Dostępnych jest 6 neuroleptyków w iniekcyjnej postaci przedłużonego działania: haloperidol (Decaldol 50 mg), cuklopentiksol (Clompixol depot 200 mg, Clompixol Acuphase 50 mg), flupentiksol (Fluanxol depot 20 mg, 40 mg), perfenazyna (Trilafon enanthate 100 mg) oraz należący do leków przeciwpsychotycznych II generacji risperidon (Rispolept Consta 25 mg, 37,5 mg).

8.2. Leki przeciwdepresyjne, tymoleptyki

Leki przeciwdepresyjne powodują ustąpienie objawów depresji po kilku tygodniach ich stosowania. Imipramina w 1957 r. była pierwszym lekiem ery tymoleptyków. Obecnie dostępnych jest 10 grup preparatów różniących się profilem działania, a wybór uzależniony jest od obrazu klinicznego depresji i stanu somatycznego pacjenta.

Leki przeciwdepresyjne hamujące wychwyt zwrotny monoamin: noradrenaliny i/lub serotoniny (TLPD, CzLPD, SSRI, IMAO A, RIMA, NaSSA, NARI, NDR, SARI, inne):

- nieselektywne inhibitory noradrenaliny i serotoniny, działające również na inne układy przekaźnictwa (układy cholinergiczny, dopaminoergiczny, histaminowy) –TLPD: imipramina (10 mg, 25 mg, amp. 25 mg), amitryptylina (10, mg, 25 mg, amp. 50 mg), doksepina (Doxepin 10 mg, 25 mg, amp. 50 mg), klomipramina (Anafranil 10 mg, 25 mg, SR 75 mg, amp 25 mg, Hydiphen 25 mg), dezipramina (Petylyl 25 mg), dibenzepina (Noveril 240 mg), opipramol (Pramolan 50 mg)
- inhibitory wychwyty serotoniny-SSRI: fluoksetyna (10 mg, 20 mg: Andepin, Fluoksetyna, Fluoxetin, Bioxetyna, Deprexetin, Seronil), fluwoksamina (Fevarin 50 mg, 100 mg), citalopram (Aurex 20 mg, 40 mg, Cital 20 mg, Cipramil 20 mg), escitalopram (Lexapro 5 mg, 10 mg), paroksetyna (20 mg: Seroxat, Rexetin), sertralina (Asentra 50 mg, 100 mg, Stimuloton 50 mg, Zoloft 50 mg, 100 mg)
- inhibitory wychwyty serotoniny 5-HT₁ antagoniści i 5-HT_{2A}-SARI: trazodon (Trittico CR 75 mg, 150 mg)
- leki zwiększające wychwyt zwrotny serotoniny: tianeptyna (Coaxil 12,5 mg)
- selektywne inhibitory noradrenaliny i serotoniny, niewpływające na inne układy–SNRI: wenlafaksyna (Efectin ER 37,5 mg, 75 mg, 150 mg), milnacipram (Ixel 25 mg, 50 mg)
- leki hamujące aktywność monoaminooksydazy-IMAO:
 - nieselektywne IMAO nie są stosowane w Polsce
 - selektywne IMAO-A–RIMA: moklobemid (150 mg: Mokloxil, Mobemid, Moklar
- leki działające na receptory noradrenergiczne i serotoninergiczne – NaSSA: mianseryna (Mianserin 10 mg, Lerivin 10 mg, 30 mg, 60 mg, Norserin 10 mg, 20 mg, 30 mg, Miansemerck 10 mg, 30 mg), mirtazapina (30 mg, 45 mg: Remeron, Mirzaten)
- selektywne inhibitory wychwyty noradrenaliny-NARI: reboksetyna (Edronax 4 mg)
- inne leki wpływające na przekaźnictwo NA i DA-CzLPD (czterocykliczne leki przeciwdepresyjne): maprotylina (Ludiomil 25 mg, 75 mg, amp. 25 mg).

Objawy niepożądane terapii lekami przeciwdepresyjnymi to: zaburzenia przewodnictwa i rytmu serca, ryzyko nadciśnienia z kryzą nadciśnieniową, obniżenie progu drgawkowego, zaburzenia funkcji szpiku, uszkodzenie wątroby, dysfunkcje seksualne.

W razie bezwzględnych przeciwwskazań do stosowania leków tymoleptycznych należy rozważyć uzyskanie zgody chorego na wykonanie zabiegów elektrowstrząsów.

8.3. Leki przeciwlękowe i nasenne

Pierwszymi lekami stosowanymi w terapii lęku i snu były sole bromu i barbiturany, które z powodu ich toksyczności i szybkiego uzależniania zaprzestano zalecać w terapii psychiatrycznej i zastąpiono pochodnymi benzodiazepin.

Benzodiazepiny (BDZ) jako leki o działaniu przeciwlękowym, nasennym, uspokajającym, rozluźniającym i przeciwdrgawkowym znajdują zastosowanie w medycynie od lat 60 ubiegłego wieku. Szerokie spektrum i szybkość działania oraz bezpieczeństwo tych preparatów spowodowały, iż są najczęściej zapisywanymi lekami na świecie. Czynnikiem determinującym ich działanie jest metabolizm ustrojowy i okres półtrwania. Na podstawie czasu półtrwania benzodiazepiny dzielą się na pochodne benzodiazepiny krótko działające – do 5 godzin: lormetazepam (Noctofer), midazolam (Dormicum), temazepam (Signopam), o pośrednim

okresie półtrwania – do 12 godzin: estazolam (Estazolam), flunitrazepam (Rohypnol), lorazepam (Lorafen), alprazolam (Xanax, Alprox, Neurol, Afobam, Zomiren), a pochodne benzodiazepiny długo działające – ponad 12 godzin to: klonazepam (Clonazepam, Rivotril), klorazepat (Tranxene, Cloranxen), nitrazepam (Nitrazepam), chlordiazepoksyd (Elenium) i diazepam (Relanium).

Powikłaniem każdej terapii benzodiazepinami jest wzrost tolerancji tych leków i uzależnienie, co przy nagłym odstawieniu skutkuje objawami abstynencyjnymi, takimi jak: objawy wegetatywne, majaczenie (7%) i napady drgawkowe (4%). Benzodiazepiny nie są lekami antydepresyjnymi. Niemal wszystkie zaliczane są do kategorii C lub D wg Klasyfikacji FDA.

8.3.1. Zasady stosowania

Przed rozpoczęciem stosowania leków trzeba rozważyć wskazania do terapii, przewidzieć planowany czasokres podawania, rodzaj leku i jego maksymalną dawkę. Należy z pacjentem ustalić, iż czas leczenia zaburzeń lękowych nie przekroczy 3 miesięcy, natomiast zaburzeń snu 1 miesiąc. Wskazane jest uzyskanie wywiadu od chorego lub jego rodziny, na podstawie którego można ocenić aktualnie zażywane leki ze względu na możliwość interakcji, np. digoksyna + BDZ dają wzrost poziomowi siły działania digoksyny we krwi.

8.3.2. Wskazania

Profil działania obejmuje 4 kierunki: przeciwlękowy (główny), uspokajający i nasenny, przeciwdrgawkowy oraz zmniejszający napięcie mięśniowe. Wskazania do sięgnięcia po te preparaty są następujące: zaburzenia lękowe (zaburzenia lękowe uogólnione, napady paniki, fobie, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne), stany lękowe towarzyszące chorobom somatycznym, napady padaczkowe, niektóre zaburzenia świadomości i zachowania, zaburzenia snu, reakcja dystoniczna poneuroleptyczna, akatyzja poneuroleptyczna, stany spastyczne mięśni, premedykacja przy niektórych zabiegach diagnostycznych czy terapeutycznych. Do leków o silniejszym potencjale nasennym należą: nitrazepam, estazolam, temazepam, flunitrazepam, midazolam.

8.3.3. Przeciwwskazania

Można je podzielić na bezwzględne (zatrucie lekami psychotropowymi, upojenie alkoholowe, miastenia, poród, zaburzenia oddychania pochodzenia ośrodkowego, stan wstrząsu, jaskra z wąskim kątem przesączania, trzy pierwsze miesiące ciąży) i względne (cięża i karmienie piersią, uszkodzenie poważne nerek i wątroby, niewydolność krążenia, farmakoterapia BDZ u osób z wywiadem uzależnienia, z wyraźnymi zaburzeniami osobowości, ostrożnie zlecać u pacjentów w wieku podeszłym ze względu na możliwość pogorszenia się pamięci, ustabilizowana jaskra, okres rozwojowy).

8.3.4. Działania niepożądane

Pewne działania BDZ są obusieczne, dając uspokojenie i sen nocny, w ciągu następnego dnia powodują senność i nadmierną sedację, a ponadto zmniejszenie siły mięśniowej, nieostrość widzenia, spadek ciśnienia krwi, tachykardię, zaparcia, ataksję, niezdolność ruchów, zaburzenia w oddawaniu moczu, zaburzenia pamięci typu amnestycznego, jak również reakcje paradoksalne (zachowania impulsywne, agresja, np. po alprazolamie). Przy dłuższym stosowaniu mogą wystąpić zmiany hematologiczne (leukopenia, agranulocytoza, trombocytopenia, limfocytoza z eozynofilią).

8.3.5. Zatrucia BDZ

Zatrucia mogą być przypadkowe lub leki są przyjęte w celach samobójczych. Objawy intoksykacji zależą od zażytej dawki leku.

Mniejsza dawka spowoduje: senność, zamazaną mowę, niezdarność ruchów, nudności i wymioty, zwiotczenie mięśni, niepewny chód, bóle i zawroty głowy. Objawy mogą przybrać postać ilościowych zaburzeń świadomości.

Duża dawka: śpiączka, zaburzenia oddychania, spadek RR, uszkodzenie nerek i wątroby. Szczególnie ciężki mają przebieg zatrucia mieszane BZD i alkoholem mogące zakończyć się zgonem.

Leczenie zatrucia: flumazenil dożylnie w dawce 0,2 do 1 mg, nie przekraczając dawki 3 mg w ciągu 1 godziny, podawać bardzo powoli.

Do działań niepożądanych należy zaliczyć uzależnienie od benzodiazepin, które jest odrębną jednostką w klasyfikacji ICD 10: F 13.2. Czynnikiem wysokiego ryzyka wystąpienia zespołu odstawiennego (abstynencyjnego) są: długi czas regularnego przyjmowania BDZ, zażywanie benzodiazepin o krótkim czasie półtrwania i nagłe odstawienie leku.

Do leków o silnym działaniu przeciwlękowym zaliczyć można preparaty o innej budowie chemicznej i działaniu receptorowym, takie jak: tymoleptyki (TLPD, SSRI, RIMA, SARI, buspiron (Mabuson, Spamilan), leki przeciwpadaczkowe, które określane są stabilizatorami nastroju: kwas walproinowy i jego pochodne (Depakine chrono, Convulex, Depamide), karbamazepina (Amizepin, Tegretol, Neurotop, Timonil), lamotrygina, pregabalina, leki blokujące beta-receptory: np. propranolol.

8.4. Leki nasenne niebenzodiazepinowe

Przedstawiana grupa leków nasennych jest skuteczna w leczeniu zaburzeń snu, chociaż ich budowa jest inna niż benzodiazepin. Dostępne na rynku polskim są następujące preparaty: zopiklon (Imovane, Zopiratio, Zopiclon), zolpidem (Stilnox, Sanval, Zolpic, Hypnogen), zaleplon (Sonata, Hypnogen, Selofen), prometazyna (Diphergan).

Przewlekłe cierpiący na zaburzenia snu sami stosują u siebie: melatoninę, preparaty waleriany i melisę.

Przed podjęciem leczenia zaburzeń snu należy ustalić wszystkie czynniki, które odgrywają sprawczą rolę, bo najprościej jest podać lek o działaniu nasennym.

8.5. Stabilizatory nastroju = leki normotymiczne

Lek normotymiczny, zgodnie z tezą Bowdena (1999), winien być lekiem skutecznym w leczeniu i profilaktyce obu faz choroby afektywnej dwubiegunowej, nie prowokować ujawnienia fazy przeciwnej. Należą do tej grupy: sole litu (*Lithium carbonicum*) i leki przeciwpadaczkowe: kwas walproinowy i jego sole (Convulex, Depakine chrono, Depamide), karbamazepina (Amizepin, Tegretol, Neurotop, Timonil) oraz inne leki przeciwdrgawkowe, których właściwości stabilizujące nastrój są w trakcie badań klinicznych: gabapentyna, lamotrygina, topiramata i oksykarmazepina. Stosowanie lecznicze i profilaktyczne leków normotymicznych przyczynia się do zmniejszenia częstości, ciężkości oraz czasu trwania nawrotów manii i depresji. Wskazaniem do leczenia profilaktycznego jest co najmniej drugi epizod, młody wiek, obciążenie dziedziczne chorobą afektywną, brak oparcia rodzinnego, ciężki przebieg poprzedniego epizodu, ryzyko samobójstwa, płeć męska. Podczas stosowania

wspomnianych preparatów konieczne jest mierzenie ich stężenia w surowicy krwi, zarówno w czasie leczenia epizodu, jak i podawania przewlekłego.

Stężenia w surowicy krwi i dawka leku przyjmowana doustnie w nawiasie:

- lit = 0.4–1.0 mEq/l (500–1250 mg),
- kwas walproinowy = 50–100 mg/ml (1200–1500 mg),
- karbamazepina = 4–12 mg/ml (400–1600 mg).

Działania niepożądane są różne, zależą od wybranego leku:

- **Sole litu:** poważne objawy są obserwowane u 30% leczonych pod postacią dolegliwości żołądkowych, przyrostu masy ciała, drżenia, męczliwości, upośledzenia funkcji poznawczych, niedoczynności tarczycy. Lit jest teratogeny dla płodu. Może nasilać zmiany skórne (łuszczyca, zapalenie wyśiękowe skóry, wypadanie włosów) i powodować zmiany w zapisie EKG.
- **Kwas walproinowy i jego sole** mogą dawać uszkodzenie układu krwiotwórczego (trombocytopenia, limfopenia, leukopenia), torbielowatość jajników, działanie hepatotoksyczne, dolegliwości z przewodu pokarmowego (biegunka, zaparcia, wymioty, nudności), przyrost masy ciała, wypadanie włosów, są teratogenne dla płodu.
- **Karbamazepina:** objawy neurotoksyczności (ból i zawroty głowy, drżenia, parestezje, oczopląs, podwójne widzenie), dolegliwości z przewodu pokarmowego (biegunka, zaparcia, wymioty, nudności), zaburzenia z układu krążenia (arytmia, blok przedsionkowo-komorowy, bradykardia), hiponatremia, leukopenia i agranulocytoza.

Preparaty wymienione powyżej mogą być stosowane łącznie, ale podwyższenie stężenia poszczególnych leków daje objawy toksycznego zapalenia mózgu i może wymagać dializowania.

Zasady postępowania w chorobie afektywnej dwubiegunowej:

- leki normotymiczne należy stosować w każdej fazie choroby,
- łagodne nasilenie depresji winno być leczone normotymikiem w monoterapii,
- w stanie ciężkim, zwłaszcza psychotycznym, można terapię wspomóc neuroleptykiem.

8.6. Leki prokognitywne i nootropowe

W leczeniu choroby Alzheimera i innego rodzaju otępień znajdują zastosowanie leki wymienione w tytule.

- Terapia prokognitywna – leki selektywnie wpływające na czynność OUN, na określony rodzaj neuroprzekaznictwa. W terapii prokognitywnej podaje się inhibitory cholinesterazy acetylocholino (IchE): besperidina, takryna, metrifonat, donepezil (5 mg, 10 mg: Aricept, Cogiton, Donepex, Yasnal), galantamina (Reminyl 4 mg, 8 mg, 12 mg, płyn, Nivalin amp. 2,5 mg, 5 mg), riwastygmina (Exelon 1,5 mg, 3 mg, 4,5 mg, 6 mg, płyn) oraz wywierająca wpływ na receptor NMDA: memantyna (10 mg, płyn Axura, Ebixa). Jest to grupa leków o pokrewnych mechanizmach działania (poprzez hamowanie aktywności acetylocholinesterazy zmniejszają rozpad acetylocholino, zwiększając jej ilość w szczelinie synaptycznej).
- Leki o nieswoistym wpływie na OUN, które poprawiają metabolizm i neuroprzekaznictwo:
 - Leki nootropowe: piracetam (Lucetam 400 mg, 800 mg, Memotropil 400 mg, 800 mg, 1200 mg, Nootropil 400 mg, 800 mg, 1200 mg, amp, saszetki do rozpuszczania)

wprowadzony przed 30 laty budził wiele nadziei jako lek nootropowy, choć w wielu badaniach klinicznych nie uzyskał jednoznacznej oceny jako lek skuteczny w terapii otępień. Do grupy leków nootropowych zalicza się deanol (Bimanol), pirytytol (Enerbol), cholinę, lecytynę.

- Leki poprawiające krążenie mózgowe i metabolizm mózgu nie są zaliczane do leków notropowych i prokognitywnych: cynaryzyna (Cinnarizinum), dihydroergotoksyna (Dihydroergotoxinum), nicergolina (Adavin, Nicergolin), vinpocetyna (Cavinton, Vinpoton), pentoksyfilina (Agapurin, Trental).
- Leczenie chorób współistniejących somatycznych.
- Stosowanie leków dodatkowych w związku z obecnością towarzyszących zaburzeń psychicznych, np. depresji.

Dawka leków psychotropowych u osób starszych zawsze winna być zredukowana (do 40%).

8.7. Środki psychostymulujące, pobudzające

Leki tej grupy nie są dopuszczone do obrotu w Polsce. Są to sympatykomimetyki, zwane środkami analeptycznymi i psychostymulującymi, które znalazły zastosowanie w leczeniu ADHD. Najczęściej podawany jest metylfenidat (Concerta, Ritalin), a do niedawna pemolina (Cylert), którą obecnie uznaje się za niebezpieczną dla zdrowia (toksyczne uszkodzenie wątroby).

8.8. Pozafarmakologiczne metody terapii biologicznej

Prócz leków psychotropowych ważne miejsce w procesie leczenia biologicznego zajmują następujące sposoby terapii: elektrowstrząsy, bezsenność wymuszona, światłoterapia, a z historycznego obowiązku można wspomnieć lobotomię, śpiączki insulinowe, kardiazolowe i atropinowe.

8.8.1. Elektrowstrząsy (EW = sejsmoterapia)

Zostały wprowadzone przez Biniego i Cerletiego w 1937 r. do leczenia schizofrenii, a wkrótce zastosowano je w terapii choroby afektywnej. Głównym wskazaniem do ich zastosowania są: katatonie, ciężka depresja lub mania, psychoza lekooporna, psychozy wymienione w czasie ciąży.

Przeciwwskazaniem względnym są: ciężka arytmia serca, znaczne nadciśnienie i niedokrwienie mięśnia sercowego. Na wykonanie zabiegu wymagana jest pisemna zgoda pacjenta. Do kwalifikacji chorego do zabiegów EW wymagane jest wykonanie zapisów EKG, EEG, tomografii komputerowej głowy, konsultacja kardiologa i anestezjologa.

8.8.2. Bezsenność wymuszona

Zastosowana w terapii w 1971 r. przez B. Pfluga i R. Tolle jest jednodobowym (36-godzinowym) pozbawieniem snu dla celów leczniczych. Zastosowanie deprywacji snu powoduje po 24 godzinach zazwyczaj podwyższenie nastroju o charakterze przemijającym, lepszą reakcję na leki tymoleptyczne i poprawę snu. Metodę stosuje się 2 razy w tygodniu i w tym dniu nie należy podawać leków o działaniu nasennym. Dobra reakcja na ten rodzaj leczenia widoczna jest u 25–35% leczonych.

8.8.3. Światłoterapia

Jest metodą z wyboru, zdaniem Wirz-Justice (1996), w terapii depresji sezonowej, ale pojawia się coraz więcej badań nad jej skutecznością w leczeniu innych zaburzeń. Powszechnie sądzi się, że najważniejszym czynnikiem skuteczności światłoterapii, nazywanej również fototerapią, jest widmo i natężenie światła stosowanego, właściwy wybór pory dnia i czas zabiegu. Zasady przyjęte w Pracowni Światłoterapii Kliniki Psychiatrii i Psychoterapii w Katowicach: pomieszczenie w kolorze białym, czas trwania kuracji 10–14 dni, natężenie światła 10000–20000 luksów, czas ekspozycji 30–60 min w godzinach rannych lub dopołudniowych. W czasie i po zabiegu mogą pojawić się następujące objawy: szczypanie oczu, łzawienie, bóle głowy, mające zazwyczaj charakter przejściowy.

8.8.4. Inne

Śpiączki insulinowe, śpiączki kardiazolowe, śpiączki atropinowe, lobotomia (za wprowadzenie lobotomii czołowej Monitz otrzymał nagrodę Nobla w 1945 r.) u chorych z rozpoznaniem schizofrenii nie są już stosowane.

PYTANIA

1. Wymień grupy leków stanowiących leki psychotropowe.
2. Co to jest złośliwy zespół neuroleptyczny?
3. Co oznacza termin: teratogenne działanie leku na płód?
4. Wymień objawy zespołu abstynencyjnego po odstawieniu relanium.
5. W jakiego rodzaju zaburzeniach stosowana jest światłoterapia?

PIŚMIENNICTWO

- [1] Bilikiewicz A. (Red.): Psychiatria dla studentów medycyny, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.
- [2] Bilikiewicz A., Pużyński St., Rybakowski J., Wciórka J. (Red.): Psychiatria, t. III, Wydawnictwo Medyczne Urban i Partner, Wrocław 2002.
- [3] Kostowski W.: Leki neuroleptyczne. [w:] Psychofarmakologia doświadczalna i kliniczna, Kostowski W., Pużyński S. (Red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996, 144–161.
- [4] Kostowski W.: Perspektywy badań nad lekami przeciwpsychotycznymi. [w:] Neuropsychofarmakologia dziś i jutro, Bijak M., Lason W. (Red.). Instytut Farmakologii PAN, Kraków 2000, 55–70.
- [5] Pużyński St. (Red.): Leksykon psychiatrii, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993.
- [6] Rzewuska M.: Leczenie zaburzeń psychicznych, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
- [7] Wolfarth S., Ossowska K.: Farmakologia leków przeciwpsychotycznych. [w:] Neuropsychofarmakologia dziś i jutro, Bijak M., Lason W. (Red.). Instytut Farmakologii PAN, Kraków 2000, 9–26.

9. Wybrane zagadnienia z psychiatrii wieku rozwojowego

Małgorzata Janas-Kozik

Psychiatria wieku rozwojowego obejmuje przedział wiekowy od urodzenia do 18 r.ż. Zaburzenia i choroby natury psychicznej pojawiające się w tym okresie są charakterystyczne dla okresu dziecięcego lub swój początek mają w okresie dzieciństwa, albo młodzieńczym, a ich pełna gama objawów rozciąga się aż do dorosłości. Statystyki światowe pokazują, że od 10 do 20% dzieci i młodzieży cierpi na szeroko pojęte zaburzenia psychiczne. Mówiąc o zaburzeniach psychicznych tego okresu należy myśleć o ich pełnym spektrum – począwszy od upośledzenia umysłowego, poprzez ciężkie całościowe zaburzenia rozwojowe, takie jak autyzm, zaburzenia umiejętności szkolnych, zaburzenia odżywiania się, różnego typu zaburzenia emocjonalne, aż do chorób psychicznych rozpoczynających się w okresie młodzieńczym. W powstawaniu wspomnianych zaburzeń odgrywają rolę zarówno czynniki biologiczne (genetyczne, infekcyjno-toksyczne, konstytucjonalne, neuroprzekazniki), jak i psychospołeczne, do których zalicza się środowiskowe, kulturowo-społeczne oraz rodzinne.

W niniejszym rozdziale przedstawiono jedynie wybrane zagadnienia:

- całościowe zaburzenia rozwojowe – F 84 – autyzm dziecięcy F 84.0 i zespół Aspergera F 84z,
- zaburzenie hiperkinetyczne (zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi,
- zaburzenia odżywiania się – jadłowstręt psychiczny – F 50.0. .

Aby zrozumieć zaburzenia natury psychicznej występujące u dziecka bądź nastolatka w perspektywie rozwojowej należy rozważyć jego funkcjonowanie w aspekcie indywidualnym (emocjonalnym, poznawczym, ruchowym), jak i w trzech najważniejszych dla niego systemach: rodzinie, szkole i grupie rówieśniczej. Wśród systemów najważniejszym i mającym największy wpływ na rozwój dziecka tak biologiczny, jak i psychiczny – ma system rodzinny wraz z cyklami życia rodziny. Według Duvall można wyróżnić 8 faz cyklu życia rodziny:

Faza I. małżeństwo bez dzieci (obejmuje okres około 2 lat).

Faza II. rodzina wychowująca małe dzieci (najstarsze dziecko od urodzenia do 30 miesiąca życia).

Faza III. rodzina z dzieckiem w wieku przedszkolnym (najstarsze dziecko od 2,5 lat do 6 r.ż.).

Faza IV. rodzina ze szkolnymi dziećmi (najstarsze dziecko od 6 lat do 13 r.ż.).

Faza V. rodzina z nastolatkami (najstarsze dziecko od 13 do 20 r.ż.).

Faza VI. rodzina posiadająca młodych dorosłych (od momentu opuszczenia domu przez pierwsze dziecko do momentu opuszczenia domu przez ostatnie dziecko).

Faza VII. sami rodzice w średnim wieku, faza „pustego gniazda” do przejścia na emeryturę.

Faza VIII. starzejący się członkowie rodziny, od emerytury do śmierci obojga partnerów.

W systemie rodzinnym działają stresory poziome i pionowe. Wśród stresorów poziomych należy wymienić:

- rozwojowe,
- zmiany w cyklu życia,
- nieprzewidywalne: przedwczesna śmierć, przewlekła choroba i wypadek.

Stresory pionowe to:

- wzorce rodzinne,
- mity, sekrety, legendy,
- dziedzictwo rodziny.

Na każdą jednostkę ponadto oddziałują: rodzina nuklearna, rodzina pochodzenia, środowisko rówieśnicze, przyjaciele z pracy, jak również system społeczny, kulturowy, polityczny czy ekonomiczny. Rodzina w każdej fazie swojego cyklu musi sobie poradzić ze wszystkimi tymi czynnikami oraz stresorami poziomymi i pionowymi działającymi na nią.

JEDNOSTKA -----rodzina nuklearna ----- rodzina pochodzenia ----- środowisko rówieśnicze ----- system społeczny, kulturowy, polityczny, ekonomiczny.

9.1. Całościowe zaburzenia rozwojowe F 84

W fazie cyklu życia rodziny z dziećmi: małym i w wieku przedszkolnym – na początku oraz również w momencie pójścia dziecka do przedszkola oprócz zmian emocjonalnych, które muszą dokonać się w rodzinie ważny jest również nowy podział obowiązków pomiędzy rodzicami. Akceptacja tej zmiany jest bardzo ważna dla prawidłowego rozwoju dziecka. Jednak może być ona trudna dla rodziny, gdyż równocześnie zachodzą zmiany dotyczące struktury władzy i podziału ról w rodzinie, ma miejsce aktywizacja zawodowa kobiety i realizowanie przez nią własnej kariery zawodowej. Wraz z rozwojem dziecka i zmianą stadium cyklu życia rodziny symbiotyczna relacja matka-dziecko powoli zaczyna się rozluźniać, ma miejsce przygotowanie pola emocjonalnego do koniecznego procesu separacji – indywiduacji dziecka. Coraz wyraźniej zaczyna rysować się rola ojca i następuje ponowne wzmocnienie diady rodzicielskiej. Rozwój dziecka odbywa się w kontekście rodziny, gdyż to ona wywiera podstawowy wpływ na wszystkie jego aspekty – w odniesieniu do rozwoju fizycznego, emocjonalno-społecznego, psychoseksualnego i poznawczego. Od jakości i częstości komunikacji rodziców ze sobą i z dzieckiem zależy bowiem tempo rozwoju mowy i procesów poznawczych. Lata przedszkolne, niejednokrotnie burzliwe przy prawidłowym rozwoju dziecka, dla autystycznych dzieci i ich rodzin często oznaczają fazę największych trudności, gdyż na tym etapie autyzm stwarza dobrze rozpoznawalny wzorec zachowań, nawet przy istnieniu ogromnej liczby odmian indywidualnych.

Całościowe zaburzenia rozwojowe (F 84) w klasyfikacji ICD-10 skupiają następujące zaburzenia: autyzm dziecięcy (F 84.0.), autyzm nietypowy (F 84.1.), zespół Retta (F 84.2.), inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne (F 84.3.), nadaktywne zaburzenia związane z upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi (F 84.4.), zespół Aspergera (F 84.5.), inne głębokie zaburzenia rozwoju (F 84.8.), głębokie zaburzenia rozwoju niespecyficzne (F 84.9.). W niniejszym rozdziale zostaną omówione autyzm dziecięcy i zespół Aspergera.

9.1.1. Autyzm dziecięcy (autyzm Kanner, zespół Kanner) – F 84.0.

Jest obecnie definiowany przez wskazanie symptomów widocznych w zachowaniu. Są to:

- 1) jakościowe zaburzenia zdolności do naprzemiennego uczestniczenia w interakcjach społecznych,
- 2) zaburzenia komunikacji,
- 3) obecność ograniczonych, sztywnych, stereotypowych wzorców aktywności, zachowania i zainteresowań.

Autyzm jest uznawany za zaburzenie rozwojowe, prawdopodobnie determinowane biologicznie. Jest głębokie i rozległe – przejawia się w różnych sferach funkcjonowania dziecka. Ma to związek z bardzo wczesnym pojawieniem się zakłóceń w rozwoju – w ciągu pierwszych 36 miesięcy życia. Przez wiele lat, od czasów Leo Kanner (1943), autyzm traktowano jako jeden zespół chorobowy. Pierwszą propozycję szerszego potraktowania tego zaburzenia przedstawiły Lorna Wing i Judith Gould (1979), charakteryzując autystyczne spektrum. W jego zakres wchodzi wszystkie osoby, u których występują nawet najłżejsze przejawy triady zaburzeń w obrębie:

- 1) naprzemiennych interakcji społecznych,
- 2) werbalnego i niewerbalnego komunikowania się,
- 3) wyobraźni (obecność sztywnych, powtarzanych wzorców zachowania, widocznych, np. w zabawie).

Mogą to być zarówno osoby z klasycznym autyzmem, jak i z wyraźnymi cechami autystycznymi (np. z zespołem Aspergera). Pomimo wielu niejasności, autyzm jest obecnie jednym z najlepiej zdefiniowanych zaburzeń rozwoju, a jego diagnoza – jedną z najbardziej rzetelnych w psychiatrii dziecięcej, z najlepiej określonymi kryteriami w ICD 10.

Autyzm – uwagi kliniczne

Autyzm stanowi zaburzenie rozwojowe i dlatego jego manifestacja w zachowaniu zmienia się wraz z wiekiem i zdolnościami dziecka. Jego główną i stałą cechą, obecną w różnej postaci we wszystkich stadiach rozwoju i przy wszystkich poziomach zdolności, stanowi upośledzenie socjalizacji, komunikacji i wyobraźni. Jednym z pierwszych objawów specyficznych dla autyzmu jest brak wskazywania oraz spojrzeń, dzięki którym zainteresowanie i uwaga są dzielone z drugą osobą. W okresie przedszkolnym autyzm stwarza dobrze rozpoznawalny wzorec zachowań, nawet przy istnieniu ogromnej liczby odmian indywidualnych.

W niemal wszystkich przypadkach nauka języka jest opóźniona, a niekiedy zdolność ta nie zostaje nigdy nabyta. Większość małych dzieci z autyzmem wydaje się nie rozumieć, co inni do nich mówią, a nawet, co się wokół nich dzieje. Nie obserwuje się opartych na wyobraźni zabaw z elementami udawania. Dziecko często fiksuje się na prostych czynnościach i może nieumyślnie tyranizować rodzinę z powodu braku tolerancji na jakiegokolwiek zmiany w codziennym porządku zajęć. Małe dzieci z autyzmem zachowują się tak, jakby inni ludzie nie istnieli. Zmiany rozwojowe są istotną cechą okresu między 5 a 10 r.ż. i być może należy wtedy mówić o podtypach autyzmu. Postęp w rozwoju inaczej będzie wyglądał u dziecka, które płynnie mówi, a inaczej u takiego, któremu brakuje znajomości języka mówionego. Zwykle kompetencje językowe i ogólne zdolności intelektualne idą w parze, ale są od tego wyjątki. Wczesna ocena zaburzeń u dzieci autystycznych ma zazwyczaj charakter retrospektywny i opiera się na informacjach od rodziców. Lorna Wing jako wczesne objawy autyzmu podawała brak odpowiedzi na dźwięki. Obserwacje te potwierdzili Dahlgren i Gillberg, określając objaw jako dziwaczny. Dziwaczność wyraża się tym, że dziecko nie reaguje na głośne bodźce dźwiękowe, a odbiera bardzo ciche, np. szelest papieru. W okresie niemowlęcym relacje spo-

łeczne dziecko kształtują się w kontakcie z matką. Dziecko autystyczne nie fiksuje wzroku na twarzy matki, nie wodzi za jej wzrokiem, a jego spojrzenie błądzi w przestrzeni. Objaw ten określa się „pustym spojrzeniem”. Większość dzieci autystycznych broni się przed kontaktem fizycznym z matką, nie reaguje na jej głos, uśmiech czy gesty. Nawet, jeżeli obserwuje się postęp w rozwoju mowy, to dziecko z autyzmem nie wykorzystuje mowy do komunikacji lub zwrócenia na siebie uwagi. Brak kontaktów niewerbalnych lub ich dziwaczność są ważnymi sygnałami tych zaburzeń mowy i komunikacji społecznej. Brak zdolności do naśladowania prezentowanych dziecku zachowań jest również wczesnym sygnałem rozwoju zaburzenia.

U dzieci w wieku 3–5 lat dysharmonie rozwojowe wyrażają się zaburzeniami w kontaktach społecznych oraz komunikacji z rówieśnikami i dorosłymi, najczęściej przybierają formę „wycofania się”. Dzieci autystyczne zachowują się tak, jakby nie istniał wokół nich świat ludzi i przyrody ożywionej. Nie podejmują i nie odpowiadają na próbę nawiązania kontaktu, nie uczestniczą w zabawach grupowych, ale pozostają na uboczu. Ich zabawy mają stereotypowy charakter, reagują lękiem i protestem na zmianę przedmiotów w swoim otoczeniu (potrzeba zachowania identyczności). Dziecko autystyczne nie rozumie zabawy „na niby”, koncentrując się na bezużytecznych przedmiotach. Nasilają się stereotypy, takie, jak: kręcenie się wokół własnej osi, podskakiwanie na jednej nodze. Około 5 r.ż. dziecko z autyzmem posługuje się prostymi gestami w celu uzyskania pożądanego przedmiotu, w obszarze ekspresji mowy pojawia się echolalia bezpośrednia, która polega na bezpośrednim powtarzaniu słów lub sylab. Ponadto dzieci autystyczne w tym wieku wykazują dużą precyzję w układaniu puzzli, co kontrastuje z innymi umiejętnościami. Potrafią same jeść i pić, ale często są to „dziwactwa jedzeniowe”, większość z nich kontroluje oddawanie moczu i stolca. Jeżeli nawet dzieci autystyczne nabywają umiejętność posługiwania się mową, to jest ona pełna agramatyzmów, zaburzone są rytm i melodyka mowy. Mówiąc o sobie nie używają zaimka „ja”, zazwyczaj jest to forma trzeciej osoby. Pojawia się również echolalia odwołana polegająca na tym, że dziecko po dniu lub nawet tygodniach wypowiada całe zdanie lub fragment wcześniej zasłyszanej wypowiedzi. Około 10–15% dzieci autystycznych wykazuje wybitne uzdolnienia, określane jako „wyspowe”, a u 30% autystów mogą pojawić się napady padaczkowe.

Epidemiologia

Autyzm jest częstszy u chłopców, w stosunku 4:1. Badania epidemiologiczne nie potwierdziły zależności autyzmu od wykształcenia rodziców i przynależności do określonej grupy społecznej. Zwrócono natomiast uwagę na fakt częstszego występowania autyzmu w rodzinach imigrantów. W badaniach nad wskaźnikiem rozpowszechnienia autyzmu oparto się na różnych kryteriach diagnozy tej dysfunkcji, stąd uzyskane wyniki są różnorodne. W badaniach Lotter przeprowadzonych w Anglii wskaźnik ten wynosi 4,5 na 10 000 wśród badanej populacji dzieci 8–10 letnich. Podobne wyniki, przy takich samych kryteriach diagnostycznych uzyskały Wing i Gould wśród dzieci 4–12-letnich. Wieloletowe badania Gillberga w populacji dzieci szwedzkich w wieku 4–12 lat wykazały rozpowszechnienie autyzmu dziecięcego na poziomie 2 na 10000 dzieci. Badania epidemiologiczne przeprowadzone w USA drogą kwestionariuszową w stanie Wisconsin ujawniły rozpowszechnienie autyzmu na poziomie 0,7 na 10000 i obejmowały dzieci powyżej 12 r.ż. Gdy zastosowano kryteria ujęte w klasyfikacjach ICD-10 i DSM-IV uzyskano wyższe wyniki. Badania przeprowadzone w Islandii wg kryteriów ICD-10 wskazują 8,6 na 10 000 dzieci autystycznych w badanej populacji. Natomiast stosując kryteria DSM-IV i ICD-10 w populacji dzieci w Finlandii wskaźnik rozpowszechnienia wynosił 20,7 na 10 000. Badania amerykańskie przeprowadzone w Brick Township wskazują na 6,7 dzieci z zaburzeniami autystycznymi na 1000.

Etiologia

Na obecnym etapie wiedzy, bardziej uzasadnione wydaje się mówienie o genetycznej predyspozycji niż dziedziczeniu autyzmu.

Do chwili obecnej nie wiadomo, czy pierwotny charakter mają deficyty emocjonalno-społeczne, zaburzające rozwój poznawczy człowieka, czy może raczej to deficyty poznawcze są pierwotne i wpływają na zaburzenia w sferze społecznej.

Badania diagnostyczne. W autyzmie w badaniach diagnostycznych należy wziąć pod uwagę: ustrukturyzowany wywiad kliniczny, spotkanie z rodziną, badanie fizykalne, neurologiczne i psychiatryczne dziecka, obserwację zachowania dziecka i jego relację z matką oraz innymi osobami z otoczenia, ocenę rozwoju mowy oraz obserwację psychologiczną z próbą określenia ilorazu inteligencji. Wśród badań dodatkowych w zależności od wskazań klinicznych należy wykonać: badanie elektroencefalograficzne mózgu (EEG), tomografię komputerową głowy (TK) lub rezonans magnetyczny głowy (NMR), badania genetyczne i obiektywne badanie słuchu.

Czynniki umożliwiające przewidywanie szans rozwojowych dziecka. Do ważnych czynników umożliwiających przewidywanie szans rozwojowych dziecka zalicza się: stopień ciężkości autyzmu (nasilenie czynników w triadzie objawów), poziom rozwoju umysłowego, padaczkę i jej nasilenie, czas wystąpienia pierwszych objawów (gorsze rokowanie, jeżeli objawy pojawiły się w pierwszym roku życia), rozwój mowy, (jeżeli mowa pojawia się przed 5 r.ż. – rokowanie lepsze), współwystępowanie innych problemów medycznych.

Leczenie. W leczeniu autyzmu dziecięcego należy uwzględnić te wszystkie formy terapii, które zaowocują poprawą funkcjonowania chorego. Jedną z nich terapii jest metoda holdingu, tzn. wymuszonego kontaktu. Metoda ta opiera się na bliskim fizycznym kontakcie z matką, jest to kontakt wymuszony, matka pokonuje opór dziecka. Oprócz form terapii należy przypomnieć kilka zaleceń w pracy i kontakcie z dzieckiem autystycznym:

- 1) nie zabraniać specyficznej zabawy, wręcz bawić się z dzieckiem,
- 2) trenować jego pewne umiejętności, np. ubieranie się,
- 3) nagradzać dziecko za każdą wykonaną czynność,
- 4) stosować nakazy i zakazy,
- 5) dużo mówić do dziecka, nie czekając na odpowiedź,
- 6) nazywać jego stany emocjonalne, np. gniew, strach,
- 7) pozwolić jeść rękami,
- 8) pozwolić dziecku śpiewać,
- 9) próbować brać na kolana twarzą w twarz,
- 10) próbować przerwać złość.

9.1.2. Zespół Aspergera F 84.5.

To kolejne zaburzenie zaliczone do całościowych zaburzeń rozwojowych. Kryteria klasyfikacyjne zespołu Aspergera zawiera ICD-10.

Porównanie prac Kanner'a, który jako pierwszy opisał i podał kryteria diagnostyczne autyzmu dziecięcego i opisów chorych dzieci sporządzonych przez Hansa Aspergera dowiodło, że dzieci opisane przez obu autorów są bardzo podobne. Poniżej przedstawiono podobieństwa tych dwóch zaburzeń:

1. Znacznie częściej chorują chłopcy niż dziewczęta.
2. Oba zespoły cechuje znaczna izolacja społeczna, egocentryzm oraz brak zainteresowania uczuciami lub myślami innych ludzi.
3. Osobliwości dotyczące mowy: Dzieci te cechują te same zaburzenia sposobu używania języka, obejmujące niestosowanie go w celu wzajemnej wymiany z innymi ludźmi; odwracanie zaimków (zwłaszcza w młodszy wiek), osobliwa, rozwlekła i pedantyczna mowa występująca u dzieci z zespołem Aspergera, jak również u tych chorych z zespołem Kanner (autyzmem dziecięcym), u których mowa jest dostatecznie rozwinięta. Skłonność do wymyślania słów i używania języka w sposób idiosynkratyczny oraz powtarzające się zadawanie pytań.
4. Zaburzenia w aspekcie niewerbalnych aspektów komunikacji, obejmujące kontakt wzrokowy, ubóstwo gestów i ruchów ekspresyjnych, szczególną intonację głosu.
5. Brak elastycznych zabaw opartych na wyobraźni.
6. Powtarzający się wzorzec aktywności, przejawiający się niechęcią do zmian otoczenia. U dzieci z zespołem Aspergera przejawia się ona: intensywną tęsknotą za domem, stereotypową zabawą z zafiksowaniem się na pewnych przedmiotach lub zbieraniem pewnych przedmiotów, stereotypowe ruchy ciała.
7. Osobliwe reakcje na bodźce zmysłowe, np. nadwrażliwość na dźwięki, upodobanie do pokarmów o silnym smaku lub szczególne zainteresowanie przedmiotami wirującymi.
8. Szczególna zręczność dotycząca określonych zdolności przy niezdarności chodu i niezgrabności ruchów z zaburzoną ich koordynacją.
9. Wybiórcze problemy z zachowaniem: wyraźny negatywizm, agresja wobec ludzi, niszczenie przedmiotów i ogólny niepokój.
10. Szczególne zdolności, głównie w zakresie operowania liczbami i pamięci odtwórczej, tworzące kontrast z problemami w nauce w innych dziedzinach.

Należy jednak zaznaczyć, że u wszystkich dzieci z zespołem Aspergera mowa rozwija się przed osiągnięciem wieku szkolnego, z bogactwem słownictwa i dość dobrą znajomością gramatyki. Żyjąc w społecznej izolacji nie są nieświadome obecności i istnienia innych ludzi, ale ich próby kontaktu są z reguły niewłaściwe, czasem niedobre w skutkach dla nich. Wygląd chorych z opisywanym zespołem jest zazwyczaj osobliwy, podobnie jak i ich zainteresowania. Podsumowując, autyzm dziecięcy (zespół Kanner) i zespół Aspergera mieszczą się w obrębie kontinuum (spektrum) upośledzenia społecznego, ale cechują się głównie we wcześniejszym okresie dzieciństwa nieco odmiennymi profilami funkcji poznawczych, językowych i motorycznych. Małe dziecko z klasycznym zespołem Kanner ma dobre umiejętności wzrokowo-przestrzenne i zręczność manualną, gdy zajmuje się swoimi ulubionymi czynnościami. Rozwój jego języka jest opóźniony oraz nieprawidłowy, dziecko cechuje upośledzenie społeczne typu zdystansowania. Ich inteligencja mieści się w szerokim zakresie – wg standaryzowanych testów wiele osób wykazuje ciężkie upośledzenie, natomiast w skalach niewerbalnych ten wachlarz jest od lekkiego upośledzenia poprzez normę lub nawet wyższy. Bardziej sprawni chorzy z zespołem Kanner mogą z upływem lat rozwinąć cechy typowe dla zespołu Aspergera, włącznie z pewnymi rodzajami interakcji społecznych. Dzieci z typowym zespołem Aspergera od wczesnych lat życia mówią gramatycznie, ich interakcje społeczne są bierne, dziwaczne lub niewłaściwe, a koordynacja obszernych ruchów jest słaba, co uwidacznia się w chodzie i postawie. Najczęściej ich inteligencja mieści się w zakresie łagodnego upośledzenia, normy albo wyższym. Są cechy przemawiające za zrównaniem zespołu Aspergera i autyzmu Kanner, gdyż te zespoły przenikają się nawzajem oraz z innymi zaburzeniami kontinuum autystycznego.

Tabela III. Podobieństwa i różnice w kryteriach diagnostycznych zaburzenia autystycznego i zespołu Aspergera

Diagnoza	Zaburzenia rozwoju społecznego	Zaburzenia mowy	Sztywne zachowania	Pogorszenie funkcjonowania	Upośledzenie umysłowe
Zaburzenie autystyczne	+	+	+	–	+/-
Zespół Aspergera	+	–	+	–	–

9.2. Zaburzenie hiperkinetyczne (zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi – ADHD) – F 90

Objawy zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) pojawiają się już w okresie wczesnego dzieciństwa i zgodnie z kryteriami klasyfikacyjnymi ICD-10 i DSM-IV muszą wystąpić do 7 r.ż. dziecka, rozpoznanie jednakże jest najczęściej stawiane po rozpoczęciu przez dziecko nauki w klasie „0” lub w szkole podstawowej. Dlatego omawianie tej jednostki chorobowej rozpoczęto od nakreślenia obrazu rodziny z dziećmi w wieku szkolnym. Okres szkolny, nazwany przez Freuda okresem latencji, uważany jest za w miarę spokojny w rozwoju rodziny. Dla dziecka to konieczność funkcjonowania w dwóch nowych środowiskach – szkole i grupie rówieśniczej. Jednocześnie jest to okres wzrastania samodzielności dziecka, nabywania wielu nowych kompetencji, m.in. odkrywania rówieśników, zawierania przyjaźni i rozwoju poczucia sprawstwa. Dla rodziny to konieczność przystosowania całego systemu rodzinnego do pójścia dziecka do szkoły, co wiąże się z ponowną konsolidacją diady rodzicielskiej. Rodzice muszą ustalić reguły dotyczące nauki dziecka, na ile pomagać w uczeniu się i jak ta pomoc powinna wyglądać, jak również, kto jest za nią odpowiedzialny. Stosunek rodziców do nauki dziecka jest bardzo ważny, gdyż – jak wynika z wielu badań – rodzice mają określone oczekiwania wobec sukcesów dziecka w szkole i wspierają jego dążenia swoją aprobatą, przyczyniają się do rozwoju motywacji i osiągnięć dziecka. System rodzinny powinien ustalić, jak często i w jakim zakresie rodzice powinni kontaktować się ze szkołą, a także, jakie mają być kontakty z grupą rówieśniczą. W okresie późnego dzieciństwa i młodszego wieku szkolnego muszą być spełnione określone warunki, aby dziecko osiągnęło odpowiedni poziom dojrzałości szkolnej:

- 1) musi być dostatecznie rozwinięte fizycznie i ruchowo, głównie w zakresie ruchów precyzyjnych rąk i palców,
- 2) mieć dobrą orientację w otoczeniu oraz zasób ogólnej wiedzy o świecie,
- 3) jego zdolności komunikacyjne muszą być na tyle rozwinięte, aby porozumiewać się w sposób zrozumiały z otoczeniem,
- 4) musi być uspołecznione na tyle, aby współżyć przyjaźnie z rówieśnikami, a jednocześnie wykonywać polecenia dorosłych kierowane do grupy dzieci,
- 5) musi być na tyle dojrzałe emocjonalnie, aby rozstać się z matką na czas pobytu w szkole i aby kontrolować swoje emocje.

Piaget podkreślał, że w tym stadium wyraźna jest równoległość rozwoju poznawczego i emocjonalnego oraz elementów rozwoju moralnego w postaci rozumienia takich pojęć, jak reguły, kłamstwo, przypadek i sprawiedliwość.

Zaburzenie hiperkinetyczne to termin obowiązujący w klasyfikacji ICD-10. W klasyfikacji DSM-IV, jak i w całej literaturze anglojęzycznej używa się terminu *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* – ADHD, tłumaczone na język polski jako zespół nadpobudliwości psycho-

ruchowej z deficytem uwagi. Określenia te używane są naprzemiennie, pomimo, iż nie są one tożsame.

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń w wieku rozwojowym i w zależności od badanej grupy i użytych kryteriów diagnostycznych jest oceniane na 1–20%. Obecnie najczęściej podaje się wartości 3–8% dzieci w wieku szkolnym w badaniach z użyciem kryteriów DSM-IV, badania z użyciem ICD-10 pozwalają na stwierdzenie rozpowszechnienia około 1–2%. ADHD występuje na całym świecie, we wszystkich kulturach. Objawy ADHD utrzymują się u około 70% pacjentów w okresie dorastania i 30–50% w wieku dorosłym. Zaburzenie to charakteryzuje się obecnością trwale występujących objawów, utrzymujących się przynajmniej 6 miesięcy, które rozpoczęły się przed 7 r.ż. i układają się w charakterystyczną triadę objawów:

- 1) problemy z utrzymaniem uwagi,
- 2) nadmierna impulsywność,
- 3) nadruchliwość,

oraz są nasilone w stopniu niewspółmiernym do wieku i poziomu rozwoju dziecka.

Rozpoznanie zaburzenia hiperkinetycznego wg ICD-10 wymaga stwierdzenia wyraźnie nieprawidłowego nasilenia zaburzeń uwagi, nadmiernej aktywności i niepokoju, które wzmagają się w różnych sytuacjach i utrzymują w czasie, a które nie są spowodowane przez inne zaburzenia, takie jak autyzm i zaburzenia afektywne. ADHD jest diagnozowane na podstawie obrazu klinicznego i brak pojedynczego testu lub badania potwierdzającego rozpoznanie. Kryteria klasyfikacyjne tego zaburzenia zawiera ICD-10. Początek zaburzenia zaznacza się nie później niż w wieku 7 lat.

Przykłady typowych zachowań dla dziecka z ADHD przedstawiają się następująco:

- A. zaburzenia uwagi: bardzo długo zabiera się do odrabiania lekcji, nie potrafi na długo skupić się w czasie pracy, wszystkie znajdujące się wokół niego przedmioty rozpraszają go, ma kłopoty z zapamiętaniem przyswajanego materiału, nie słyszy i nie odpowiada na polecenia, nie pamięta, co było zadane w szkole, gapi się przez okno zamiast uczyć się,
- B. nadruchliwość: biega w kółko, jest w stale w ruchu, nie potrafi wysiedzieć w ławce przez całą lekcję, wspina się na wszystkie meble, ciągle się wierci, woli zabawy ruchowe niż siedzenie w jednym miejscu, nie usiedzi przy stole na imieninach u cioci, je śniadanie biegając po kuchni,
- C. nadmierna impulsywność: nie potrafi poczekać na swoją kolej, wyrывa się z odpowiedzią nie czekając na pozwolenie, przebiega przez jezdnię bez sprawdzenia czy nie nadjeżdża samochód, trudno jest mu odwlec wykonanie ważnej czynności, często wtrąca się do rozmowy innych, przypadkowo i nieumyślnie niszczy różne rzeczy.

Klasyfikacje ICD-10 i DSM-IV nie różnią się objawami, ale inaczej zliczana jest liczba objawów potwierdzających rozpoznanie. DSM-IV wyróżnia dwie grupy objawów – zaburzenia koncentracji uwagi oraz nadruchliwość i impulsywność, natomiast ICD-10 – trzy: zaburzenia koncentracji uwagi, nadruchliwość, impulsywność. ICD-10 nie wydziela podtypów, wszystkie trzy główne grupy objawów muszą być obecne. Natomiast DSM-IV wydziela podtyp z przewagą zaburzeń koncentracji, z przewagą nadpobudliwości i nadmiernej impulsywności albo podtyp mieszany. DSM-IV dopuszcza również współwystępowanie ADHD i zaburzeń zachowania, natomiast zgodnie z klasyfikacją ICD-10, jeżeli współwystępują zaburzenia zachowania, to należy rozpoznać hiperkinetyczne zaburzenia zachowania.

Etiologia

Rozważano różne teorie wyjaśniające przyczynę ADHD, ale u większości dzieci nie udaje się ich ustalić. Bierze się pod uwagę czynniki genetyczne, temperament i osobowość, urazy głowy i obciążony wywiad okołoporodowy, dietę i alergie pokarmowe, zatrucie ołowiem i czynniki psychospołeczne. Obecnie uważa się, że dziedziczność tego zespołu wynosi około 80%, a czynniki pozagenetyczne mogą wyjaśnić do 30% przypadków ADHD.

Badania neuropsychologiczne

Wyniki badań neuropsychologicznych potwierdzają zaburzenia procesów uwagi w zakresie trwałości i przerzutności oraz zwiększoną zależność uwagi od obecności bodźca. Zaburzenia procesów planowania, a szczególnie organizacji bodźca w zakresie chronologii wydarzeń, wiążą się z brakiem poczucia czasu, trudnościami w przenoszeniu doświadczeń z jednej sytuacji na drugą. Trudności związane z wyhamowaniem reakcji są konsekwencją zaburzenia kontroli impulsów. Za trudności w posługiwaniu się przyimkami, błędy w czytaniu wynikające z zaburzeń uwagi i za zaburzenia internalizacji mowy odpowiedzialne są nieprawidłowości dotyczące procesów werbalnych, w tym zaburzenia organizacji dyskursu. Trudności w wydobywaniu z magazynów pamięci elementów właściwych dla danego programu działania są konsekwencją zaburzenia procesów mnesticznych, zwłaszcza w zakresie materiału złożonego. Zaburzenia procesów emocjonalnych są odpowiedzialne za trudności w rozpoznawaniu i kontroli emocji.

Rozpoznanie i zaburzenia towarzyszące

Rozpoznanie zespołu hiperkinetycznego stwarza wiele problemów diagnostycznych. Stawia się go na podstawie objawów klinicznych stwierdzanych u dziecka, przy czym ważne jest, aby zebrać informacje na temat pacjenta z jak największej liczby źródeł (dom, szkoła, dodatkowe zajęcia pozalekcyjne). Zarówno w badaniach biochemicznych, jak i w badaniu przedmiotowym nie ma charakterystycznych cech patognomonicznych. Diagnostyka w kierunku ADHD powinna obejmować: badanie pediatryczne, badanie neurologiczne (a w razie potrzeby również zapis EEG, wywiad zebrany od rodziców na temat rozwoju dziecka i obecnego jego zachowania, informacje uzyskane od nauczycieli dotyczące zachowania, obserwację zachowania dziecka (należy jednak pamiętać, że obserwacja dziecka w gabinecie może nie dać informacji na temat jego prawdziwego zachowania), rozmowę z dzieckiem, jak również warto przeprowadzić ustrukturyzowany wywiad diagnostyczny oparty na kryteriach diagnostycznych ICD-10, zwracając szczególną uwagę, czy objawy nadpobudliwości, impulsywności lub zaburzeń koncentracji uwagi wpływają na funkcjonowanie dziecka w szkole, w domu, w grupie rówieśniczej oraz czy mają wpływ na pogorszenie się jego wyników w nauce.

U 69% dzieci z ADHD można postawić przynajmniej jedną dodatkową diagnozę: u 40% odnotowuje się zaburzenia zachowania o charakterze opozycyjno-buntowniczym, u 14% zaburzenia zachowania, 11% ma tiki, a 38% zaburzenia lękowe i depresję. Jedynie 31% chorych cierpi na „czystą” postać ADHD.

Rozpoznanie różnicowe. W rozpoznaniu różnicowym należy uwzględnić:

- 1) inne zaburzenia psychiatryczne – zaburzenia lękowe i nastroju, zaburzenia zachowania i całościowe zaburzenia rozwojowe, upośledzenie umysłowe, zaburzenia psychotyczne i uzależnienia,
- 2) choroby somatyczne – nadczynność tarczycy, płasawicę Sydenhama, przewlekłe zatrucie ołowiem, alergie pokarmowe, astmę i znaczny przerost migdałka gardłowego,

- 3) zaburzenia neurologiczne – padaczkę, zaburzenia genetyczne (zespół „kruchego” chromosomu X, płodowy zespół alkoholowy – FAS, zespół Klinefeltera, neurofibromatozę i zaburzenia metaboliczne (np. zespół Wiliamsa),
- 4) działania niepożądane niektórych leków – np. benzodwiazepin, leków przeciwhistaminowych, neuroleptyków, bronchodilatatorów,
- 5) a także inne – np. niedosłuch, określone zaburzenia ze strony narządu wzroku.

Leczenie

Leczenie ADHD jest leczeniem multimodalnym, wieloletnim i czynnie angażującym rodziców, szkołę, pacjenta oraz lekarza. Wśród metod nefarmakologicznych należy wymienić psychoedukację, biblioterapię oraz współpracę z nauczycielami i pedagogiem szkolnym. Psychoedukacja powinna być rozszerzona na cały system, w którym funkcjonuje dziecko. Wymagana jest modyfikacja sposobu pracy z dzieckiem nadpobudliwym, a mianowicie dostosowanie zakresu i czasu trwania obowiązków dziecka do jego potencjalnych możliwości, dostrzeganie pozytywnych zachowań dziecka i chwalenie go za nie, rygorystyczne przestrzeganie norm oraz zasad. Powinien być zachowany kontakt ze szkołą w celu zapewnienia dziecku bardziej uważnej opieki. W wypadku zaburzeń funkcjonowania systemu rodzinnego wskazana jest terapia rodzinna. W niektórych przypadkach wskazana jest indywidualna, długoterminowa terapia dziecka nastawiona na lepsze zrozumienie norm społecznych i poprawę samooceny. W przypadku współistniejących zaburzeń, np. specyficznych trudności szkolnych, postępowanie wg określonych standardów. Długotrwała, bezpieczna i skuteczna farmakoterapia jest jednak metodą o udowodnionej skuteczności w leczeniu ADHD i powinna być stosowana u dzieci, u których modyfikacja metod wychowawczych, czy inne metody terapii nie dają wystarczającego efektu terapeutycznego. Według wskazań grupy ekspertów lekami z wyboru są leki psychostimulujące, których skuteczność oceniana jest na 80% i zależy od dawki. Drugą grupę leków o udowodnionej skuteczności w leczeniu ADHD są trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (TLPD). Nowym, bardzo obiecującym lekiem jest atomoksetyna, do chwili obecnej niezarejestrowana w Polsce. Klonidyna znajduje głównie zastosowanie u pacjentów, u których nadpobudliwość współistnieje z tikami. Do leków, po które sięga się w leczeniu ADHD, jednak nie potwierdzono na razie ich skuteczności w szerokich, kontrolowanych badaniach, należą: moklobemid, bupropion, wenlafaksyna. Stosując wspomniane leki należy pamiętać o działaniach niepożądanych, które wywołują i podawać je ściśle wg zaleceń producenta, monitorując potencjalne działania niepożądane, a w przypadku braku ich rejestracji u dzieci, należy uzyskać pisemną zgodę rodziców na ich użycie, podobnie jak w przypadku leków niezarejestrowanych w Polsce.

9.3. Jadłowstręt psychiczny, anoreksja psychiczna F 50.0.

Jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*, AN) należy do grupy zaburzeń odżywiania się i najczęściej rozpoczyna się w okresie adolescencji, czyli dorastania.

Adolescencja – (łac. *adolescere* – dorastanie) to termin utożsamiany z pojęciem dorastania.

Adolescent – to młody człowiek w okresie dorastania, czyli adolescencji. Adolescencja to zjawisko psychologiczne i kulturowe, które swoim zasięgiem obejmuje również dojrzewanie. Dorastanie jest okresem rozwojowym pomiędzy 12 a 21 r.ż. Okres ten dzieli się na adolescencję:

- 1) wczesną (12–14 r.ż.),
- 2) środkową (14–17 r.ż.),
- 3) późną (po 17 r.ż.).

Adolescencja wczesna to czas dojrzewania biologicznego, środkowa – to intensywny wzrost zainteresowań, rozwój myślenia abstrakcyjnego i narastanie procesu separacji – indywiduacji. Natomiast adolescencja późna – to dalszy rozwój ego i tożsamości psychoseksualnej. Omawiany okres adolescencji swoim zasięgiem obejmuje trzy obszary:

- dojrzewania biologicznego,
- dojrzewania psychologicznego,
- dojrzewania społecznego.

Obszar dojrzewania biologicznego to skok pokwitaniowy oraz kolejne fazy rozwoju psychoseksualnego (poprzez fazę autoerotyczną, homoerotyczną, chaotyczną) aż do dojrzałości z ustaleniem poczucia przynależności do płci i z następującą zdolnością wchodzenia w związane z daną płcią określone role.

Obszar psychologiczny to uzyskanie zdolności rozumowania na poziomie abstrakcyjnym, rozwijanie możliwości systematycznej, zorganizowanej w czasie obserwacji. Zapamiętywanie staje się aktywnością planowaną, a pamięć zaczyna mieć charakter słowno-logiczny.

Obszar społeczny to grupa rówieśnicza z jej opiniami, która ma w tym okresie większe znaczenie niż rodzice, nauczyciele, pedagodzy (kryzys autorytetu). Na terenie grupy rówieśniczej młody człowiek zdobywa umiejętność bycia podporządkowanym, a jednocześnie przywódcą. Tu zaczyna się porównywać, sprawdzać i rywalizować.

Jednym z najważniejszych zadań okresu dorastania jest zakończenie procesu separacji – indywiduacji, czyli oddzielenia emocjonalnego od rodziców lub osób ważnych, bez poczucia winy. Istotnym zadaniem jest również określenie przez młodego człowieka szeroko pojmowanej własnej tożsamości psychoseksualnej, psychologicznej i społecznej z rzutowaniem siebie w przyszłość i określenie własnego światopoglądu.

Adolescencja w literaturze przedmiotu określana jest jako „okres burzy i naporu”. Rozwój młodego człowieka we wszystkich podanych obszarach przebiega w sposób kryzysowy. W zależności od liczby zakresów, w których adolescent przestaje sobie radzić z zadaniami życiowymi, stopnia nasilenia lęku aż do agresji czy autoagresji oraz jakości reakcji i relacji z osobami dorosłymi (rodzice, szkoła) mówi się o kryzysie normatywnym bądź dekompensacji psychotycznej.

Jadłowstręt psychiczny jest najlepiej poznany w grupie zaburzeń odżywiania się. Rozpowszechnienie AN w ciągu całego życia szacuje się od 0,51% wg ścisłej definicji do 3,7% w stanach z pogranicza. Objawy jadłowstrętu rozpoczynają się najczęściej między 14 a 18 r.ż. (10% przed okresem dojrzewania). Charakterystyczną cechą jest wzrost zachorowań w ciągu ostatnich 40 lat. Wśród kryteriów diagnostycznych AN klasyfikacja ICD-10 wymienia:

1. Spadek wagi lub brak przyrostu wagi prowadzący do masy ciała, o co najmniej 15% poniżej prawidłowej lub oczekiwanej stosownie do wieku i wzrostu.
2. Spadek wagi jest narzucony samemu sobie przez unikanie „tuczącego pożywienia”.
3. Samoocenianie siebie jako osoby otyłej oraz zaburzący strach przed przytyciem, co prowadzi do narzucenia samemu sobie niskiego progu masy ciała.
4. Obejmujące wiele układów zaburzenia endokrynne i osi przysadkowo-gonadalnej przejawiają się u kobiet zanikiem miesiączkowania, a u mężczyzn utratą seksualnych zainteresowań i potencji.
5. Zaburzenie nie spełnia kryteriów A i B dla żarłoczości psychicznej (*bulimia nervosa*).

Klasyfikacja DSM-IV przyjmuje te same kryteria niedoboru masy ciała, a także uwzględnia, iż aby rozpoznać AN, wskaźnik masy ciała (BMI – *body mass index*) musi być mniejszy bądź równy 17,5 kg/m², jak również u kobiet miesiączkujących brak miesiączki przynajmniej przez

3 kolejne cykle. Uwzględnia ona również stałą obawę przed przytyciem oraz zaburzenia samooceny dotyczące wyglądu, ze spostrzeganiem prawidłowej masy ciała jako nadmiernej. Ponadto DSM-IV wyodrębnia dwa typy AN:

- restrykcyjny (*restricting type*),
- bulimiczno-wydalający (*binge eating/purging type*).

Pierwszy z nich charakteryzuje się utratą masy ciała i stałym, nieprzerwanym ograniczaniem ilości spożywanego pokarmu przez chorą, bez stosowania przeczyszczania przewodu pokarmowego. Natomiast w typie bulimiczno-wydalającym, oprócz sporadycznych ataków objadania się, ma miejsce przeczyszczanie przewodu pokarmowego w formie stosowania środków przeczyszczających, bądź odwadniających, prowokowanie wymiotów, stosowanie wlewów doodbytniczych – lewatywy lub intensywnych ćwiczeń fizycznych. Wśród czynników ryzyka rozwoju AN wymienia się: biologiczne, indywidualne, czyli osobowościowe, społeczno-kulturowe i rodzinne. Omawiając czynniki biologiczne należy zwrócić uwagę na czynniki genetyczne, zaburzenia w regulacji neuropeptydów odpowiedzialnych za regulację głodu i sytości, zaburzenia neuroprekaznictwa i funkcjonowania osi podwzgórze-przysadka-gonada, nadnercza, czy tarczycy, jak również zaburzenia opróżniania żołądka. Czynniki indywidualne (osobowościowe) to duża zależność emocjonalna od rodziców, brak umiejętności wyrażania własnego zdania i poczucie braku skuteczności własnego działania, posłuszeństwo z biernym realizowaniem oczekiwań nakreślonych przez rodziców (zwłaszcza matkę), niska samoocena z nasiloną potrzebą sukcesu, wysoki próg wymagań wobec siebie. Zaburzenia obrazu własnego ciała, percepcji (głównie dotyczy poczucia głodu i sytości), lęk przed przytyciem. W okresie adolescencji nie można jeszcze mówić o w pełni ukształtowanej osobowości, natomiast zaznaczone są już cechy kształtujące ją w określonym kierunku. Najczęściej spotykane to perfekcjonizm i skłonność do unikania urazów. Indywidualną cechą jest bardzo wysoki poziom aspiracji, niezależny od realnych możliwości, oraz wysoki poziom tłumionej agresji. Czynniki społeczno-kulturowe to oczekiwania wobec młodych kobiet z lansowaniem ideału bardzo szczupłej sylwetki. Konieczność pełnienia przez nią wielu sprzecznych, trudnych do pogodzenia ról. Czynniki rodzinne to swoiste relacje rodzinne utrudniające proces separacji – indywiduacji. Nieprawidłowości w systemie rodzinnym dotyczą dwóch poziomów: relacji między rodzicami i między chorą oraz każdym z rodziców z osobna, których źródło stanowią uwarunkowania wielopokoleniowe. Cechy rodziny kształtującej anorektyczne zachowania to sztywność relacji wewnątrzrodzinnych, brak sposobu na rozwiązywanie konfliktów, posługiwanie się w relacjach rodzice-dziecko nadmiernym wiązaniem lub blokowanie uzyskania samodzielności przez potencjalną chorą. Jednocześnie rozbudzone nadmierne aspiracje u dziecka stanowią o pozycji rodziny. Należy zwrócić uwagę na rolę dominującej matki i wycofanego, biernego ojca.

Uchwytne przyczyna AN w wywiadzie klinicznym to krytyczna uwaga kogoś z otoczenia chorego dotycząca jego rzeczywistej nadwagi, identyfikacja ze sławną modelką czy aktorką stosującą dietę, presja środowiska (szkoły baletowe, sportowe), czy przekonanie o zbawionym wpływie specjalnych, eliminacyjnych diet. W przebiegu AN występują objawy somatyczne i dotyczące sfery psychicznej, co obrazuje tabela IV.

Tabela IV. Objawy somatyczne i psychiczne jadłowstrętu psychicznego

Objawy somatyczne	Objawy psychiczne
1. Utrata tkanki tłuszczowej i masy mięśniowej, czego konsekwencją jest wychudzenie i wyniszczenie. 2. Obniżenie temperatury podstawowej ciała poniżej 36 stopni Celsjusza z nietolerancją chłodu. 3. Obniżenie ciśnienia krwi poniżej 120/70 mm Hg (objawy podane od 1–3 są konsekwencją zwolnienia procesów metabolicznych). 4. Zasinienie dystalnych części kończyn i obrzęki. 5. Objaw „małego serca” z bradykardią do 40 uderzeń na minutę oraz zaburzenia rytmu serca z cechami utrudnienia przewodnictwa przedsionkowo-komorowego i spłaszczonych załamek S-T. 6. Uczucie nadmiernej pełności w śródbrzuszu z wzdęciami i zaparciami. 7. Zanik cyklu menstruacyjnego. 8. Zmiana wielkości macicy i jajników. 9. Pojawienie się charakterystycznego meszku na ciele – lanugo- z suchą, łuszczącą się skórą z tendencją do żółtego podbarwienia w wyniku karotenemii. 10. Wypadanie włosów, głównie pod pachami i łonowych. 11. Osteopenia z osteoporozą (głównie u chorych z wieloletnim wywiadem chorobowym). 12. Stany zapalne żołądka i jelit. 13. U chorych z podtypem bulimicznym odnotowuje się owrzodzenia jamy ustnej i przełyku, obrzęki ślinianek, ubytki szkliwa i próchnicę zębów.	1. „Matowy” nastrój. 2. Niejedzenie ideą nadwartościową. 3. Obsesyjne myśli o niejedzeniu. 4. Paniczny lęk przed przytęciem. 5. Brak kontaktu z grupą rówieśniczą, głównie chłopcami, zaprzeczenie własnej kobiecości. 6. Perfekcjonizm – bardzo dobre, pilne uczennice, osiągające bardzo dobre wyniki w nauce. 7. Doświadczenie uczucia nieskuteczności. 8. Nieprawidłowe wyobrażenie o wyglądzie własnego ciała i zaburzona percepcja oraz poznawcza interpretacja bodźców, które powstają i pochodzą z ciała (dysmorfofobia).

Zaburzenia hematologiczne w AN to leukopenia ze względną limfocytozą, limfopenia, niedokrwistość, trombocytopenia, mała objętość krwinki czerwonej, niski poziom żelaza. Wśród parametrów biochemicznych obserwuje się wzrost wskaźników nerkowych, które są wtórne do odwodnienia, zaburzenia w stężeniu cholesterolu (podwyższenie cholesterolu całkowitego z obniżeniem frakcji HDL) oraz obniżenie stężenia białka całkowitego. U chorych z podtypem bulimicznym odnotowuje się zmiany elektrolitowe pod postacią zasadowicy, niedoborów potasu i chloru.

W rozpoznaniu różnicowym należy uwzględnić niewydolność przysadki mózgowej, przewlekłą niewydolność kory nadnerczy, nadczynność lub niedoczynność tarczycy, cukrzycę, gruźlicę, choroby nowotworowe, głównie ośrodkowego układu nerwowego, zespół tętnicy krękowej górnej, chorobę Addisona, stany zapalne żołądka i jelit, zapalenia wątroby, chorobę Crohna, czy zaburzenia psychiczne (depresję, schizofrenię, najczęściej reaktywną, z krótkotrwałą odmową jedzenia).

W leczeniu zwracamy uwagę na poprawę stanu somatycznego, ale równocześnie prowadzimy psychoterapię i w zależności od potrzeb stosujemy farmakoterapię. W leczeniu psychoterapeutycznym należy uwzględnić terapię behawioralną, w której oczekiwane zachowania są wyznaczane przez korzyści materialne lub społeczne (np. kontrakt zawarty z pacjentką dotyczący powrotu do normalnej wagi. Terapia indywidualna ma na celu uzyskanie informacji o chorobie i jej objawach, znaczeniu prawidłowego odżywiania się, wytłumaczenie procesu leczenia, przezwyciężenie trudności w realizacji procesu separacji – indywidualizacji, wzmocnienie roli kobiety, akceptowanie siebie oraz uzyskanie wglądu we własne postępowanie. Tera-

pia rodzinna ma na celu zakończenie procesu separacji – indywiduacji, uzyskanie tożsamości psychoseksualnej, wzmocnienie autonomii, analizę wielopokoleniową rodziny oraz pracę z objawem w kontekście rodziny.

Podstawowe elementy rozpoczynające leczenie AN, niezależnie od sposobu leczenia, to:

- wywołanie motywacji do leczenia,
- ustalenie utrwalonych przekonań pacjenta związanych z chorobą,
- rozwój pozytywnego związku terapeutycznego,
- ustalenie obszaru między zachowaniem a istotą problemu,
- ustalenie postępowania terapeutycznego w celu uzyskania zmiany zachowania,
- dostosowanie postępowania do stopnia poprawy.

Leczenie farmakologiczne stosuje się w przypadku współwystępujących objawów depresyjnych, obsesyjno-kompulsyjnych lub lękowych.

Leczenie

Leczenie AN może być prowadzone ambulatoryjnie, a wśród wskazań do bezwzględnej hospitalizacji wymienia się: zły stan somatyczny – spadek masy ciała poniżej 30% odpowiedniej dla wieku i wzrostu, bradykardię poniżej 40 ewolucji serca na minutę, spadek ciśnienia krwi poniżej 90/60 mm Hg, zaburzenia elektrolitowe, głównie hipokaliemię, hipoglikemię, depresję lub stan presuicydalny, długo trwający jadłowstręt psychiczny i brak poprawy stanu chorej po leczeniu ambulatoryjnym.

Rokowanie w przypadku tej choroby jest różne. 30–40% osób ma szansę na całkowite wyleczenie, u 20–30% choroba ma charakter przewlekły, 30–40% pacjentek ma objawy choroby, ale dobrze funkcjonuje. Około 1/3 chorych ma nawrót choroby po całkowitym wyleczeniu, co 200 pacjent umiera z powodu wychudzenia lub próby samobójcze, a śmiertelność oceniana jest od 5 do 15% i najczęściej spowodowana jest komplikacjami sercowo-naczyniowymi bądź zamachem samobójczym. Śmiertelność w grupie chorych w wieku 15–25 lat dochodzi do 25%.

9.4. Żarłoczność psychiczna, bulimia psychiczna F 50.2.

Częstość występowania bulimii psychicznej w ciągu całego życia wynosi od 1,1% według ścisłej definicji do 4,2% w stanach z pogranicza. Zachorowalność na bulimię między 15 a 29 r.ż. wynosi 29/100 000 kobiet i 1/100 000 mężczyzn, a objawy bulimii rozpoczynają się najczęściej w wieku 18–25 lat.

Wśród cech podkreślanych przez większość autorów oceniających osobowość chorych na bulimię jest ich labilność emocjonalna i impulsywność. Spośród czynników biologicznych podkreśla się rolę chromosomu 10 oraz nieprawidłową aktywność serotonergiczną. Charakterystycznymi cechami dla **rodziny bulimicznej** są: nieumiejętność rozwiązywania konfliktów, sztywność relacji, tendencje do nadmiernego wiązania utrudniające proces autonomii. Często są także rodziny rozbite z powodu rozwodów oraz występowanie w rodzinie patologii pod postacią uzależnień od alkoholu, czy zaburzeń afektywnych i kontroli impulsów. Wśród czynników społeczno-kulturowych podkreśla się, że bulimia jest konsekwencją z jednej strony mody na utrzymanie szczupłej sylwetki, a z drugiej – mody na nieograniczona konsumpcję. Charakterystyczne zachowania bulimiczne (napadowe objadanie się i przeczyszczanie przewodu pokarmowego) próbują pogodzić te sprzeczne z natury rzeczy dążenia.

Kryteria diagnostyczne wg ICD-10 żarłoczności psychicznej przedstawiają się następująco:

- A. Nawracające epizody przejadania się (co najmniej dwa razy tygodniowo w ciągu 3 miesięcy), w czasie których w krótkim okresie spożywane są duże ilości pokarmu.
- B. Utrzymuje się uporczywa koncentracja na jedzeniu i silne pragnienie lub poczucie przy-
musu jedzenia (głód).
- C. Pacjent usiłuje przeciwdziałać efektom „tycia” za pomocą jednej lub więcej z następują-
cych metod:
 - 1) prowokowanie wymiotów,
 - 2) prowokowanie wydalania stolca,
 - 3) kolejne okresy głodowania,
 - 4) stosowanie: leków obniżających łaknienie, preparatów tarczycy, leków moczopęd-
nych; w przypadku bulimii u chorych na cukrzycę, mogą oni bagatelizować leczenie
insuliną.
- D. Samoocenianie siebie jako osoby otyłej oraz zaburzający strach przed przytyciem (zwykle
prowadzące do niedoboru masy ciała).

Klasyfikacja DSM-IV, podobnie jak w przypadku anoreksji psychicznej, wyodrębnia dwa typy bulimii psychicznej:

- 1. Typ „przeczyszczający” (*purging type*) – w którym dochodzi do regularnego prowokowa-
nia wymiotów lub używania środków przeczyszczających, odwadniających, bądź lewa-
tyw.
- 2. Typ „nieprzeczyszczający” (*nonpurging type*) – charakteryzujący się takimi nieprawidło-
wymi zachowaniami kompensacyjnymi, jak poszczenie lub uprawianie intensywnych
ćwiczeń fizycznych bez regularnego przeczyszczania przewodu pokarmowego (czyli bez
regularnego stosowania wymiotów, nadużywania środków przeczyszczających, odwad-
niających lub lewatyw).

W obrazie klinicznym bulimii zwracają uwagę epizody spożywania dużych ilości jedzenia, które redukuje dyskomfort emocjonalny, napięcie, zmniejszają pustkę i uczucie samotności. Stanowią dla chorej swoistą „nagrodę” za wszystkie niepowodzenia. Stopniowo epizody ob-
jadania się przyjmują charakter napadowy i charakteryzują się utratą kontroli nad ilością spo-
żywanego bogatoenergetycznego jedzenia. Na jednym „posiedzeniu” bulimiczka jest w stanie
spożyć nawet około 40 000 kcal! Jedzenie pokarmów odbywa się przeważnie w ukryciu, to-
warzyszy mu poczucie winy, wstyd i obniżenie samooceny. Objawem towarzyszącym bulimii
jest często depresja, chorą cechuje chwiejność emocjonalna z łatwym uleganiem innym nałó-
gom (np. sięganie po alkohol czy środki psychoaktywne). Jednak dość duży odsetek chorych
przez długi czas potrafi ukrywać objawy i funkcjonować normalnie w życiu zawodowym
i rodzinnym. Wśród **powikłań somatycznych** zwracają uwagę: niedobory potasu i chloru
w przypadku częstych i masywnych wymiotów bądź biegunek, obrzęk ślinianek przyusznych,
próchnica zębów i choroby przyzębia. Obserwuje się ponadto nadżerki jamy ustnej, przełyku
i rozszerzenie żołądka. Najczęściej spotykanym powikłaniem ginekologicznym są torbiele
jajników (jeżeli choroba trwa dłużej niż 3 lata).

Leczenie

Leczeniem z wyboru w przypadku bulimii jest psychoterapia. Terapia poznawczo-be-
hawioralna jest uznana za terapię z wyboru na początku leczenia, a jej celem jest zmiana
schematów poznawczych związanych z napadami jedzenia. Za skuteczną uznano ponadto
terapię zorientowaną psychodynamicznie, interpersonalną czy psychoanalityczną. Obecnie
zaleca się łączenie różnych metod terapeutycznych. Terapia rodzin jest wskazana u młód-

szych chorych, które nadal mieszkają z rodzicami i są zależne od nich ekonomicznie. Wskazania do leczenia farmakologicznego to: brak efektu psychoterapii z niechęcią do jej kontynuowania, bardzo częste napady objadania się, depresja. Rekomendowanymi lekami są selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny, a potwierdzoną skutecznością charakteryzuje się fluoksetyna. Analizując efekty leczenia, wydaje się, że najskuteczniejszą metodą leczenia bulimii jest łączenie postępowania farmakologicznego z wybranymi metodami psychoterapeutycznymi.

Na zakończenie warto podkreślić, jak istotna jest rola całego zespołu leczącego pacjentkę w oddziale psychiatrii wieku rozwojowego. Ściśle określone miejsce w teamie ma lekarz, terapeuci i pielęgniarki, które spędzają z chorymi najwięcej czasu. To od ich pilnej obserwacji i interwencji, czasem jedynej w danym momencie, zależy pozostanie pacjenta w oddziale lub rozładowanie trudnej sytuacji emocjonalnej. To właśnie pielęgniarka wszechobecnie towarzyszy chorej – począwszy od zadań stricte porządkujących, na udzielaniu wsparcia skończywszy. Tylko pielęgniarka dobrze wykształcona, z dużą dawką empatii dla pacjenta, ale równocześnie potrafiąca postawić granice, sprosta tym wszystkim wymaganiom i oczekiwaniom, które przed nią zostaną postawione.

PYTANIA

1. Wymień fazy rozwoju cyklu życia rodziny i omów czynniki (stresory) działające na każdą rodzinę nuklearną.
2. Autyzm dziecięcy – omów objawy kliniczne tego zaburzenia.
3. Wymień podobieństwa i różnice między autyzmem dziecięcym a zespołem Aspergera.
4. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) – przedstaw obraz kliniczny i zasady terapii.
5. Wykaż, że adolescencja jest przełomowym okresem zarówno w życiu dziecka, jak i całej rodziny.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Chial H.J., Mc Alpine D.E., Camilleri M.: Anorexia nervosa: Manifestations and management for gastroenterologist. A. J. Gastroenterology, 2002, 97, 2, 255–269.
- [2] Frith U.: Autyzm i zespół Aspergera, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
- [3] Jaklewicz H.: Autyzm wczesnodziecięcy – diagnoza, przebieg, leczenie, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1993.
- [4] Józefik B.: Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
- [5] Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków-Warszawa 1998.
- [6] Krupka-Matuszczyk I., Janas-Kozik M., Matuszczyk M.: Jadłowstręt psychiczny u młodzieży – wskazówki diagnostyczne i terapeutyczne, Wiad. Lek. 2004, 57(5–6), 259–262.
- [7] Namysłowska I.: Terapia rodzin, Springer PWN, Warszawa 1997.
- [8] Namysłowska I.: Psychiatria dzieci i młodzieży, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
- [9] Orwid M.: Zaburzenia psychiczne u młodzieży, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1982.
- [10] Pisula A.: Autyzm u dzieci – diagnoza, klasyfikacja, etiologia, Wydawnictwo Lekarskie PWN, Warszawa 2001.
- [11] Wolańczyk T., Kołakowski A., Skotnicka M.: Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci, Wydawnictwo Bifolium, Lublin 1999.

10. Muzykoterapia w procesie leczenia

Sylvia Niezgoda

10.1. Czym jest muzykoterapia?

Muzykoterapia jest elementem arteterapii, czyli terapii sztuką, a więc tańcem, śpiewem, malarstwem, rzeźbiarstwem, a także – muzyką. W tym rozdziale starano się przedstawić obraz muzykoterapii oraz przybliżyć jej działanie terapeutyczne. Często sprowadza się ją do zajęć wyłącznie relaksacyjnych, biorąc pod uwagę tylko walory uspokajające muzyki. Takie podejście bardzo zawęża zakres jej oddziaływania; pomija się to, że muzyka wywołuje także inne emocje, jak złość, agresję, zmęczenie, znudzenie – emocje, które tak często staramy się „wycinać” z naszego życia, nie przeżywając i nie nazywając ich, traktując je, jako coś niepożądanego, złego, co nie jest do końca prawdą. Pomija się także fakt, że większość utworów także aktywizuje, pobudza do działania. Istotnym elementem jest fakt, że muzyka pobudza wyobraźnię, pod jej wpływem nasz umysł tworzy pewne wyobrażenia. Niniejszy rozdział jest poświęcony właśnie tym zagadnieniom oraz próbie ujęcia, jakie znaczenie ma muzykoterapia w leczeniu chorych.

XX wiek ponownie odkrył znaczenie muzyki i innych sztuk w procesie leczenia. Jest to skutek rozwoju psychologii, psychoterapii, odkrywania człowieka i wiedzy na jego temat. Powstają szkoły muzykoterapii, choreoterapii, arteterapii, które – nawiązując do różnych teorii – wskazują, jak należy oddziaływać na pacjenta.

10.2. Muzykoterapia w procesie leczenia

Muzykoterapię można rozpatrywać w różnych aspektach. Wyróżnia się grupową i indywidualną, aktywną bądź bierną, także dla dorosłych bądź dzieci.

Pacjenci mogą uczestniczyć w sesjach grupowych bądź indywidualnych, podobnie jak ma to miejsce w psychoterapii. Ważne jest, aby pamiętać o tzw. settingu, czyli powtarzalności m. in. ram czasowych i miejsca terapii, stałości terapeuty, co ma istotne znaczenie w procesie terapeutycznym. Pacjent ma poczucie stałości i bezpieczeństwa, dla terapeuty natomiast stanowi to punkt odniesienia, gdy pacjent wyłamuje się z tych ram.

Muzykoterapia czynna polega na tym, że pacjenci sami tworzą muzykę, natomiast bierna – gdy podopieczni tworzą coś (np. wyobrażają sobie coś) pod wpływem utworów muzycznych.

Zajęcia dla dzieci wyglądają inaczej niż dla dorosłych ze względu na możliwości wynikające z etapu rozwojowego. Zajęcia muzykoterapeutyczne dla dzieci bardzo przypominają zajęcia z rytmiki. Coraz częściej proponowane są w ośrodkach dla dzieci niepełnosprawnych i wtedy przystosowane są do rodzaju zaburzenia, z jakim się pracuje. W zależności od potrzeb i zaburzenia kładzie się nacisk na kontakt podczas różnego rodzaju zabaw bądź na mowę podczas śpiewania piosenek, a także na umiejętność wyciszania się podczas zajęć relaksacyjnych.

Zajęcia dla dorosłych wymagają większej zdolności percypowania, werbalizacji rzeczywistości, znoszenia frustracji, rozumienia interpretacji itp. Muzykoterapia dorosłych najczęściej

stosowana jest w szpitalach psychiatrycznych, sanatoriach i ośrodkach rehabilitacyjnych. W niniejszym opracowaniu skupimy się najbardziej na psychiatrycznym aspekcie muzykoterapii.

10.2.1. Muzykoterapia w oddziale psychiatrycznym

Każdy człowiek ma jakiś bagaż doświadczeń muzycznych. Wiemy, jak działa na nas dany gatunek muzyczny, co nas uspokaja, co pobudza, co drażni, a co zasmuca. Muzyka także ściśle wiąże się ze wspomnieniami, często powracamy do jakiegoś ważnego dla nas hitu, albo przeciwnie, unikamy piosenek, które „źle się nam kojarzą”. Zatem – dobierając własną płytę – wybieramy to, co nam odpowiada. W tym momencie może pojawić się pytanie, jaką zatem rolę odgrywają zajęcia z muzykoterapii, skoro każdy stosuje taką „własną muzykoteraapię” na co dzień.

Nie ma recepty na zajęcia muzykoterapeutyczne typu: słuchanie np. 3 razy dziennie jakiegoś konkretnego utworu pomaga w depresji. Są oczywiście badania wskazujące na poprawę funkcjonowania procesów poznawczych w wyniku słuchania muzyki W. A. Mozarta, ale nie ma gotowych recept w wypadku osób chorych psychicznie. Utwory dobiera się zatem nie do zaburzeń, ale do tematyki zajęć, celu, jaki chce się osiągnąć.

Muzykoterapia pomaga w rozumieniu znaczenia danej muzyki w życiu pacjenta. Wydaje się, że nie bez znaczenia jest to, czego słuchamy i dlaczego słuchamy – najczęściej jest to wyraz naszego wewnętrznego świata psychicznego. Są także zajęcia, które pomagają poznać i rozumieć sposób myślenia oraz funkcjonowania pacjenta.

Istotnym elementem jest sposób dobierania utworów do zajęć, tzw. „programowanie muzyki” (Natanson). Konieczne jest duże doświadczenie muzyczne, wycucie, (które można by nazwać intuicją) i rozumienie tego, co dzieje się w procesie terapeutycznym pacjenta, aby dobrać muzykę i tematykę zajęć tak, by wtopić się w ten proces. Dlatego istotna jest współpraca i dialog między poszczególnymi ogniwami terapii, między lekarzami, psychologami, psychoterapeutami i prowadzącymi pozostałe terapie (muzykoterapeta, arteterapeuta, terapeuta zajęciowy, choreoterapeuta itp.).

Muzykoterapia nie jest prowadzona w jednakowy sposób dla wszystkich grup pacjentów. Poza oczywistym faktem, że każdy proces terapeutyczny, grupowy czy indywidualny, jest inny i niepowtarzalny, należy zauważyć, że inne jest podejście do pacjentów niepsychotycznych (nerwice), którzy mają większą zdolność do refleksowania oraz znoszenia interpretacji i frustracji, a inne do pacjentów głębiej zaburzonych (psychozy, głęboka depresja), deficytowych (niedorozwój umysłowy, otępienie), których należy wspierać, integrować i uspołeczniać.

Nasuwa się zatem bardzo ważny wniosek: muzykoterapia to nie koncert życzeń – jak niejednokrotnie oczekują tego pacjenci – ale praca terapeutyczna, niejednokrotnie nawet trudna, która uruchamia i pomaga przepracować to, co zostało wyparte przez nasze ego (nerwice) lub pomagać nawiązywać lepszy kontakt z realnością i światem zewnętrznym (psychozy). W pracy muzykoterapeutycznej z osobami z zaburzeniami psychicznymi główny nacisk kładziony jest zatem na psychoterapeutyczny aspekt muzykoterapii, a muzyka, wywołując pewne emocje, skojarzenia, obrazy, staje się pretekstem do rozmowy i pracy.

Pamiętając o nieustannym dialogu między muzyką, słowem i gestem, panującym w dziejach historii muzyki, można zrozumieć sens dialogowania między tym, co pacjent wnosi podczas zajęć, jakie znaczenie za pomocą słowa nadaje dźwiękom i gestom, czyli jak łączy te trzy sfery. Muzykoterapeuta towarzyszy temu procesowi, wspomagając swoimi interwencjami adekwatnie do procesu.

10.2.2. Zajęcia relaksacyjne w procesie leczenia zaburzeń lękowych

Bardzo często podczas zajęć relaksacyjnych wykorzystywany jest trening autogeny opracowany przez Johanna H. Schultza. Ta forma relaksacji łączy autosugestię w stanie zwężonej świadomości (na skutek koncentracji uwagi) z ćwiczeniami regulacji funkcji cielesnych i vegetatywnych. Autor nazywał go też „skoncentrowanym odprężeniem”. Trening oddziałuje na organizm i życie psychiczne ćwiczącego, który wyzwała u siebie reakcję odprężenia i koncentracji. Te z kolei przestrajają pracę organizmu, wywołując mniej lub bardziej trwałe zmiany w reakcjach fizjologicznych organizmu i obrazie siebie. Odbywa się on najczęściej w pozycji leżącej (Schultz wspomina jeszcze o pozycjach: siedzącej, dorożkarza, stojącej) na kocach, bądź materacach. Na tle muzyki o charakterze uspokajającym czytany jest tekst dotyczący rozluźniania poprzez uczucie ciężkości poszczególnych partii ciała (ręce, nogi, głowa, klatka piersiowa, brzuch), który uczestnicy mają realizować. W ten sposób pacjenci – oprócz uczucia rozluźnienia, odprężenia – nawiązują także kontakt z własnym ciałem. Kolejnymi etapami są uczucie ciepła w całym ciele, skupienie na rytmie serca, oddechu i uczucie chłodnego czoła.

Inną relaksacyjną formą jest wizualizacja. Podobnie jak podczas treningu autogenego, pacjenci słyszą tekst na tle muzyki o charakterze uspokajającym. Tym razem jednak mają oni zgodnie z realizowanym tekstem przenieść się wyobraźnią do określonych miejsc (łąka, brzeg morza itp.).

10.2.3. Zajęcia muzykoterapeutyczne w procesie leczenia zaburzeń lękowych

Nawiązując do wizualizacji, o której była mowa, można pozwolić pacjentom puścić wodze fantazji i zaproponować wyobrażenie sobie podczas słuchania odpowiednio dobranej do tematu muzyki własnej łąki, lasu, bądź miejsca, gdzie czują się bezpiecznie. Są to już zatem zajęcia z elementami wykorzystania techniki projekcji. Podczas tych wyobrażeń pojawiają się niekontrolowane przez świadomość (wiążącą się z rozumem, logiką) obrazy. Te obrazy, uczucia pojawiające się spontanicznie, ukazują nam to, co w pacjencie nienazwane, czyli to, co jest jeszcze nieświadome. Zachodzi tu proces podobny jak w przypadku marzenia sennego, który pokazuje naszą nieświadomość. Innymi słowy – pacjent projektuje, czyli przerzuca na muzykę swój własny świat emocji, relacji z osobami ważnymi. Jest wiele propozycji zajęć wykorzystujących technikę projekcji, podczas których pacjent może wyobrazić sobie siebie jako postać zwierzęcą, roślinę, przedmiot. Można też zaaranżować scenki, podczas których pacjenci wcielają się w te role lub inne, polegające na odgrywaniu ról społecznych itp. Ważne jest, aby podczas takich zajęć nie zatrzymywać się tylko na części doświadczenia własnego (wyobrażanie do muzyki, wchodzenie w role), ale omówić z pacjentami to, co się działo podczas zajęć, aby wraz z pacjentami nadać słowo, znaczenie i rozumienie tego, co miało miejsce.

Dotychczasowe przykłady zajęć są kierowane do pacjentów mniej zaburzonych, a więc z kręgu nerwic i zaburzeń osobowości. Jak już wspomniano, mogą oni znieść duży poziom frustracji, konfrontacji z trudnymi tematami. Pacjenci głębiej zaburzeni (z kręgu psychoz) wymagają innego rodzaju zajęć, mniej frustrujących, a bardziej wspierających, skalających, nawet ćwiczebnych. Poniższe przykłady zajęć mają właśnie ten cel.

10.2.4. Zajęcia relaksacyjne w procesie leczenia zaburzeń z kręgu psychoz

Zajęcia relaksacyjne przebiegają inaczej niż u pacjentów neurotycznych. Dzielenie ciała na osobne części (ręka prawa, lewa, noga prawa, lewa itd.), próba odczuwania ich ciężkości może być zbyt frustrująca i dezintegrująca, zważywszy na charakterystyczny dla tej grupy pacjentów lęk anihilacyjny, czyli lęk przed rozpuszczeniem, rozplynięciem się, utratą świadomości stałości swego ciała jako integralnej całości, czyli ściślej mówiąc, lęk przed niebytem,

śmiercią. Wskazane wydają się zatem wizualizacje dotyczące sklejanego jakiejś całości z części, np. wazonów, filiżanek, układanie bukietu itp.

10.2.5. Muzykoterapia w procesie leczenia zaburzeń z kręgu psychoz

W procesie leczenia ważne jest uwzględnienie rozwoju społecznego, emocjonalnego i procesów poznawczych.

Podczas ćwiczeń z zakresu komunikacji interpersonalnej pacjent nabywa umiejętności funkcjonowania w grupie (rozwój społeczny). Pacjenci w trakcie takich zajęć wchodzi w różne role społeczne, omawiając później ich znaczenie. Mogą też za pomocą instrumentów Orffa odgrywać różnego rodzaju dialogi (kłótnia, plotkowanie itp.), a później analizować, czym dany dialog charakteryzuje się pod kątem gestów, dynamiki, ekspresji, mimiki oraz emocji. Kolejną propozycją dla pacjentów jest dedykowanie sobie nawzajem utworów, piosenek i próba określenia, dlaczego akurat ten utwór jest dedykowany, jak jest odebrany przez osobę, której jest dedykowany itd. Jest to także ćwiczenie z zakresu empatii.

Podczas zajęć z muzykoterapii proponowane są także ćwiczenia adekwatnego odczytywania, wyrażania i przeżywania emocji. Pacjenci kolejno podczas tych zajęć grają na instrumentach wcześniej określone emocje, a zadaniem pozostałych jest odczytanie ich. Istotne jest zwrócenie uwagi na adekwatność wyrażania i odczytywania emocji.

Niebagatelne znaczenie mają ćwiczenia związane z funkcjonowaniem procesów poznawczych (pamięć, spostrzeganie, myślenie, uczenie się). Podczas takich zajęć można na przykład za pomocą muzyki przenieść się w różne rejony świata, omawiając z pacjentami, czym dany kraj lub obszar się charakteryzuje, czego można tam doświadczyć, co zwiedzić.

10.2.6. Rola pielęgniarki w muzykoterapii i relaksacji

Obecnie powstaje coraz więcej uczelni, na których w trybie dziennym – magisterskim bądź zaocznym – podyplomowym można zdobyć kwalifikacje muzykoterapeuty, uzyskując wiedzę zarówno teoretyczną, jak i praktyczną, dotyczącą m. in. wartości terapeutycznych muzyki, programowania zajęć i technik muzykoterapeutycznych oraz wiedzy z zakresu medycyny, psychologii, pedagogiki specjalnej. Często pielęgniarki prowadzą zajęcia muzyczne. Należy jednakże pamiętać, że nawet potencjalnie wspierające zajęcia mogą spowodować obniżenie nastroju, dezintegrację u pacjenta a nawet agresję, co wynika najczęściej z procesu chorobowego lub z doboru materiału muzycznego, na który pacjent projektuje swoje intrapsychiczne przeżycia (nawet radosny, pogodny utwór może kojarzyć się z przykrymi wydarzeniami, utratą bliskiej osoby itp.), dlatego ważna jest umiejętność rozumienia (interpretowania) danej sytuacji i adekwatnego, korektywnego reagowania.

PYTANIA

1. Co to jest muzykoterapia?
2. Co różnicuje zajęcia muzykoterapeutyczne i relaksacyjne dla pacjentów z zaburzeniami lękowymi i psychotycznymi?
3. Jaka jest rola pielęgniarki w muzykoterapii i relaksacji?
4. Czy prowadzenie zajęć muzykoterapeutycznych wymaga specjalnego przygotowania?
5. Jakie techniki stosowane są w trakcie muzykoterapii?

PIŚMIENNICTWO

- [1] *Bristinger M.*: Związki muzyki ze słowem, PWN, Warszawa 1986.
- [2] *Cesarz H.*: O muzyce i muzykoterapii, Muzykoterapia Pol. 2003, 1.
- [3] *Galińska E.*: Z zagadnień muzykoterapii. [w:] Manturzevska M., Kotarska H. (red.) Wybrane zagadnienia z psychologii muzyki, WPIS, Warszawa 1990.
- [4] *Janicki A.*: Muzykoterapia w leczeniu psychiatrycznym, Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej we Wrocławiu, 1983, 34.

11. Arteterapia w procesie leczenia

Małgorzata Kania

Arteterapia, czyli samoleczenie za pomocą twórczości artystycznej można dostrzec już u człowieka pierwotnego, który po zaspokojeniu najpilniejszych potrzeb sięgał po jakieś narzędzie, często przypadkowe i zmieniał otaczającą rzeczywistość. Były to działania instynktowne, często nieskoordynowane, a ich przeznaczenia można się jedynie domyślać. Prawdopodobnie miały wiele wspólnego z szukaniem pomocy bóstw i samowzmocnieniem. Było to zatem pomaganie sobie poprzez czynności kreatywne. Od tego czasu ludzie rysują, rzeźbią, malują, znajdując w tym zajęciu upodobanie.

W latach czterdziestych dwudziestego stulecia Adrian Hill wprowadził nazwę „arteterapia” do terminologii medyczno-psychologicznej i wraz z E. Adamsonem, R. Simonem oraz I. Champernoem rozwinął tę dziedzinę. Na poglądach psychiatrów zajmujących się twórczością chorych zaważyła szczególnie doktryna Freuda, który uważał, że każde uprawianie sztuki jest terapią, a każdy artysta odwrotnością neurotyka. Uczony ten sądził, że przez działanie twórcze artysta daje upust tłumionym tendencjom, osiąga samooczyszczenie, czyli *katharsis* i tym samym dokonuje zabiegu autoterapeutycznego.

Działanie twórcze zmniejsza niepokój, rozładowuje stany napięcia. Nieodzowna konieczność wypowiedzania się i samouspokajania właściwa jest zarówno zdrowym, jak i chorym. Dopiero analiza motywów działania lub samego komunikatu, a więc dzieła, może pokazać różnice, mające swoje źródło w chorobie.

Arteterapia jest jedną z form oddziaływań psychoterapeutycznych, przyczynia się do rozbudzania spontanicznej aktywności, zapobiega monotonii szpitalnej, nudzie, przymusowej bezczynności. Aktualnie arteterapeuci bazują na różnych podejściach psychoterapeutycznych, takich jak: psychologia ego, teoria relacji z obiektem, Gestalt, podejście poznawczo behawioralne, systemowe. Arteterapię można podzielić na dwa zasadnicze nurty. Pierwszy to pobudzanie pacjentów do spontanicznej twórczości, zwłaszcza w malarstwie, rysunku i rzeźbie oraz pogłębianie tych tendencji u chorych, którzy zaczęli od instynktownej często nie w pełni uświadomionej autoterapii. Drugi to terapia stymulująca, bardziej odpowiednia dla osób wymagających terapii wglądowej i dynamicznej. Zachęca ona, do wypowiedzenia siebie i swojego problemu, do pogłębiania cech twórczych. Celem obu form działania jest poprawa samopoczucia psychicznego, znalezienie nowej jakości życia, pogłębienie znajomości świata i siebie samego.

Arteterapia zajmuje się przede wszystkim pacjentem, a sztuka jest jedynie rodzajem pomostu pomiędzy nim a terapeutą. W arteterapii niezwykle ważne jest koncentrowanie aktywności twórczej na procesach twórczych, a nie na produktach artystycznych, które również nie są obojętne, ale bardziej przydatne w terapii zajęciowej. Bardzo duże znaczenie ma dla pacjentów osobowość terapeuty, jego stosunek do chorych i ich twórczości. Stworzenie chorym okazji do odkrywania potrzeby tworzenia zależy w dużej mierze od sposobu prowadzenia zajęć, od osobistego zaangażowania instruktorów, ich usposobienia, wrażliwości, taktu i pomysłowości. Pomocne jest przeszkolenie w zakresie stosowania rozmaitych technik plastycznych.

Dla niektórych chorych dostateczną zachętą jest wydzielenie osobnego pomieszczenia, dostarczenie farb i pozostałych materiałów, inni natomiast wymagają indywidualnego kontaktu. W wielu wypadkach wzbudzenie aktywności twórczej jest możliwe dopiero wtedy, gdy znajdzie się sposób na sprowokowanie chorych do działania i wytrącenia ich ze stanu bierności. Czasami cel ten można osiągnąć po wielu próbach, które wymagają nie tylko cierpliwości, lecz także wyczucia i intuicji. Nigdy nie wiadomo, jaki temat bądź technika plastyczna zainspirowuje chorego do działania, poruszy sferę emocjonalną. Niechęć do zajęć twórczych i odmowa udziału w zajęciach plastycznych niekoniecznie musi wynikać z przyczyn patologicznych lub być skutkiem psychicznego paraliżu czy motorycznego bezwładu. Wielu chorych boi się ośmieszenia, lęka się upokorzenia ze względu na swoją nieudolność. Dodatkowo u wielu z nich wyobrażenie o artyście kojarzy się z nienormalnością i zachęcenie do takich zajęć może być odczytane jako aluzja do choroby, na co są szczególnie wrażliwi. Mogą też bać się oceny diagnostycznej. Dlatego szczególnie ważne jest odpowiednie podejście terapeutyczne, które da im poczucie bezpieczeństwa. Wielu pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, mając zaufanie do terapeuty, rozmawia z nim o swoich zamiłowaniach plastycznych i pokazuje wykonane przez siebie prace. Zdarza się, że u niektórych ożywiają zamiłowania do zdobienia, malowania, ręcznych robótek. Czasami ujawniają się tylko w indywidualnym kontakcie, inni znowu chętniej wyrażają się publicznie, w grupach plastycznych.

Twórczość pacjentów może mieć wartość artystyczną i wzbudzać przeżycia estetyczne, ale równie często przekazuje informacje o chorobie. Dzieło zmienia stosunek pomiędzy terapeutą a pacjentem, relacja staje się podobna do tej, jaka zachodzi pomiędzy twórcą a odbiorcą. Kontakt ten ma istotne znaczenie, zwłaszcza dla pacjenta. Tworzenie plastyczne daje autorowi poczucie bezpieczeństwa i ważności, sprawia radość z powodu stworzonego przez siebie dzieła oraz umożliwia opowiedzenie o swoim problemie językiem pozawerbalnym i w ten sposób ułatwia komunikowanie się z otoczeniem i często z samym sobą. Jest to szczególnie ważne w przypadku pacjentów wycofanych, lękowych, mutystycznych i autystycznych. Jeśli cały personel wyraża zainteresowanie, a czasami nawet włącza się do zajęć z arteterapii, to osiągnięcie sukcesu jest bardziej prawdopodobne. Takie „wsparcie” jest niezmiernie ważne dla pacjentów, bo dzięki temu nabierają poczucia, że ich dzieła są ważne, godne uwagi. Przydatna jest pomoc pielęgniarek, które mogą zachęcać pacjentów do zajęć albo po uzgodnieniu z terapeutą również uczestniczyć w nich. Dla lekarza duże znaczenie może mieć diagnostyczny aspekt arteterapii. Wiedza dotycząca ekspresji twórczej w różnych zaburzeniach psychicznych została w ostatnich latach znacznie pogłębiona. Dzięki niej możemy zdobyć więcej informacji na temat rozpoznania psychiatrycznego i śledzić przebieg zaburzeń. W klinicznej analizie dzieła plastycznego arteterapeuty uwzględnia: rodzaj kreski, wypełnienie przestrzeni, kompozycję, kolor, poruszane tematy. Analizując kolejne prace poszczególnych pacjentów można śledzić dynamikę stwierdzanych u nich zaburzeń, ich ustępowanie bądź zaostrzanie się. Oznaką poprawy może być wzbogacenie formy wypowiedzi, wprowadzenie jasnych, żywych kolorów, pozytywne przekazy treściowe, wypełnianie przestrzeni oraz wykańczanie obiektów i postaci.

PYTANIA

1. Kiedy i przez kogo został wprowadzony termin „arteterapia” i jakie okoliczności służyły rozwijaniu się tej dziedziny?
2. Podaj cele zajęć arteterapii.
3. Podaj dwa zasadnicze kierunki w arteterapii.
4. Jakie mogą być problemy wynikające z zachęcania pacjentów do zajęć i jak sobie z nimi radzić?
5. Jaka może być rola pielęgniarek w twórczości artystycznej?

PIŚMIENNICTWO

- [1] *Bilikiewicz A., Pużyński St., Rybakowski J., Wciórka J.* (Red.): Psychiatria, t. III, Wydawnictwo Medyczne – Urban i Partner, Wrocław 2002.
- [2] *Madejska M.*: Malarstwo i schizofrenia, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1975.

12. Psychoterapeutyczna rola pielęgniarki w domu pomocy społecznej

Zygmunt Podbielski

W tym rozdziale omówiono: specyfikę kontaktu z podopiecznym domu pomocy społecznej, metody poprawy komunikacji z podopiecznym oraz prowadzenie psychoterapii podtrzymującej.

Kwestia kontaktu i komunikacji z chorym psychicznie została przedstawiona w rozdziale 13.

12.1. Kontakt

Istotą jest kontakt szczególnego rodzaju, a mianowicie komunikacja pomiędzy chorym, podopiecznym, pacjentem a pielęgniarką, nazywana też układem terapeutycznym.

Składa się z dwu etapów:

Przesłanie choremu wstępnych informacji. Polega to na tym, że pielęgniarka postawą, uśmiechem, gestem stwarza sytuację, że jest osobą chorą zainteresowana, lubi ją i że jest nastawiona na słuchanie jej wypowiedzi.

Wywiad medyczny, czyli właściwa rozmowa, w której uzyskuje się informacje od chorego ułatwiające udzielenie mu skutecznej pomocy. Jest to rozmowa, która przebiega według pewnego planu i prowadzi do zamierzonego celu. Na początku należy się przedstawić, (jeśli jest to nowa osoba), poinformować o celu przyjsia, o czasie, jaki to zajmie, i zapytać, czy podopieczny jest gotów i czy zgadza się na tę rozmowę (czy dostatecznie dobrze się czuje). Celem rozmowy jest ustalenie, jak podopieczny się czuje, jakie są jego główne problemy, czy czegoś potrzebuje. Natomiast ze strony pielęgniarki jest to ustalenie problemów i potrzeb chorego w zakresie cielesnej, psychicznej, duchowej i socjalnej sfery. Jeśli jednak rozmowa ma np. taki przebieg: „Dzień dobry panu, co słyhać, jak samopoczucie?” „Ach fatalnie, źle spałem, wszystko mnie boli”. „To ta pogoda, ja też czuję się zupełnie rozbita, pewnie będzie burza. Musiałam nawet wziąć polopirynę, czego od dawna nie robię” – to jest to przykład złej rozmowy (mimo, że dotyczy stanu zdrowia), gdyż obaj rozmówcy są „na innej fali”, nie słuchając siebie nawzajem. Są zainteresowani swoim problemem. Ważne jest opanowanie właściwej rozmowy. Dotyczy to zarówno komunikacji niewerbalnej (postawy, gestów, mimiki, intonacji, ruchu i odległości); jak i werbalnej (wypowiedzi, słów, zdań). Na tę właściwą rozmowę składają się cztery przekazy. Werbalny, czyli dobór wypowiadanych słów. Przekaz intonacyjny: wysokość, ton, kadencja i modulacja; głos znizony do szeptu, oznaczający poufne informacje, czy też podniesiony wyrażający niepokój lub gniew; ciepły głos oznaczający zainteresowanie przyjaźń, itp. Przekaz paralingwistyczny: są to dźwięki i wypowiedzi typu: mhm, mhm, gwałtowny wdech wyrażający zaskoczenie; sapnięcie oznacza obrzydzenie. Przekaz kinetyczny: jest to komunikacja za pomocą ruchów ciała, wyrazu twarzy, postawy, gestów. Niewerbalna komunikacja obejmuje też warunki, w jakich odbywa się spotkanie z osobą chorą, podopiecznym, pacjentem; czy to jest przy łóżku, na korytarzu, w gabinecie, w obecności innych osób. Jeśli jest to rodzina podopiecznego; należy wygospodarować czas zarówno dla podopiecznego, jak i jego rodziny. Czasem w grę wchodzi odległość fizyczna

między rozmówcami. Każdy z nas ma swoją właściwą przestrzeń psychologiczną, w której to najlepiej się czuje, co trzeba uszanować. Jednakże niektóre czynności i zabiegi pielęgniarские wymagają bliskiej, intymnej odległości, o czym należy poinformować chorego. W trakcie badania należy patrzeć w twarz choremu. Aktywne słuchanie polega na tym, że należy słuchać tego, co pacjent mówi, ale także tonu jego głosu, doboru słów, wyrazu twarzy i gestów. W trakcie tych czynności można okazać wsparcie i zainteresowanie poprzez dotyk. Najczęściej wystarczy dotknięcie wierzchu dłoni lub przedramienia (dotyk tych okolic jest najmniej „alarmujący”). Łagodność dotyku również przekazuje pewną treść, np. uspokojenie. Nawiązanie kontaktu wzrokowego jest ważne, ale czasem chory wyraźnie unika wzroku. Przyczyny tego mogą być różne, np. rozmówca może być zmęczony lub nieśmiały, przygnębiony i skoncentrowany na swoich troskach oraz przeżyciach. Może coś ukrywać, być zły i niechętny do rozmowy; agresywny oraz wyzywająco patrzący nam w twarz. Wtedy, aby uniknąć konfliktu lepiej zrezygnować z łączności wzrokowej. Nawiązując kontakt wzrokowy należy pamiętać o własnych reakcjach, np. na wygląd źrenic chorego. Na ogół podświadomie odbiera się szerokie źrenice jako sympatyczne i ładne. Głównym źródłem informacji niewerbalnych są ruchy i postawa chorego. Natomiast twarz może być mniej charakterystyczna. Ludzie często starają się ukryć swoje uczucia, „przyjmują maskę”. Nadmierna ruchliwość może np. świadczyć o przeżywanym lęku lub znużeniu. Spowolnienie, przygarbienie (w połączeniu z niskim głosem) o przygnębieniu. Ucieczka oczu, częste mruganie, brak harmonii słów z mimiką, np. „jak się czujesz?”, „dobrze” i opóźniony uśmiech, świadczy o ukrywaniu uczuć. Szczególnie trudne może być odczytywanie ukrytego w wypowiedziach podtekstu, np. wypowiedź tego typu: „wie pani, ja to już zdrowszy nie będę”, albo „czy ja jeszcze kogoś poznam”, „czy powinienem stąd wyjechać”. Mogą one oznaczać ukryty niepokój. Ukryty sens wypowiedzi może objawiać się w żartach lub też w tzw. objawie ręki na kłamce. Rozmowa przebiega wtedy dosyć beztrosko, o niczym; natomiast właściwy problem jest wypowiadany przez podopiecznego czasem mimochodem, gdy pielęgniarka zbiera się do wyjścia (kładzie rękę na kłamce).

Komunikacja werbalna dotyczy umiejętności właściwego sposobu rozmawiania. Należy pamiętać o tym, że przekazujemy komunikaty zarówno niewerbalnie, jak i werbalnie. Komunikaty te są wtedy prawdziwe i rzetelne, gdy istnieje ich zgodność z zachowaniem. Rozmowę należy rozpocząć od pytań otwartych, np. „jak” – „jak pan dzisiaj spał?”, zamiast: „czy dobrze pan spał?”. Pytanie „czy” ma tylko jedną alternatywę, podopieczny może powiedzieć: „tak”, lub „nie”. Nie należy bać się pytań psychologicznych, bowiem sprowadzenie rozmowy tylko do spraw somatycznych może spowodować, że podopieczny nie powie o wielu ważnych dla niego sprawach, gdyż łatwiej jest mu mówić o sprawach somatycznych niż problemach życiowych, czy egzystencjalnych i psychologicznych. Jeśli chory mówi ogólnikowo o swoich problemach – warto wtedy zachęcić do wyjaśnienia typu: „proszę coś więcej o tym powiedzieć”, albo „czy mógłby pan to dokładniej wyjaśnić?”. Dobrym nawiązaniem do reakcji uczuciowych chorego jest refleksja typu „widzę, że pan jest smutny dzisiaj, czy może mi pan powiedzieć, dlaczego?”. Dobrze jest też powtarzać ostatnie słowa wypowiedziane przez chorego, aby go upewnić, że słuchamy uważnie. Od czasu do czasu, należy dokonać podsumowania rozmowy, szczególnie, gdy chcemy przejść do następnego tematu, a także na końcu rozmowy. Dobrze jest wprowadzić do rozmowy wypowiedzi o treści empatycznej, co jeszcze poprawi kontakt „to musiało być dla pani bardzo przykre” lub „musiał być pan mocno zdenerwowany”. Także wypowiedzi typu hipotezy rozumiejącej, będące przypuszczeniem o reakcji podopiecznego, polepszają komunikację i empatię, np. „nie kładzie się pani spać, bo obawia się nocnych koszmarów?”. W dalszej części spotkania należy stosować pytania zamknięte, w celu ustalenia konkretnych faktów somatycznych.

W trakcie komunikacji mogą pojawić się różne trudności. Podopieczny jest przyzwyczajony do niektórych tematów, zwłaszcza somatycznych i trudno mu zmienić temat rozmowy. Stosowanie rozmowy zniechęcającej pozwala na zmianę tematu, ale można tu popełnić błędy. Należą do nich pytania wielokrotne, składające się z kilku problemów, np. „czy odczuwa pan duszność, słabość, zmęczenie”, itp. Innym błędem jest stosowanie pytań naprowadzających,

typu „jest pan zadowolony z umieszczenia w tej sali, prawda?” albo: „a czy zauważył pan, że po ataku bólu oddaje pan nieco ciemniejszy stolec”. Mogą one prowadzić do stronniczości wypowiedzi. Podobnie jest z pytaniami typu „dlaczego”, które w przeciwieństwie do naprowadzających sprawiają wiele kłopotów, bowiem podopiecznemu jeszcze trudniej odpowiedzieć. Nie należy także pochopnie udzielać rad, jeśli nie znamy dostatecznie sprawy. Minimalizowanie przeżyć podopiecznego również jest błędem, niestety bardzo powszechnym wśród pielęgniarek i lekarzy, np.: „To zupełnie normalne, że pan jest zdenerwowany. Wszyscy pacjenci boją się cewnikowania, ale to naprawdę głupstwo”.

Zdawkowe uspokajanie typu „proszę się nie martwić, wszystko będzie dobrze!” albo „zobacz pan, po tym lekarstwie, stanie pan od razu na nogi” także nie jest właściwe. Kolejnym błędem jest używanie medycznego żargonu, np. „zaparcie można spróbować zlikwidować spożywając więcej błonnika”. Nie należy też gwałtownie zmieniać tematu rozmowy, spoglądać na zegarek, wykonywać nerwowych ruchów czy też przyjmować zamykającej postawy ciała, a więc odwracać wzrok. Trzymając coś w obu rękach, np. książkę, czy mając splecione ręce na wysokości piersi również przyjmujemy zamkniętą postawę ciała. Dobrze prowadzona rozmowa powinna przebiegać w sposób kontrolowany, ale nie dyrektywny. Jeśli wypowiedzi podopiecznego są rozwlekłe, odbiegają od właściwego toru rozmowy, możemy je stopować. Pod koniec należy dokonać podsumowania rozmowy i zapytać, czy podopieczny je aprobuje. Wywiad jest bowiem bardzo ważną częścią rozmowy, której celem jest uświadomienie podopiecznemu, że pewne sprawy zostały uporządkowane i nabrały znaczenia. Następnie należy przejść do etapu ustalania planów działania, a więc przedstawienia podopiecznemu, czym powinien się zająć, jakie czekają go konsultacje, badania i leczenie, czyli ustalenia pewnych reguł.

12.2. Udzielanie informacji

Niezbędne jest przekazanie ich w sposób zrozumiały, prosty i jasny; dostosowany do wiedzy podopiecznego. Trzeba pamiętać o tym, że język medyczny pielęgniarki czy lekarza może być niezrozumiały. Wypowiedź powinna być jednoznaczna, przemawiać do wyobraźni podopiecznego, ale też go uspokajać. Nie może być zbyt szczegółowa. Należy co jakiś czas sprawdzać, jak podopieczny ją rozumiał. Można też posługiwać się prostym rysunkiem. Należy pamiętać, że ludzie zapamiętują to, co zostało powiedziane na początku i na końcu, a najmniej to, co w środku. Jeśli musimy podawać zbyt wiele informacji, np. związanych z podawaniem leków, objawami ubocznymi, wtedy dobrze jest posłużyć się zapisem na kartce. Jeśli podopieczny ma z tym kłopoty, np. z przypominaniem sobie, czy lek został przyjęty, można posłużyć się różnymi pojemnikami z umieszczoną kartką z określoną godziną. Niektóre informacje nie są przez podopiecznych przyjmowane, dotyczy szczególnie tych, które naruszają dobre samopoczucie. W następstwie tego nie stosują się do zaleceń, np. nie chce cewnika, chociaż moczenie może spowodować odleżyny, dotyczy to też palenia papierosów, picia alkoholu lub odmowy przyjmowania środków przeciwbólowych (czy nasennych), bądź łamania regulaminu domu. Przekazywanie złych informacji jest szczególnie trudne. Ogólnie można powiedzieć, że prawda jest jak lekarstwo, które trzeba umiejętnie dawkować, a proces ten trwa wiele dni. Przed podjęciem takiej rozmowy należy zastanowić się, czy chory jest zdolny zrozumieć daną informację i czy zgadza się na przeprowadzenie takiej rozmowy. Istotną sprawą jest w tym wypadku zgoda lub niezgoda rodziny. Niekiedy wymaga to dodatkowej pracy z rodziną i przygotowania osób bliskich na trudne chwile. Przykre informacje powodują, zwłaszcza na początku, silne reakcje emocjonalne. Chory wymaga wówczas wsparcia, pociechy i obecności osób bliskich, stąd współpraca z rodziną jest bardzo ważna. Niekiedy chory po usłyszeniu złych informacji zaprzecza, tak jakby nie usłyszał, rozbudowuje nadzieję, nie dowierza, przyjmuje postawę ambiwalentną lub rozszczepienną. W takich przypadkach zaleca się utrzymać pewien dystans, nie utwierdzać, ale też nie negować. Jednak pozostawać w pozycji obserwatora, serdecznej i czulej pielęgniarki.

12.3. Rozmowa terapeutyczna

Poprzednie rozważania dotyczyły dobrego kontaktu i wywiadu. Rozmowa terapeutyczna dotyczy szczególnie trudnych dla podopiecznego sytuacji psychicznych. Odbywa się za zgodą i przyzwoleniem podopiecznego. Celem takiej rozmowy jest zatem ułatwienie mu zrozumienia istoty jego problemów, sytuacji, w jakiej się znajduje i przeżywanych przez niego reakcji i uczuć. Do istotnych funkcji takiej rozmowy należy też pomoc w rozwiązywaniu problemów, a wreszcie podtrzymanie psychiczne i wsparcie emocjonalne. Zwykle taka wymiana zdań ma charakter partnerski, ale niekiedy może być dyrektywna. Istotnym czynnikiem takich rozmów jest empatia, czyli wczucie się w przeżywaną przez podopiecznego sytuację psychiczną. Początkowo podejmujemy z chorym próbę identyfikacji i mówimy mu, jak to rozumiemy. To pozwala na zmniejszenie dystansu psychicznego, przestrzeni psychologicznej. Niekiedy przekazujemy nasze własne uczucia, mówimy np. „niepokoi mnie u pana przygnębienie”. Gdy uda się wytworzyć tę optymalną przestrzeń psychiczną pomiędzy pielęgniarką a podopiecznym, pojawi się poczucie bezpieczeństwa i współpracę.

Proces ten przebiega etapami; najpierw jest to nawiązanie do uczuć i przeżyć; np. „jak pan dzisiaj się czuje?”. Następny etap to rozmowa o uczuciach i przeżyciach, ale jeszcze w sposób powierzchowny, niejako wstępny. Właściwa rozmowa terapeutyczna wymaga przygotowania, a celem jej jest pozwolenie na ekspresję uczuć, zrozumienie ich głębi i źródła, a później zanalizowanie, co w efekcie powinno przynieść spokój czy ukojenie. Jeśli chory odczuwa lęk i nie da się ustalić jego przyczyn, można złagodzić napięcie poprzez podanie środka farmakologicznego. Gdy dotyczy to spraw życia i śmierci lub innych problemów egzystencjalnych, można zaproponować kontakt z osobą duchowną, psychologiem bądź lekarzem, a także lekturę odpowiednich książek. Chory przygnębiony lub będący w lęku, przeżywający przykre stany uczuciowe może odczuwać potrzebę ekspresji tych uczuć poprzez płacz, lamentowanie, narzekanie lub w inny sposób niewerbalny. Należy mu wówczas na to pozwolić, co przyniesie ulgę i zmniejszy napięcie. Osoby bierne, niechętne do współpracy psychoterapeutycznej, należy zachęcić do jakiejś drobnej aktywności; np.: „teraz pani poleży w łóżku kilka minut, potem siądzie w fotelu, a później wyjdzie do drugiego pokoju”. Z kolei u osób, które ustawicznie narzekają, przybierając maskę rozpaczy i żalu, można tę reakcję przerwać poprzez zewnętrzne działania, np. zrobienie czegoś razem: spacer, wspólne czytanie czy słuchanie radia itp. Podopieczni z poczuciem winy i obniżonej wartości często zmagają się z obrazem swego „ja”: „byłem złym ojcem” albo „jestem taka stara i brzydka”. Należy te oceny dyskretnie korygować, odnajdując sprawy, które aktualnie są pozytywne, np.: w przypadku mężczyzny będzie to: „chyba tak nie jest, gdyż dzieci wyrosły jednak na porządnym ludzi” albo „no, ma pani ładny uśmiech, oczy, włosy”.

Jeśli podopiecznego opanowało uczucie gniewu, bardzo istotne jest właściwe rozpoznanie przyczyn tej reakcji. Gniew może być przeniesieniem innego uczucia, np. lęku „znowu siostra przychodzi z tym zastrzykiem, mam tego dość” albo „ja tego nie wytrzymam, ciągle to samo jedzenie, zastrzyki, opatrunki”. „Co się stało, widzę, że pani jest zdenerwowana”? „Ach!, mieli przyjechać w niedzielę do mnie, ale nikt nie przyjechał, co się stało?”. Ważne jest uznanie, że podopieczny ma prawo do negatywnych emocji, można mu zaproponować wspólne przeanalizowanie przyczyn gniewu, co mobilizuje do wysiłku. W przypadku podopiecznych stosujących mechanizmy zaprzeczania czy postawy roszczeniowej pacjent może przeżywać wiele wątpliwości związanych ze stanem zdrowia. Należy z nim podjąć rozmowę, podobnie jak w przypadku przekazywania złych informacji. Często trudnością są nasze zaprzeczenia i mechanizmy obronne. Trudnymi tematami są: ból, cierpienie, śmierć i miłość. Przekazywanie trudnych wiadomości wywołuje łzy, konsternację, smutek i płacz. Dzieje się tak dlatego, że dla pacjentów są to chwile największej słabości. Potrzebują wówczas wsparcia i otuchy. Są też wówczas bardzo podatni na wszelkiego rodzaju sugestie, w myśl zasady „tonący brzytywy się chwyta”. Szczególnie trudnym tematem w naszej kulturze jest umieranie i śmierć. Śmierć

jest istotnym, w pełni realnym elementem życia. W ostatnim czasie pojawiły się publikacje omawiające to zagadnienie.

12.4. Podsumowanie

Pacjent może nie chcieć rozmawiać z terapeutą z wielu przyczyn. W domu pomocy społecznej przebywają ludzie przewlekle chorzy, samotni i przeważnie w wieku starszym. Osoby te są jak przybysze z innej krainy: przybyli z przeszłości. Historia każdego z nich jest inna. Personel najczęściej jest młody, żyjący teraźniejszością i nastawiony na przyszłość. Te różnice pokoleniowe stanowią istotną przeszkodę w porozumieniu. Niektórzy seniorzy urodzili się przed II wojną światową, a nawet wcześniej, kiedy to samochód czy telefon były rzadkością. Ich dziadkowie urodzili się pod koniec XIX wieku, kiedy większość prac codziennych wykonywano ręcznie. Żyli w licznych, wielopokoleniowych rodzinach, co też gwarantowało samowystarczalność. Wcześniej nie istniały także domy pomocy społecznej, ani oddziały geriatryczne. Ta grupa klientów coraz częściej korzysta z pomocy medycznej i społecznej. Przeszkodą w komunikacji z tymi ludźmi ponadto może być otępienie, szczególnie w łagodnej postaci. Po 60 roku życia około 10% osób cierpi na nieodwracalne zmiany mózgowo-głuchota dotyka około 25% po 70 roku życia, ponadto dyzartria, dysfagia, które są szczególnie trudne dla pacjenta. Należy brać pod uwagę, że nie wszyscy starsi ludzie w leczeniu i opiece są mili. Wtedy pierwszym zadaniem jest ustalenie własnych reakcji i odczuć; dlaczego tego chorego nie lubię? Czy to wynika z tego, że podopieczny jest nieatrakcyjny, np. brzydki, stary, brudny, wydziela brzydki zapach? Wtedy wycofanie się z kontaktu jest sprzeczne z naczelną zasadą niesienia pomocy. Bycie nieuprzejmym narusza zaufanie, jakim obdarza nas pacjent. Czy zaniedbanie podopiecznego wynika z tego, że chory mało zawsze dbał o swój wygląd, z upośledzenia funkcji umysłowych, pogłębiającej się demencji lub z pewnych okoliczności, np. starsza pani mogła wziąć środki przeczyszczające, upaść, złamać biodro, leżeć tak w strachu i bólu przez całą noc, a nad ranem przeżyć upokarzające doświadczenie nieprzytrzymania moczu i kału? Po pierwsze należy rozpoznać własne emocje, po drugie, co takiego powoduje, że pacjent jest nam nieprzyjemny i po trzecie ustalić przyczynę oraz potraktować klinicznie.

Inną grupą trudnych pacjentów są osoby hipochondryczne i z niezdiagnozowaną depresją. Trudność nawiązania z nimi kontaktu polega na tym, że w przeszłości osoby te miały złe doświadczenia z lekarzami i metodami leczenia, toteż nie spodziewają się niczego dobrego. W pielęgniarce mogą one wywoływać uczucie bezradności i bezsilności. Ważne jest wówczas właściwe rozpoznanie, a w przypadku depresji – leczenie. Uniknie się wtedy grzechu zaniedbania. Warto pamiętać, że gdy chory nie chce rozmawiać, można zaproponować: „jeśli pani nie ma nic przeciwko temu, to ja tu przy pani trochę posiedzę w milczeniu”. Innymi pomocniczymi środkami psychologicznymi mogą być: relaksacja, techniki głębokiego oddychania czy wizualizacja.

PYTANIA

1. Na czym polega komunikacja typu „ręka na kłamec”?
2. Jak odczytać z wypowiedzi podopiecznego ukryty niepokój?
3. Co to są pytania wielokrotne? I dlaczego należy ich unikać?
4. Kiedy można pozwolić podopiecznemu na płacz i gniew?
5. Co to znaczy w kontakcie „łagodny dotyk”?

PIŚMIENNICTWO

- [1] *Kübler-Ross. E.*: Rozmowy o śmierci i umieraniu, PAX, Warszawa 1970.
- [2] *Matosek K.*: Choroby psychiczne – choroba jak inne. <http://www.dps.pl/radar/psychiatria/choroby.php>.
- [3] *Mayerscough Ph.R., Ford M.*: Jak rozmawiać z pacjentem, GWP 2001.
- [4] *Podbielski Z.*: Psychologia sztuki lekarskiej, kontakt, komunikacja, empatia, grupy Balinta, www.psychiatria.pl – portal lekarzy.
- [5] *Salmon P.*: Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia, GWP 2002.
- [6] *Ugniewska C.*: Udział pielęgniarki w psychoterapii [w:] *Pielęgniarstwo psychiatryczne i neurologiczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.
- [7] *de Walden-Gałuszko K.*: U kresu. Opieka paliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi, MaKmed 1996.

13. Specyfika opieki pielęgniarskiej w oddziale psychiatrycznym

Teresa Grzywna, Aleksandra Cieślik

W rozdziale omówiono następujące zagadnienia: Specyfika relacji pielęgniarka – pacjent. Znaczenie obserwacji w pracy pielęgniarki z chorym psychicznie. Źródła informacji o chorym psychicznie istotne w pracy pielęgniarki psychiatrycznej. Pisanie sprawozdań (raportów pielęgniarskich) o stanie psychofizycznym chorych psychicznie. Proces komunikacji.

Ponadto przedstawiono: udział pielęgniarki w procesie terapeutycznym.

1. Udział pielęgniarki w procesie farmakoterapii.
2. Udział pielęgniarki w terapii wstrząsami elektrycznymi.
3. Udział pielęgniarki w psychoterapii.
4. Udział pielęgniarki w terapii zajęciowej.
5. Udział pielęgniarki w rehabilitacji chorych psychicznie.
6. Udział pielęgniarki w procesie psychoedukacji chorego psychicznie i jego rodziny.

Pielęgnowanie chorych psychicznie w różnych stanach chorobowych.

1. Proces pielęgnowania w psychiatrii.
2. Pielęgnowanie chorego z zespołem depresyjnym.
3. Pielęgnowanie pacjenta z zespołem maniakalnym.
4. Pielęgnowanie chorego na schizofrenię.
5. Złośliwy zespół neuroleptyczny – opieka nad pacjentem.
6. Opieka pielęgniarska wobec pacjenta przejawiającego zachowania agresywne i gwałtowne.
7. Opieka pielęgniarska wobec pacjenta z zaburzeniami świadomości.

13.1. Specyfika relacji pielęgniarka – pacjent

Specyfika pracy z ludźmi zaburzonymi psychicznie wymaga od pielęgniarki określonych cech osobowości oraz silnej motywacji do pracy w psychiatrii.

Od pielęgniarki wymaga się: zdolności do dojrzałego i oryginalnego stwarzania atmosfery sprzyjającej leczeniu, umiejętności nawiązania kontaktu terapeutycznego w atmosferze zaufania oraz indywidualnej dla każdego pacjenta opieki pielęgniarskiej.

Pielęgniarka **inicjuje, podtrzymuje i kończy relacje terapeutyczne**. Jest rzecznikiem pacjenta. Popiera i ochrania jego prawa do autonomii, prywatności, godności i szacunku oraz dostępu do informacji. Pielęgniarka psychiatryczna współpracuje z pacjentem, aby ułatwić

mu porzucenie niedostosowanych zachowań, pomóc w identyfikacji potrzeb i znalezieniu skutecznych sposobów ich zaspokajania oraz osiągania celów życiowych. Często jest ona pomostem łączącym świat psychotycznych przeżyć chorego ze światem ludzi zdrowych.

Predyspozycje pielęgniarki pożądane w kontakcie z psychicznie chorym, to: empatia, akceptacja chorego, tolerancja, życzliwość, elastyczność w zachowaniu, łatwość w komunikowaniu się. Pielęgniarka powinna umieć kontrolować swoje emocje. Pielęgniarka, która tego nie potrafi, może w kontakcie z pacjentem doprowadzić do niepożądanych sposobów postępowania z nim, takich jak: spieranie się z pacjentem, obmawianie go, niesłuchanie tego, co podopieczny chce powiedzieć, protekcyjność, uleganie żądaniom pacjenta, aby szybciej się go pozbyć, unikanie pacjenta, aby go „ukarać.” Pielęgniarka nie powinna również nadmiernie reagować, zarówno na krytykę swojej osoby, jak i na pochlebstwa.

W pielęgniarstwie psychiatrycznym opieka nad pacjentem koncentruje się na relacji pielęgniarka – pacjent. D. Payne i P.A. Clunn wymieniają następujące typy tego związku:

1. Typ „koguta”: jedna osoba jest zdominowana i kontrolowana przez drugą. Tą dominującą osobą nie zawsze musi być pielęgniarka. Manipulujący pacjent może kontrolować pielęgniarkę, która pragnie być kontrolowaną.
2. Typ „pijawki”: kompletna i całkowita zależność od pielęgniarki. Relacja ta może być również odwrócona: to pielęgniarka może być zależna, chcąc zaspokoić swe własne potrzeby w kontakcie z pacjentem.
3. Typ „szympansa”: relacja podtrzymująca, w której słabszy osobnik może rozwijać się bez lęku lub poczucia zagrożenia. Jest to relacja pomagania.

Na uwagę zasługuje zwłaszcza ta ostatnia, jakże ważna – **relacja pomagania** (*helping relationship*). Wymaga ona więcej niż tylko podtrzymującej postawy ze strony pielęgniarki. Równie ważne jest to, jak pacjent spostrzega omawianą tu współzależność. Jeśli pielęgniarka widzi siebie w pewien sposób, a pacjent tego nie dostrzega, nie można mówić o relacji pomagania.

Czym zatem jest relacja pomagania? Według Rogersa powinna ona być:

- **zgodna** (kongruentna) – pielęgniarka spostrzegana jest jako godna zaufania, niezawodna i konsekwentna,
- **jednoznaczna** – pielęgniarka wyraża się jasno i nie przekazuje sprzecznych informacji,
- **pozytywna** – pielęgniarka wyraża pozytywne uczucia lub postawy w stosunku do pacjenta – miłość, ciepło, opiekę, szacunek,
- **silna** – pielęgniarka powinna być dostatecznie silna jako indywidualność, aby zachować odrębność w stosunku do pacjenta,
- **bezpieczna** – pielęgniarka nie powinna zagrażać pacjentowi w zachowaniu jego odrębności,
- **empatyczna** – pielęgniarka wchodzi w świat pacjenta i patrzy na niego z jego punktu widzenia,
- **akceptująca** – pielęgniarka akceptuje pacjenta takim, jakim on jest i potrafi przekazać mu tę akceptację,
- **wrażliwa** – pielęgniarka jest wystarczająco wrażliwa, by nie manifestować zachowania zagrażającego pacjentowi,
- **nieoceniająca** – pielęgniarka powstrzymuje się od oceniania lub od ukazywania się pacjentowi jako oceniająca,
- **twórcza** – pielęgniarka traktuje pacjenta jako osobę w procesie „stawiania się”, a nie jako określoną przez swą przeszłość.

Relacja pomagania jest tylko jedną z funkcji pielęgniarstwa współczesnej pielęgniarki psychiatrycznej. Osoba wykonująca ten zawód musi być również wnikliwą obserwatorką, posiadającą biegłość w porozumiewaniu się oraz traktować czynności pielęgniarstwa raczej z rozwagą niż intuicyjnie.

PYTANIA

1. Jakie cechy pielęgniarki mogą ułatwić kontakt z pacjentem psychicznie chorym?
2. Na czym polega relacja pielęgniarka – pacjent typu „pijawki” wg Payne’a i Clunna?
3. Jakie cechy (wg Rogersa) posiadać powinna relacja pomagania?

13.2. Źródła informacji o chorym psychicznie i ich dokumentowanie

W zbieraniu danych o pacjencie pielęgniarka wykorzystuje przede wszystkim **obserwację i proces komunikacji**.

Wymiana informacji między pielęgniarką a pacjentem dokonuje się w sposób **werbalny i niewerbalny**: mimika, wyraz oczu, spojrzenia, gesty, postawa ciała (szczególnie charakterystyczna u chorych z depresją, w katatonii, w panicznym lęku, chorych leczonych dużymi dawkami neuroleptyków).

Ważnym elementem informacyjnym jest **ubiór i powierzchowność**, informujące o osobowości, chorobie. Elementem informacyjnym jest również **ton głosu**, który wyraża stan emocjonalny, postawy np. osoba wystraszona mówi tonem podwyższonym, szybko i nierówno; osoba przygnębiona – głosem niskim, wolno z przerwami.

Dane o stanie chorego pielęgniarka zbiera: od samego chorego, od jego rodziny, pielęgniarki środowiskowej, pracownika socjalnego, czasami również od sąsiadów, przyjaciół. Można posługiwać się gotowymi arkuszami wywiadu lub odpowiednimi skalami (np. skalą Winga, czy też pielęgniarstwa skalą obserwacji zachowania pacjenta wg G. Hoenigfelda i C. Kletta). Informacje o chorym pozyskuje się metodą obserwacji pielęgniarstwa, wywiadu, pomiaru, analizy istniejącej dokumentacji.

Przed przeprowadzeniem wywiadu z pacjentem należy upewnić się, czy pacjent jest zorientowany w miejscu, czasie, sytuacji własnej.

Zbieranie danych powinno być poprzedzone przedstawieniem się pielęgniarki, zapytaniem o zgodę na wywiad oraz wyjaśnieniem jego celu. W trakcie rozmowy należy utrzymać kontakt wzrokowy z pacjentem, a zadawane pytania powinny być formułowane jasno, zwięźle, nie mogą sprawiać wrażenia przesłuchania. W czasie rozmowy z chorym pielęgniarka obserwuje komunikaty niewerbalne: ton jego głosu, wyraz oczu, ruchy ciała, a także otrzymuje informacje o poziomie inteligencji pacjenta, słownictwie, pamięci, myśleniu, spostrzeganiu i emocjach.

Obserwacja stanu somatycznego i psychicznego oraz sposobu zachowania się chorego psychicznie jest niezbędnym warunkiem rozpoznania i podjęcia leczenia. Pielęgniarka jest bowiem osobą – członkiem zespołu leczącego, która przebywa z podopiecznym najczęściej, najdłużej, przez co ma możliwość śledzenia zmian zachodzących w organizmie i psychice człowieka. Obserwuje ona tak wszelkie **objawy** występujące u chorego, jak i jego **zachowanie** w różnych sytuacjach, wysłuchuje również **skarg** przez niego zgłaszanych. Jej spostrzeżenia stanowią podstawę oceny stanu zdrowia osoby leczonej.

Obserwacja – jest aktywnym procesem wykorzystującym wszystkie zmysły w celu zbierania danych do bardziej precyzyjnego stawiania diagnozy. Dane obserwacyjne zebrane przez każ-

dą jednostkę są rezultatem jej indywidualnego przeszłego doświadczenia, aktualnej sytuacji oraz biegłości w obserwowaniu.

Efektywne obserwacje są

- nieoceniające – uczciwe i nieosobiste zarówno w intencji, jak i w praktyce,
- ukierunkowane na cel – przeprowadzone z jakiegoś określonego powodu,
- zaplanowane – przeprowadzone z określoną częstotliwością, w określonych odcinkach czasu i z określonymi przerwami między nimi.

Obserwacji dokonuje się zatem, aby ułatwić rozpoznanie zachowania i zaplanować opiekę pielęgniarstwa. Pielęgniarka obserwuje zarówno stan psychiczny, jak i fizyczny chorego. O stanie zdrowia chorego i samopoczuciu świadczy wyraz twarzy chorego, nastrój, sposób poruszania się, wypowiedzi, sposób reagowania na różne sytuacje oraz stosunek do chorych i personelu – czyli całe zachowanie pacjenta. Bardzo cenne są wszelkie spostrzeżenia pielęgniarki, zwłaszcza zmiany w: wyglądzie chorego, jego zachowaniu i w wypowiedziach.

Spostrzeżenia pielęgniarki są podstawą do oceny stanu zdrowia chorego, pomagają zapobiec nieszczęśliwym wypadkom. Obserwacja chorych to podstawowa czynność pielęgniarki psychiatrycznej. Może ona zauważyć to, czego nie zauważył lekarz właśnie dzięki przebywaniu z chorym częściej, dłużej.

Pielęgniarka w swoich spostrzeżeniach nie może kierować się sympatią czy antypatią do chorego, co może być przyczyną niedostrzeżenia objawów lub ich wyolbrzymienia. Pielęgniarka otacza swą obserwacją wszystkich chorych, czynnie kieruje swą uwagę zwłaszcza na chorych, którzy sami na siebie nie zwracają uwagi (chorzy zahamowani, przygnębieni, zamknięci w sobie) oraz na chorych objętych tzw. ścisłą obserwacją. Dobra obserwacja pacjentów jest możliwa na podstawie znajomości chorych psychicznie i objawów psychopatologicznych. Pielęgniarka – znając objawy danych chorób psychicznych – wie, na co ma zwrócić szczególną uwagę, co trzeba zgłosić lekarzowi.

Bardzo ważnym elementem jest znajomość chorych – pielęgniarka musi znać każdego chorego z nazwiska, czas jego pobytu w oddziale, ogólny przebieg choroby, warunki domowe, życiowe, środowiskowe, bowiem przebieg tej samej choroby jest u każdej osoby różny. Pielęgniarka musi również wiedzieć, jak chory reaguje na pobyt w szpitalu.

Metoda obserwacji polega na czujnym i ciągłym spostrzeganiu: wyglądu chorego (wyraz twarzy), jego słów, ruchów i całego zachowania o każdej porze dnia, przy każdej wykonywanej przy podopiecznym czynności. Obserwować należy w sposób niewymuszony, dyskretny, naturalny, aby chory nie czuł, że jest obserwowany, co mogłoby wzbudzić u niego nieufność, zamknięcie się w sobie. Najbardziej cenne są informacje uzyskane ze spontanicznych wypowiedzi chorego, ze swobodnego zachowania się.

Ścisła obserwacja: pielęgniarka opiekująca się chorym, otacza go ciągłą opieką, musi mieć chorego stale w zasięgu swojego wzroku, znać każdy jego krok, niejednokrotnie musi towarzyszyć choremu do sanitariatu, musi być obowiązkowo w łazience w czasie toalety czy kąpieli.

Obserwacją tą objęci są:

- chorzy ze skłonnościami do samookaleczeń, samouszkodzeń i samobójstwa,
- chorzy ze skłonnościami do oddalania się,
- chorzy podsądni,
- narkomani,
- chorzy pobudzeni ruchowo,

- chorzy nowo przyjęci, u których nie ustalono ostatecznie rozpoznania lekarskiego.

Chorzy otrzymujący duże dawki neuroleptyków ze względu na całą gamę objawów ubocznych, a zwłaszcza zapaść ortostatyczną – również wymagają ścisłej obserwacji.

Ze swoich spostrzeżeń dotyczących stanu somatycznego, psychicznego, potrzeb pacjenta pielęgniarka sporządza pisemne sprawozdanie – raport pielęgniarstwiej.

Niezmiernie istotny jest sposób osiągnięcia spostrzeżeń. Nie wszystkie obserwacje będą obiektywne, lecz mogą być napisane jasno, zwięźle i dokładnie. Interpretacje odnotowanych zachowań często się różnią. Notatki należy uzupełniać systematycznie. Pielęgniarka, pisząc raport, powinna:

- używać prostego języka, a nie żargonu psychiatrycznego,
- ograniczać do minimum interpretowanie,
- **być jasna i zwięźła,**
- być dokładna,
- **być tak obiektywna, jak tylko to możliwe,**
- po dokonaniu obserwacji robić notatki tak szybko, jak to możliwe.

Spostrzeżenia pielęgniarstwiej stanowią nieocenioną pomoc dla zespołu leczącego. Umieszcza się w nich: rzeczywiste zwroty użyte przez chorego, stawiając „” – staramy się użyć dokładnie słów pacjenta. Notatki należy robić bezpośrednio po rozmowie z chorym lub po poczynieniu obserwacji, aby dokładnie pamiętać szczegóły wydarzenia. Notatki pielęgniarstwiej powinny zawierać również omówienie czynności chorego (szczegółowe), np. „przez 2 godz. po obiedzie chory siedział w oknie, robiąc przeróżne miny i śmiejąc się”.

Sprawozdania, sporządzane w oddzielnej książce raportów pielęgniarstwiej, powinny być wyraźne, jasne, pisane przez pielęgniarstwiej mającą bezpośredni kontakt z chorym przez cały dyżur. Tutaj umieszcza się również informacje o przeprowadzonych zabiegach, czynnościach, których wykonanie zaplanowano na następny dyżur. W raporcie pielęgniarstwiej uwzględnia się przede wszystkim osoby nowo przyjęte i objęte ścisłą obserwacją, osoby znajdujące się na sali obserwacyjnej, później chorych, którzy przeszli badania, zabiegi. Jeżeli stan pozostałych pacjentów nie uległ zmianie, pielęgniarstwiej notuje to słowami „stan pozostałych chorych bez zmian”.

Czasami zachodzi konieczność pisania oddzielnych sprawozdań – raportów, gdy dochodzi do pewnych nieprzyjemnych wypadków, tj.: samouszkodzenia chorego, samobójstwa, ucieczki chorego z oddziału/szpitala. W tych sytuacjach raport ten, sporządzony przez pielęgniarstwiej dyżurującą, może ułatwić dochodzenie. Zawiera m.in.: dokładny opis wypadku, nazwiska świadków zdarzenia oraz informacje, co w tym momencie wykonywała pielęgniarstwiej dyżurująca.

13.3. Proces komunikacji

Komunikacja jest procesem, w którym ludzie wymieniają informacje, dzielą się poglądami i wyrażają samych siebie we wzajemnych relacjach.

Wyróżnia się dwa rodzaje komunikacji: werbalną i niewerbalną.

Komunikacja werbalna jest zależna od słów, napisanych lub wypowiedzianych, w celu przekazania informacji i zareagowania na nią.

Natomiast pełne jej zrozumienie następuje nie tylko poprzez komunikowanie werbalne, ale przede wszystkim dzięki odpowiedniej mimice, gestom, postawie ciała, tonowi i intonacji

głosu. Jeśli informacje, jakie czerpiemy z zachowania danej osoby nie zgadzają się z jej słownymi zapewnieniami, rodzą się z reguły nieufność do tej osoby. Pielęgniarki powinny zatem dbać, by ich zachowanie było zgodne z ich słowami, gdyż tylko wtedy będą mogły zdobyć zaufanie pacjenta. Świadomość, iż przekaz informacji zbudowany jest (zgodnie z badaniami Alberta Mehrabina) tylko w 7% z elementów werbalnych (słowa) w 38% z dźwiękowych (ton głosu, barwa i inne dźwięki), natomiast z niewerbalnych aż w 55%, będzie mobilizować je do zwracania baczniejszej uwagi na swoją „mowę ciała.” Wiedza, jak wykorzystywać pozytywne, otwarte gesty do komunikowania się z innymi oraz wyeliminować gesty, które mogą wysyłać negatywne sygnały – może polepszyć relacje z innymi ludźmi.

Znaczna część sztuki i nauki pielęgniarstwa dotycząca rozpoznawania problemu pacjenta opiera się na wskaźnikach niewerbalnych. W większości stanów zagrażających życiu pacjenta pielęgniarka w swym wnioskowaniu klinicznym opiera się na oznakach, objawach choroby oraz na sygnałach niewerbalnych. Ponieważ ograniczenia językowe utrudniają użycie zarówno mówionych, jak i pisanych słów w celu opisanie sygnałów niewerbalnych, studentom pielęgniarstwa umożliwia się podstawową praktykę kliniczną i obserwowanie klinicznych „modeli roli” (*role models*) w celu praktycznego zastosowania pojęć teoretycznych i wdrażania do praktycznej opieki nad pacjentami na konkretnych przykładach. W typie programów zawierających praktyki studenci pielęgniarstwa uczą się wchłaniania niewerbalnego, związanego z „modelem roli”, wykorzystania niedających się opisać, a jednak istotnych, informacji niewerbalnych płynących od pacjenta, potrzebnych do wnioskowania klinicznego. W programach uniwersyteckich używa się **metody „uczestniczącej obserwacji”**, angażując studenta w kontekst interakcji jako milczącego obserwatora. Ta bezstronna obecność umożliwia uczącemu się kontakt z niewerbalną transakcją, angażując jego modalności zmysłowe w uczeniu się opartym na doświadczeniu.

W pielęgniarstwie psychiatrycznym komunikacja niewerbalna ma szczególne znaczenie. Wiele stanów emocjonalnych jest przekazywanych tą drogą, a męczące emocje pojawiają się zwykle poniżej świadomego, poznawczego poziomu pacjenta. Często się zdarza, że poprzez zaprzeczenie, wyparcie i inne mechanizmy obronne pacjenci nie mają kontaktu ze swymi emocjami. Nierzadko zadaniem pielęgniarki psychiatrycznej jest pomoc w uzyskaniu zgodności pomiędzy tym, co jest komunikowane werbalnie, a tym, co jest komunikowane niewerbalnie. Istotną rolę w praktyce pielęgniarstwa odgrywa niewerbalna komunikacja przez dotyk. Teoria Sullivana podkreśla psychologiczne znaczenie dotyku w przekazywaniu nastrojów emocjonalnych, które wpływają na rozwój zaufania. Pojęcie siebie (*self-concept*) ma swe korzenie w uczuciach akceptacji i uznania, przekazywanych przez pieszczące i pielęgnujące ręce rodziców. „Dobre ja” przy niespokojnym, szorstkim, przykrym dotyku zmienia się w „złe ja”, a krańcowe, unikające łączności dotykowej informacje tworzą tajemnicze personifikacje „nie ja”. Delikatne, rozumne i właściwe użycie dotyku jest sztuką pielęgnowania. Czasami pacjenci, doświadczając cierpienia i lęku cofają się do poziomu chorych, przestraszonych dzieci. Dla niektórych z nich lęk przed utratą swej niezależnej i odrębnej tożsamości jest przerażający i porusza uczucia dawnych związków oraz zależności. Walczą oni o utrzymanie granic swego ego. W takich wypadkach użycie przez pielęgniarkę dotyku zagraża jego potrzebie zachowania zróżnicowania swego ego i może wywołać reakcję obronną, której źródłem są tendencje regresyjne. Lekkomysłne dotykanie pacjentów, bez uprzednio wytworzonej relacji zaufania, może być dla nich przykre i przekazywać wrażenia stymulujące model „złego ja” lub „nie ja”. Pielęgniarka może więc nieświadomie wywołać większy ból lub wybuch emocjonalny. Podejście pielęgniarstwa powinno podtrzymywać pacjentów w ich wysiłkach utrzymania wyodrębnionego ego lub komunikować gotowość niesienia pomocy. „Branie na ręce” jest subtelnym przywilejem pielęgniarstwa, znakomitą w swych uzdrawiających, a niebezpiecznym w raniących możliwościach.

„Użycie siebie” w pielęgniarstwie często jest bardziej niewerbalne niż werbalne. Uczucia mogą być komunikowane przez gesty, wyrażenia, ruch i słowa.

„Podejście” może być najważniejszą komunikacją między pielęgniarką a pacjentem. Odnosi się do sposobu, w jaki pielęgniarka zbliża się do pacjenta, aby wyrazić cel oferowanej opieki i planować dalsze zamierzenia lecznicze.

Jeśli pielęgniarka działa na podstawie obserwacji i interpretacji znaczeń obserwowanych zachowań lub uczuć, interpretacje te powinny być poprawne z punktu widzenia pacjenta. Tylko on zna znaczenie swego zachowania i swych uczuć dla siebie i to „jego percepcje” są tym, co się liczy.

Przed podjęciem działania opartego na jakiegokolwiek interpretacji pielęgniarka szuka potwierdzenia ze strony pacjenta. Jeśli pacjent wydaje się zagniewany, pielęgniarka może przeanalizować z nim, czy jej interpretacja jest prawdziwa, czy błędna. Poprzez szukanie takiego potwierdzenia uzyskuje ona dokładniejsze dane, umożliwiające skuteczniejsze planowanie, a pacjent widzi, że ktoś próbuje zrozumieć jego uczucia z jego punktu widzenia. Poczucie bycia rozumianym i akceptowanym jest istotą relacji pomagania lub relacji terapeutycznej. Pielęgniarka może użyć podejścia werbalnego lub fizycznego, albo też kombinacji obu.

Planując swoje podejście do pacjenta, pielęgniarka powinna rozważyć:

- **siebie** – dlaczego zbliża się do tego pacjenta? w jakim celu?
- **pacjenta** – jak będzie on spostrzegał tę sytuację? jakie jest najlepsze podejście do niego?
- **cel** – jaki jest cel bezpośredni? cele długofalowe?

Jednym z najważniejszych komponentów efektywnej komunikacji jest **zdolność do słuchania**. Metoda aktywnego słuchania jest podstawową metodą rozmowy o dużym znaczeniu psychoterapeutycznym.

Stosujemy ją wszędzie tam, gdzie zależy nam na nawiązaniu lub pogłębieniu kontaktu z pacjentem, zwłaszcza, gdy usiłujemy nawiązać bliższy kontakt z jego uczuciami. Do podstawowych technik wchodzących w skład metody aktywnego słuchania należą:

1. Potwierdzenie odbioru informacji

Jest taką naszą reakcją na zachowanie i wypowiedzi rozmówcy, która jest dla niego potwierdzeniem, że interesuje nas zarówno on sam, jak i to, o czym mówi.

Technika ta może przyjmować formę werbalną wyrażoną w prostych słowach: „tak”, „aha”, „hm”, „to ciekawe”, „to interesujące”, jak i bardziej rozwiniętą – w formie pytań nawiązujących do tego, o czym mówił rozmówca. Może mieć także charakter pozawerbalny: potakiwanie, patrzenie w oczy i okazywanie wyrazem oczu, gestami, mimiką i całą postawą ciała, że to, co słyszymy jest dla nas interesujące.

2. Uściślanie wypowiedzi sformułowań użytych przez rozmówcę

Celem tej techniki jest poznanie, jakie konkretne znaczenie rozmówca przypisuje różnym swoim słowom czy sformułowaniom. Może ona przyjmować formę wypowiedzi w rodzaju:

„Co Pan/i ma na myśli mówiąc, że...?” „Czy to znaczy dla Pana/i, że...?” „Co Pan/i rozumie pod pojęciem...?” „Na czym to polega?” „Czy może mi Pan/i o tym powiedzieć coś więcej?” itp. Tego rodzaju pytania pozwalają na tyle uściślić i skonkretyzować wypowiedzi pacjenta, że znacznie łatwiej jest dostrzec, o co naprawdę mu chodzi. Należy bowiem pamiętać, że aby rozmowa nabrała terapeutycznego charakteru, musi między innymi być prowadzona językiem konkretów, unikającym słów niejasnych i ogólników.

3. Klaryfikacja

To kolejna ważna technika stosowana w aktywnym słuchaniu. W sposób bezpośredni komunikujemy naszemu rozmówcy, jak został przez nas zrozumiany i co naprawdę do nas dotarło. Pozwala na bieżąco wyjaśnić ewentualne nieporozumienia i uniknąć problemów.

Komunikujemy rozmówcy, że choć niekoniecznie podzielamy jego poglądy, uznajemy jego prawo do ich posiadania. Tym samym komunikujemy akceptację (nie mylić ze zgadzaniem się) rozmówcy i jego prawa do niezależnego, innego niż nasz, sposobu myślenia.

Klaryfikacja to nic innego, jak powtórzenie własnymi słowami wypowiedzi rozmówcy, tak aby wydobyć z niej sedno. Wypowiedzi takie można zacząć następująco: „Rozumiem, że...” „O ile dobrze zrozumiałam, chciał/a Pan/i powiedzieć...” „Uważa Pan/i, że...” itp.

Nieco prostszą, ale bardzo zbliżoną techniką jest **parafrazowanie**, czyli po prostu powtarzanie za pacjentem niektórych, naszym zdaniem istotnych, elementów jego wypowiedzi, ale dobierając własne słowa.

4. Odzwierciedlenie uczuć

To najbardziej zaawansowana technika aktywnego słuchania. Stosowanie jej wymaga doświadczenia i pewnej ostrożności.

Opisywana technika jest specyficznym wejściem w wewnętrzny świat przeżyć rozmówcy i nazywaniem tego, co czuje w danej chwili lub w chwili, o której opowiada. Trafne określenie doświadczanych uczuć, o ile ma miejsce w kontakcie budzącym zaufanie, znacznie ułatwia radzenie sobie z tymi uczuciami, a czasem pozwala uzmysłowić sobie pewne – wcześniej nieuświadomiane – fakty.

Odzwierciedlenie uczuć pomaga pacjentowi lepiej radzić sobie z własnymi uczuciami na wiele różnych sposobów, lepiej je kontrolować, pełniej wyrazić, niejako wyrzucić z siebie na zewnątrz w procesie odreagowania, pomaga je zaakceptować jako część własnego, wewnętrznego doświadczenia, którego nie ma powodu się bać, lękać albo się go wstydzić.

Typowe wypowiedzi należące do techniki odzwierciedlania uczuć to: „Mam wrażenie, że ta wiadomość bardzo Pana/nią zasmuciła...” „Widzę, że poczuł się Pan/i zlekceważony i dotknięty...” „Rozumiem, że w tej sytuacji musiał się Pan/i poczuć bardzo niezrozumiany i samotny”. Należy podkreślić, że terapeuta nie może poczuć się dotknięty lub zawiedziony, jeżeli pacjent odrzuci jego propozycję nazwania swoich uczuć. Przecież – zgadując cudze uczucia – czasami można rzeczywiście się pomylić, ale też i pacjent może nie czuć się jeszcze gotowy, aby wyrażnie zdać sobie sprawę ze swych uczuć i stawić im czoło w bezpośredniej, czasem niewygodnej lub bolesnej konfrontacji. Zaletą tej techniki jest jasne komunikowanie pacjentowi, jak rozumiemy jego uczucia. Jeżeli uda się je dobrze (empatycznie) odzwierciedlić, to dla podopiecznego jest to bezsprzeczny dowód naszego nim zainteresowania i dobrej komunikacji. Terapeuta zrozumiał wszak nie tylko to, co pacjent nam powiedział (to daje klaryfikacja), lecz także, co wewnątrz przeżywa.

PYTANIA

1. Jakie znaczenie w pracy pielęgniarki psychiatrycznej ma obserwacja?
2. Na czym polega ścisła obserwacja i którzy chorzy są nią objęci?
3. Co cechuje efektywną obserwację?
4. Jakie treści o chorym psychicznie powinny zawierać raporty pielęgniarские?
5. Jakie znaczenie w pracy pielęgniarki z psychicznie chorym ma niewerbalna komunikacja przez dotyk?

13.4. Udział pielęgniarki w procesie farmakoterapii

Leki psychotropowe działają na określone struktury ośrodkowego układu nerwowego, zmieniając w sposób istotny stan psychiczny. Leki te, zwłaszcza neuroleptyki, powodują całą ga-

mę objawów ubocznych i powikłań, które powinna znać pielęgniarka uczestnicząca w procesie psychofarmakoterapii chorych psychicznie.

Musi ona również wiedzieć, iż:

1. Leków psychotropowych pacjent nie może rozgryzać, ponieważ uszkodzają szkliwo zębów (powinna go o tym fakcie poinformować).
2. Leki psychotropowe we wstrzyknięciach należy podawać głęboko domięśniowo, unikając zetknięcia leku ze skórą oraz zmieniając miejsca wkłucia (zapalenia skóry, zrosty, nacieki).
3. Większość leków psychotropowych jest światłoczuła (rozkłada się pod wpływem światła i traci swoje właściwości lecznicze), stąd odpowiednie przechowywanie leków (tj. w ciemnym opakowaniu).
4. Chorzy w trakcie kuracji nie powinni przebywać na słońcu (wrażliwość na słońce, co grozi poparzeniem skóry).

Ze względu na powikłania i objawy uboczne

1. Pielęgniarka powinna poinformować chorego przyjmującego neuroleptyki, iż nie powinien pić alkoholu, prowadzić samochodu, zmieniać gwałtownie pozycji ciała z leżącej lub siedzącej na stojącą – ryzyko ortostatycznych spadków ciśnienia tętniczego i zapaści ortostatycznej.
2. W razie wystąpienia zapaści ortostatycznej, pielęgniarka układa chorego na wznak, unosi kończyny dolne powyżej poziomu serca, podłącza tlen do oddychania, dokonuje pomiaru RR, tętna, jak również podaje odpowiednie leki zgodne z zleceniem lekarskim.
3. Pielęgniarka wnikliwie obserwuje chorego podczas kuracji lekami psychotropowymi (reakcję na lek, dawkę, obecność objawów ubocznych).
4. Dokonuje częstych pomiarów RR w ciągu dnia, również pomiaru tętna.
5. Pielęgniarka obserwuje kończyny dolne pacjenta (w kierunku zapalenia żył, zatorów).
6. Na zlecenie lekarskie pobiera krew, mocz do badań kontrolujących odpowiednie parametry laboratoryjne.
7. Obserwuje chorego przyjmującego neuroleptyk w kierunku objawów pozapiramidowych (parkinsonowskich), tłumaczy choremu, że są to objawy przemijające, prawidłowo zaspokaja bądź pomaga pacjentowi w zaspokojeniu jego podstawowych potrzeb w zależności od jego możliwości i trudności w tym stanie.
8. Ze względu na częstą u pacjentów suchość błon śluzowych jamy ustnej, pielęgniarka dba o właściwe pojenie chorych, zaleca, aby chory ssał cukierki, żuł gumę.
9. W przypadku zgłaszania przez pacjenta zaparć, pielęgniarka dba o odpowiednią dietę bogatą w owoce i warzywa, zwiększoną podaż płynów, podaje na zlecenie lekarza preparaty ziołowe lub inne, wykonuje wlew przeczyszczający, w zależności od zlecenia lekarskiego.
10. Pielęgniarka nie może sama podawać bez zlecenia lekarskiego żadnych leków, nie może także zmieniać dawki.
11. Pielęgniarka powinna umieć dyskretnie upewnić się, że chory połknął leki, (gdy pacjent nie przyjmuje leków, należy pokruszyć je w moździerzu lub – na zlecenie lekarskie – podać drogą iniekcji).

Udział pielęgniarki w procesie farmakoterapii to również kształtowanie umiejętności aktywnego udziału pacjenta w przyjmowaniu leków. Pielęgniarka informuje pacjenta o celowości ich zażywania po wypisaniu ze szpitala i ustąpieniu ostrych objawów, omawia ogólne zasady działania leków psychotropowych, ukazuje pacjentowi korzyści wynikające z leczenia farmakologicznego. Uczy go również zasad prawidłowego przyjmowania określonych preparatów, kształci umiejętność oceniania własnej reakcji na lek. Pielęgniarka zapoznaje także pacjenta z objawami ubocznymi stosowanych leków, uczy pacjenta rozpoznawania ich, jak również wskazuje sposoby radzenia sobie z tymi problemami.

13.5. Udział pielęgniarki w terapii wstrząsami elektrycznymi

Jedną z metod leczenia chorych z zaburzeniami psychicznymi są wstrząsy elektryczne.

Leczenie to polega na wywołaniu, w warunkach kontrolowanych, uogólnionego napadu drgawkowego (skurcze mięśniowe, drgawki kloniczno-toniczne), przebiegającego z hipoksją (niedotlenieniem), zwiększeniem ciśnienia krwi i przyspieszeniem tętna oraz utratą świadomości.

Udział pielęgniarki w tej metodzie leczenia chorych to:

- odpowiednie przygotowanie chorego do zabiegu,
- właściwa opieka nad nim w trakcie zabiegu,
- opieka nad pacjentem po zabiegu.

Przed zabiegiem elektrowstrząsów pielęgniarka towarzyszy choremu podczas badania EEG, EKG, badania dna oka i innych, które się wykonuje. Informuje pacjenta, że po zabiegu będzie senny i powinien pozostać w łóżku przez ok. 2–3 godziny, upewnia się także, że uzyskano jego pisemną zgodę na zabieg.

W dniu zabiegu: chory pozostaje na czczo lub 3–4 godziny po lekkim posiłku, pielęgniarka usuwa spinki z włosów, mankietów, protezy zębowe, okulary, aparat słuchowy, broszki itp. Zwraca również uwagę, by przed zabiegiem chory oddał mocz.

Zarówno przed włączeniem prądu, jak i po zabiegu wskazane jest natlenienie chorego przez rurkę ustno-gardłową za pomocą ambu lub ambu z maską. W zasięgu ręki zawsze powinna znajdować się: butla z tlenem, respirator, zestaw do intubacji.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem po zabiegu elektrowstrząsów sprowadza się do obserwacji stanu ogólnego pacjenta, dokonywania pomiarów RR, tętna, częstości oddechów, obserwacji zabarwienia skóry, dopilnowania, aby pacjent pozostał w łóżku. Na zlecenie lekarskie pielęgniarka przygotowuje także i podłącza zlecone kroplowe wlewy dożylnie.

13.6. Udział pielęgniarki w psychoterapii

Dla każdego, kto zajmuje się leczeniem lub pielęgnowaniem, dość oczywistym wydawać się musi twierdzenie, że oba te rodzaje działań nie mogą być pozbawione elementu psychoterapeutycznego.

Psychoterapia – leczenie prowadzone za pomocą odpowiednich środków i technik psychologicznych, stosowanych w sposób świadomy i celowy przez wykwalifikowanych terapeutów (psychiatrów, psychologów).

Obok przedstawionego wyżej dosłownego rozumienia psychoterapii, utożsamianej ze specyficzną metodą leczenia, termin ten bywa niekiedy używany w znaczeniu znacznie szerszym,

obejmującym każdy pozytywny kontakt z pacjentem wywierający korzystny wpływ na jego stan i samopoczucie. Chodzi tu raczej o sprzyjającą leczeniu postawę osoby opiekującej się chorym, tworzącą klimat bezpieczeństwa i kontakt budzący zaufanie niż o terapię jako taką. Do określenia właśnie tego psychologicznego aspektu działań lekarzy, pielęgniarzek i innych pracowników służby zdrowia, stosowane bywają zamiennie takie terminy, jak: psychoterapia przy łóżku chorego, psychoterapia wspierająca, psychoterapia elementarna, pomoc psychologiczna lub szeroko rozpowszechniony w piśmiennictwie pielęgniarzkim termin – funkcja ekspresyjna.

M. Jarosz w swojej książce pisze: *Psychoterapię elementarną stosuje ten, kto chroni pacjenta przed sytuacjami urazowymi (jatrogennymi), zwiększa jego odporność psychiczną i potrafi wzbudzić w nim dążność do lekceważenia drobniejszych przypadłości i cieszenia się z małych nawet osiągnięć (...)* lub: *O powodzeniu psychoterapii elementarnej decyduje (...) wykształcenie w sobie lub rozwinięcie odpowiedniej postawy wobec pacjenta, którą charakteryzuje umiejętność nawiązywania kontaktu z chorym człowiekiem i zrozumienia jego niedomagań.*

Za podstawowy cel psychoterapii elementarnej należy uznać łagodzenie napięć i negatywnych emocji wywołanych sytuacją choroby oraz stosowanymi metodami leczenia.

W działaniach ukierunkowanych na usunięcie napięcia, obaw i niepokoju pacjenta, najważniejsza wydaje się pomoc polegająca na przeciwdziałaniu poczuciu zagrożenia (wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa) oraz bezradności (dostarczanie środków, dzięki którym chory może poczuć się bardziej samodzielny i lepiej kontrolować swoją sytuację).

Drugim, ogólnym i bardzo ważnym celem psychoterapii elementarnej jest wykorzystanie dobrego kontaktu z chorym do zmobilizowania jego sił obronnych i uruchomienia ogromnych możliwości, jakimi dysponuje psychika każdego człowieka. Wymaga to nie tyle koncentracji na problemach chorego, co na silnych i pozytywnych stronach jego osobowości oraz pobudzenia jego nadziei i wiary. Niezwykle ważne jest wytworzenie u pacjenta pozytywnego nastawienia psychicznego i kierowanie jego wyobraźnią w pożądanym kierunku. Nasycona lękami i obawami wyobraźnia działać będzie na jego szkodę, natomiast wypełniona pozytywnymi obrazami, przez autosugestię, sprzyjać będzie zdrowieniu. Bardzo przydatna okazuje się tu m.in. metoda wizualizacji, polegająca na kreowaniu w wyobraźni pacjenta pozytywnych obrazów związanych z przebiegiem procesów leczniczych zachodzących w organizmie oraz z uzyskiwaniem pomyślnych wyników leczenia. Co jednak robić, gdy objawy choroby zdecydowanie postępują, mimo wszelkich wysiłków pacjenta oraz personelu niosącego mu pomoc? Należy wówczas ponownie rozpocząć działania łagodzące negatywne, emocjonalne skutki choroby. Mieścić się tu będą przeróżne formy psychicznego wsparcia, obejmujące zarówno dodawanie pacjentowi otuchy, jak i okazywanie zrozumienia dla dręczących go uczuć. Okazując pacjentowi empatię i zrozumienie, ułatwiamy mu emocjonalną adaptację do sytuacji, z którą przyszło mu się zmierzyć, a także pomagamy nawiązać głębszy, oparty na zaufaniu kontakt, który następnie będzie stanowił dla niego poważne źródło bezpieczeństwa i emocjonalną podstawę do terapeutycznego odreagowania negatywnych uczuć.

Trzecim, ogólnym celem psychoterapii elementarnej jest unikanie jatrogenii, czyli tych wszystkich urazowych sytuacji, których źródłem bywa czasem personel medyczny, w tym także pielęgniarzki. Mają tu miejsce również działania zmierzające do poprawy współpracy z pacjentem w procesie pielęgnacji i leczenia.

Wszystkie trzy cele łączą się bardzo ściśle ze sobą i w konkretnych działaniach pielęgniarzskich muszą się przeplatać.

Najważniejszym składnikiem – podstawą psychoterapii elementarnej – jest przyjęcie wobec pacjenta odpowiedniej postawy, ułatwiającej nawiązanie dobrych i przyjaznych kontaktów. Amerykański psychoterapeuta, Carl Rogers wymienia trzy zasadnicze postawy decydujące o terapeutycznej atmosferze kontaktu. Są to: akceptacja (ciepło emocjonalne terapeuty, ser-

deczność, życzliwość, empatia (zdolność do wczuwania się w emocjonalną sytuację drugiego człowieka) i autentyczność (spontaniczność, bycie sobą w kontaktach z innymi).

Warto wspomnieć w tym miejscu o terapeutycznych i nieterapeutycznych formach kontaktu z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi.

Do terapeutycznych sposobów komunikowania się z chorym należą: dostrzeganie pacjenta oraz spostrzeganie zmian, które zachodzą w nim oraz jego otoczeniu, oferowanie siebie, akceptacja wyrażona werbalnie i niewerbalnie, informowanie, akceptujące milczenie pielęgniarki, zachęcanie pacjenta do opisu rzeczy spostrzeganych oraz do porównań, zachęcanie do kontynuowania, taryfikowanie, przekazywanie obserwacji, urealnianie oraz ujęcie w słowa tego, co sugeruje pacjent.

Zachowania te służą zapoczątkowaniu i podtrzymaniu kontaktu i komunikacji, a także porządkują i pogłębiają komunikację.

Do nieterapeutycznych form kontaktu z pacjentem zalicza się: sugerowanie odpowiedzi, sugerowanie oddziaływań z zewnątrz, odrzucanie myśli i zachowań pacjenta, uspokajanie chorego, doradzanie pacjentowi z pozycji tego, kto wie lepiej, ocenianie, stawanie w opozycji do urojeniowych sądów pacjenta, wypowiadanie zdawkowych słów, komentarzy, zmiana tematu oraz dosłowne traktowanie wypowiedzi pacjenta.

Wspomniane zachowania niewłaściwie inicjują kontakt, komunikację wstępną, blokują ją, niewłaściwie podtrzymują komunikację, przerywają ją, niewłaściwie pogłębiają komunikację, a także niewłaściwie porządkują komunikaty.

13.7. Udział pielęgniarki w terapii zajęciowej

Każda hospitalizacja ogranicza aktywność pacjenta, a w lecznictwie psychiatrycznym nie można do tego dopuścić.

Uaktywnianie chorych wymaga współpracy całego zespołu leczącego, ponieważ jest zadaniem bardzo trudnym. Nowoczesna psychiatria stara się podtrzymywać wszelkie formy aktywności pacjentów. Powinny one być zindywidualizowane w zależności od rodzaju schorzenia, stanu zdrowia pacjenta, jego aktualnych możliwości, zainteresowań, itp.

Celem terapii zajęciowej jest zapobieganie skutkom ograniczenia aktywności, które towarzyszy chorobie, i przywracanie zdolności do aktywnego, dającego zadowolenie życia w harmonii ze społecznym otoczeniem.

Wśród form terapii zajęciowej wyróżnia się: terapię pracą (ergoterapia), terapię ruchem – gry, zabawy na świeżym powietrzu, sport; terapię rozrywką – wieczorki taneczne, wieczorki poezji, inne imprezy towarzyskie, wyjście do kina, teatru, muzeum, czy na wystawy oraz formy pośrednie pomiędzy psychoterapią a terapią zajęciową, jak: muzykoterapia, choreoterapia (leczenie tańcem), arteterapia (psychorysunek) oraz biblioterapia (terapia książką).

Obecnie większość oddziałów psychiatrycznych zatrudnia terapeutę zajęciowego, pod okiem którego odbywają się zajęcia, jednak przeszkolona pielęgniarka psychiatryczna może prowadzić muzykoterapię, choreoterapię, ergoterapię, terapię rozrywką czy psychorysunek.

Bardzo ważnym elementem leczenia i readaptacji chorego jest ergoterapia.

W miarę poprawy stanu zdrowia chorego, zespół leczący decyduje, jaki rodzaj pracy będzie dla niego najwłaściwszy.

Chorych z najgłębszymi zaburzeniami zachęca się do najprostszych czynności, jak: dbanie o higienę, ubiór, porządek na stoliku przyłóżkowym. Następnie zachęca się pacjenta do pomocy na oddziale: pomoc przy posiłkach, dbanie o kwiaty, pomoc w kuchni.

Osoby z zaburzeniami świadomości, chorzy z częstymi napadami padaczkowymi, pacjenci pobudzeni, zakwalifikowani do ścisłej obserwacji, osoby agresywne należy zatrudniać na oddziale przy pracy bezpiecznej, w obecności pielęgniarki lub terapeuty zajęciowego. Pozostali pacjenci w godzinach przewidzianych na terapię zajęciową przechodzą do przeznaczanego do tego celu pomieszczenia, gdzie zajmują się czynnościami odpowiednimi do ich stanu zdrowia i zainteresowań. Do najpopularniejszych zajęć zalicza się: szycie, haftowanie, rzeźbienie w glinie, w drewnie, malowanie, rysowanie, papieroplastyka itp.

Pacjentom agresywnym, kłótliwym, pobudzonym należy organizować pracę rozładowującą napięcie, robić przerwy w pracy, organizując gimnastykę lub grę sportową. Należy dbać o to, by zajęcia nie były monotonne, lecz ciekawe.

Muzykoterapia to stosowanie muzyki w celach leczniczych w sposób planowany i systematyczny. Muzykoterapia jako jedna z niewerbalnych form psychoterapii może – tak jak inne formy – ułatwić pacjentowi przeżycie i odreagowanie różnego rodzaju emocji i problemów, ujawnienie treści stłumionych i zwerybalizowanie ich; poznanie zatem własnych problemów, a także problemów innych osób, analizowanie ich i szukanie rozwiązań stwarza możliwość łatwiejszego nawiązania kontaktów. U pacjentów z psychozami istotniejszy może okazać się wpływ w zakresie ułatwienia kontaktu interpersonalnego lub też pobudzający ekspresję wyrażania uczuć i angażowania w przeżycia emocjonalne.

Cele, jakie można osiągnąć stosując **kinezyterapię** u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi są różnorodne. Jednym z podstawowych jest poprawa ogólnej sprawności fizycznej, w tym zwiększenie wydolności fizycznej, poprawa sprawności układu ruchowego, obniża to bowiem zmęczenie, jakiego doznaje pacjent, wykonując czynności życia codziennego i umożliwia mu podjęcie aktywniejszego trybu życia. Drugim bardzo istotnym celem jest wpływ na stan psychiczny przez stosowanie elementów oddziaływań psychoterapeutycznych i socjoterapeutycznych.

Formy, w jakich stosowana jest terapia ruchem w psychiatrii obejmują przede wszystkim: ćwiczenia ogólnie usprawniające, różnorodne zajęcia i gry sportowe oraz choreoterapię.

Ruch jest jednym z elementów komunikacji pozawerbalnej. Uczestniczenie w tych zajęciach nie wymaga werbalizacji problemów, daje zatem możliwość aktywnego udziału pacjentom, którzy mają trudny kontakt z otoczeniem czy są wręcz mutystyczni. Daje możliwość ekspresji przeżywanych uczuć również bez konieczności werbalizacji, a więc także emocji tłumionych. Jest także znakomitą okazją do uczenia się wyrażania uczuć, co jest szczególnie ważne u pacjentów leczonych z powodu schizofrenii z ubogą ekspresją w tym zakresie. Daje wreszcie możliwość wyładowania agresji w sposób społecznie akceptowany.

Choreoterapia – odpowiednio zaplanowana może spełniać wszystkie te wszystkie cele, jakim służy kinezyterapia, a zatem m.in. wpływać na podniesienie sprawności i wydolności fizycznej. Ponadto w choreoterapii łatwiej niż w innych metodach o nawiązanie kontaktów interpersonalnych, o poczucie zbliżenia psychicznego i fizycznego. Taniec dostarcza także pacjentowi wrażeń estetycznych, wyrabia płynność i elastyczność ruchów, może nadać im pewną grację i swobodę poruszania się. Jego oddziaływanie jest zatem wszechstronne.

Istotną rolę w procesie terapii pacjenta z zaburzeniami psychicznymi odgrywają również zajęcia rekreacyjne. Udział pacjentów we wspólnych imprezach stwarza możliwość nawiązania kontaktów interpersonalnych, wzajemnego poznania się i zbliżenia. Stymuluje do podejmowania różnych ról społecznych, wykonywania rozmaitych zadań, a więc mobilizuje do działania, rozbudza zainteresowania i wyrabia nawyki aktywnego spędzania czasu wolnego oraz uczy czerpania satysfakcji z takich działań. Leczenie na oddziale psychiatrycznym zwykle nie jest krótkie. Dla sporej części pacjentów, zajęcia te stają się szansą kontaktu ze światem zewnętrznym, ze środowiskiem pozaszpitalnym. Wszystkie formy rekreacji połączone z wyjściem poza szpital mają niezastąpione walory terapeutyczne. Żadne, bowiem środowisko

szpitalne, nawet oddziały dzienne, nie zastępują kontaktów ze środowiskiem społecznym, w którym wszyscy żyjemy na co dzień.

Elementy edukacyjne zawiera organizowanie wystawy i uroczystego wernisażu prac pacjentów, którzy wykazują zdolności plastyczne. Ekspozycja twórczości ma dla nich bardzo duże znaczenie, zachęca do dalszej pracy, podnosi samoocenę. Odczuwają bowiem, że to, co robią, jest doceniane, znajduje oddźwięk, cieszy się zainteresowaniem.

13.8. Rehabilitacja chorych psychicznie – udział pielęgniarstwa

Rehabilitacja to proces złożony, mający na celu zapobieganie skutkom choroby i ubocznym niekorzystnym efektom związanym z długotrwałym pobytem chorego w szpitalu.

Choroba psychiczna nie ogranicza w dużym stopniu sprawności fizycznej, ale obniża zdolności adaptacyjne chorego, prowadzi do izolowania się, bierności, braku poczucia łączności ze środowiskiem. Długotrwały pobyt w szpitalu powoduje oderwanie od warunków normalnego życia społecznego, a to wszystko może prowadzić do tzw. instytucjonalizmu (choroby szpitalnej), który przejawia się dostosowaniem pacjenta do warunków życia szpitalnego. Szpital – instytucja, staje się wówczas dla pacjenta chorego bezpiecznym azylem. Zanika potrzeba kontaktów społecznych, pojawia się zobojętnienie wobec możliwości opuszczenia szpitala, a nawet obawa przed powrotem do normalnego życia i jego problemów.

Celem postępowania rehabilitacyjnego jest niedopuszczenie do objawów choroby szpitalnej, odbudowanie nawyków kontaktów społecznych ze środowiskiem i włączenie chorego w czynne życie społeczne. Strategia rehabilitacji opiera się na wspieraniu chorego w trudnym okresie przystosowania się do nowych, niepomyślnych warunków, wsparciu w kolejnych kryzysach emocjonalnych i interpersonalnych oraz świadomym zindywidualizowanym kształtowaniu doświadczeń pacjenta.

Wyróżnia się rehabilitację leczniczą, społeczną i zawodową.

Rehabilitacja lecznicza, społeczna i zawodowa w psychiatrii jest systemem skoordynowanych oddziaływań, które mają umożliwić psychicznie choremu samodzielną egzystencję, podjęcie aktywności życiowej oraz integrację społeczną.

Rehabilitacja lecznicza (medyczna): to zespół działań, które mają doprowadzić do odzyskania utraconej z powodu choroby sprawności psychofizycznej, a jeżeli nie jest to możliwe, mają pomóc choremu zaadaptować się do życia ze swoją chorobą.

Rehabilitacja psychologiczna i społeczna: to przygotowanie chorego do życia w środowisku rodzinnym i społecznym oraz przygotowanie środowiska do przyjęcia chorego i pomoc w rozwiązywaniu podstawowych problemów życiowych.

Rehabilitacja zawodowa: to poradnictwo i szkolenie zawodowe, to także obserwacja prób podjętych przez byłego pacjenta, w celu oceny jego sprawności intelektualnej i manualnej, nawyków i umiejętności współpracy z innymi. Ocenia się poziom motywacji chorego do podjęcia pracy oraz jego zdolność do przestrzegania obowiązujących w zakładzie pracy norm i obyczajów.

W psychiatrii największe znaczenie ma rehabilitacja społeczna. Warunkiem skutecznej rehabilitacji w psychiatrii jest znalezienie odpowiedzi na podstawowe pytania: gdzie chory będzie mieszkał?, z czego będzie żył?, jak zapewnić mu właściwe kontakty społeczne?, jak zapewnić mu w razie potrzeby systematyczną opiekę specjalistyczną?

Jedną z podstawowych umiejętności, która umożliwia choremu psychicznie adaptację społeczną jest radzenie sobie ze stresem. Jeżeli chory psychicznie będzie mógł poradzić sobie z problemami dnia codziennego, z sytuacją w rodzinie i szerszym otoczeniu, można oczekiwać, że nie będzie miał zaostrzeń choroby spowodowanych dezaprobatą społeczną.

Poprawę społecznych warunków pobytu w szpitalu można osiągnąć przez: częste kontakty chorego z rodziną, swobodę i tajemnicę korespondencji, powszechne stosowanie urlopów i przepustek, dostęp do automatów telefonicznych, udostępnianie książek, prasy, radia, telewizji, noszenie prywatnej odzieży oraz posiadanie przedmiotów osobistego użytku, prawo do dysponowania własnymi pieniędzmi, wprowadzenie zwyczaju spotykania się towarzyskiego między chorymi, umożliwienie korzystania z kina, teatru, imprez rozrywkowo-sportowych, organizowanie wycieczek, rozbudowę urządzeń socjalnych (kawiarnia, sklep, fryzjer, biblioteka, itp.).

Do objawów, które utrudniają rehabilitację, a wynikają z istoty choroby psychicznej, należą przede wszystkim objawy wytwórcze (urojenia, halucynacje) oraz inne objawy psychopatologiczne, np. objawy osiowe schizofrenii, szczególnie autyzm, obniżenie nastroju i napędu w depresji oraz objawy wtórne, związane z hospitalizacją i wyzwoloną przez chorobę reakcją obronną.

Postępowanie rehabilitacyjne przebiegać powinno według indywidualnego, konsekwentnie realizowanego programu opartego na ocenie rodzaju i rozmiaru ograniczeń psychologicznych i społecznej sprawności jednostki.

Wyróżnia się rehabilitację wczesną i późną. Wczesna rehabilitacja w psychiatrii towarzyszy intensywnemu oraz możliwie krótkiemu leczeniu farmakologicznemu i obejmuje: rozpoznanie społecznych problemów pacjenta, pomoc psychologiczną udzieloną choremu i jego rodzinie w rozwiązywaniu konfliktów oraz podjęciu życiowych decyzji, które powinny być realistyczne, w miarę optymistyczne, mające na względzie przede wszystkim dobro chorego.

Decyzje, jakie zapadają w okresie wczesnej rehabilitacji rzutują na całe dalsze losy chorego. Zespół terapeutyczny musi już w tym okresie pomóc choremu i jego rodzinie w znalezieniu odpowiedzi na tak trudne pytania, jak: czy kontynuować rozpoczęte studia, zmienić kierunek studiów, czy zmienić zbyt obciążającą pracę na łatwiejszą, ale niezbyt ciekawą, czy się ożenić, czy mieszkać nadal z rodzicami, jak rozwiązać konflikty rodzinne, które mogą być zarówno jedną z przyczyn, jak i następstwem zaburzeń psychicznych. Ocena musi być realistyczna, oparta na wszechstronnej diagnozie rehabilitacyjnej, ostrożna, ale w miarę optymistyczna, tłumacząca wszystkie wątpliwości na korzyść chorego.

Rehabilitacja wczesna powinna być prowadzona do czasu osiągnięcia przez pacjenta właściwego poziomu adaptacji. Często z góry musimy założyć, że poziom funkcjonowania społecznego pacjenta będzie znacznie niższy od norm przyjętych w jego otoczeniu oraz, że osiągnięta poprawa nie gwarantuje stabilizacji.

Rehabilitacja późna jest stosowana u osób długotrwale hospitalizowanych, przewlekłe psychicznie chorych, które żyją w izolacji lub są w permanentnym konflikcie z otoczeniem. Chorzy ci utracili zdolność adaptacji do środowiska, nie spełniają wymagań otoczenia, nie radzą sobie z podstawowymi wymogami bytowymi. Chorzy, którzy pozostają na stałe w opiece stacjonarnej są również poddawani rehabilitacji, aby ułatwić im życie codzienne w szpitalu oraz uchronić przed pogarszaniem się funkcjonowania psychospołecznego.

Rehabilitacja późna daje najlepsze rezultaty, gdy jest prowadzona w środowisku ludzi zdrowych psychicznie lub wśród łżej chorych, którzy pomagają w tworzeniu środowiska terapeutycznego i dostarczają wzorców zachowań. Ważnym elementem późnej rehabilitacji jest społeczność lecznicza, terapia zajęciowa, właściwie zorganizowana terapia pracą oraz techniki behawioralne. Rehabilitacja późna musi stanowić proces długotrwały, bowiem w większości przypadków przewlekłe chorzy, u których osiągnięto znaczną poprawę dostosowania społecznego, pozbawieni dalszego wsparcia społecznego, cofają się stopniowo do stanu sprzed rehabilitacji. Jest to jedna z głównych przyczyn wielokrotnych rehospitalizacji przewlekłe chorych psychicznie, którzy wracają do zbyt trudnych dla nich warunków egzystencji poszpitalnej.

W piśmiennictwie psychiatrycznym przedstawiono następujące **zasady rehabilitacji psychiatrycznej**

- **Zasada partnerstwa:** poszanowanie praw i indywidualności pacjenta, zdobycie zaufania, akceptacji programu i współpracy pacjenta, niestosowanie zakazów i nakazów, zachowanie szacunku dla pacjenta, podtrzymanie poczucia godności, autonomii i pozytywnej samooceny, pozbycie się przez pielęgniarkę postawy nadopiekuńczej, wzmacnianie pozytywnych zachowań prospołecznych pacjenta, podkreślanie korzystnych cech pacjenta ułatwia nawiązanie z nim współpracy, powoduje realistyczny optymizm u personelu i w środowisku społecznym, co przyczynia się do zwiększenia tolerancji na niektóre niedostosowane zachowania chorego i podnosi poziom oczekiwań wobec niego.
- **Zasada wielokrotności oddziaływań:** oznacza konieczność jednoczesnego oddziaływania w różnych sferach życia codziennego: rodzinnej, zawodowej, towarzyskiej, społecznej, itp., konsekwencją tej zasady jest konieczność ścisłej współpracy wielospecjalistycznego zespołu rehabilitacyjnego i najbliższego otoczenia pacjenta.
- **Zasada stopniowania trudności:** wynika z obniżonych zdolności adaptacyjnych większości psychicznie chorych. Realizacja tej zasady wymaga stosowania systemu form pomocy dostosowanych do zmieniających się możliwości chorego – od całkowitego zastępowania go w decyzjach i aktywności życiowej, która bywa czasem potrzebna w ostrej fazie choroby, aż do całkowitej lub prawie pełnej samodzielności, np. w zakresie pracy: od terapii zajęciowej przez terapię pracą (ergoterapia), zatrudnienie w warunkach chronionych aż do aktywności zawodowej w zwykłym zakładzie pracy. Takie stopniowe zmiany wymagają tworzenia pośrednich form opieki m.in. oddziałów dziennych, zespołów leczenia środowiskowego, klubów, hosteli, zakładów pracy chronionej.
- **Zasada powtarzalności oddziaływań:** odnosi się do grupy pacjentów, u których proces chorobowy przebiega z okresami zaostrzeń, wówczas powtarza się działania rehabilitacyjne od początku.
- **Zasada zgodności psychosocjalnych i biologicznych metod oddziaływania:** wynika z braku wyraźnej granicy między leczeniem, a rehabilitacją w psychiatrii. Zwykle stosuje się jednocześnie leczenie farmakologiczne i oddziaływanie rehabilitacyjne. Niezbędne jest zatem, aby każdy, kto prowadzi z pacjentem zajęcia aktywizujące, znał dokładnie rodzaj i dawki przyjmowanych przez niego leków psychotropowych, objawy uboczne leku oraz ogólną wydolność chorego. Bez tych wiadomości łatwo, stosując różne formy terapii zajęciowej, przekroczyć bezpieczną granicę obciążenia wysiłkiem fizycznym. I odwrotnie, jeśli uboczne działanie leków – senność, drżenie, wzmożone napięcie mięśniowe – uniemożliwia pacjentowi aktywny udział w zajęciach i przygotowaniu go do powrotu do pracy zawodowej, trzeba rozważyć z lekarzem zastosowanie środków korygujących lub zmienić rodzaj leku. Doświadczenie uczy, że wypełnianie czasu u osób z zaburzeniami psychicznymi celową aktywnością, akceptowaną przez nich i dostosowaną do ich potrzeb, zmniejsza nasilenie ujawnianych przez chorych objawów psychopatologicznych, co pozwala na zmniejszenie dawek lub odstawienie leków psychotropowych.
- **Zasada optymalnej stymulacji:** zakłada, że u chorych psychicznie szkodliwe są zarówno takie warunki, które nie dostarczają dostatecznej ilości wrażeń i pobudzających do działania sytuacji społecznych, jak i nadmierna stymulacja, konieczność sprostowania zbyt trudnym lub zbyt licznych zadań.

Niedobór bodźców, monotonia zdarzeń i deprywacja sensoryczna wywołują typowy zespół objawów, takich jak: bierność, utrata zainteresowań, spłyconie i zawężenie związków emocjonalnych, brak planów na przyszłość, brak dbałości o wygląd zewnętrzny własny, apatia, upośledzenie napędu. Objawy te, które obecnie uważane są za objaw instytucjonalizmu (choroby szpitalnej), dawniej uchodziły za wyraz defektu schizofrenicznego lub za odmianę otępienia. Wyniki rehabilitacji wskazują jednak, że w wielu przypadkach są to odwracalne,

wtórne zmiany, u podłoża których leżą mechanizmy swoistego przystosowania do niekorzystnych warunków środowiskowych.

Nadmierna stymulacja – stawianie pacjentowi zadań zbyt trudnych lub zbyt szybkie przechodzenie w proces readaptacji społecznej do dalszych faz aktywności i usamodzielniania – w wielu przypadkach może powodować nawrót objawów psychotycznych lub też wywołać zespół objawów określanych mianem depresji rehabilitacyjnej. Stan ten cechuje obniżenie nastroju, apatia, postawa rezygnacyjna, często odmowa udziału w rehabilitacji i innych formach celowej aktywności. Ze zjawiskiem tym spotykamy się m.in. w sytuacji, kiedy pacjent nagle po dłuższym pobycie w szpitalu wraca do środowiska stawiającego mu zbyt wysokie wymagania, oczekując zachowania dostosowanego do wysokiego poziomu aktywności otoczenia pozaszpitalnego. Podobne objawy mogą wystąpić również przy zbyt nagłych zmianach w środowisku szpitalnym, w czasie prób uaktywniania zawodowego, a nawet wiązać się z korzystnymi zmianami sytuacji chorego (np. małżeństwo, nowe mieszkanie, awans w pracy zawodowej itp.). Przyczyną patologicznych reakcji na nadmierną stymulację jest obniżony u większości chorych psychicznie próg możliwości adaptacyjnych. Szczególnie źle znoszą nagle i zbyt duże zmiany w sytuacji społecznej chorzy na schizofrenię oraz osoby w podeszłym wieku.

Stopniowy powrót chorego psychicznie do możliwie samodzielnej społecznej egzystencji powinien zatem prowadzić krok po kroku wąską ścieżką między dwoma niebezpieczeństwami – niedostatecznej i nadmiernej stymulacji. W sytuacji nagłych zmian w życiu pacjenta, nawet jeśli są to zmiany korzystne, trzeba się liczyć z możliwością dekompensacji i potrzebą wsparcia psychoterapeutycznego, a nawet osłony farmakologicznej.

Przewlekła choroba psychiczna oraz długotrwałe utrzymujące się objawy psychozy, narzucają pielęgniarce tok postępowania rehabilitacyjnego.

Pierwszoplanowym zadaniem jest nauczanie pacjenta, jak ma żyć ze swoją chorobą, a mianowicie: jak unikać okazywania przeżyć psychotycznych wobec obcych osób oraz poza domem, jak się ubierać i zachowywać, aby być akceptowanym przez otoczenie, jak dostosować się do ogólnie przyjętych norm zwyczajowych, jak prowadzić w miarę aktywny tryb życia (praca chroniona, kluby, wizyty rodzinne, itp.), jaki zakres samoopieki jest dostępny pacjentowi, jakie objawy psychopatologiczne mogą wskazywać na konieczność zwrócenia się do lekarza lub pielęgniarki.

Zanim chory wyjdzie ze szpitala, należy upewnić się, czy jego rehabilitacja społeczna przyniosła rezultaty w postaci radzenia sobie w codziennych kontaktach z ludźmi.

Tabela V. Skala oceny wyników rehabilitacji (wg Ciompi i wsp.)

	Dom	Praca
I. Sfera sytuacji korzystnych	Zwykłe warunki mieszkaniowe	Zwykła praca
	Mieszkanie grupowe	Chronione warunki w zwykłym zakładzie pracy
II. Sfera przejściowa	Hotel pracowniczy	Zakład pracy chronionej
	Hospitalizacja częściowa	Zatrudnienie pacjenta poza szpitalem
III. Sfera sytuacji niekorzystnych	Otwarty oddział dzienny	Zatrudnienie w szpitalu
	Zamknięty oddział szpitalny	Terapia zajęciowa
	Dom pomocy społecznej	Nie pracuje

Za: Konieczńska Z., Stańczak T.: Terapia zajęciowa w psychiatrii. CMDNŚSM, Warszawa 1989.

PYTANIA

1. Na czym polega udział pielęgniarki w procesie farmakoterapii?
2. Na czym polega przygotowanie chorego do zabiegu elektrowstrząsów oraz opieka pielęgniarska nad pacjentem podczas zabiegu i po nim?
3. Jakie znasz cele psychoterapii elementarnej?
4. Jakie znaczenie ma terapia zajęciowa w procesie terapeutycznym pacjentów psychicznie chorych?
5. Jakie znasz rodzaje i zasady rehabilitacji w psychiatrii?

13.9. Proces pielęgnowania w psychiatrii

Specyfika pracy z ludźmi zaburzonymi psychicznie wymaga od pielęgniarki określonych cech osobowości oraz silnej motywacji do pracy w psychiatrii. Od takiego pracownika wymaga się: zdolności wytwarzania leczniczej atmosfery, umiejętności nawiązywania kontaktu terapeutycznego, winny go cechować takie właściwości jak: empatia, akceptacja chorego, tolerancja, życzliwość, elastyczność w zachowaniu, łatwość w komunikowaniu się. Bardzo ważna jest umiejętność kontroli własnych emocji w kontaktach z chorym, bowiem brak tej cechy może prowadzić do: spierania się z pacjentem, ulegania żądaniom chorego, aby jak najszybciej się go pozbyć, niesłuchania tego, co podopieczny mówi.

Pielęgniarka nie powinna nadmiernie reagować zarówno na krytykę swojej osoby, jak i na pochlebstwa (chory może wykorzystać czas i zaangażowanie pielęgniarki do rozwiązywania swoich problemów – chory uzależniony od alkoholu, narkotyków, z nieprawidłową osobowością).

Proces pielęgnowania w psychiatrii pozwala na systematyczne rozpoznanie i rozwiązywanie problemów dotyczących fizycznych, psychicznych i społecznych potrzeb pacjenta, jego rodziny i środowiska. Proces pielęgnowania w psychiatrii jest więc całościowym podejściem do opieki nad psychicznie chorym, jego rodziną i środowiskiem, w którym żyje. Rozpoczyna się w momencie pierwszego spotkania z chorym, z jego problemami i oczekiwaniami.

Rozpoznane problemy (potrzeby) są punktem wyjścia do ustalenia priorytetów, a następnie do wyłonienia celów opieki, planowania działań i ich realizacji. Końcowym etapem jest ocena (ewaluacja) oraz wysunięcie wniosków – podsumowanie i interpretacja wniosków oceny działań (to, co udało się osiągnąć, czego nie, szanse i zagrożenia, które z nich wynikają dla chorego).

Etapy procesu pielęgnowania

I Etap: rozpoznanie – sytuacji zdrowia i choroby pacjenta, jego rodziny i środowiska.

Gromadzenie danych oraz ich analiza, postawienie diagnozy pielęgniarskiej (ustalenie problemów, potrzeb pacjenta).

Informacje (dane) należy pozyskać od rodziny, pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, pracownika socjalnego, przyjaciół, bardzo ważne są informacje uzyskiwane drogą obserwacji pielęgniarskiej, wywiadu, pomiarów (temp. RR, itp.), a także analizy istniejącej już dokumentacji.

Dane o psychicznie chorym obejmują jego sferę psychiczną oraz społeczną i biologiczną, które wpływają na funkcjonowanie człowieka w środowisku, na reakcje organizmu na leki.

Przed zebraniem wywiadu pielęgniarzka przedstawia się, pyta o zgodę na wywiad oraz upewnia się orientacji chorego co do miejsca, czasu itp. (orientacja allo- i autopsychiczna). Pierwszy kontakt z chorym jest bardzo ważny – może on rzutować na późniejsze relacje z chorym. Należy dać pacjentowi poczucie bezpieczeństwa, wzbudzić jego zaufanie. Pytania należy formułować jasno, zwięźle, dać możliwość wypowiedzenia się choremu. Tematy zawstydzające lub nieprzyjemne dla chorego nie powinny być poruszane. Pytamy pacjenta o jego dane personalne, zainteresowania, plany na przyszłość, dolegliwości, przebyte choroby, zaburzenia snu itp., a pytając należy unikać pytań sugerujących odpowiedź. W niektórych oddziałach psychiatrycznych są gotowe arkusze wywiadu, wg których się go przeprowadza (co pozwala gromadzić dane zawsze w systematyczny sposób, zmniejszając ryzyko opuszczenia pewnych ważnych informacji). W czasie rozmowy z chorym obserwujemy komunikaty niewerbalne (mimikę, ruchy ciała, ton głosu).

Zbierając dane używamy słów i zwrotów zrozumiałych dla chorego z uwzględnieniem jego poziomu wykształcenia, aktualnego stanu świadomości. Dane o pacjencie, które uzyskuje się z wywiadu, analizy dokumentacji chorego, obserwacji, diagnozy lekarskiej muszą być zwięzłe, czytelne dla wszystkich osób, które z nich korzystają. Są one podstawą do określenia problemów, potrzeb pacjenta, rodziny czy środowiska chorego.

Ostatnią fazą I etapu – rozpoznania w procesie pielęgnowania jest sformułowanie diagnozy pielęgniarzkiej, czyli określenie stanu, w jakim znajduje się chory, aby podjąć odpowiednie zadania pielęgniarzkie. Diagnoza pielęgniarzka jest zatem podstawą wyboru interwencji pielęgniarzkiej, której celem jest uzyskanie oczekiwanych, zaplanowanych rezultatów (wyników). Po ustaleniu diagnozy pielęgniarzkiej, pielęgniarzka wraz z zespołem decyduje: czy podjąć działania zmieniające rozpoznany stan pacjenta oraz kto i w jakim zakresie będzie zaangażowany (często zaangażowana jest rodzina i pacjent), czy też utrzymać istniejący stan i nie dopuścić do pogorszenia.

U chorego psychicznie rozpoznaje się wiele problemów, dlatego ważnym elementem jest określenie ich ważności – hierarchii, czy też inaczej mówiąc – ustalenie priorytetów.

Z diagnozy pielęgniarzkiej wynikają cele pielęgnowania, które określają zakres i charakter opieki. Ich wykonanie powinno być realne zarówno dla pielęgniarzki, jak i dla pacjenta, powinny być wyraźne i jednoznacznie określone z uwzględnieniem takich elementów, jak:

- miejsce i warunki opieki pielęgniarzkiej,
- czas konieczny do ich zrealizowania.

Do zadań wynikających z celów pielęgnowania, należy dobrać sposoby ich realizacji (rozmowa, terapia zajęciowa, spacer, wspólne posiłki) oraz określić wykonawców (pielęgniarzka, rodzina, terapeuta, itp.) i środki potrzebne do wykonania tego zadania (materiały do zajęć z terapii zajęciowej, odpowiednio dobrane dla chorego lektury, utwory muzyczne, itp.)

Cele mogą być ogólne – dotyczące całości potrzeb zdrowotnych, szczegółowe – dotyczące poszczególnych interwencji pielęgniarzskich, czyli ustalone dla każdego problemu opiekuńczego.

II Etap: planowanie i realizacja opieki pielęgniarzkiej.

By osiągnąć ustalony, założony cel, pielęgniarzka planuje działania pielęgniarzkie. Muszą być one specyficzne dla celów, konkretne, bezpieczne dla chorego, znane pacjentowi, możliwe do oceny.

Opieka pielęgniarzka musi być planowana systematycznie z uwzględnieniem stosowanej w leczeniu zaburzeń psychicznych, metody „małych kroków” – czyli realizacji nie więcej niż 2–3 celów jednocześnie. Planując opiekę opieramy się na osiągalnych i realnych ce-

lach, możliwych do zrealizowania w aktualnych warunkach. Pacjent i jego rodzina powinni brać udział w planowaniu opieki i jej realizacji, jednak często w psychiatrii znaczna część chorych i ich rodzin nie jest w stanie współpracować.

III Etap: realizacja planu opieki – to przeprowadzenie zabiegów, działań umożliwiających osiągnięcie zamierzonych, określonych celów.

Są to działania pielęgniarki zmierzające do realizacji celów opieki, którym poddawany jest pacjent również z jego aktywnym współudziałem. Powinny to być działania pielęgniarские akceptowane przez chorego i jego rodzinę, zaspokajające największą liczbę potrzeb, wywołujące najmniej skutków niepożądanych, umożliwiające aktywny udział chorego. W trakcie opieki pielęgniarской mogą zachodzić potrzeby zmiany zadań, zgodnie z aktualnym stanem chorego i jego problemami.

IV Etap: ocena zaplanowanej opieki oraz jej wyników

To ostatni etap procesu pielęgnowania, będący odpowiedzią na pytanie, czy założone cele zostały osiągnięte? Czy podjęte działania zakończyły się sukcesem? Ocena dostarcza informacji, które są podstawą do podjęcia decyzji, czy działania należy kontynuować, zmodyfikować lub przerwać. Opieka pielęgniarская, aby była skutecznie świadczona, wymaga codziennego dokumentowania. Każda pielęgniarka, biorąca udział w procesie pielęgnowania, powinna być zorientowana, co już zrobiono, a co wymaga kontynuacji. Dlatego należy opracować odpowiednią dokumentację będącą odzwierciedleniem podejmowanych działań.

13.10. Pielęgnowanie chorego z zespołem depresyjnym

1. Diagnozy pielęgniarские:

- wysokie ryzyko autoagresji,
- dysfunkcyjny smutek,
- przewlekła niska samoocena,
- izolacja społeczna, utrudnione kontakty społeczne,
- bezsilność,
- zmiany w odżywianiu,
- zaburzenia procesów myślenia (myślenie urojeniowe),
- zaburzenia snu.

2. Cel opieki nad chorym depresyjnym:

- zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego choremu depresyjnemu,
- obniżenie lęku, co daje pacjentowi komfort psychiczny,
- wyrównanie nastroju – podstawą przywrócenia prawidłowych relacji między chorym a otoczeniem,
- przywrócenie aktywności ruchowej – podstawą udziału w terapii zajęciowej prowadzonej na oddziale,
- przywrócenie prawidłowego snu – zachowanie równowagi rytmu snu i czuwania niweluje wahania samopoczucia w ciągu dnia,
- niwelowanie urojeń depresyjnych,
- zapewnienie opieki fizycznej całodobowej,

- ułatwienie procesu komunikacji pacjenta z otoczeniem,
- edukacja zdrowotna pacjenta i rodziny, ukierunkowana na zapobieganie nawrotom choroby oraz prawidłowe funkcjonowanie społeczne.

3. Opieka pielęgniarstwa wobec pacjenta z zespołem depresyjnym.

W skrajnych przypadkach pacjenta pielęgnujemy jak pacjenta nieprzytomnego – karmienie przez zgłębnik, toaleta jamy ustnej, zmiana ułożenia, zapobieganie odleżynom, dbanie o wypróżnienia. W łżejszych przypadkach pielęgniarka dba o dostarczenie pacjentowi odpowiedniej ilości płynów i pokarmów, kontroluje masę ciała chorego, aby zapobiec wychudzeniu.

- Komunikacja – nawet, jeżeli pacjent początkowo nie reaguje, pragnie by do niego mówiono, słuchano, co mówi. Początkowo może on być zdolny do rozmowy tylko na neutralne tematy, a potem przejść do bardziej osobistych dyskusji. Krótkie, częste rozmowy na neutralne tematy mają na celu zainicjowanie interakcji. Oferowanie pacjentowi swej pomocy, uważne słuchanie chorego, empatia, akceptacja, okazywanie mu zainteresowania – to elementy ułatwiające nawiązanie komunikacji. W czasie rozmowy nie należy nalegać na odpowiedź, aby nie rozdrażniać chorego.
- Podstawowym zadaniem pielęgniarstwa przy pacjencie depresyjnym jest słuchanie jego uczuć winy i bezwartościowości oraz podwyższanie jego samooceny. Potrzebuje on zabezpieczenia przed samouszkodzeniem oraz fizycznymi konsekwencjami swej apatii i zaniedbania.
- Kontrolować odżywianie pacjenta – prowadzi się bilans kaloryczny, obserwuje i odnotowuje liczbę oraz ilość spożytych posiłków, kontrola masy ciała 1–2 x w tygodniu. Pacjent może potrzebować towarzystwa w czasie posiłku, wymagać karmienia. Pознаć przyczynę odmowy przyjmowania posiłków.
- Zwracać uwagę, czy chory oddał stolec i mocz, notować wypróżnienia, ponieważ chory depresyjny może nie skarżyć się na długotrwałe zaparcia. Jeżeli chory nie oddał moczu przez 8 godzin, stolca przez 3 dni – powiadomić lekarza. Odnotowywać u kobiet daty menstruacji (nieregularność).
- Chory nie dba o swój wygląd zewnętrzny – stąd udzielić pomocy w wyborze ubrania, zachęcać do ubierania się i utrzymania czystej garderoby, pomoc przy myciu lub umycie chorego. Zwracać uwagę by mężczyźni byli ogoleni.
- Wykonywanie toalety j. ustnej przynajmniej 2 x dziennie (chory z depresją mało pije, niewiele mówi).
- Jeżeli chory długo przebywa w łóżku bez zmiany pozycji – nakłaniać go do zmiany ułożenia, układać kończyny dolne wyżej, delikatnie masować, stosować gimnastykę bierną.
- Stopniowe włączanie chorego w życie społeczności szpitalnej, umożliwić udział w zajęciach organizowanych przez pielęgniarstwo lub terapeutę – (przywrócić aktywność ruchową). Początkowo może to być tylko bierne uczestnictwo pacjenta w społeczności terapeutycznej, w zajęciach, rozrywkach. Aktywizować chorego – poprosić by pomógł w drobnych czynnościach: umycie kieliszków, podlanie kwiatów, ustawienie krzeseł itp. Zachęcać do udziału w terapii zajęciowej – praca pozwala choremu oderwać się od smutnych i męczących przeżyć, pozwala nabrać wiary we własne siły, uwierzyć w swoją przydatność, poczuć się członkiem społeczności szpitalnej, wskazane są proste zadania, które mogą być wykonane do końca.
- Przywrócenie prawidłowego snu: zapewnić odpowiednie warunki do snu i wypoczynku (większość chorych ma problemy z zasypianiem, budzi się zbyt wcześnie) – prze-

wietrzyć salę, spacer przed snem, spokojna rozmowa, poznanie dotychczasowych metod/sposobów radzenia sobie z bezsennością, stosowanie technik relaksacyjnych, podawanie środków farmakologicznych na zlecenie lekarskie. Otoczyć opieką chorego, który nie może spać w nocy, by nie czuł się osamotniony. Odnotowywać liczbę godzin snu (prowadzenie karty snu).

- Niwelować urojenia depresyjne – słuchanie chorego bez negowania jego urojeń, odwracanie uwagi od przeżyć urojeniowych poprzez włączanie pacjenta w rytm pracy na oddziale (stosowanie terapii kognitywnej – techniki rozpraszania, aby odwrócić uwagę chorego od depresyjnego myślenia).
- Obniżenie lęku – obserwacja chorego w kierunku objawów lęku, umożliwienie pacjentowi odreagowania przykrych emocji (techniki relaksacyjne, muzykoterapia, terapia zajęciowa), obecność pielęgniarki przy chorym, stały kontakt, co daje pacjentowi poczucie bezpieczeństwa.

13.11. Tendencje samobójcze

Najważniejszym problemem pielęgnacyjnym w psychiatrii są tendencje samobójcze u chorych na depresję. Często zdarza się tak, że stan zdrowia chorego ulega „poprawie”, czujność personelu maleje i wówczas pacjent popełnia samobójstwo.

Ryzyko samobójstwa w depresji jest tym większe, im większy jest niepokój, lęk, głębokość poczucia winy, beznadziejność i osamotnienie.

Oznaki wskazujące na tendencje samobójcze:

1. Rozważanie o bezsensie życia, problematyce śmierci, sposobach popełnienia śmierci.
2. Nagłe izolowanie się od otoczenia.
3. Nagła „poprawa” stanu klinicznego, uspokojenie, poprawa nastroju u osób z wysokim poziomem lęku wiąże się z podjęciem decyzji o samobójstwie.

Samobójstwo może być aktem spontanicznym, niepoprzedzonym wcześniejszymi symptomami. Pomieszczenia usposabiające do samobójstwa: klatki schodowe, łazienki, ubikacje. Mężczyźni częściej popełniają samobójstwo niż kobiety, one z kolei częściej podejmują próby samobójcze. Mężczyźni posługują się bardziej gwałtownymi metodami niż kobiety.

Opieka pielęgniarska:

- Chory z tendencjami samobójczymi przebywa na sali obserwacyjnej i objęty jest ścisłą obserwacją (przebywa na rewersie), należy prowadzić obserwację chorego zwłaszcza w godzinach nocnych – między 3⁰⁰–5⁰⁰ rano, podczas przekazywania dyżurów, (zapewnić bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne).
- Mężczyźni golą się maszynką elektryczną, nigdy żyłką lub brzytwą.
- W nocy sala dyskretnie oświetlona, pielęgniarka zagląda często do sali pacjenta (pacjent może pod kołdrą przeciąć sobie naczynia krwionośne nożem, żyłką lub szkłem).
- Dokładnie sprawdzać, czy pacjent połknął leki.
- Gdy udajemy się z chorym na piętro – pielęgniarka idzie od strony poręczy schodów, idąc korytarzem – pielęgniarka idzie od strony okien.
- Pacjent z tendencjami samobójczymi nigdy nie może przebywać sam w łazience (zwłaszcza podczas kąpieli w wannie), dłuższy pobyt chorego w ubikacji zwłaszcza w nocy, powinien zwiększyć czujność pielęgniarki.

- Pacjent nie ma prawa sam wychodzić poza teren oddziału, pielęgniarka w każdej chwili powinna wiedzieć, gdzie pacjent przebywa i co robi.
- Pielęgniarka przeciwdziała próbom samobójczym poprzez ciągłe przebywanie z chorym, konstruktywną rozmowę, uświadamianie choremu jego możliwości i znaczenia dla innych, zapewnienie wsparcia oraz stwarza motywację do życia.
- Psychoterapeutyczne oddziaływanie pielęgniarki na pacjenta poprzez autentyczne, wspierające i empatyczne zachowanie, otwartość i umiejętność słuchania.

13.12. Pielęgnowanie pacjenta z zespołem maniakałnym

1. Diagnozy pielęgniarstwa:

- wysokie ryzyko urazu: stan, w którym osoba jest zagrożona doznaniem urazu, będącego rezultatem nieadaptacyjnych mechanizmów obronnych w interakcji z otoczeniem, może mieć to związek z maksymalną aktywnością pacjenta, zachowaniami destrukcyjnymi, złością, agresją wobec otoczenia,
- wysokie ryzyko gwałtownego zachowania wobec siebie lub innych,
- zaburzenia odżywiania – zmniejszone od zapotrzebowania organizmu,
- zaburzone procesy myślenia (zaburzenia koncentracji uwagi – nadmierna odwracalność, egocentryzm, zmniejszona zdolność rozumienia pojęć, urojenia wyższości, przesładowcze, podejrzliwość,
- utrudnione relacje społeczne,
- zaburzenia rytmu snu.

2. Opieka pielęgniarstwa wobec pacjenta z zespołem maniakałnym:

Zapewnić pacjentowi poczucie bezpieczeństwa oraz zapewnić bezpieczeństwo innym pacjentom.

- Podawać leki uspokajające zgodnie z zaleceniem lekarskim.
- Ograniczyć bodźce z otoczenia – w stanie pobudzenia pacjent jest bardzo roztargniony, reaguje nadmiernie, nawet na słaby bodziec.
- Jeżeli zaburzona jest potrzeba higieny, „pacjent nie ma czasu” na toaletę lub zmianę bielizny, ubrania – pomóc mu w tych czynnościach.
- Notować ilość spożytych pokarmów i wypitych płynów, aby wyrównać braki (kontrola bilansu płynów i kalorii), bowiem nadmierna ruchliwość i rozproszenie uwagi powoduje, że chory nie ma czasu zjeść posiłku.
- Pożywienie lekkostrawne, bogatoenergetyczne. Wspólnie z dietetykiem określić zapotrzebowanie kaloryczne. Jeżeli chory nie może usiedzieć do końca posiłku i wstaje od stołu – dać do ręki kanapkę, owoc, słodycze.
- Zwracać uwagę podczas jedzenia na chorych jedzących szybko, łapczywie – czy się nie krztuszą, nie dławią.
- Chorzy znacznie pobudzeni powinni jeść oddzielnie (chory wypływa jedzenie, może rzucać naczyniami), napoje podawać w kubkach plastikowych.
- W ostateczności karmienie chorego przez zgłębnik.

- Otoczyć opieką pacjenta w nocy, kiedy nie śpi, by nie chodził po salach i nie budził innych pacjentów (usiąść przy chorym, zachęcić do pozostania w łóżku, lecz nie wdawać się w dyskusję z chorym).
- Zachęcać chorego w ciągu dnia do odpoczynku, nawet krótkiego (chory w okresie pobudzenia, mimo nadmiernej aktywności, nie odczuwa zmęczenia).
- Nadmierna potrzeba ruchu może zostać rozładowana w terapii pracą, gimnastyce, spacerach, dlatego należy zapewnić możliwość udziału pacjenta w tych zajęciach. Podczas terapii zajęciowej – zajęcia atrakcyjne, trwające krótko. Należy pamiętać o ruchliwości chorego, braku cierpliwości i dekoncentracji uwagi (malowanie, lepienie, rzeźbienie, darcie szmat i papieru do zajęć). Należy również ustalić zajęcia fizyczne, które zastępują bezcelową nadmierną aktywność: szybki spacer, utrzymanie porządku w pomieszczeniu, terapia tańcem, aerobik. Ćwiczenia fizyczne są bezpiecznym i skutecznym środkiem odreagowywania napięcia.
- Zwracać uwagę na pacjenta podczas spaceru – oddalanie się chorego.
- Nie wdawać się w spory i długie dyskusje z chorym. Narzucanie tego, co chory ma robić, budzi opór. Dlatego nie należy zbyt długo nakłaniać do zgody na proponowany zabieg lub czynność – mija się to z celem, gdyż pacjent nie ma cierpliwości wysłuchać tego do końca. Krótka, rzeczowa i prawdziwa informacja powinna poprzedzać czynności pielęgniarki przy chorym. Nie kłócić się, nie targować lub próbować przekonywać pacjenta.
- Pielęgniarka czuwa, aby pacjentki nie miały przy sobie wielu kosmetyków – ich nieumiarkowane stosowanie może dać efekt ośmieszający. Pielęgniarka zwraca również uwagę na ubiór pacjenta, by był on kompletny i dobrany kolorystycznie, aby pacjent nie wyglądał śmiesznie.
- W miarę możliwości włączać pacjentów w życie społeczności szpitalnej, zwłaszcza pacjentów w hipomanii, którzy są dobrze tolerowani przez innych pacjentów, chętnie niosą pomoc innym chorym.
- Nawiązanie kontaktu z pacjentem z manią jest trudne ze względu na wysoką samoocenę chorego, brak krytycyzmu, stąd też pielęgniarkę powinna cechować duża cierpliwość, a także konsekwencja, w kontakcie prezentować spokojne zachowanie.
- Gdy pobudzenie i aktywność nasila się, pozostać z pacjentem – oferując wsparcie i poczucie bezpieczeństwa.
- Akceptować urojeniowe wypowiedzi pacjenta, nie dzieląc jego urojeń. Mogłoby to utwierdzić urojeniowe przekonania. Ostrożnie stosować dotyk, szczególnie, gdy występują myśli prześladowcze – podejrzliwy pacjent może odczuć dotknięcie jako zagrożenie i zareagować agresją.
- Zaburzenia snu – zapewnić spokojne środowisko o niskim natężeniu bodźców, przed snem wykorzystać interwencje pielęgniarские, które pomagają w zaśnięciu: ciepła kąpiel, ciepłe niepobudzające napoje, łagodna muzyka i ćwiczenia rozluźniające, podawać leki nasenne zgodnie z zaleceniem lekarza do czasu przywrócenia naturalnego rytmu snu.

13.13. Pielęgnowanie pacjenta chorego na schizofrenię

1. Diagnostyka pielęgniariska:

- wysokie ryzyko pobudzenia ukierunkowanego na siebie lub innych,
- izolacja społeczna,

- nieefektywne radzenie sobie (pogorszenie zachowań adaptacyjnych i zdolności rozwiązywania problemów oraz napotkanych wyzwań i realizacji ról życiowych,
- zaburzenia spostrzegania, zmienione procesy myślenia,
- utrudniona komunikacja słowna,
- brak dbałości o siebie (określić/identyfikować specyficzne obszary),
- zaburzenia rytmu snu.

2. Opieka pielęgniarstwa wobec pacjenta z chorego na schizofrenię:

Zapewnić pacjentowi bezpieczeństwo – chory na skutek urojeń, halucynacji lub pobudzenia może być niebezpieczny dla siebie lub otoczenia.

- Nie wolno się sprzeczać z chorym, ani podejmować prób wyperswadowania urojeń. Dowodzenie błędności urojeń na ogół tylko umacnia te fałszywe sądy.
- Pielęgniarka powinna słuchać o tym, jak chorzy przeżywają świat, rozpoznawać, jakie uczucia kryją się pod urojeniami – strachu, smutku, beznadziejności.
- W kontaktach z chorym należy zachować szczerłość i otwartość. Nie wolno udawać, że wierzy się w prawdziwość urojeń, ale powinno się okazać zrozumienie faktu, iż są one prawdziwe z punktu widzenia chorego.
- W kontaktach z pacjentem pielęgniarstwo powinno cechować autentyczność, umiejętność i gotowość uważnego słuchania oraz chęć pomocy, niesprzeciwianie się choremu, umiejętność znoszenia urojeń, niepokoju lub niechęci pacjenta. Nie wolno jednak dopuścić do nadmiernego uzależnienia się pacjenta od pielęgniarstwa. Uzależnienie stanowi przeszkodę w życiowej samodzielności pacjenta.
- Opieka somatyczna zależy od aktualnego stanu zdrowia pacjenta. W skrajnych przypadkach – osłupienie katatoniczne – pielęgniarstwo zaspokaja wszystkie życiowo ważne potrzeby chorego. W przypadkach lżejszych – okazuje pomoc przy jedzeniu, dbaniu o higienę osobistą.
- Jeżeli pacjent się głodzi, należy znaleźć tego przyczynę, pacjentów zahamowanych – karmimy łyżką.
- Jeżeli u chorego występują zaparcia – należy wprowadzić odpowiednią dietę. Chorych zanieczyszczających się należy zawsze o tej samej porze wyprowadzać do ubikacji.
- Jeżeli chory ubiera się dziwacznie, niekompletnie i niedbale lub nie dba o higienę ciała i odzieży – pielęgniarstwo zobowiązane jest pomóc choremu przy myciu, ubieraniu. Należy wzbudzać zainteresowanie chorego jego własnym wyglądem.
- Nie należy śmiać się z urojeń chorego. Reagowanie śmiechem na urojenia chorego, świadczy o braku szacunku dla niego i niezrozumieniu jego przerażenia i rozpacz.
- Dopuszczalny jest śmiech z chorym, ale nie z chorego.
- Szanować prawo pacjenta do zachowania dystansu i autonomii.

W oddziale psychiatrycznym pacjent jest izolowany od ludzi zdrowych, co nie sprzyja kształtowaniu u niego umiejętności społecznych. Szpital psychiatryczny redukuje zakres doświadczeń społecznych, ogranicza możliwość dokonywania wyboru i podejmowania decyzji. Długotrwałe przebywanie w warunkach ograniczonej stymulacji społecznej nasila wycofanie się z życia, powoduje bierność i brak inicjatywy ze strony pacjenta.

1. Proces rehabilitacji osoby chorej na schizofrenię należy zacząć jak najwcześniej, od zainteresowania pacjenta własnym wyglądem i higieną osobistą, od zachęcania do udziału w zajęciach organizowanych na oddziale. Zajęcia powinny być proste, ale nie monotonne.

2. Pielęgniarka wzmacnia u pacjenta zachowania pożądane poprzez warunkowanie instrumentalne – natychmiastowe wzmocnienie pozytywne. Nagradzanie chorego (np. aprobatą) za przejawianie aktywności, podejmowanie współpracy, dbanie o higienę osobistą itp.
 3. Rehabilitacja chorych na schizofrenię obejmuje również trening umiejętności społecznych – np. w zakresie komunikowania się, trening werbalnych i niewerbalnych umiejętności radzenia sobie w kontaktach z innymi, np. trening asertywności.
 4. Trening umiejętności społecznych pomaga pacjentowi radzić sobie z sytuacjami krytycznymi.
 5. Obniżenie lęku: obserwacja pacjenta, okazywanie troski, empatii, uczenie radzenia sobie z symptomami psychotycznymi, stosowanie relaksacji, malarstwa i innych sposobów/technik redukcji stresu, zachęcanie do stopniowego osławiania się z sytuacją powodującą lęk.
 6. Obniżenie autyzmu: pielęgniarka przejawia empatię, zachęca i ułatwia nawiązanie kontaktu z innymi ludźmi, włącza chorego wspólnie z zespołem terapeutycznym do zajęć (terapia zajęciowa, wycieczki itp.), psychoterapia, muzykoterapia, relaksacja, rozpoznaje z chorym te aktywności i rozrywki, które poprzednio dawały mu satysfakcję i wspólnie z nim planuje regularne podejmowanie tych czynności, np. czytanie, spacer, malowanie, itp. W wyniku tych działań, chory nawiązuje kontakt z innymi ludźmi, mając mniejsze poczucie wyobcowania ze świata zewnętrznego.
 7. Efektywne komunikowanie się: okazanie choremu zainteresowania, akceptacji, empatii, uważne słuchanie chorego, utrzymywanie kontaktu wzrokowego z pacjentem, pielęgniarka mówi w pierwszej osobie, głosem spokojnym, zdaniami krótkimi, wyraża się jasno, konkretnie, zadaje pacjentowi pytania, jeśli nie rozumie, co chory czuje, myśli, koncentruje się na jednym temacie, poznaje punkt widzenia i potrzeby chorego.
 8. Niwelowanie symptomów psychotycznych: pielęgniarka uważnie słucha chorego mówiącego o swych przeżywanych urojeniach, okazuje mu zrozumienie, troskę, koncentruje się na uczuciach pacjenta, a nie na przekonaniach o prawdziwości doświadczanych przeżyć, uczy chorego strategii postępowania z psychotycznymi symptomami schizofrenii – zmiana poziomu pobudzenia poprzez ćwiczenia gimnastyczne, słuchanie muzyki, uczestniczenie w rozmowach, grach towarzyskich, ćwiczeniach relaksacyjnych, głównie oddechowych, zablokowanie uszu lub zamknięcie oczu, przeniesienie uwagi chorego, pozytywne mówienie o sobie, ignorowanie objawów, zaakceptowanie przez pacjenta objawów, których nie da się zredukować. Wynik działań pielęgniarstwa – chory nie wykazuje zaburzeń treści myślenia i spostrzegania lub są one mniej nasilone, występują rzadziej, chory ma poczucie rzeczywistości.
 9. Udział pielęgniarki w psychoterapii podtrzymującej.
 10. Udział pielęgniarki w psychoedukacji pacjenta i jego rodziny.
- O istnieniu u pacjenta urojeń i halucynacji pielęgniarka dowiadyuje się z wypowiedzi chorego i z obserwacji jego zachowania.
1. Zachowania pacjenta z halucynacjami wzrokowymi, czuciowymi:
 - wpatrywanie się w jeden punkt z charakterystycznym wyrazem twarzy (przerażenie, zachwyt), postawa nieruchoma,
 - strzepywanie z siebie, pościeli rzekomego robactwa,
 - zamykanie oczu,
 - chwytanie nieistniejących przedmiotów,
 - postawa nieruchoma.

2. Zachowania pacjenta z halucynacjami węchowymi:
 - wietrzenie pomieszczeń, uszczelnianie pomieszczeń,
 - zatykanie nosa,
 - wąchanie potraw, przedmiotów.
3. Zachowania pacjenta z halucynacjami słuchowymi:
 - przyjmowanie przez pacjenta postawy nasłuchującej,
 - chory rozmawia z kimś – jakby ze sobą,
 - zatyka uszy,
 - żywa mimika twarzy.
4. Zachowania pacjenta z omamami smakowymi, urojeniami trucia:
 - odmawia przyjmowania posiłków,
 - wypluwanie potraw,
 - częste płukanie ust po przyjęciu „podejrzanych” pokarmów,
 - domaga się specjalnych posiłków.

13.14. Opieka pielęgniarstwa wobec pacjenta z rozpoznaniem złośliwego zespołu neuroleptycznego

13.14.1. Charakterystyka zespołu

Zaliczany jest do rzadkich, lecz bardzo niebezpiecznych następstw leczenia neuroleptycznego.

W zespole tym wyróżnia się:

- objawy początkowe: drżenia i dyskinezy; wzmożenie napięcia mięśniowego typu rury ołowiowej lub plastycznego; silne podniecenie i lęk; zaburzenia vegetatywne: tachykardia, zaburzenia rytmu serca, niekiedy zlewne poty, ślinotok, chwilowe nadciśnienie tętnicze;
- pełny zespół: wybitna sztywność mięśniowa; stałe zaburzenia vegetatywne, zwykle po 2–9 dniach pojawia się wysoka gorączka (do 42°C), niekiedy występuje podniecenie, splątanie i przynglenie świadomości;
- okres końcowy: dochodzi do ciężkich powikłań, tj.: rozpadu mięśni poprzecznie prążkowanych, podwyższenia kinazy fosfokreatynowej, mioglobinurii, niewydolności nerek, zakrzepów wewnątrznaczyniowych z zatorami płuc i niewydolnością oddechową. Wskaźnik śmiertelności w pełnoobjawowym zespole wynosi ok. 20–30%.

Złośliwy zespół neuroleptyczny jest stanem zagrożenia życia, dlatego też bardzo ważna jest wśród personelu pielęgniarstwa psychiatrycznego znajomość jego objawów i umiejętność szybkiego rozpoznania.

13.14.2. Opieka pielęgniarstwa

Celem opieki pielęgniarstwa jest uzyskanie – w jak najkrótszym czasie – możliwie optymalnej normalizacji zaburzonych funkcji organizmu, zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa.

Działania pielęgniarские:

- Pielęgniarka dba o bezpieczeństwo pacjenta, uwzględniając jego stan.
- Zapewnia kompleksowy nadzór przez ciągłą obecność przy pacjencie.
- Pacjenta umieszcza w łóżku dostępnym ze wszystkich stron.
- Zabezpiecza i pielęgnuje wkłucie do żyły.
- Podejmuje zlecone działania diagnostyczne:
 - pobiera materiały do badań na zlecenie lekarza,
 - podaje odpowiednie leki na zlecenie lekarskie.
- Dokonuje częstego pomiaru RR, tętna, temperatury ciała; o wynikach niepokojących natychmiast informuje lekarza.
- Pilnie obserwuje oddech pacjenta, zapewnia drożność dróg oddechowych, układa pacjenta w pozycji bezpiecznej, aby poprawić wentylację płuc. W razie duszności podaje tlen.
- W stanie pobudzenia ruchowego pacjenta zabezpiecza przed urazami i upadkami z łóżka.
- Obserwuje pacjenta w kierunku zaburzeń świadomości i drgawek, posługuje się skalą Glasgow.
- Pielęgnuje jamę ustną, prowadzi bilans płynów.
- Zapobiega wysychaniu spojówek poprzez nakładanie gazików zwilżonych roztworem soli fizjologicznej.
- Ochronia przed otarciami, odleżynami poprzez utrzymywanie higieny, zmianę bielizny, odwracanie pacjenta na boki, nacieranie, oklepywanie.
- W przypadku wysokiej temperatury stosuje chłodne okłady.

13.15. Opieka pielęgniariska wobec pacjenta przejawiającego zachowania agresywne i gwałtowne

13.15.1. Agresja: reakcja na sytuację trudną, przejawianie wrogości

Wyróżnia się: agresję bierną, czynną; słowną, fizyczną; bezpośrednią, odroczoną; doraźną, przemieszczoną.

Agresja i przemoc występują najczęściej w tzw. zamkniętych oddziałach psychiatrycznych, w których leczeni są pacjenci w ostrych psychozach. Do czynników ryzyka zaliczane są: brak współpracy z personelem medycznym; wcześniejszy, znany fakt niszczenia własności lub fizyczny atak skierowany na inną osobę (mający miejsce do jednego miesiąca przed hospitalizacją); utrzymywanie się urojeń prześladowczych, wcześniejszy fizyczny atak w stosunku do innej osoby w trakcie obecnej hospitalizacji; nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych; brak zatrudnienia, bezdomność; podejrzenie lub stwierdzenie organicznego uszkodzenia mózgu, podejrzenie lub stwierdzenie obniżonego poziomu inteligencji; wcześniejszy wyrok sądu w związku z używaniem przemocy.

1. Cel opieki pielęgniarskiej:

- zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi i otoczeniu,
- zapobieganie zachowaniom niebezpiecznym u agresywnego pacjenta,

- kształtowanie zachowań samokontroli u pacjenta.
2. Podstawowe zasady kontaktu z pacjentem agresywnym.
- Pożądana jest umiejętność rozmowy i negocjacji.
 - Aby nie dopuścić do wyzwolenia agresji, personel powinien mówić normalnym tonem, poruszać się powoli, najlepiej siedzieć. Należy uszanować „przestrzeń osobistą” chorego, tzn. nie siadać zbyt blisko.
 - Odpowiedni kontakt z pacjentem agresywnym można łatwiej uzyskać, przestrzegając następujących zasad:
 - Zadbaj, aby wiedział, co się z nim dzieje i poznał otaczające go osoby. Nabiera to szczególnego znaczenia w przypadku upośledzenia odbioru procesu informacyjnego na skutek zatrucia lub choroby psychicznej. Informację trzeba czasem kilka razy powtarzać.
 - Zbliżaj się do pacjenta powoli, z kierunku, który nie wywoła u niego zaskoczenia lub poczucia zagrożenia, jeśli to tylko możliwe, podchodź z przodu, a nie od tyłu czy z boku.
 - Zwracając się do pacjenta, stój w odległości nie mniejszej niż 2 metry, tj. bądź poza zasięgiem ręki.
 - Mów wolno, jasno i śmiało. Musisz mówić wystarczająco głośno, żeby być dobrze słyszalnym, ale nie możesz krzyczeć.
 - Warto przyjąć postawę bierną, niezagrażającą. Chory powinien mieć czas na sformułowanie myśli, należy unikać przerywania jego wypowiedzi.
 - Trzymaj ręce w polu widzenia pacjenta i nie odwracaj się do niego plecami.
 - O ile to możliwe, dostosuj się do sposobu, w jaki chce rozmawiać pacjent, zamiast narzucać mu swój plan rozmowy.
 - Staraj się rozluźnić pacjenta, możesz to zrobić werbalnie lub za pomocą gestów.
 - Używaj języka potocznego, nie intelektualnego, wyrafinowane słownictwo może podkreślić dystans społeczny i nasilić uczucie niższości u pacjenta. Problem dobrego właściwego języka może okazać się kluczowy dla nawiązania kontaktu z chorym.
 - Nie należy wykorzystywać sytuacji umożliwiających wykazywanie przewagi fizycznej lub psychologicznej, czy władzy urzędowej. Pacjent powinien mieć możliwość dokonywania wyboru. Uczucie bezradności i odebranie prawa do decydowania o sobie może prowokować reakcje agresywne.
 - Staraj się utożsamić z odczuciami, dzielaj uczucia, które pacjent ujawnia w kontakcie z tobą. Bądź empatyczny.
 - Należy pamiętać, że obecność kobiety w pomieszczeniu, w którym prowadzi się rozmowę, może zmniejszyć obawy pacjenta przed atakami agresji ze strony męskiego personelu, może stanowić lepszy sposób zapobiegania rozładowaniu agresywnych impulsów pacjenta. Obecność rodziny lub przyjaciół może wywierać taki sam wpływ, lecz bywa, że ma wręcz przeciwne skutki.
 - Prowadząc rozmowy mogące doprowadzić do zachowań agresywnych, powinno się stosować, w miarę możliwości, wypracowane procedury, należy rozważyć, czy pojedyncze osoby z personelu powinny rozmawiać z chorym na osobności, czy w obecności osób trzecich. Decyzja zależy od tego, jak dobrze zna się pacjenta, i jakie tematy chce się poruszać w rozmowie.

- Należy pamiętać, że do zachowań agresywnych dochodzi często w sytuacjach, gdy choremu narzuca się ograniczenia, gdy odmawia mu się np.: wizyt, przepustek czy wolnych wyjść. Należy zadbać, by w takich przypadkach na wezwanie mogły stać się osoby pomocne w opanowaniu agresji chorego.
- W razie rozmowy z pacjentem w jego obecności nie rób notatek, jeśli to możliwe zrób je później.

13.15.2. Zasady organizacji otoczenia terapeutycznego w celu ograniczenia agresji

1. Warunki systemowe oddziału:

- Personel: odpowiednia liczba zatrudnionego personelu, jego fachowość tzn.: kwalifikacje zawodowe, doświadczenie, wyszkolenie i predyspozycje osobowościowe.
- Warunki lokalowe: pokoje obserwacyjne, izolatki, alarmy.
- Sposób rejestrowania agresji: np. skala „Obserwowania Przez Personel Agresji – SOAS,” skale „Pielęgniarskiej Oceny Pacjentów.” Są to proste kwestionariusze o wysokim stopniu rzetelności. Zaletą kwestionariuszy jest to, że wypełniając je, pielęgniarki utrwalały swoją wiedzę na temat każdego agresywnego pacjenta, a dokonując analizy przypadku, często zmieniają własne nastawienie do przemocy w oddziale.
- Opracowany standard postępowania z pacjentem agresywnym – co uporządkuje sposób postępowania personelu w sytuacji zagrożenia agresją, podniesie u pielęgniarek poziom wiedzy o problemie, dając większą pewność i umiejętność działania, a w końcowym efekcie poprawi jakość opieki pielęgniarskiej.

2. Wiedza i umiejętności personelu:

- Do identyfikacji przyczyn, cech i skutków agresji ze strony pacjenta.
- Dobra znajomość i przestrzeganie regulaminów i przepisów: dokładne poznanie przepisów dotyczących interwencji w przypadkach agresji ze strony pacjenta.
- Przestrzeganie przejrzystej procedury: każdy pracownik oddziału powinien wiedzieć, jak zachować się w przypadkach gróźb i/lub agresji.
- Regularne przeprowadzanie ćwiczeń radzenia sobie w przypadkach gróźb i/lub agresji: ćwiczenie powinno obejmować m.in.: sposób rozmawiania z pacjentami gniewnymi i wybuchowymi, podejście do pacjentów gniewnych i wybuchowych, przytrzymywanie agresywnych pacjentów, opisanie przez pracownika, co czuje, gdy jest przytrzymywany, informowanie, gdzie znajdują się środki zabezpieczające i jak się nimi posługiwać, instrukcja, co robić, gdy użycie środków zabezpieczających staje się konieczne, opisanie doznań, gdy się jest unieruchomionym.

Tego rodzaju regularne ćwiczenia praktyczne pozwalają pracownikom oddziału zdobyć doświadczenie metodą prób i błędów. Podczas rzeczywistych aktów agresji poziom lęku jest zbyt wysoki, by się doraźnie czegośkolwiek nauczyć. Szkolenie powinno obejmować również składanie raportów o agresji, groźbach i aktach przemocy. Istotne jest dokładne formułowanie sprawozdania z przebiegu całego zajścia. W razie konieczności należy dokonać oceny zastosowania środków przymusu bezpośredniego i stanu pacjenta w tym okresie.

Należy pamiętać, że im bardziej doświadczony jest pracownik, z tym większym opanowaniem zachowuje się w przypadkach rzeczywistej agresji. Podobna zasada odnosi się do stosowania środków zabezpieczających. Im więcej doświadczenia ma personel z ich stosowaniem, tym większe jest prawdopodobieństwo ich użycia w możliwie najłagodniejszy sposób.

3. Opieka pielęgniarska nad pacjentem agresywnym:

- Pielęgniarka właściwie ocenia sytuację niebezpiecznego zachowania się pacjenta.

- Chory agresywny powinien przebywać w atmosferze spokoju, bez hałasu i napięcia.
- W pracy pielęgniarki nie może być improwizacji, czynności pielęgniarstwa należy wykonywać bez chaosu i pośpiechu.
- Pielęgniarka nie może odbierać agresji słownej pacjenta jako hasła do obrony. Atak werbalny, słowa obraźliwe lub wulgarne pielęgniarka przyjmuje bez obrazy, ale bez aprobaty. Postawa neutralna, nie aprobująca uczy chorego nowych wzorów zachowań.
- Pielęgniarka traktuje pacjenta stanowczo, ale z okazaniem szacunku, stosownie do okoliczności.
- Pielęgniarka wie, że zawstydzanie, karanie i dezaprobata nasilają agresję, ponieważ umacniają u chorego poczucie odrzucenia, winy i poniżenia. Aby nie zwiększać agresji pacjenta, nie należy śmiać się z niego, ale można śmiać się razem z nim.
- Pielęgniarka unika rozkazywania, mówienia tonem autorytatywnym, nie znoszącym sprzeciwu, porównywania chorego ze spokojniejszymi pacjentami, grożenia mu. Zachowuje się w sposób opanowany, rozważny. Mówi do chorego tonem spokojnym. Wszelkie zachęty stosuje z taktem i umiarem. Pielęgniarka używa perswazji słownej.
- W fazie agresji zagrażającej otoczeniu, stosuje słowną interwencję z ukierunkowaniem na motyw ataku.
- Wolność pacjenta ogranicza się w ostateczności, gdy zagraża on sobie lub innym i wyłącznie na zlecenie lekarza (poza nagłymi wypadkami). Pielęgniarka informuje pacjenta o konieczności unieruchomienia.
- W przypadku unieruchomienia zakłada obowiązującą dokumentację, zapewnia pacjentowi bezpieczeństwo i stałą opiekę.

13.16. Opieka pielęgniarstwa wobec pacjenta z zaburzeniami świadomości

O losie chorych w ciężkich stanach majaczeniowych i stanach splątania decyduje opieka pielęgniarstwa. W przypadkach tych chory pozostaje w łóżku pod ciągłą opieką doświadczoną pielęgniarki. Jej obecność jest konieczna w dzień i w nocy.

- Pielęgniarka wielokrotnie przedstawia się choremu, który mógł zapomnieć, kim jest osoba opiekująca się nim.
- Pielęgniarka uprzedza chorego o wszystkich zabiegach przy nim wykonywanych tuż przed ich wykonaniem. Czynności przy łóżku pacjenta wykonuje cicho i bez pośpiechu.
- Pielęgniarka jak najczęściej uspokaja chorego, zapewnia go o bezpieczeństwie, koryguje błędną jego orientację, co do miejsca, czasu, jego osoby.
- Pielęgniarka dba, aby pokój, w którym pacjent przebywa był wieczorem dobrze oświetlony, a w nocy słabo podświetlony, żeby cienie przedmiotów nie wzmagaly niepokoju pacjenta.
- Pielęgniarka uwzględnia w swym kontakcie z chorym kontakt niewerbalny – słowa mogą nie docierać do świadomości pacjenta.
- W okresie ostrego stanu pielęgniarstwo ogranicza wszelkie zmiany do minimum – nie wskazana jest w tym okresie zmiana pielęgniarki, łóżka czy pokoju. Zmiany wzmagają niepokój i dezorientację pacjenta.
- Gdy chory jest pobudzony psychoruchowo – pielęgniarstwo zabezpiecza pacjenta przed urazami i wypadnięciem z łóżka. Usuwa z otoczenia przedmioty potencjalnie niebezpieczne dla chorego.

- Pielęgniarka, opiekując się pacjentem, dba, by nie dopuścić do odparzeń, odleżyn, notuje wypróżnienia pacjenta i częstość oddawania moczu.
- Należy zapobiegać zaparciom i nadmiernemu wypełnieniu pęcherza moczowego. Wypełniony pęcherz moczowy zwiększa niepokój ruchowy pacjenta. W zaparciach stosuje się (na zlecenie lekarskie) czopki glicerynowe, olej rycynowy, bisakodyl i lewatywy.
- Wskazane jest częste wykonywanie toalety jamy ustnej.
- Pielęgniarka, opiekująca się pacjentem w głębokim zaburzeniu świadomości, obserwuje pacjenta w kierunku objawów ubocznych leków psychotropowych, które pacjent przyjmuje w dużych dawkach.

PYTANIA

1. Na czy polega pielęgnacja chorego z zespołem maniakalnym i depresją?
2. Jakie problemy pielęgnacyjne uwzględnisz, planując opiekę nad chorym ze schizofrenią?
3. Jakie problemy pielęgnacyjne mogą pojawić się w opiece nad chorym ze złośliwym zespołem neuroleptycznym?
4. Jakie zasady uwzględnisz nawiązując kontakt z pacjentem agresywnym?
5. Jakie elementy opieki pielęgniarstwiej uwzględnisz, opiekując się chorym z zaburzeniami świadomości?

13.17. Udział pielęgniarki w procesie psychoedukacji chorego psychicznie i jego rodziny

Kontakt z rodziną należy nawiązać równocześnie z przyjęciem chorego do szpitala, ponieważ rodzina jako jego naturalne środowisko jest wiarygodnym źródłem informacji o nim, ponadto będzie ona kontynuować opiekę nad pacjentem po zakończonej hospitalizacji. Zależnie od zasobu wiedzy na temat choroby i społecznego wsparcia, rodzina może być najważniejszym członkiem w systemie „wczesnego ostrzegania” przed nawrotem choroby. Należy zatem udzielić jej właściwych informacji na temat choroby ich członka rodziny, tzn. informacji dotyczących: objawów choroby, sposobów leczenia, objawów ubocznych, objawów będących sygnałem ostrzegawczym nawrotu choroby, informacji na temat konieczności przestrzegania reżimu podczas przyjmowania leków, sposobów spędzania wolnego czasu, konieczności dalszego leczenia w warunkach domowych i ambulatoryjnych.

Bardzo istotne jest to, by rodzina nie odsunęła się od chorego, ponieważ może dla niego wiele zrobić. Z ich pomocą, zrozumieniem i wsparciem droga do wyzdrowienia staje się łatwiejsza.

Najczęstszymi problemami spotykanymi u pacjenta wypisywanego ze szpitala są:

- niezaradność życiowa, zapominanie o systematycznym przyjmowaniu leków, jak też częste bagatelizowanie kontynuowania leczenia psychotropowego,
- lęk przed akceptacją otoczenia,
- obawa przed niewłaściwym traktowaniem przez rodzinę i najbliższych,
- obawa przed nawrotem choroby,
- trudności w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych,
- smutek z powodu utraty „parasola ochronnego”, jakim dotychczas była całodobowa i całościowa opieka szpitalna.

13.17.1. Edukacja rodziny pacjenta z chorobą afektywną

Edukacja rodziny jest równie ważna jak edukacja zdrowotna pacjenta. Rodzina chorego z chorobą afektywną potrzebuje pomocy w zakresie: rzetelnej informacji na temat choroby, psychicznego wsparcia, a nawet pomocy socjalno-prawnej. Pielęgniarka powinna zatem poinformować rodzinę chorego o objawach rozwijającej się depresji, rodzących się myślach samobójczych, konieczności przestrzegania reżimu, zasadach przyjmowania leków, sposobach spędzania czasu. To wszystko poprawi sytuację zdrowotną chorego i zmniejszy dyskomfort otoczenia.

Jest bardzo ważne, aby krewni ze zrozumieniem uczestniczyli w terapii depresji. Problem choroby ich również dotyczy i oni także cierpią. Rodzina może nie rozpoznać właściwie depresji. Bliskim chorego ukazuje się ona jako uciążliwe lenistwo lub lęk przed pracą, ponieważ nie zdają oni sobie sprawy, że pierwotną przyczyną takiego zachowania jest stan psychiki. Często rodzina jest również przerażona wypowiedzianymi przez chorego urojeniami, ujawnianymi myślami samobójczymi. Jest bardzo ważne, aby krewni wiedzieli i rozumieli, że depresja nie jest kaprysem ani fantazją dotkniętych nią ludzi, lecz prawdziwą i przede wszystkim uleczalną chorobą. Problem chorego nie polega na tym, że nie chce pewnych rzeczy, ale na tym, że nie potrafi ich chcieć. Nie jest więc tak, że człowiek chory na depresję nie chce zmienić swojego zachowania, ale że w danym momencie nie potrafi go zmienić. Apelowanie rodziny, aby „wziąć się w garść” jest jedynie męką, ponieważ pacjent nie jest w stanie sprostać temu życzeniu. Zmiana zachowania nie jest przemyślana przez chorego decyzją, jest jedynie następstwem choroby. Chorzy męczą się, ponieważ mają świadomość, że nie są w stanie dać z siebie tego, czego otoczenie od nich żąda. Pielęgniarka informuje rodzinę, iż nie może ona ignorować wypowiedzianych przez chorego myśli o śmierci, beznadziejności życia, ponieważ treści te sprzyjają powzięciu postanowienia o samobójstwie. Uświadamia więc rodzinie, jakie są sygnały ostrzegawcze dla niej. Uprzedza ją również, że samobójstwo może być aktem spontanicznym, nie poprzedzonym wcześniejszymi symptomami. Rodzina powinna wiedzieć, że każde podejrzenie o myślach lub tendencjach samobójczych powinno być przekazane lekarzowi prowadzącemu.

Męczący i zagrażający członkom rodziny jest chory w okresie manii. Ostry epizod manii, którego rodzina była świadkiem w przeszłości, może ciążyć na późniejszych relacjach z chorym. W okresie remisji u tej osoby, rodzina może żyć w ciągłej niepewności i czujności.

Pielęgniarka udziela rodzinie informacji, jak chorego ochraniać przed zaostrzeniem choroby. Rodzina powinna:

- kontrolować, czy chory systematycznie zażywa leki, które skracają czas trwania depresji, a tym samym likwidują myśli samobójcze.
- zapobiegać gromadzeniu i przedawkowaniu leków przez chorego w celach samobójczych.
- wykluczyć dostęp chorego do potencjalnie zagrażających przedmiotów i urządzeń (noże, leki itp.).
- pozwolić i umożliwić choremu wyrażanie myśli samobójczych bez okazywania szoku i potępienia, okazywać zrozumienie dla jego przeżyć.

Pielęgniarka udziela rodzinie chorego maniakalnego informacji na temat zachowań pacjenta wymagających umieszczenia go w szpitalu. Są to następujące zachowania: utrzymująca się przez kilka dni bezsenność z równoczesnym pobudzeniem, zmianami nastroju, hulawczym trybem życia, bez poczucia krytycyzmu, zagrażające, agresywne, niebezpieczne zachowania chorego, nieodpowiedzialne, impulsywne decyzje lub działania prowadzące do ruiny finansowej, materialnej, urojenia, halucynacje.

Rodzina chorego w stanie maniakalnym musi być przygotowana na gwałtowne zmiany nastroju chorego od łagodnej euforii po maksymalne rozdrażnienie. Jeżeli pobudzenie osiąga szczyt i chory nie reaguje na żadne argumenty, należy go umieścić w szpitalu.

Pielęgniarka powinna również uzgodnić z rodziną chorego:

- plan postępowania dotyczący: leczenia farmakologicznego, trybu życia
- plan postępowania w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia chorego.

Informuje również rodzinę o funkcjonowaniu **grup wsparcia** dla rodzin chorych na choroby afektywne. Udziela rodzinie informacji, iż grupy te wymieniają między sobą informacje na temat leczenia, hospitalizacji, strategii radzenia sobie, pomocy prawnej i socjalnej. Członkowie podtrzymują się nawzajem w atmosferze zrozumienia i życzliwości.

13.17.2. Edukacja rodziny chorego na schizofrenię

Edukacja rodziny chorego na schizofrenię obejmuje: wyjaśnienie objawów i przyczyn choroby, wskazanie sposobów leczenia, wczesnych objawów ostrzegawczych nawrotu schizofrenii, udzielenie informacji, kiedy chory powinien znaleźć się w szpitalu psychiatrycznym, udzielenie informacji na temat poprawnego komunikowania się w rodzinie.

Psychoedukacja sprawia, że zmniejsza się lęk, następuje „oswojenie się” z chorobą, zaakceptowanie chorego takim, jakim jest. Rodzina i chory mówią swobodnie o objawach choroby, o jej przeżywaniu, o ograniczeniach, jakie z niej wynikają dla całej rodziny.

Celem psychoedukacji jest:

- pomaganie choremu i jego rodzinie zaakceptować przewlekłą lub nawracającą, w zasadzie nieuleczalną chorobę wraz z zaburzeniami nastroju, myślenia, aktywności i zachowania,
- pomaganie rodzinie w uświadomieniu sobie zmian, jakie nastąpiły w sposobie spostrzegania pacjenta oraz w demonstrowaniu wobec niego postaw, spowodowanych jego chorobą,
- wyjaśnianie przyczyn, objawów, konsekwencji choroby,
- uświadomienie znaczenia długoterminowej obserwacji, systematycznej kontroli lekarskiej oraz odpowiednio wczesnego rozpoczęcia leczenia w fazie zaostrzenia choroby,
- odróżnienie skutków ubocznych leczenia od objawów choroby.

Psychoedukacja rodziny powoduje, że rodzina może zacząć radzić sobie z kłopotami i konfliktami związanymi ze zmianą trybu życia, z poczuciem winy lub wstydu. Następuje umocnienie więzi rodzinnych, zanika poczucie bezradności i osamotnienia, co wpływa korzystnie na chorego, dając mu poczucie bezpieczeństwa. Włączenie do procesu leczenia rodziny chorego zwiększa skuteczność tego procesu. Uważa się, że im większa świadomość choroby i sensu leczenia, tym lepsze jego efekty. Psychoterapia jest więc formą terapii psychospołecznej, w trakcie której chory i jego rodzina poznaje swoją chorobę i sposoby radzenia sobie z nią.

PYTANIA

1. Jakie elementy edukacyjne przekażesz rodzinie chorego na chorobę afektywną?
2. Jakie informacje psychoedukacyjne przekażesz rodzinie chorego na schizofrenię?
3. Dlaczego tak ważne jest włączenie w proces leczenia rodziny chorego z zaburzeniami psychicznymi?

PIŚMIENNICTWO

- [1] *Barbaro B., Ostoja-Zawadzka K.*: Możesz pomóc. Poradnik dla rodzin pacjentów chorych na schizofrenię, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1992.
- [2] *Ekdawi M., Conning A.*: Rehabilitacja psychiatryczna – praktyczny przewodnik, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995.
- [3] *Kimak K.*: Zbiór standardów przyjęcia, opieki, socjalizacji i wypisu chorego ze szpitala psychiatrycznego., Wydawnictwo Czelej Sp z o.o., Lublin 2002.
- [4] *Koniecznańska Z., Stańczak T.*: Terapia zajęciowa w psychiatrii, Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1989.
- [5] *Koślacz A.*: Psychiatria kliniczna i pielęgniarstwo psychiatryczne, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1980.
- [6] *Matysiak-Stempniak E.*: A B C wiedzy dla pielęgniarek o agresji w instytucjach psychiatrycznych, Warszawa Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1997.
- [7] *Matysiak-Stempniak E.*: Pacjent agresywny a system organizacyjny szpitala. PTP, Biuletyn nr 19, Katowice 1997.
- [8] *Meder J.*: Aktywny udział pacjentów w leczeniu farmakologicznym, Warszawa Fundacja IPN, Warszawa 1995.
- [9] *Meder J.*: Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie, Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.
- [10] *Motyka M.*: Pielęgnowanie, a pomoc psychiczna w chorobie, Warszawa Centrum Edukacji Medycznej Warszawa 1999.
- [11] *Mueser K.T., Gingerich S.*: Życie ze schizofrenią. Poradnik dla rodzin, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 1996.
- [12] *Organon N.V.*: Depresja jest uleczalna. Broszura dla pacjentów i ich rodzin, Warszawa.
- [13] *Payne D., Clunn P.A.*: Pielęgniarstwo w psychiatrii, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1990.
- [14] *Pease A.*: Mowa ciała. Jak odczytywać myśli innych ludzi z ich gestów? Wydawnictwo Jedność, Kielce 2001.
- [15] *Ugniewska C.*: Pielęgniarstwo psychiatryczne i neurologiczne, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.
- [16] *Taflński T.*: Leczenie schizofrenii – informator dla rodzin pacjentów nr 2. Program edukacyjny Future Care firmy Janssen-Cilag dla pacjentów chorych na schizofrenię i ich rodzin. Agencja Reklamowo-Wydawnicza Arkadiusz Grzegorzczak, Warszawa 2001.
- [17] *Townsend M.C.*: Nursing Diagnoses in Psychiatric Nursing. A pocket Guide For Care Plan Construction., F.A. DAVIS COMPANY, Philadelphia 1994.
- [18] *Wilczek-Rużyczka E.*: Empatia i jej rozwój u osób pomagających, Kraków Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.

14. Specyfika relacji pielęgniarki z pacjentem chorym psychicznie

Zdzisława Pilarz

[...] w psychiatrii głównym instrumentem zarówno badawczym, jak i leczniczym jest i pozostanie człowiek

A. Kępiński

Praktyka pielęgniarska obejmuje dwa podstawowe aspekty: wysoko specjalistyczną wiedzę opartą na obiektywnych, naukowych standardach i procedurach oraz indywidualną umiejętność bycia gotowym do osobistego kontaktu z cierpiącym człowiekiem. Pielęgniarka psychiatryczna dodatkowo łączy w swoim działaniu rygor i precyzję obowiązujących ją sposobów działania z empatią i subiektywnym przeżywaniem kontaktu z człowiekiem psychicznie zaburzonym lub zdezorganizowanym. Tym, co decyduje o specyfice jej zadań jest założenie, że powinna być przede wszystkim „instrumentem terapeutycznym”. Oznacza to oczekiwanie, że każda interakcja profesjonalnej pielęgniarki z pacjentem jest kontaktem terapeutycznym. Poprzez ten kontakt pacjent nie tylko otrzymuje opiekę, ale przede wszystkim ma możliwość leczenia swoich problemów w postrzeganiu świata, komunikowaniu się i budowaniu bezpiecznych więzi uczuciowych z ludźmi. To niezwykle wysoko postawione wymaganie narzuca konieczność szkolenia przyszłej pielęgniarki nie tylko w zakresie wiedzy o chorobach, procedurach i technikach związanych z nowoczesnym leczeniem. Dotyczy także szerokiego zakresu jej umiejętności budowania osobistych relacji interpersonalnych z człowiekiem chorym psychicznie, tak by nie powielać jego wzorców patologicznych, a jednocześnie zapewnić mu poczucie bezpieczeństwa i akceptacji.

14.1. Model relacji międzyludzkich w pielęgniarstwie

Rozwój pielęgniarstwa, podobnie jak każdej dziedziny wiedzy, oparty jest na stałym tworzeniu i doskonaleniu specyficznych modeli koncepcyjnych. Wyrażają one z jednej strony poglądy i idee związane z daną dyscypliną, z drugiej ukierunkowują edukację i dalsze badania naukowe. Przede wszystkim zaś stanowią racjonalną podstawę dla profesjonalnej praktyki i optymalnego wykorzystania wiedzy specjalistycznej. Sposób sprawowania przez pielęgniarkę opieki jest ściśle związany z teorią pielęgnowania.

W pielęgniarstwie psychiatrycznym szczególnie ważne miejsce przypada modelowi relacji międzyludzkich Hildegardy Peplau. Teoria ta, po raz pierwszy opublikowana w 1952 r., stale rozwijana, szczególne znaczenie uzyskała w latach dziewięćdziesiątych, w leczeniu osób psychicznie chorych. Merytorycznie była oparta na pracach psychologicznych H.S. Sullivana i E. Fromma. Centralne miejsce zajmuje w niej zrozumienie, stworzenie i wykorzystanie relacji terapeutycznych między pacjentem i pielęgniarką. Jej szczególna adekwatność w pielęgniarstwie psychiatrycznym wynika z faktu, że pacjent psychiatryczny, poprzez swoją „podatność na zranienie” w relacjach interpersonalnych jest szczególnie zależny od relacji z innymi osobami, także z personelem pielęgniarskim. Peplau opisuje pielęgnowanie jako proces terapeu-

tyczny, mający swoje fazy, oparty na konkretnych rolach, które pielęgniarka podejmuje. Pogłębione zrozumienie doświadczenia chorego wymaga znajomości jego potrzeb, przeżywanych lęków, frustracji i konfliktów. Doznania chorobowe niszczą relacje interpersonalne. Opieka nad chorym musi pomagać je odbudować. Poprzez zaplanowanie odpowiednich sposobów postępowania pacjent ma szansę nauczenia się umiejętności nawiązywania i utrzymywania zdrowych relacji z innymi. Proces ten opiera się na dobrej komunikacji umożliwiającej wzajemne zrozumienie. Pielęgniarka, świadoma także symbolicznego znaczenia zarówno komunikatów werbalnych, jak i pozawerbalnych, może podjąć w środowisku takie działania, które zmniejszą lęk pacjenta i pozwolą mu lepiej rozeznąć własne potrzeby. Pacjent poznaje siebie, uczy się zaufania do innych, współdziałania z nimi i konstruktywnego radzenia sobie z problemami dzięki korektywnym relacjom interpersonalnym. Kontakt z pielęgniarką, celowo przez nią kształtowany, staje się „narzędziem terapeutycznym”. Dzięki odpowiednim strategiom postępowania, opartym na empatii i racjonalnej kontroli konfliktów i frustracji, można uczyć pacjenta zachowań konstruktywnych, poddanych autokontroli, a jednocześnie odbudowywać zaufanie do drugiego człowieka. W efekcie pielęgniarka poprzez jasne, wspierające porozumiewanie się, umożliwia człowiekowi choremu psychicznie ponowne realistyczne przyjmowanie rzeczywistości.

Uzyskiwane wyniki zależą w znacznym stopniu od poziomu dojrzałości i możliwości rozwojowych zarówno osobowości pacjenta, jak i pielęgniarki. Wymaga to stałej pracy nad sobą. Aby pomóc pacjentowi zidentyfikować źródła napięcia i nauczyć go radzenia sobie w sytuacjach konfliktowych z frustracją i lękiem, pielęgniarka musi stale rozwijać własną umiejętność kontroli zachowania i sposobów radzenia sobie z emocjami. Dlatego w modelu Peplau efektywne pielęgnowanie to stały rozwój i nauka dla obu uczestników relacji.

14.2. Fazy relacji pacjent – pielęgniarka

Hildegarda Peplau opisała relacje z pacjentem jako proces składający się z czterech faz powiązanych ze sobą i nawzajem się przenikających. Ich dynamika jest kształtowana przez zmieniające się oczekiwania pacjenta i jego możliwości korzystania z oferowanej mu pomocy. Świadomość tych zależności ułatwia pielęgniarce współpracę z pacjentem i odpowiednie stopniowanie zarówno wsparcia udzielanego pacjentowi, jak i poziomu trudności stawianych pacjentowi zadań terapeutycznych.

Faza orientacji jest związana z poczuciem niepewności, zagubienia i potrzebą pomocy odczuwanymi przez człowieka w momencie zachorowania. Własne ograniczenia i konieczność przyjęcia przez chorego roli pacjenta sprawiają, że doświadcza on wielu uczuć, z którymi nie tylko nie umie sobie poradzić, ale także, których nie rozumie lub nie dopuszcza do świadomości. Pierwszym zadaniem pielęgniarki jest ułatwić pacjentowi orientację w jego zmienionej przez chorobę sytuacji. Wymaga to szybkiego rozeznania przez pielęgniarkę, co dla danej osoby jest teraz najważniejsze, co jest niezrozumiałe i od czego zależy jej poczucie bezpieczeństwa. Od początku kontaktu rozwiązanie rozpoznanego problemu jest podejmowane wspólnie z pacjentem, ewentualnie także z jego rodziną. Każdorazowo pielęgniarka musi decydować, ile i jakich wyjaśnień udzielić pacjentowi oraz jak je przekazać, aby zostały zrozumiane i przyjęte. Podstawą tych decyzji jest uważna obserwacja zachowania pacjenta, a przede wszystkim słuchanie tego, co i jak mówi. O co pyta, w jaki sposób udziela odpowiedzi, jak rozmawia z innymi osobami? Czy przekazuje swoje uczucia słowami, czy raczej pozawerbalnie, a może wymaga zachęcenia do ich wyrażenia? Proces orientacji powinien przebiegać tak, aby budził akceptację i zaufanie do pielęgniarki. Pod koniec tej fazy pielęgniarka staje się dla pacjenta autorytetem, ale nie ze względu na swoją „władzę” czy stanowisko, ale ze względu na jego osobiste poczucie, że może liczyć na pomoc tej osoby teraz i w przyszłości.

Następna faza identyfikacji pozwala pacjentowi na przejście od poczucia bezsilności i bezradności do spontanicznego oraz samodzielnego zaspokajania swoich podstawowych potrzeb. W fazie tej niezbędna jest emocjonalna dojrzałość pielęgniarki i świadomość własnych uczuć.

Choroba jest z reguły przyjmowana jako zagrożenie nie tylko ze względu na ból, specyficzne objawy czy ewentualne groźne dla życia następstwa. Stan taki obniża poczucie własnej wartości, siły, godności i zaufania do siebie samego. Uczucia te mogą i powinny być minimalizowane przez kogoś, kto o nich wie, rozumie je i potrafi pomóc. Peplau rozpoznała trzy rodzaje zachowań pacjentów typowych dla tej fazy:

- 1) bezradność i pełna zależność,
- 2) pozorna niezależność, izolowanie się od personelu,
- 3) partycypowanie i współdziałanie.

Wybór zachowania dokonuje się często automatycznie, jakby poza wolą pacjenta. Nie jest determinowany jedynie poziomem zaawansowania choroby lub nasileniem jej objawów. Decydujące są wcześniejsze doświadczenia pacjenta w relacjach z ważnymi dla siebie osobami. Pacjent łatwiej identyfikuje się z pielęgniarkami, które postrzega jako podobne do tych osób. Przypisuje im podobne intencje i uczucia, zarówno pozytywne jak i negatywne. Rozpoznanie przez pielęgniarkę tej nieadekwatności uczuciowej umożliwia jej podjęcie starań przełamujących stereotypy pacjenta. Pozwala to nie tylko utrzymać realny dojrzały poziom relacji, ale także uświadomić pacjentowi jego nieświadome, a więc i niepoddające się dotychczas kontroli nawyki behawioralne i emocjonalne.

Dzięki temu relacja z pielęgniarką przechodzi do fazy eksploracji. Pacjent osiąga pełną zdolność do korzystania z pomocy, jaką mu oferuje służba zdrowia. Może pogłębiać swoją wiedzę o chorobie poprzez korzystanie zarówno z bezpośredniego kontaktu, jak i z broszur czy informatorów. Na tym etapie nawet szczegółowe informacje nie grożą nasileniem lęku pacjenta, lecz wspierają jego racjonalne zachowania adaptacyjne. Pacjent często podejmuje samodzielne inicjatywy i aktywności, wykazuje większą odpowiedzialność za własne zachowanie, ale stawia też personelowi wymagania i żądania. Nie pozwoli „się zbyć” lapidarnymi ogólnikami. Zadanie pielęgniarki polega na byciu dostępnym do rozmów, klaryfikowaniu, (ale nie definiowaniu) pacjentowi jego sytuacji, unikaniu oceniania dokonywanych wyborów i wspieraniu konstruktywnych działań. W efekcie pacjent powraca stopniowo do swoich zadań i ról życiowych, nie tylko niezłamany przez chorobę, ale często wzmocniony dzięki poradzeniu sobie z nią. Jeśli w stanie zdrowia pacjenta następuje w tej fazie pogorszenie, to podstawowym zadaniem dla pielęgniarki jest zapewnienie pacjentowi wsparcia poprzez umożliwienie mu wyrażenia wszystkich trudnych uczuć, których doświadcza. Najważniejszą zaś umiejętnością jest zachowanie optymizmu, otwartości i empatii.

Faza rozwiązania kończy czas zależności i powiązań pacjenta z pielęgniarką. Pacjent wraca do domu, do swojego zwykłego trybu życia. Nie zawsze faza ta przebiega równolegle z rozwiązaniem jego problemów zdrowotnych. Czasem pacjent powraca wielokrotnie do oddziału lub poradni mimo braku istotnego powodu. Świadczy to o trwającej zależności psychicznej. Czasem też ujawnia głębiej istniejące problemy związane z budowaniem przez pacjenta swoich relacji interpersonalnych. Pielęgniarka może także odczuwać niepokój związany z zakończeniem pomocy pacjentowi. Może on wynikać z niepewności, czy pacjent sobie poradzi sam lub z nadmiernej odpowiedzialności za dalsze jego losy. Może wreszcie być sygnałem problemów interpersonalnych samej pielęgniarki. Przydatne jest każdorazowe analizowanie własnych uczuć i poszukiwanie ich zrozumienia. Z czasem pielęgniarka będzie potrafiła rozróżnić te zachowania i uczucia a ich znajomość pomoże jej w sprawowaniu opieki.

14.3. Role pielęgniarki wobec pacjenta

Różnorodność oczekiwań i zadań zlecanych pielęgniarce oraz indywidualne różnice potrzeb pacjentów decydują, że w swojej praktyce podejmuje ona rozmaite role. W literaturze specjalistycznej znajdziemy liczne i szczegółowe opisy funkcji, działań i zachowań pielęgniarki w najrozmaitszych sytuacjach zawodowych. Zwykle są one zdeterminowane i podporządkowane wymaganiom dotyczącym efektywności organizacji pracy oraz tzw. optymalizacji kosztów leczenia i opieki. Ze względu na swój modelowy charakter nie uwzględniają indywidualnych cech ani pacjenta, ani pielęgniarki. Dlatego przypominają raczej instrukcje obsługi lub algorytmy programowania niż sposoby opieki sprawowanej przez człowieka nad człowiekiem. Rosnąca liczba specjalistycznej aparatury używanej w codziennej pracy pielęgniarki także sprzyja postępującej dehumanizacji kontaktu z pacjentem i pogłębia pomieszczenie przedmiotu oraz podmiotu w praktyce pielęgniarstwa.

Dlatego warto w tym miejscu skupić się na rolach pełnionych wobec pacjenta, podejmowanych ze względu na jego oczekiwania i potrzeby.

Pierwszą rolą w kontakcie z pacjentem jest rola „obcego”. Obcy to ten, kogo pacjent nie zna, nie wie, co ma z nim wspólnego i czego może od niego oczekiwać. Spotykając nową pielęgniarkę pacjent szuka odpowiedzi, jaka ona jest, czego ode mnie będzie chciała, jak mnie będzie traktować. Takie pytania nasuwają się także pielęgniarce – ona też jest człowiekiem i potrzebuje czasu na adaptację, poczucie bezpieczeństwa i gotowość do kontaktu. Ze względu na swoje doświadczenie zawodowe i dojrzałość emocjonalną może ona adaptować się szybciej i pomóc w tym pacjentowi. Od tego zależy jego gotowość do współpracy i poczucie bezpieczeństwa, a także poziom zaufania i autorytet pielęgniarki. Zasadami, które to ułatwiają są: akceptowanie pacjenta i wyraźne okazywanie mu tego oraz traktowanie go jako partnera o równych siłach emocjonalnych do czasu aż ewentualnie okaże się, że tak nie jest. Pozwala to zmniejszyć lęk pacjenta i zachować mu maksimum poczucia własnej wartości. W praktyce często pacjent zachowuje się wobec pielęgniarki stereotypowo, przypisując jej automatycznie swoje wcześniejsze doświadczenia ze służbą zdrowia. Na pielęgniarce ciąży zadanie takiego zachowywania się, aby mogła mieć wpływ na zmianę tego stereotypu. Od momentu powitania z pacjentem pielęgniarka wybiera zachowania, które będą pomagały dostosować się pacjentowi do sytuacji. Od początku powinna zatem prezentować się jako życzliwa pacjentowi, kompetentna w swoim zakresie obowiązków profesjonalistka, a nie np. jako jedynie wykonawczyni zleceń lekarza lub – co gorsze – jakiejś abstrakcyjnej „góry” (ordynatora, dyrekcji, funduszu, itp.).

Drugą rolą jest rola zastępcy. Jest ona nie tyle podejmowana, co narzucana pielęgniarce przez chorego. Pacjenci często przypisują pielęgniarkom role podobne do kogoś, kogo znali wcześniej w podobnych do aktualnej sytuacjach, np. matki, siostry, szefa. Mają ukształtowane swoje uczucia, postawy i oczekiwania wobec tych osób i mniej lub bardziej świadomie przenoszą je na pielęgniarkę. Mogą być związane zarówno z pozytywnymi (ktoś ważny, kochający, cierpliwy) jak i negatywnymi ocenami (ktoś interesowny, odrzucający, zaniedbujący). Przypisywanie takich schematycznych atrybutów pielęgniarce utrudnia lub nawet uniemożliwia kształtowanie relacji terapeutycznej, gdyż pacjent nie przyjmuje realnego obrazu osoby, rzeczywistego kontaktu z nią, a tym samym traci możliwość uzyskania pomocy w dostępnych ramach. Często ten psychologiczny proces staje się też przyczyną frustracji i rozczarowania pacjenta pielęgniarką – realna osoba nigdy nie jest tak doskonała jak wyobrażony ideał. Zatem – gdy pielęgniarka dowiaduje się, że kogoś pacjentowi przypomina, powinna podjąć starania, aby uświadomić mu także istniejące – oprócz podobieństw – różnice, jakie ją cechują. Pielęgniarka powinna okazywać zrozumienie, ciepło i akceptację wobec pacjenta i jego pragnień. Równocześnie jednak musi unikać zwrotów i zachowań używanych przez mamę, dziecko czy brata. Mimo, że początkowo mogą one budować poczucie bliskości i bezpieczeństwa, to w całym procesie pielęgnacji utrudniają pacjentowi tworzenie dojrzałych mechanizmów radzenia sobie z chorobą i jej skutkami. Należy też pamiętać, że role zastępcze wynika-

ją z niezaspokojenia potrzeb psychicznych pacjenta. Jeśli pielęgniarka jest tego świadoma, to potrafi te potrzeby rozpoznać i zapewnić taką pomoc, jakiej pacjent istotnie w danej chwili potrzebuje.

Następną rolą podejmowaną przez pielęgniarkę wobec pacjenta jest rola informatora. Dotyczy ona wszystkich sytuacji, gdy pacjent korzysta z informacji dostarczanych przez pielęgniarkę. Najczęściej informacje te dotyczą przebiegu leczenia, możliwości uzyskania pomocy, interpretacji uzyskanych zaleceń lub wykonywania różnych zabiegów. Pielęgniarka jest także źródłem informacji dla rodziny i bliskich, dotyczących zarówno samej choroby, jak i możliwości udzielenia przez nich pomocy pacjentowi. Czasem pacjent zwraca się też z pytaniami dotyczącymi zasadności otrzymywania określonych leków czy prawidłowości prowadzonego leczenia. W przypadku pacjentów psychiatrycznych świadczyć to może nie tylko o braku zaufania do lekarza, ale także o braku poczucia choroby czy nawet być swoistym testem chorego dla pielęgniarki – po czyjej jest stronie – mojej czy „ich”. Dla pielęgniarki ocena tych kwestii jest trudna i wymaga przemyślenia, a czasem konsultacji z całym zespołem terapeutycznym. Zawsze odpowiedź na te pytania powinna zawierać wyraźne rozdzielenie tego, co jest informacją obiektywną, wynikającą z wiedzy pielęgniarki, a co jest jej subiektywną oceną. Należy też pamiętać, że nie zawsze uzyskanie gotowej, obszernej odpowiedzi jest dla pacjenta korzystne – może ograniczyć jego motywację do formułowania samodzielnych wniosków i zmniejszać jego gotowość uczenia się. Nie zawsze też pacjent, który zwraca się do pielęgniarki z pytaniem oczekuje wyjaśnienia. Często jest to ukryta prośba o opiekę, zwrócenie na siebie uwagi lub po prostu pretekst do kontaktu i rozmowy. Może być też sygnałem lęku pacjenta i poczucia bezradności. Dlatego tak ważna jest dla pielęgniarki umiejętność słuchania i odczytywania komunikatów, także pozawerbalnych. Od właściwego zrozumienia intencji pytającego będzie zależała trafność udzielonej odpowiedzi. Najbardziej precyzyjna i kompetentna informacja nie zadowoli pacjenta, jeśli ten – pytając – nie o wiedzę pielęgniarki pyta.

Kolejną rolą pełnioną wobec pacjenta przez pielęgniarkę jest rola nauczyciela. Jej istota dotyczy zapewnienia pacjentowi pomocy w konstruktywnym uczeniu się nowych zachowań i sposobów radzenia sobie. Podobnie jak nauczyciel, musi uwzględniać wcześniejszą wiedzę pacjenta, jego zainteresowania oraz możliwości adekwatnego zrozumienia. Uczenie pacjenta dotyczy nie tylko wiedzy medycznej. Znacznie częściej pielęgniarka uczy sposobu radzenia sobie z chorobą, stratą, bólem czy ograniczeniami w dotychczasowym stylu życia. Poprzez kontakt modeluje także radzenie sobie z napięciem emocjonalnym, lękiem, osamotnieniem czy złością. Metodą zalecaną jest wspólne rozwiązywanie doświadczanych przez pacjenta problemów. Pokazywanie innych, zdrowszych, bardziej adaptacyjnych sposobów działania w aktualnej sytuacji przygotowuje pacjenta do radzenia sobie inaczej niż dotychczas także w innych obszarach jego życia. Często wsparcie, którego chory dzięki pielęgniarence ma możliwość doświadczyć, pozwala mu na podjęcie zmian, na które wcześniej nie mógł się odważyć. Jeśli pochodzi z dysfunkcyjnego środowiska, to choroba staje się szansą na nauczenie się innych, lepszych sposobów bycia z ludźmi i osiągania swoich celów. Codzienny kontakt z pielęgniarką, możliwość obserwowania jej reakcji na siebie i innych, uczenie się od niej konstruktywnego działania pozwala spróbować pacjentowi wprowadzać zmiany także w swoim życiu. W pełnieniu tej roli pomaga nie tylko to, co pielęgniarka wie i umie, ale przede wszystkim to, jaka jest.

Wreszcie rola najtrudniejsza i najważniejsza – rola doradcy. Pielęgniarka podejmuje ją w trudnych dla pacjenta chwilach, aby ułatwić mu przeżywanie doświadczeń niezbędnych w przebiegu wewnętrznej odnowy. Ma pomóc pacjentowi w zrozumieniu i zapamiętaniu tego, co się z nim dzieje, w wyciąganiu wniosków i promowaniu powrotu do zdrowia. Jest to proces złożony. Początkowo pacjent ma tylko niejasne odczucia, impresje, że coś musi się zmienić. Zadaniem pielęgniarki jest ułatwienie mu jasnego określenia problemu oraz jego zaakceptowanie, aby była możliwa dalsza praca nad jego rozwiązaniem. Odkrywając coraz to nowe trudności i uświadamiając sobie własne emocje, pacjent uzyskuje możliwość spojrzenia na

własne problemy z całkiem nowej perspektywy i uczenia się na podstawie własnych doświadczeń. Zadaniem doradcy jest takie udzielanie pomocy, aby zainicjować a następnie pogłębić rozumienie przeżywanych przez chorego uczuć i zapobiec ich ewentualnemu stłumieniu, wyparciu lub odwróceniu od nich uwagi. Ma to szczególne znaczenie, gdy doświadczenia przeżywane przez pacjenta są bardzo trudne, np. gdy dowiaduje się, że jego choroba jest przewlekła i znacznie zmieni jego możliwości realizowania dotychczasowych celów życiowych. Pielęgniarka może, wykorzystując swoje możliwości wprowadzania zmian w otoczeniu i w sytuacji, z którymi styka się chory, wywoływać takie jego reakcje, które ułatwią mu uczenie się. Pielęgniarka-doradca nie tylko pomaga zaspokoić potrzeby, których pacjent wcześniej zaspokoić nie potrafił, ale umożliwia mu osiągnięcie z tego powodu satysfakcji. Wymaga to gruntownego profesjonalnego przygotowania w zakresie gromadzenia i interpretacji faktów, umiejętności słuchania i obserwowania oraz technik prowadzenia rozmowy. Doradca nie moralizuje, nie jest dyrektywny, pozwala pacjentowi samemu krok po kroku dokonywać odkryć o sobie samym. Jest to rola najpełniej wyrażająca psychoterapeutyczny aspekt pielęgniarstwa. Bo – jak pisze H. Peplau w swojej definicji z 1988 r. – *Pielęgowanie to znaczący, terapeutyczny proces interpersonalny (...); to czynnik kształcący, dojrzała siła, której celem jest promowanie rozwoju osobowości w kierunku twórczego konstruktywnego i produktywnego życia poszczególnych osób oraz społeczności.*

14.4. Błędne postawy wobec pacjenta z zaburzeniami psychicznymi

Wybitny polski psychiatra, Antoni Kępiński, zwracając uwagę na swoistość badania psychiatrycznego opisał trzy typy błędnego stosunku do pacjenta. Chociaż opis ten dotyczył lekarza psychiatry, to błędy te można – niestety – nadal zaobserwować także w pracy pielęgniarek. Są to trzy niedopuszczalne w relacji z chorym człowiekiem postawy: przedmiotowego traktowania, maski i sędziego.

Błąd traktowania człowieka jako przedmiotu polega na traktowaniu pacjenta jak biernego uczestnika leczenia. Jest poddawany różnym badaniom, zabiegom, treningom – jakby był automatem. Nawet mówi się przy nim o nim w trzeciej osobie, jakby nie był w stanie rozumieć języka. Jego zdanie się nie liczy, jego opinii nie uwzględnia i pozbawia się go prawa do decydowania o sobie i swoich potrzebach. Towarzyszy temu tworzenie regulaminów oddziałowych przypominających raczej instrukcje opieki nad zwierzętami laboratoryjnymi (pobudka, toaleta, karmienie, zabiegi, etc.) niż ramy dla optymalnego funkcjonowania grupy ludzi. Wszystko to pod pretekstem, że przecież to „chory” i personel lepiej od niego wie, co jest dla niego dobre. Oczywiście, w takich warunkach relacja pielęgniarki z chorym jest relacją skośną, jedna strona ma władzę, druga musi się jej podporządkować. Nie ma miejsca na partnerstwo i empatię.

Tymczasem postawa taka nie tylko jest antyhumanistyczna, lecz także głęboko nieefektywna. Przedmiotowe traktowanie nasila patologiczne objawy, prowokuje opór i agresję, przedłuża czas leczenia, dostarcza dodatkowego cierpienia choremu i uniemożliwia terapeutyczne zmiany. Często pacjent traci zaufanie nie tylko do konkretnych osób z personelu, ale w ogóle do pomocy medycznej i stosowanego leczenia. W skali społecznej bywa jednym ze źródeł lęku przed psychiatrią, kojarzoną raczej ze środkami przymusu i kontroli niż z efektywnym leczeniem.

Bez poziomej płaszczyzny kontaktu terapeuty nie jest w stanie poznać stanu psychicznego drugiego człowieka, a tym samym nie ma możliwości przeprowadzenia ani pełnej diagnozy, ani trafnego leczenia. Nie oznacza to zacierania różnic między chorym i personelem, ani tym bardziej prawa personelu do wyżalania się pacjentowi na własne problemy czy dolegliwości. Zadania pielęgniarstwa powinny być jednak realizowane w kontekście spotkania dwóch osób i z wzajemnym poszanowaniem dla subiektywności ich doświadczania sytuacji.

Częstą przyczyną występowania przedmiotowego stosunku do pacjenta jest wypalenie zawodowe pielęgniarek spowodowane złą organizacją pracy. Przewlekły stres zawodowy może być spowodowany przeciążeniem obowiązkami, niejasną strukturą podejmowania decyzji, brakiem obiektywnych kryteriów oceny i wyceny świadczonych usług, nieformalnymi układami decydującymi o awansie. Powoduje brak satysfakcji zawodowej i pojawienie się objawów emocjonalnego wycofania a w efekcie unikanie osobistego zaangażowania i przedmiotowy stosunek do pacjenta. Pielęgniarstwo jest nadal jednym z zawodów najbardziej narażonych na to zjawisko.

Błąd maski polega na zastępowaniu własnego sposobu bycia i reagowania sztuczną, fasadową postawą, niedopasowaną ani do konkretnego pacjenta, ani do własnego samopoczucia. Często jest to rutynowy zestaw min i uśmiechów, wyuczony jak rola i standardowo stosowany wobec wszystkich osób, z którymi pielęgniarka kontaktuje się ze względu na swój zakres obowiązków. Maski taka ma służyć do „chronienia” pacjenta przed humorami personelu, a w rzeczywistości często staje się zbroją chroniącą przed kontaktem i łączącymi się z nim emocjami. Maskowanie się opiera się na błędnym założeniu, że możemy kierować swoimi reakcjami emocjonalnymi, podobnie jak słowami i zachowaniami. Tymczasem nasze emocje są wynikiem naszego rozumienia sytuacji. Możemy kontrolować nasze ruchy czy słowa, ale reakcja wegetatywna towarzysząca emocjom takiej kontroli się nie poddaje. Jest widoczna, ale niejednoznaczna. Ten sposób wyładowania wegetatywnego towarzyszy różnym emocjom. Jeśli nie towarzyszy mu jasny komunikat, to pojawia się sytuacja niejasności, która u naszego partnera wywołuje niepokój i mobilizację. Nieustanne kontrolowanie i ukrywanie swoich uczuć męczy i zwiększa stres zawodowy.

Pacjenci chorzy psychicznie są niezwykle wyczuleni na nieszczerłość, fałszywe współczucie lub przesłodzony styl komunikowania się. Dochodzi problem odczytywania cudzych uczuć i myśli w kontekście objawów chorobowych. Zimna i ugrzeczniota twarz pozbawiona emocjonalnej indywidualności staje się twarzą „obcego” – pacjent reaguje nasileniem patologicznych mechanizmów obronnych a tym samym nasileniem choroby. Pokazanie własnego sposobu reagowania i radzenia sobie w różnych sytuacjach jest nie tylko pokazaniem żywych relacji międzyludzkich, lecz także korektywnym doświadczeniem dla chorego. Dzięki życzliwemu wsparciu zyskuje on możliwość uczenia się bycia z innymi, dostosowywania się do norm społecznych i radzenia sobie zarówno z emocjami własnymi, jak i innych osób.

Najczęstszymi przyczynami tego błędu u pielęgniarek są braki szkolenia umiejętności interpersonalnych, fałszywy obraz roli zawodowej i osobiste problemy z ukształtowaniem dojrzałego obrazu własnej osoby.

Błąd sędziego to włączanie do relacji z chorym ocen wartościujących jego zachowania i postawy emocjonalne w kategoriach etycznych i moralizatorskich. Objawy zaburzeń psychicznych powodują silne reakcje emocjonalne w otoczeniu. Od lęku i rozpacz po irytację i złość. Dotyczy to także personelu medycznego, często doświadczającego na sobie rezultaty destrukcyjnych zachowań chorego. Pacjent, czując brak akceptacji, reaguje nasileniem wrogości i manifestacją objawów. Personel próbuje radzić sobie z uczuciem bezradności, uciekając w sformalizowane etykiety i oceny. Tworzy się sprzężenie zwrotne i bardzo trudno jest przezwyciężać takie błędne koło.

Dodatkowo sytuację utrudnia kontekst społeczny. Pacjent z zaburzeniami psychicznymi znajduje się w trudniejszej sytuacji niż chorzy somatycznie. O ile choroby ciała nie traktujemy już w kategoriach winy czy kary za grzechy, to jakiejkolwiek zaburzenie naszego zdrowia psychicznego ciągle jeszcze jest oceniane wartościująco. Samo określenie chory psychicznie w potocznym języku bywa traktowane jak wyzwisko. Dodatkowo pacjenci psychiatryczni mają z samej istoty swojej choroby zakłócone relacje ze światem społecznym. Często stoją wobec problemu wykluczenia i społecznej izolacji. Objawy chorobowe mijają lub słabną, ale etykieta „innego” zostaje i staje się wyrokiem uniemożliwiającym powrót do swoich dawnych ról i zadań. Szczegółne wyczulenie na wszelkie oceny i osądy u pacjentów jest więc nie tylko

spowodowane działaniem zaburzonych mechanizmów obronnych, ale i efektem rzeczywistych doświadczeń życiowych.

Warto pamiętać, że do leczenia nie zawsze trafia najbardziej chory członek systemu rodzinnego czy zawodowego, a jedynie najbardziej podatny na zranienie czy (jak to często jest w przypadku dzieci) delegowany przez innych, których stara się chronić. Choroba jest sygnałem, że całe najbliższe otoczenie jest dysfunkcjonalne i wymaga zmian. Nie ma winnych, ale są ofiary. Nie ma bezpośrednich sprawców, ale atmosfera w grupie jest nie do wytrzymania.

Najtrudniejsze sytuacje są związane z tym, gdy pacjent staje się dla siebie bezlitosnym sędzią. Nie zawsze są to winy urojone. Bywa to także efekt odzyskiwanego dzięki leczeniu realistycznego obrazu siebie i swoich działań. Po wielu latach chory zaczyna się mierzyć ze swoimi zmarnowanymi szansami, rozbitymi związkami i zdradzonym zaufaniem. Tylko empatyczne wsparcie, wolne od ocen moralnych i wartościujących, pozwala mu przejść przez taką konfrontację i zbudować oparty na poznaniu siebie sens swojego życia i swojej walki z chorobą.

Postawa, jaką przyjmuje wobec chorego pielęgniarka jest w swoim zasadniczym charakterze taka, jak jej postawa ogólna wobec świata i ludzi. Dlatego zawód ten wymaga nie tylko rozwoju merytorycznego, lecz także charakterologicznego. W tym kontekście powstrzymywanie się od osądzania przez pracownika jest po prostu częścią jego własnej dojrzałości i mądrości życia.

14.5. Ocena jakości opieki pielęgniarstwa nad pacjentem psychiatrycznym

Omawiając relację pacjenta i pielęgniarstwa nie można pominąć jej znaczenia dla jakości opieki i satysfakcji pacjenta z leczenia.

Stałe udoskonalanie jakości publicznej służby zdrowia i opieki nad chorym jest jednym z celów przyjętych przez Europejski Komitet Światowej Organizacji Zdrowia. Chociaż pojęcie jakości opieki jest konstruktem wielowymiarowym, to istnieje w literaturze dość powszechna zgoda, że dotyczy trzech powiązanych ze sobą aspektów: technicznego wsparcia, relacji interpersonalnych i ułatwień środowiskowych. Opis jakości opieki obejmuje dwie składowe: normatywną, (czyli jak powinno być) i empiryczną, (czyli jak jest). Ocena zależy od przyjętych kryteriów, co to jest „dobra opieka”. Ich ustalenie nie jest tylko decyzją z zakresu organizacji leczenia, ale przede wszystkim ustaleniem etycznych norm świadczonych usług. Nie mogą one dotyczyć jedynie satysfakcji pacjenta z leczenia, bo zbyt uzależniałoby to organizację opieki od jego nie zawsze adekwatnych oczekiwań i byłoby w praktyce trudne do zweryfikowania. W przypadku chorób somatycznych zwykle uwzględnia się szerszą perspektywę, obejmującą: jakość wiedzy i umiejętności personelu, jakość stosowanych świadczeń i jakość uzyskiwanych wyników leczenia.

W przypadku opieki psychiatrycznej jej cechą wyróżniającą jest powierzenie roli terapeutycznej interakcjom między pacjentem i personelem. Ocena jakości opieki musi obejmować ocenę tych interakcji. Niestety, pacjentowi psychiatrycznemu trudno wyrazić opinię dotyczącą uzyskanej opieki, ponieważ zwykle trudno jest mu samodzielnie sformułować przyjęte cele leczenia. Przyczynami mogą być brak wglądu w chorobę, nieadekwatne postrzeganie rzeczywistości, sprzeciwianie się potrzebie opieki, stosowanie przymusu bezpośredniego czy konieczność podawania leków. Oczywiście, po takich doświadczeniach satysfakcja pacjenta z leczenia nie będzie adekwatną miarą jakości opieki. Z tych powodów kryteria jakości opieki psychiatrycznej są zwykle opracowywane na podstawie jakościowej analizy wywiadów z osobami spoza personelu psychiatrycznego, które mają kontakt z instytucjami leczenia psychiatrycznego (np. pracownicy opieki środowiskowej, przedstawiciele instytucji charytatywnych, pracownicy lokalnych samorządów odpowiedzialni za pomoc społeczną, itp.) a także z rodzinami i opiekunami chorych. Przykładem mogą być wyniki badań przeprowadzo-

nych w Szwecji w 2004 r. (Schröder, Ahlström, 2004). W rezultacie uzyskano cztery kategorie opisowe, charakteryzujące jakość opieki psychiatrycznej oraz szczegółowe ich charakterystyki pojęciowe (patrz tab. VI). Opieka świadczona przez oddział psychiatryczny jest tu oceniana z perspektywy warunków życiowych, poprawy zdrowia i dobrego samopoczucia pacjenta. Relacje pacjenta z personelem pielęgniarzkim są traktowane jako podstawowe.

Pierwszą kategorią jest „poszanowanie dla godności pacjenta”. Obejmuje ona cztery szersze pojęcia dające całościowy obraz doświadczenia pacjenta. Zindywidualizowany kontakt dotyczy możliwości uzyskiwania przez pacjenta potwierdzenia swojej indywidualności poprzez bycie zauważanym przez personel, wysłuchiwanym i traktowanym podmiotowo. Jego potrzeby powinny być dostrzegane i respektowane, podobnie jak jego subiektywne widzenie własnych problemów. Pojęcie „bycie traktowanym tak jak inni” dotyczy sposobu traktowania przez personel choroby psychicznej i obejmuje wszystkie działania związane ze zmniejszeniem stygmatyzacji pacjentów, ich wstydu i poczucia bycia kimś gorszym. Kolejnym ważnym dla pacjenta aspektem jest sposób traktowania go przez personel w sytuacjach, gdy leczenie jest podejmowane bez jego zgody, z koniecznością użycia przymusu czy to dotyczące go podawania leków, czy też stosowania środków zabezpieczenia bezpośredniego. To specyficzne dla psychiatrii sytuacje, będące dla personelu trudnym wyzwaniem. Nigdy nie są przyjemne, ale czasem konieczne. Czy pielęgniarzka potrafi być w takich sytuacjach blisko pacjenta, traktować go z szacunkiem i maksymalną życzliwością? Czy pomimo swoich ograniczeń pacjent otrzymuje spokojne, rzeczowe wyjaśnienie, jakie działania, w jakim celu i jakim sposobem są wobec niego podejmowane? Czy dostaje możliwość ich wyboru? Ostatni element tej kategorii: „łatwość dostępu” dotyczy możliwości swobodnego kontaktu z personelem pielęgniarzkim w ciągu całej doby, z konkretnymi osobami, możliwości bezpośredniej rozmowy lub nawet kontaktu telefonicznego z nimi w przypadku nieobecności w pracy. Chodzi o unikanie wszelkiej anonimowości i instytucjonalizacji – pacjent potrzebuje wiedzieć, z kim konkretnie może porozmawiać, kto odpowiada za opiekę nad nim, kto zastąpi osoby nieobecne, jak długo będzie trwała ta nieobecność, itp.

Tabela VI. Kryteria oceny jakości opieki w oddziale psychiatrycznym

Kategorie opisowe	Zakres pojęciowy
Poszanowanie dla godności pacjenta	Zindywidualizowany kontakt Bycie traktowanym tak, jak inni ludzie Bliskość personelu w przypadku konieczności stosowania środków przymusu Łatwość dostępu
Poziom uczestnictwa pacjenta w leczeniu	Wiedza pacjenta o swoim stanie zdrowia Współpraca w planowanej opiece Prawo do wyboru leczenia Sensowne zajęcia
Powrót do zdrowia	Najlepsze dostępne indywidualne leczenie Kompetencje personelu Sieć społecznego wsparcia Kontrola poszpitalna
Warunki do opieki nad pacjentem	Prywatna przestrzeń Estetyka fizycznego otoczenia Spokojna atmosfera

Drugą kategorią wpływającą na jakość opieki psychiatrycznej jest „poziom uczestnictwa pacjenta w leczeniu”. Wszystkie cztery pojęcia wchodzące w jej skład dotyczą relacji między pielęgniarzką i pacjentem, a ich praktyczna realizacja zależy od pielęgniarzki.

Pojęcie „wiedza pacjenta o swoim stanie zdrowia” opisuje dostęp pacjenta i jego bliskich do aktualnej informacji o bieżącym stanie, diagnozie, leczeniu, skutkach leczenia i wszelkich planach dalszego postępowania z podopiecznym. Forma i treść tych informacji powinna być dostosowana do możliwości zrozumienia ich przez chorego lub rodzinę. W przypadku hospitalizacji jasno przedstawione powinny być także wszelkie regulaminy i stałe rozkłady dnia. „Współpraca w planowaniu opieki” dotyczy maksymalnego włączania pacjenta w ustalanie celów leczenia, dostarczanie mu potrzebnego wsparcia przy ich realizacji oraz umożliwienie aktywnego kontaktu z bliskimi. Dotyczy to także pacjentów z ograniczonym poczuciem i rozumieniem swojej choroby – ich udział w leczeniu powinien być tak duży, jak to możliwe. Kolejne pojęcie „prawo do wyboru leczenia” dotyczy respektowania przez personel w praktyce prawa pacjenta do decydowania o sposobie leczenia, zmianie leków lub lekarza prowadzącego, trybu uzyskiwania opieki (szpital czy poradnia), czy uczestniczenia w proponowanych zajęciach. Pielęgniarka musi wiedzieć, że pacjent ma prawo odmówić przyjęcia leków lub spełnienia zalecenia, a nawet odmówić podjęcia leczenia. Zakres stosowania leczenia bez zgody pacjenta jest ściśle ograniczony i określony odrębnymi przepisami. Uczestniczenie w leczeniu dotyczy także prawa pacjenta do jego odrzucenia i mówienia nie. Ostatni aspekt omawianej kategorii „Sensowne zajęcia” dotyczy sposobów i możliwości organizowania w oddziale czasu wolnego pacjentów. Powinny być tu uwzględniane zarówno aktualne możliwości chorego, jak i jego przedchorobowy potencjał, zainteresowania i umiejętności. Zajęcia proponowane pacjentowi przez personel nie mogą być czynnościami bezsensownymi, nie mającymi znaczenia dla jego codziennego życia i oderwanymi od realnych sytuacji. Aby pacjent mógł nauczyć się radzić sobie w życiu ma prawo do organizowania w trakcie leczenia swojego czasu tak, by czuł się znów potrzebnym i użytecznym.

Następna kategoria „powrót do zdrowia” opisuje te aspekty pracy personelu, które promują sukces leczenia. Pojęcie „Najlepszego dostępnego leczenia” dotyczy tego, jak pacjent jest badany, diagnozowany i jakie oferuje mu się możliwości leczenia. Ważne jest nie tylko to, by były zgodne z najnowszą wiedzą i oparte na klinicznie sprawdzonym doświadczeniu, lecz także, aby były dostosowane do jego indywidualnych problemów. Jeśli pacjent jest leczony bez zgody lub nie jest w stanie tej zgody wyrazić, to oczekuje się, że personel zaoferuje najlepszy możliwy sposób opieki do czasu, gdy pacjent będzie w stanie wyrazić swoje potrzeby i opinię o leczeniu. Jest to ściśle związane z następnym pojęciem w tej kategorii tj. „Kompetencjami personelu”. Oczywiście jest, że jakość opieki psychiatrycznej musi dotyczyć także merytorycznego i praktycznego przygotowania pielęgniarzek. Powinny one posiadać odpowiadający swoim zadaniom zakres umiejętności, lecz także właściwie ukształtowane postawy zawodowe i dojrzałą wiedzę o sobie. Nawet, jeśli reprezentują różne teorie lub szkoły pielęgniarstwa psychiatrycznego, to istotne jest by w odniesieniu do konkretnego pacjenta był ustalany konsensus działania. Kompetentny personel psychiatryczny musi nie tylko umieć porozumieć się z pacjentem słowami, niezbędne jest także „wyłapywanie” wszystkich niewerbalnych sygnałów, czytanie języka ciała, min czy zachowań symbolicznych. Wszystko to warunkuje adekwatne postrzeganie zarówno potrzeb pacjenta, jego podatności na zranienie, jak i niebezpieczeństw naruszenia jego psychicznej integralności. Pojęcie „Sieć społecznego wsparcia” jest łączone z ogromnym znaczeniem w leczeniu zaburzeń psychicznych środowiska pacjenta. Ponieważ często jest ono niewydolne lub dysfunkcjonalne, konieczne jest podjęcie działań już w trakcie pobytu pacjenta w oddziale. Zadaniem personelu jest pomóc pacjentowi stworzyć mapę tych ludzi, instytucji i miejsc, które będą wspierać jego powrót do zdrowia po opuszczeniu szpitala. W praktyce łączy się to zarówno z edukacją rodziny, jak i z aktywną współpracą z innymi instytucjami opiekującymi się pacjentem. Ostatnim pojęciem w tej kategorii jest „opieka poszpitalna”. Dla pacjenta, który spędził w oddziale psychiatrycznym czasem kilka miesięcy, ważne jest, by wypis ze szpitala nie łączył się z poczuciem utraty zainteresowania nim i zostawienia go samemu sobie. Jeśli taka obawa istnieje, to zawsze hamuje ona powrót do zdrowia. Drugim argumentem jest przewlekłość chorób psychicznych i ich nawroty. Możliwość monitorowania stanu pacjenta po pobycie w oddziale i ewen-

tualny powrót do znanego zespołu terapeutycznego daje możliwość optymalnej kontynuacji leczenia oraz ułatwia choremu bezpieczny powrót do domu.

Ostatnią kategorią wśród omawianych kryteriów jakości opieki są „warunki do opieki nad pacjentem”. Dotyczy ona fizycznych właściwości otoczenia pacjenta w oddziale. Właściwe jego aranżowanie to również część zadań pielęgniarki. W przypadku oddziału psychiatrycznego, gdzie pobyt pacjenta jest stosunkowo długi i intensywny, odpowiednie budowanie fizycznej przestrzeni jest ważnym elementem ułatwiającym lub utrudniającym pacjentowi powrót do zdrowych relacji społecznych. Pojęcie „prywatnej przestrzeni” dotyczy stworzenia pacjentowi poczucia bycia u siebie. Swoją pokój (optymalnie 2–3 osobowy), swoje łóżko, szafka, stolik to podstawowe elementy psychicznego komfortu. Przestrzeń prywatna to także prawo do zamknięcia drzwi i bycia zostawionym w spokoju samemu; prawo do intymności kontaktów z bliskimi; prawo do jednoosobowej łazienki, etc., etc. Niestety, ciągle w praktyce na oddziałach psychiatrycznych bezpieczeństwo pacjenta jest rozumiane jako pozbawienie go prywatności. Pojęcie „estetyki fizycznego otoczenia” obejmuje nie tylko czynniki, na które pielęgniarka ma niewielki wpływ, takie jak kolor mebli i ścian, wyposażenie wnętrza i jakość sprzętów. Dotyczy ono także estetyki odzieży roboczej, dekoracji, tablic informacyjnych czy dostępu światła i możliwości jego regulowania. Również następne pojęcie „spokojna atmosfera” jest mocno związane z relacjami personelu i pacjentów. Zapewnienie spokojnej, cichej i bezpiecznej przestrzeni dla pacjentów jest łatwiejsze w małych oddziałach, ale niezbędne w każdym miejscu, w którym przebywa chory człowiek.

Jak widać z powyższego omówienia jakości opieki psychiatrycznej jest ściśle związana z relacjami między pacjentem i personelem pielęgniarskim. Im bardziej są one oparte na pełnieniu przez pielęgniarki funkcji terapeutycznej, tym łatwiej respektowane są standardy jakości i tym większy poziom satysfakcji pacjenta.

Z jednej strony wzrost społecznych oczekiwań, a z drugiej rozwój metod pomiaru i oceny jakości usług pielęgniarskich, sprawiają, że terapeutyczne relacje z pacjentem nie są już tylko kwestią humanistycznych postulatów. W nowoczesnej organizacji służby zdrowia coraz częściej jest to sprawa przydatności pracownika do realizacji określonych zadań i optymalnego wykorzystania dostępnych zasobów leczniczych.

PYTANIA

1. Przedstaw i uzasadnij, jakie teorie pielęgniarstwa znajdują zastosowanie w obrębie pielęgniarstwa psychiatrycznego?
2. Przedyskutuj w grupie ćwiczeniowej, jakie role pielęgniarki są adekwatne w kolejnych fazach relacji z pacjentem. Jakie czynniki o tym decydują?
3. W trakcie kontaktów z pacjentami zaobserwuj u siebie, w jakich sytuacjach zdarza ci się popełniać opisane w rozdziale błędy. Przeanalizuj, co je prowokuje i jakie są twoje możliwości przeciwdziałania im.
4. Korzystając z opisanych w tekście kryteriów zaproponuj kartę oceny pracy pielęgniarki uwzględniającą jakość jej relacji z pacjentem. Sprawdź jej trafność w trakcie swoich praktyk w oddziale. Przedstaw własne wnioski.
5. Poszukaj w internetowych bazach danych i czasopismach zawodowych artykułów omawiających specyfikę pracy pielęgniarki w oddziale psychiatrycznym. Zaprezentuj jeden z nich grupie ćwiczeniowej.

PIŚMIENNICTWO

- [1] *Kepiński A.*: Poznanie chorego, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1989.
- [2] *Peplau H.*: Interpersonal relations: A theoretical framework for application in nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, 5, 1992.
- [3] *Poznańska S., Płaszewska-Żywko L.*: Wybrane modele pielęgniarstwa. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
- [4] *Schröder A., Ahlström G.*: Psychiatric care staff's and care associates' perceptions of the concept of quality of care: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 2004.

15. Specyfika pracy pielęgniarki w jednostkach penitencjarnych

Marzena Twardowska, Wojciech Twardowski

15.1. Więzienna służba zdrowia i jej podopieczni

Jednostki penitencjarne dzielą się na zakłady karne i areszty śledcze. W zakładach karnych przebywają osoby, które popełniły przestępstwo i zostały skazane przez sąd na karę pozbawienia wolności. W aresztach śledczych umieszcza się osoby, w stosunku do których prowadzone jest postępowanie karne, gdy istnieje uzasadnione podejrzenie, iż mogłyby one utrudniać to postępowanie lub popełnić przestępstwo. Zakłady karne ze względu na populację więźniów dzielą się na zakłady karne dla młodocianych (osoby, które nie ukończyły 21 roku życia), zakłady karne dla odbywających karę po raz pierwszy, zakłady karne dla recydywistów penitencjarnych oraz zakłady karne dla odbywających karę aresztu wojskowego. Ze względu na sposób organizacji zakłady karne dzielą się na zamknięte, półotwarte i otwarte. Różnią się one stopniem swobody oraz możliwościami kontaktu ze światem zewnętrznym, jakie posiadają przebywający w nich więźniowie. Jednostki penitencjarne funkcjonują na podstawie przepisów Kodeksu Karnego Wykonawczego (KKW) oraz regulaminów: wykonania kary pozbawienia wolności i wykonania tymczasowego aresztu. W myśl KKW podstawowym celem kary pozbawienia wolności jest resocjalizacja, rozumiana jako *wzbudzanie w skazanym woli współdziałania w kształtowaniu jego społecznie pożądanых postaw, w szczególności poczucia odpowiedzialności oraz potrzeby przestrzegania porządku prawnego i tym samym powstrzymania się od powrotu do przestępstwa*. Cel ten jest realizowany poprzez zindywidualizowane oddziaływania, przede wszystkim pracę, nauczanie, zajęcia kulturalno-oświatowe i sportowe, podtrzymywanie kontaktów z rodziną i światem zewnętrznym oraz terapię.

KKW zapewnia osobom przebywającym w jednostkach penitencjarnych bezpłatną opiekę lekarską oraz zaopatrzenie w leki. Za opiekę zdrowotną nad osobami pozbawionymi wolności w jednostkach penitencjarnych odpowiedzialna jest więzienna służba zdrowia. Do jej najważniejszych zadań należą: zapewnienie osobom pozbawionym wolności świadczeń zdrowotnych, profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, nadzór nad warunkami zdrowotnymi, sanitarnymi oraz żywieniem, zaopatrzenie medyczne, zwłaszcza w leki, materiały medyczne, sprzęt i aparaturę medyczną oraz szerzenie promocji zdrowia i oświaty zdrowotnej. Świadczenia zdrowotne zapewnia się osadzonym w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności. Są to ambulatoria wraz z izbami chorych, szpitale więzienne, pracownie diagnostyczne, gabinety stomatologiczne, pracownie protetyczne, gabinety rehabilitacji oraz fizykoterapii.

Pielęgniarki zatrudnione w jednostkach penitencjarnych wykonują te same czynności, co pielęgniarki pracujące w innych placówkach opieki zdrowotnej. Mimo to praca w więzieniu ma bardzo specyficzny charakter, na co wpływ mają przede wszystkim cechy populacji, z jaką muszą stykać się pielęgniarki. Osoby pozbawione wolności, jako grupa funkcjonują w szczególny sposób, często odbiegający od ogólnie przyjętych norm postępowania. W dalszej części tego rozdziału omówiono kilka problemów, które – jak się wydaje – mają największy wpływ

na pracę pielęgniarek w jednostkach penitencjarnych i stawiają przed nimi szczególne zadania.

Będą to następujące zagadnienia:

- psychologiczne funkcjonowanie więźniów,
- podkultura więzienna,
- samoagresja,
- osoby z zaburzeniami psychicznymi i upośledzone umysłowo,
- osoby uzależnione od alkoholu i narkotyków.

15.2. Psychologiczne funkcjonowanie osób pozbawionych wolności: kryzys uwięzienia

Zachowanie się osób przebywających w jednostkach penitencjarnych jest w dużym stopniu uwarunkowane przez szczególną sytuację, w jakiej się one znalazły. Trudno znaleźć określenie, które oddawałoby charakter życia w więzieniu, jednak najbardziej adekwatne wydaje się pojęcie stresu. Stres można zdefiniować jako zderzenie pomiędzy możliwościami człowieka a wymogami sytuacji (stresorem), które wywołuje zachwianie jego wewnętrznej i zewnętrznej równowagi. Pobyt w więzieniu wiąże się z chronicznym stresem, którego źródłem jest jednocześnie system penitencjarny oraz inni więźniowie. Można, w dużym uproszczeniu, wyróżnić trzy podstawowe źródła stresu:

- **Deprywacja:** w więzieniu polega ona na pozbawieniu człowieka normalnych doznań zmysłowych oraz sytuacji umożliwiających zaspokajanie potrzeb. Więźniowie mają znacznie ograniczony kontakt ze światem zewnętrznym, muszą przebywać ciągle w tym samym otoczeniu, z tymi samymi ludźmi. Jednocześnie prawie nigdy nie mogą być sami, we wszystkim, co robią, muszą brać pod uwagę innych ludzi oraz przepisy regulaminu.
- **Frustracja:** niemożność realizacji swoich potrzeb powoduje powstawanie negatywnych emocji, takich jak rozdrażnienie, złość czy wściekłość. W warunkach więziennych frustracji podlegają wszystkie najważniejsze potrzeby człowieka. Szczególnie odczuwalny przez więźniów jest brak możliwości zaspokojenia potrzeby seksualnej.
- **Zagrożenie:** osoby pozbawione wolności żyją w ciągłej obawie, że jakieś ich wartości zostaną naruszone przez innych więźniów (atak fizyczny, kradzież itp.) lub administrację więzienia (różnego rodzaju niekorzystne decyzje, odmowy, kary). Poczucie zagrożenia nasila brak możliwości wpływu na swoją sytuację.

Nasilenie i długotrwałość stresu sprawiają, że pobyt w więzieniu można uznać za sytuację kryzysową w życiu człowieka. Kryzys można określić jako reakcję człowieka na niecodzienne, silnie urazowe doświadczenie. Ponieważ dotychczasowe sposoby zachowania nie sprawdzają się, sytuacja kryzysowa wymaga od człowieka uruchomienia nowych zasobów i strategii radzenia sobie z trudnościami. Osoby pozbawione wolności nie mają wpływu na wiele aspektów swojej sytuacji, przede wszystkim nie mogą opuścić więzienia wtedy, kiedy chcą. Ich możliwości poradzenia sobie z kryzysem uwięzienia są, zatem bardzo ograniczone i sprowadzają się do jak najlepszego przystosowania się do trudnej sytuacji. W przystosowaniu się do życia w więzieniu, mówiąc najogólniej, chodzi o to, aby zmniejszyć koszty tego życia oraz uzyskać jak najwięcej korzyści, jakie są możliwe w tych warunkach. Jako koszty i korzyści należy rozumieć subiektywnie postrzegane wartości, które mogą być różne dla różnych więźniów czy grup więźniów i które mogą motywować do całkowicie odmiennych zachowań.

Przystosowanie się do więziennej rzeczywistości nie następuje automatycznie. Jest to proces, który wymaga pewnego czasu, i składa się z kilku etapów. Wykorzystując model reakcji kryzysowej zaproponowany przez Caplana, można wyróżnić cztery fazy przystosowania się do izolacji więziennej:

- **Zaskoczenie.** Osoba, która trafia do więzienia zwykle nie chce pogodzić się ze swoją sytuacją. Charakterystyczne dla tego etapu jest przeżywanie silnego poczucia niesprawiedliwości (niesłuszny lub za duży wyrok) i bunt przeciwko zastanym w więzieniu realiom, zwłaszcza zasadom więziennego regulaminu. W tym okresie więźniowie często podejmują różne starania, aby odwrócić bieg wydarzeń. Piszą różne odwołania i prośby, które w ich mniemaniu spowodują ich uwolnienie. Jednocześnie doświadczają silnego napięcia emocjonalnego i lęku.
- **Bezradność.** Gdy okazuje się, że wyrok jest nieodwołalnym faktem, pojawia się poczucie klęski i bezradności. Człowiek dochodzi do wniosku, że nie ma wpływu na swoją sytuację, czuje się osamotniony, ma niskie poczucie własnej wartości. Na tym etapie ma miejsce największe nasilenie napięcia, lęku i poczucia zagrożenia. Przekonanie o braku możliwości działania wywołuje bierność i apatię. Na tym etapie ludzie pozbawieni wolności sprawiają wrażenie pozbawionych energii, z trudem mobilizują się do jakiegokolwiek aktywności, zamykają się w sobie i izolują od otoczenia.
- **Mobilizacja.** Zmęczenie stresem skłania ludzi do poszukiwania ulgi. Odbyna się ono poprzez konstruktywne zachowania, pozwalające osiągnąć jakieś korzyści. Osoby pozbawione wolności starają się jak najlepiej urządzić sobie życie za kratami, dbają o kontakty z innymi więźniami, zabiegają o jak najlepszą pozycję w grupie. Utrzymują kontakty z rodziną lub znajomymi na wolności, próbując w ten sposób zorganizować sobie materialne i duchowe wsparcie. Wykorzystują także możliwości stwarzane przez administrację więzienia, jak podjęcie pracy czy uczestniczenie w zajęciach terapeutycznych.
- **Dekompensacja.** Gdy działania zaradcze nie przynoszą pozytywnego skutku a napięcie emocjonalne staje się nie do wytrzymania, pojawiają się zachowania mające na celu natychmiastowe jego rozładowanie, takie jak agresja i samoagresja lub zażywanie środków psychoaktywnych. Na tym etapie istnieje niebezpieczeństwo, iż te patologiczne formy obrony się utrwalą się i na dłuższy czas zdominują zachowanie się człowieka.

Przystosowanie się do życia w więzieniu wiąże się w dłuższej perspektywie z licznymi niekorzystnymi zjawiskami, które wynikają z utrwalenia się różnych negatywnych zmian w funkcjonowaniu osób pozbawionych wolności. Zmiany te są określane wspólnym mianem prizonizacji. Polega ona na tym, że osoby pozbawione wolności coraz bardziej angażują się w życie więzienne, zmniejsza się ich zainteresowanie światem zewnętrznym i co najbardziej niekorzystne, zanikają ich więzi z osobami bliskimi. Utrwalają się destrukcyjne schematy zachowania, więźniowie przyswajają sobie nawyki rozwiązywania swoich problemów za pomocą przemocy i manipulacji. Napięcie emocjonalne rozładowywane jest za pomocą środków odurzających, co może prowadzić do uzależnień. Pogłębia się niedostosowanie społeczne – więźniowie bardzo dobrze radzący sobie w warunkach izolacji nie są w stanie rozwiązywać swoich problemów na wolności, co często prowadzi do powrotu do więzienia.

Powyższa charakterystyka zjawisk związana z przystosowaniem się do życia w więzieniu oraz jego negatywnymi skutkami nie uwzględnia cech indywidualnych osób pozbawionych wolności. Należy jednak pamiętać, że zachowanie się ludzi w sytuacji kryzysu uwięzienia będzie różnić się w zależności od ich osobowości oraz od sytuacji prawnej (długość wyroku, czas do jego końca itp.) oraz osobistej (np. sytuacja materialna, relacje z rodziną, możliwości uzyskania wsparcia).

15.3. Podkultura: drugie życie więzienia

Podkultura to – mówiąc najogólniej – zespół wzorców i norm obowiązujących w jakiejś grupie społecznej, odmiennych od norm przyjętych przez całe społeczeństwo. W zakładach penitencjarnych podkultura stanowi tworzoną przez więźniów nieformalną organizację, której zasady stoją w opozycji do norm ustalonych przez administrację więzienia. Obejmuje ona nieformalne stosunki między personelem a więźniami oraz między samymi więźniami. Podkultura określana jest także jako „drugie życie”, w odróżnieniu od „pierwszego”, czyli oficjalnego.

Przystąpienie do podkultury więziennej jest reakcją na niedogodności życia za kratami. Nieemożliwość zaspokajania swoich potrzeb w normalny sposób skłania ludzi do poszukiwania zastępczych środków, które znajdują w ramach podkultury więziennej. Po pierwsze, podkultura zapewnia potrzebę identyfikacji i przynależności. Nieformalna organizacja daje pewne oparcie i poczucie bezpieczeństwa. Po drugie podkultura pozwala zaspokoić potrzebę znaczenia i akceptacji – ludzie odrzuceni przez społeczeństwo mogą w ramach antyspołecznej struktury czuć się ważni, doceniani, dominujący. Po trzecie, normy podkulturowe stanowią usprawiedliwienie dla dewiacyjnych zachowań, takich jak przemoc, wyzysk czy wykorzystywanie seksualne. W ten sposób więźniowie mogą realizować swoje potrzeby materialne czy zaspokajać popęd płciowy.

Najpowszechniejszym przejawem podkultury w jednostkach penitencjarnych jest tzw. „grypsera”. Najważniejsze cechy tej nieformalnej organizacji to:

- **Dewiacyjność.** Podkultura więzienna ma charakter dewiacyjny. Opiera się ona na antyspołecznym systemie norm i wartości, dominują w niej potępiane powszechnie zachowania. Cenione są osoby skłonne do stosowania przemocy, mające za sobą liczne i spektakularne doświadczenia przestępcze oraz długi staż więzienny.
- **Kodeks.** Podkultura grypserska posiada własny zbiór zasad zachowania się w różnych sytuacjach. Normy te służą potępieniu przeciwników „grypsery”, np. nie wolno podawać ręki klawiszowi ani frajerowi. Inne normy chronią solidarność grupową, np. nie wolno zapierać się grypsowania, nie wolno donosić. Jeszcze inne normy mają chronić grypserski honor, np. zakaz okazywania strachu. Egzekwowaniu norm służy system kar i nagród. Jest on szeroko rozbudowany i przewiduje nieproporcjonalnie wysoki poziom dotkliwości kar w stosunku do przewinień, natomiast repertuar nagród jest bardzo ubogi i obejmuje tylko uznanie ze strony grupy, rzadko awans w hierarchii. Najczęstszą karą jest degradacja, która oznacza nie tylko wykluczenie z grupy, lecz także przyzwolenie na upokarzanie i wykorzystywanie.
- **Hierarchia.** Podkultura więzienna ustala wśród więźniów nieformalną hierarchię ważności. Na szczycie tej hierarchii stoją przywódcy – ludzie najsilniejsi fizycznie, najbardziej bezwzględni, o bogatym życiorysie przestępczym i więziennym. Niżej znajdują się zwykli członkowie „grypsery”, tzw. „ludzie”, którzy niekiedy mają przydzielone pewne funkcje, np. specjaliści od tatuaży lub dokonywania samouszkodzeń. Dalsze miejsce w hierarchii zajmują tzw. „frajerzy” – osoby nienależące do „grypsery”. Są oni traktowani jako ludzie gorszej kategorii, można ich wykorzystywać jako siłę roboczą, źródło dóbr materialnych lub obiekt zaspokojenia popędu płciowego. Najniższą kategorię stanowią tzw. „cwele” – osoby, które dopuściły się złamania zasad „grypsery”, np. donosiły administracji więzienia. „Cwele” nie posiadają żadnych praw, mogą być wykorzystywani bez żadnych ograniczeń, upokarzani i bici bez konkretnego powodu. Największą wrogość wśród grypsujących więźniów wzbudzają osoby, które popełniły przestępstwa w stosunku do dzieci, np. pedofile czy dzieciobójcy. Cechą charakterystyczną grypserskiej hierarchii jest to, że możliwości awansu są bardzo skąpe, natomiast możliwości degradacji praktycznie nieograniczone.

- **Język.** W ramach podkultury więziennej funkcjonuje specyficzny język komunikacji pomiędzy członkami „grypsery”. Jego zasadniczą funkcją jest ukrycie znaczenia komunikatu przed niepowołanymi do tego odbiorcami. W skład tego systemu porozumiewania się wchodzi gwara więzienna, „miganie” – komunikowanie się za pomocą ruchów rąk oraz „grypsy” – tajne informacje w formie pisemnej. Ważną rolę spełniają również symboliczne formy przekazywania informacji – tatuaże i rytuały. Tatuaże mogą informować o pozycji w podkulturze. Za pomocą rytuałów ustalane jest znaczenie różnych sytuacji. Na przykład dotknięcie człowieka szczotką do czyszczenia ubikacji powoduje zdegradowanie go do pozycji „cwela”, czyli tzw. „przecwelenie”.

Na zakończenie, tej części rozdziału warto wspomnieć o specyfice podkultury w zakładach kobiecych. Niewątpliwie, posiada ona ten sam fundament, co „grypsera” męska, natomiast zasadnicza różnica polega na stosunku do kontaktów homoseksualnych. W podkulturze męskiej stosunki homoseksualne są powodem do hańby. Gwałt degradowe ofiarę do pozycji „cwela”. W zakładach kobiecych kontakty homoseksualne, zwane „nawijaniem” są jedną z głównych treści podkulturowych. Związki, zdrady, rozstania, miłość za dobra materialne to problemy, wokół których kręci się „drugie życie” w więzieniach dla kobiet.

W ciągu ostatnich 15 lat, w wyniku przemian ekonomiczno-ustrojowych w Polsce charakter „grypsery” uległ pewnym zmianom. Obok tradycyjnych zasad podkultury duże znaczenie zaczęły odgrywać czynniki ekonomiczne. O pozycji więźnia w hierarchii grypserskiej decyduje w znacznym stopniu jego sytuacja materialna. Innym nowym zjawiskiem w podkulturze więziennej jest coraz większa dominacja ludzi powiązanych z przestępczością zorganizowaną, którzy mają silne oparcie w swoich kompanach w więzieniach, jak i poza nimi.

15.4. Samoagresja

Zachowania autoagresywne stanowią częste zjawisko w więzieniach. Należą do nich samouszkodzenia oraz próby samobójcze. O samouszkodzeniach mówi się, gdy celem autoagresji jest zadanie sobie fizycznego bólu, ale bez zamiaru pozbawienia siebie życia. W przypadku prób samobójczych bezpośrednim motywem takiego zachowania jest chęć odebrania sobie życia. Dla zilustrowania skali problemu wystarczy podać, iż w całym kraju, w drugim kwartale 2005 r. odnotowano w jednostkach penitencjarnych 138 samouszkodzeń i 39 prób samobójczych.

Jeśli chodzi o samouszkodzenia, motywy tego rodzaju reakcji można podzielić na emocjonalne i instrumentalne. O motywacji emocjonalnej można mówić wtedy, gdy samoagresja ma charakter impulsywny, wiąże się z ogólnym zakłóceniem funkcjonowania psychicznego (głębokie przygnębienie, silny niepokój lub złość) oraz upośledzeniem zdolności kontrolowania swoich zachowań. W takich wypadkach samoagresja służy rozładowaniu napięcia. Zdarza się ona często u osób, u których występują zaburzenia psychiczne, np. zaburzenia osobowości.

Motywacja instrumentalna polega na tym, iż zachowanie samoagresywne służy osiągnięciu jakiegoś mniej lub bardziej sprecyzowanego celu. Najczęściej są to próby wymuszenia na administracji więzienia jakiejś korzystnej decyzji. W wielu przypadkach więźniowie, dokonując samouszkodzenia, chcą zaprotestować przeciwko postanowieniom administracji, sądu lub prokuratury. Stosunkowo rzadko dochodzi do samoagresji wynikającej bezpośrednio z przynależności do podkultury więziennej. W przeszłości do tego typu zachowań dochodziło znacznie częściej, nierzadko miały one charakter zbiorowy. Przykładem takich zbiorowych samoagresji może być sytuacja, kiedy grupa więźniów z różnych zakładów karnych dokonuje w mniej więcej tym samym czasie samouszkodzenia po to, aby spotkać się w szpitalu więziennym.

Więźniowie dokonują samoagresji na wiele sposobów, niektóre z nich są bardzo drastyczne:

- **pocięcia:** najczęstsze przypadki samouszkodzeń, polegające na przecięciu skóry, zwykle na ręce, rzadziej w innym miejscu ciała, w skrajnych przypadkach może to być np. rozcinanie powłok brzusznych, połączone z wyspaniem śmieci do otwartej rany,
- **połyki:** połknięcie różnego rodzaju przedmiotów, np. żyłek, gwoździ, igieł, w skrajnych przypadkach sprężyn, pałaków od wiadra lub specjalnie przygotowanych urządzeń, mających utrudnić wydobycie ich z organizmu,
- **wbitki:** wprowadzanie obcych ciał pod skórę, np. wbicie drutu w płuca, wbicie gwoździa w czaszkę, pomiędzy półkule mózgu,
- **zasypki:** wprowadzenie pod powiekę rozartego grafitu ołówka lub sproszkowanego szkła
- **samoatrucia:** wypicie lub zjedzenie trującej substancji, np. pasty do podłogi lub płynu do czyszczenia toalet.

Oprócz podanych przykładów spotyka się wiele innych sposobów dokonywania samouszkodzeń. Inwencja więźniów jest w tym zakresie ograniczona jedynie przez dostępność odpowiednich środków. Większość samouszkodzeń jest bardzo groźna dla zdrowia, a niekiedy i życia człowieka oraz wiąże się z dużym ryzykiem powikłań i trwałego kalectwa.

W przypadku prób samobójczych dominuje motywacja emocjonalna. Tego typu zachowania wiążą się z niemożnością poradzenia sobie z trudną sytuacją, poczuciem klęski, bezsilności i brakiem nadziei na zmianę sytuacji. Z tego powodu do prób samobójczych najczęściej dochodzi w początkowym okresie pobytu w więzieniu. Część prób samobójczych wśród więźniów jest skutkiem prześladowań wynikających z podkultury więziennej.

15.5. Osoby z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi i upośledzone umysłowo

Do jednostek penitencjarnych trafiają ludzie o różnej konstrukcji psychicznej. Większość z nich funkcjonuje prawidłowo nawet w tak stresujących warunkach, jakie stwarza izolacja więzienna. U pewnej grupy osób obserwuje się natomiast zachowania odbiegające od normy, świadczące o trwałych trudnościach adaptacyjnych. Osoby takie poddawane są badaniom psychologicznym, w celu stwierdzenia natury oraz przyczyn występujących u nich zaburzeń zachowania. Określane są także ewentualne potrzeby w zakresie specjalistycznych oddziaływań terapeutycznych. Jeśli zaburzenia nie mają natury psychotycznej, osoby takie kierowane są na specjalne oddziały, zwane terapeutycznymi, gdzie – zgodnie z ich nazwą prowadzona jest stosowna terapia.

Powodem skierowania na oddział terapeutyczny dla osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi i upośledzonych umysłowo mogą być zaburzenia osobowości. Zdecydowanie najczęściej są to tzw. antyspołeczne zaburzenia osobowości (dawniej nazywane psychopatią). Osoby z taką dysfunkcją cechują się trwałą skłonnością do zachowań antyspołecznych bez wyraźnej motywacji. Zachowania te sprawiają wrażenie przypadkowych, bezcelowych i impulsywnych. U podłoża tego zaburzenia leżą takie dyspozycje, jak: brak poczucia winy, wstydu i odpowiedzialności, brak lęku, ubóstwo emocjonalne, niezdolność do związków uczuciowych z innymi ludźmi, instrumentalne traktowanie ludzi, nieumiejętność odraczania satysfakcji i dążenie do natychmiastowego zaspokajania popędów, nieumiejętność planowania odległych celów (koncentracja na teraźniejszości), niezdolność przewidywania skutków swojego postępowania oraz wyciągania wniosków z przeszłych doświadczeń, nierozróżnianie granicy między rzeczywistością a fikcją, prawdą a kłamstwem, tendencja do samouszkodzeń i szantażowania samobójstwem. Cechy te występują przy normalnej sprawności intelektualnej. Osoby z antyspołecznym zaburzeniem osobowości są w warunkach izolacji więziennej

źródłem licznych problemów. Chroniczny stres uruchamia u nich patologiczne formy zachowania, stanowiące formę przystosowania się do otaczającej ich rzeczywistości. Stąd częste u tych osób reakcje agresywne i samoagresywne, będące jedynymi dostępnymi dla nich sposobami rozwiązywania bieżących problemów.

Oprócz dysfunkcji osobowości powodem skierowania więźnia na oddział terapeutyczny mogą być zaburzenia zachowania spowodowane organicznymi uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego. Uszkodzenia mózgu, spowodowane najczęściej urazami mechanicznymi lub używaniem środków psychoaktywnych (alkoholu, narkotyków) mogą wywołać trwałe zmiany w osobowości człowieka, określane wspólnym mianem charakteropatii. Do najważniejszych cech osobowości charakteropatycznej należą: odhamowanie popędów, trudności w kontrolowaniu swoich zachowań, znacznie ograniczony samokrytycyzm, brak uczuć wyższych, gwałtowne wahania nastroju, którym mogą towarzyszyć nagłe wybuchy agresji. U niektórych osób z uszkodzeniami mózgu obserwuje się ogólne spowolnienie psychoruchowe, brak spontaniczności w zachowaniu, bierność i beczynność oraz wyraźne problemy w myśleniu. Osoby takie wymagają dodatkowej opieki ze względu na poważne ograniczenia w wykonywaniu podstawowych, codziennych czynności. Częstym problemem przy organicznych uszkodzeniach mózgu są napady padaczkowe.

Pewna grupa więźniów kierowana jest na oddziały terapeutyczne z powodu upośledzenia umysłowego. Oprócz niskiej ogólnej sprawności intelektualnej, więźniowie ci mają przeważnie znaczne deficyty w zakresie umiejętności społecznych. Słabo radzą sobie z załatwianiem codziennych spraw, nie potrafią rozwiązywać swoich problemów, są bezradni, co uzależnia ich od innych i sprawia, że są podatni na wpływy, przeważnie negatywne, współosadzonych. Osoby upośledzone umysłowo często stają się ofiarami podkultury więziennej – są wykorzystywane materialnie, zmuszane do wykonywania za innych różnych prac, w skrajnych przypadkach – do świadczenia usług seksualnych.

15.6. Osoby uzależnione od alkoholu lub narkotyków

Bezpośrednio po przyjęciu osoby do zakładu karnego lub aresztu śledczego istnieje ryzyko pojawienia się u niej objawów abstynencyjnych, związanych z nadużywaniem alkoholu lub narkotyków. Objawy abstynencyjne to zespół różnych (w zależności od rodzaju zażywanej substancji) zaburzeń natury fizjologicznej i psychicznej, spowodowanych nagłym brakiem alkoholu lub narkotyku w organizmie. W trakcie zespołu abstynencyjnego, oprócz ogólnie bardzo złego samopoczucia fizycznego, pojawiają się zaburzenia emocjonalne, jak gwałtowne wahania nastroju, przygnębienie, lęk. W przypadku intensywnego picia alkoholu może wystąpić majaczenie drżenne, w którym oprócz typowych objawów abstynencyjnych pojawiają się zaburzenia psychotyczne – zaburzenia świadomości, silny lęk, urojenia i halucynacje. Niemożność złagodzenia dolegliwości abstynencyjnych poprzez zażycie substancji psychoaktywnej niekiedy powoduje u osób uzależnionych zachowania autoagresywne, z próbami samobójczymi włącznie. Z tego powodu osoby, które przed aresztowaniem piły alkohol lub zażywały narkotyki przez pierwsze dni pobytu w więzieniu powinny być poddane wzmożonej obserwacji.

Więźniowie, u których stwierdzono uzależnienie od alkoholu lub narkotyków kierowani są do specjalnych oddziałów, gdzie prowadzi się terapię uzależnienia od tych używek. Do podstawowych objawów uzależnienia należą: przymus psychiczny używania substancji odurzającej, utrata kontroli nad częstością zażywania i wielkością dawek, zażywanie w celu uniknięcia objawów abstynencyjnych, pojawianie się objawów abstynencyjnych po odstawieniu substancji, wzrost tolerancji na zażywaną substancję (trzeba zażywać coraz więcej, żeby uzyskać ten sam efekt), zaniedbywanie obowiązków i zainteresowań na rzecz przyjmowania substancji odurzających oraz zażywanie środka pomimo ewidentnych szkód. Najważniejsze elementy leczenia alkoholików i narkomanów można streścić w następujących punktach:

- rozpoznawanie destrukcji: uczenie się obiektywnego identyfikowania konsekwencji zażywania w różnych sferach ich życia,
- rozbrajanie mechanizmów uzależnienia: analizowanie i zmiana nałogowych schematów myślenia i przeżywania, takich jak zaprzeczanie, racjonalizowanie, regulowanie nastroju za pomocą środków psychoaktywnych,
- poznawanie przyczyn nałogu: odkrywanie uwarunkowań uzależnienia poprzez głębszą samorefleksję nad całością doświadczeń życiowych,
- zapobieganie nawrotom choroby: uczenie się rozpoznawania sygnałów nawrotu oraz sposobów powstrzymywania się przed zażywaniem,
- tworzenie planu na trzeźwe życie: układanie realistycznego scenariusza życia bez środków psychoaktywnych,
- motywowanie do kontynuacji leczenia: zachęcanie i pomoc w organizowaniu dalszego leczenia po opuszczeniu więzienia.

Poszczególne oddziały terapeutyczne kładą nacisk na różne aspekty terapii, niemniej jednak wszystkie one uwzględniają powyższe elementy w swoich programach leczniczych. Terapia osób uzależnionych prowadzona jest w formie zajęć psychoedukacyjnych, treningów psychologicznych, psychoterapii grupowej i indywidualnej.

Funkcjonowanie ludzi uzależnionych w warunkach izolacji więziennej związane jest z licznymi problemami, które przede wszystkim utrudniają proces ich terapii. U pewnej grupy więźniów obserwuje się całkowity brak motywacji do leczenia. Są to najczęściej ludzie młodzi, z krótkim stażem zażywania, którzy nie zauważają jeszcze konsekwencji nałogu i którym ogólnie podoba się taki tryb życia. Osoby te nie chcą niczego zmieniać w swoim życiu, a oddziaływania terapeutyczne traktują jako pogwałcenie ich wolności. Licniejszą grupę stanowią więźniowie, którzy zgadzają się na terapię, jednak traktują ją instrumentalnie, jako zło konieczne, które trzeba przecierpieć, aby w przyszłości uzyskać pewne korzyści, nie mające nic wspólnego z trzeźwością (np. wcześniejsze wyjście z więzienia). Ludzie ci biorą udział w leczeniu w sposób bierny, bez osobistego zaangażowania. Wykonują swoje obowiązki na zasadzie przystosowania się do wymogów sytuacji.

Innym często pojawiającym się problemem są tzw. „kryzysy” – nawroty myśli, emocji i zachowań typowych dla czynnego zażywania. Dla „kryzysu” charakterystyczne, oprócz spadku motywacji do leczenia jest odczuwanie silnej potrzeby zażywania środków psychoaktywnych, myśli, fantazje i wspomnienia dotyczące zażywania, wahania nastroju oraz trudności w kontaktach społecznych (np. izolowanie się lub konflikty). W czasie „kryzysu” osoby uzależnione często szukają możliwości zdobycia alkoholu lub narkotyków (organizowanie przemytu) lub starają się zdobyć jakieś zastępcze środki, najczęściej są to leki psychotropowe. Leki dostaje się legalnie od więziennego psychiatry, co umożliwia przekonujące symulowanie zaburzeń psychicznych lub kupuje się od innych więźniów. Zgromadzenie większej ilości różnych leków pozwala na przygotowanie mieszanki o silnym działaniu, która na pewien czas zaspokaja głód narkotyku lub alkoholu.

Dla więźniów uzależnionych od narkotyków charakterystyczne jest przenoszenie do jednostek penitencjarnych norm i zachowań typowych dla środowiska czynnych narkomanów. Na ich podstawie grupa narkomanów w więzieniu tworzy specyficzną podkulturę narkomańską, która jest mieszaniną typowej „grypsery” i nawyków życia na „bajzlu” (miejsce przebywania narkomanów w danym mieście, np. Dworzec Centralny w Warszawie). Dla podkultury narkomańskiej typowe są takie zachowania, jak trzymanie w tajemnicy wszystkiego, co dotyczy zdobywania narkotyków w więzieniu, szykanowanie narkomanów, którzy w przeszłości donosili policji na innych narkomanów, „nakręcanie się”, czyli grupowe rozmowy o przyjemnej stronie brania narkotyków. W ramach podkultury narkomańskiej leczenie się z nałogu uważane jest z powodów do hańby, co ma bardzo negatywny wpływ na motywację do terapii.

15.7. Podsumowanie: specyficzne trudności, specyficzne zadania

Więźniowie są populacją trudną. Są to ludzie często zaniedbani pod względem zdrowotnym, nieszanujący swojego zdrowia, traktujący zdrowie oraz służbę zdrowia w sposób instrumentalny. Niechętnie godzą się na współpracę, mają roszczeniowe nastawienie do świata, domagają się od personelu medycznego nierealistycznych lub całkowicie zbędnych działań, próbują – powołując się na stan zdrowia – wymuszać specjalne traktowanie. Niektórzy więźniowie ze względu na wysoki poziom demoralizacji, zaburzenia osobowości i skłonność do agresji stanowią bezpośrednie fizyczne zagrożenie. Oczywiście, ta charakterystyka nie dotyczy wszystkich osób przebywających w jednostkach penitencjarnych, jednak liczba więźniów sprawiających rozmaite trudności jest bardzo duża. Z tego powodu praca pielęgniarki w więzieniu wiąże się z dużym stresem i wymaga – oprócz umiejętności zawodowych – dużej odporności psychicznej.

Specyficzne realia więzienia predysponują personel pielęgniarski do niezwykle ważnych w tym środowisku zadań. Można je streścić w trzech punktach:

- szeroko rozumiana edukacja prozdrowotna: propagowanie zdrowego trybu życia, dbania o higienę osobistą, zachęcanie do wykonywania badań i leczenia schorzeń, informowanie o zagrożeniach związanych z chorobami zakaźnymi, szczególnie HIV i WZW, uświadamianie ryzyka zakażenia się w wyniku samouszkodzeń, wykonywania tatuaży i przyjmowania narkotyków drogą iniekcji,
- informowanie o wynikach badań, przede wszystkim pod kątem HIV i WZW: udzielanie dyskretnej i kompetentnej informacji na temat choroby oraz możliwości jej leczenia, ze zrozumieniem emocji osoby informowanej,
- interweniowanie w sytuacjach trudnych: oprócz działań medycznych, umiejętne łagodzenie napięć wśród więźniów, hamowanie ich destrukcyjnych tendencji, w szczególności zapobieganie zachowaniom autoagresywnym i samobójczym.

PYTANIA

1. Jakie są trzy najważniejsze źródła stresu w warunkach więzienia?
2. Jakie są najważniejsze cechy „grypsery”?
3. Na czym polega motywacja emocjonalna i instrumentalna w przypadku samouszkodzeń?
4. Jakie są najważniejsze elementy terapii osób uzależnionych?
5. Jakie są specyficzne zadania personelu pielęgniarskiego w jednostkach penitencjarnych?

PIŚMIENNICTWO

- [1] Gilligan J.: Przemoc i wstyd, Media Rodzina, Poznań 2001.
- [2] Kosewski M.: Agresywni przestępcy, Wiedza Powszechna, Warszawa 1977.
- [3] Kosewski M.: Ludzie w sytuacji pokusy i upokorzenia, Wiedza Powszechna, Warszawa 1985.
- [4] Moczydłowski P.: Drugie życie więzienia, Łośgraf, Warszawa 2002.
- [5] Siemaszko A.: Granice tolerancji. O teoriach zachowań dewiacyjnych, PWN, Warszawa 1993.
- [6] Szaszkiwicz P.: Tajemnice grypserek, Instytut Ekspertyz Sądowych, Kraków 1997.

16. Załączniki

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego

z dnia 19 sierpnia 1994 r. (Dz. U. z dnia 20 października 1994 r.)

Dz. U. 94.111.535, 1997-10-26 zm. Dz. U. 97.113.731 art. 1; 1998-09-01 zm. Dz. U. 97.88.554 art. 5 § 2 pkt 39; 1999-01-01 zm. Dz. U. 98.106.668 art. 92; 1999-03-11 zm. Dz. U. 99.11.95 art. 79; 2001-03-30 zm. Dz. U. 00.120.1268 art. 55; 2005-08-13 zm. Dz. U. 05.141.1183 art. 1; 2006-01-01 zm. Dz. U. 05.141.1183 art. 1; zm. Dz. U. 05.175.1462 art. 9

Uznając, że zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa, stanowi się, co następuje:

Rozdział 1. Przepisy ogólne

Art. 1.

1. Ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane.
2. W działaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego mogą uczestniczyć stowarzyszenia i inne organizacje społeczne, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne osoby fizyczne i prawne.

Art. 2.

Ochrona zdrowia psychicznego polega w szczególności na:

- 1) promocji zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym,
- 2) zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym,
- 3) kształtowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałaniu ich dyskryminacji.

Art. 3.

Ilekroć przepisy niniejszej ustawy stanowią o:

- 1) osobie z zaburzeniami psychicznymi, odnosi się to do osoby:
 - a) chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne),
 - b) upośledzonej umysłowo,
 - c) wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym,
- 2) szpitalu psychiatrycznym, odnosi się to również do:
 - a) oddziału psychiatrycznego w szpitalu ogólnym,

- b) kliniki psychiatrycznej,
 - c) sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
 - d) innego zakładu opieki zdrowotnej, sprawującego całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową, niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje,
- 3) domu pomocy społecznej lub środowiskowym domu samopomocy, odnosi się to również do wszelkich form pomocy instytucjonalnej dla osób, o których mowa w pkt. 1,
- 4) zgodzie, oznacza to swobodnie wyrażoną zgodę osoby z zaburzeniami psychicznymi, która – niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego – jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej 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.

Art. 4.

1. Działania zapobiegawcze w zakresie ochrony zdrowia psychicznego są podejmowane przede wszystkim wobec dzieci, młodzieży, osób starszych i wobec osób znajdujących się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla ich zdrowia psychicznego.
2. Działania, o których mowa w ust. 1, obejmują w szczególności:
- 1) stosowanie zasad ochrony zdrowia psychicznego w pracy szkół, placówek oświatowych, opiekuńczo-wychowawczych, resocjalizacyjnych oraz w jednostkach wojskowych,
 - 2) tworzenie placówek rozwijających działalność zapobiegawczą, przede wszystkim poradnictwa psychologicznego, oraz placówek specjalistycznych, z uwzględnieniem wczesnego rozpoznawania potrzeb dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego,
 - 3) wspieranie grup samopomocy i innych inicjatyw społecznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego,
 - 4) rozwijanie działalności zapobiegawczej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego przez zakłady opieki zdrowotnej,
 - 5) wprowadzanie zagadnień ochrony zdrowia psychicznego do programu przygotowania zawodowego osób zajmujących się wychowaniem, nauczaniem, resocjalizacją, leczeniem i opieką, zarządzaniem i organizacją pracy oraz organizacją wypoczynku,
 - 6) podejmowanie badań naukowych służących umacnianiu zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym,
 - 7) uwzględnianie zagadnień zdrowia psychicznego w działalności publicznych środków masowego przekazu, a zwłaszcza w programach radiowych i telewizyjnych.
3. Rada Ministrów określa, w drodze rozporządzenia, sposób organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym.

Art. 5.

Opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi jest wykonywana w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, zwłaszcza psychiatrycznej opieki zdrowotnej – w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej oraz w domach pomocy społecznej.

Art. 6.

1. Samorząd województwa zgodnie z potrzebami wynikającymi w szczególności z liczby i struktury społecznej ludności województwa tworzy i prowadzi zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, docelową sieć zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, uwzględniając w szczególności ich dostępność oraz sposób finansowania.

3. Zadania, o których mowa w art. 18 ust. 6 pkt 2 i art. 46 ust. 2b, są zadaniami z zakresu administracji rządowej.

Art. 6a.

Powiat organizuje i zapewnia usługi w odpowiednim standardzie w domach pomocy społecznej dostosowanych do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi. Domy te są tworzone na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 1998 r. Nr 64, poz. 414).

Art. 7.

1. Dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo, bez względu na stopień upośledzenia, organizuje się naukę i zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze, w szczególności w przedszkolach, szkołach, placówkach opiekuńczo-wychowawczych, ośrodkach rehabilitacyjno-wychowawczych, w domach pomocy społecznej i zakładach opieki zdrowotnej, a także w domu rodzinnym.
2. Dla osób, o których mowa w ust. 1, organizuje się również rehabilitację leczniczą, zawodową i społeczną. Rehabilitacja i zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze są bezpłatne. Opieka niezbędna do prowadzenia rehabilitacji i zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wchodzi w zakres tych czynności.
3. Minister Edukacji Narodowej w porozumieniu z Ministrem Pracy i Polityki Socjalnej oraz Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej określa, w drodze rozporządzenia, zasady organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim.
4. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Pracy i Polityki Socjalnej określa, w drodze rozporządzenia, zasady organizowania i zakres rehabilitacji leczniczej w domach pomocy społecznej.
5. Naukę, zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze i rehabilitację mogą także organizować podmioty wymienione w art. 1 ust. 2.

Art. 8.

1. Jednostki organizacyjne i inne podmioty działające na podstawie ustawy o pomocy społecznej, zwane dalej „organami do spraw pomocy społecznej”, w porozumieniu z zakładami psychiatrycznej opieki zdrowotnej organizują na obszarze swojego działania oparcie społeczne dla osób, które z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego mają poważne trudności w życiu codziennym, zwłaszcza w kształtowaniu swoich stosunków z otoczeniem, w zakresie edukacji, zatrudnienia oraz w sprawach bytowych.
2. Oparcie społeczne polega w szczególności na:
 - 1) podtrzymywaniu i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego, aktywnego życia,
 - 2) organizowaniu w środowisku społecznym pomocy ze strony rodziny, innych osób, grup, organizacji społecznych i instytucji,
 - 3) udzielaniu pomocy finansowej, rzeczowej oraz innych świadczeń na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej.

Art. 9.

1. Usługi opiekuńcze powinny być dostosowane do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi. Pomoc mieszkaniowa, jako forma usługi opiekuńczej, może polegać między innymi na udostępnianiu miejsca w środowiskowym domu samopomocy.
2. Środowiskowe domy samopomocy stosownie do potrzeb są organizowane, prowadzone i finansowane przez organy do spraw pomocy społecznej na zasadach określonych w przepisach ustawy o pomocy społecznej. Środowiskowe domy samopomocy mogą być także tworzone przez podmioty wymienione w art. 1 ust. 2.
3. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Pracy i Polityki Socjalnej określa, w drodze rozporządzenia, rodzaj i zakres psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych, udziela-

nych w domach pomocy społecznej i w środowiskowych domach samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

4. Zadania, o których mowa w ust. 1 i 2, są realizowane jako zadania zlecone gminom przez administrację rządową w ramach pomocy społecznej.

Art. 10.

1. Za świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej udzielane osobie, o której mowa w art. 3 pkt 1 lit. a) i b), przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 oraz z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 1110 i Nr 138, poz. 1154), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, nie pobiera się od tej osoby opłat.
2. Osobom, o których mowa w art. 3 pkt 1 lit. a) i b), przebywającym w szpitalu psychiatrycznym przysługują ponadto produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze, za które nie pobiera się od tych osób opłat.
3. Osobom, o których mowa w art. 3 pkt 1 lit. a) i b), przysługują także produkty lecznicze i wyroby medyczne na zasadach określonych w art. 37 ustawy o świadczeniach.

Rozdział 2. Badanie, leczenie, rehabilitacja oraz opieka i pomoc

Art. 10a.

1. Osoba korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny ma prawo do pomocy w ochronie swoich praw.
2. Prawo do pomocy w ochronie praw osoby, o której mowa w ust. 1, przysługuje również jej przedstawicielowi ustawowemu, opiekunowi prawnemu lub faktycznemu.
3. Świadczeniodawca informuje osoby, o których mowa w ust. 1 i 2, o zakresie działania i sposobie kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, o którym mowa w art. 10b ust. 1.
4. Osoby, o których mowa w ust. 1 i 2, mają prawo w szczególności do:
 - 1) przekazania ustnych i pisemnych skarg dotyczących naruszenia praw osoby, o której mowa w ust. 1,
 - 2) spotkania z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w warunkach zapewniających swobodę wypowiedzi, nie później niż w terminie 7 dni od dnia zgłoszenia takiej potrzeby,
 - 3) uzyskania informacji o rozstrzygnięciu zgłoszonej sprawy.

Art. 10b.

1. Ochrona praw osób, o których mowa w art. 10a ust. 1, należy do zadań Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.
2. Do zadań Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego należy w szczególności:
 - 1) pomoc w dochodzeniu praw w sprawach związanych z przyjęciem, leczeniem, warunkami pobytu i wypisaniem ze szpitala psychiatrycznego,
 - 2) wyjaśnianie lub pomoc w wyjaśnianiu ustnych i pisemnych skarg tych osób,
 - 3) współpraca z rodziną, przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym tych osób,
 - 4) inicjowanie i prowadzenie działalności edukacyjno-informacyjnej w zakresie praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny.
3. W zakresie zadań, o których mowa w ust. 1 i 2, Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego współpracuje z:

- 1) Rzecznikiem Praw Obywatelskich,
 - 2) Rzecznikiem Praw Dziecka,
 - 3) konsultantem krajowym i konsultantami wojewódzkimi w dziedzinie psychiatrii.
4. Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w celu realizacji zadań, o których mowa w ust. 1 i 2, ma prawo:
- 1) wstępu do szpitala psychiatrycznego,
 - 2) występowania z wnioskiem do lekarza prowadzącego, ordynatora oddziału psychiatrycznego lub kierownika zakładu opieki zdrowotnej oraz do podmiotów, które utworzyły ten zakład, o podjęcie działań zmierzających do usunięcia przyczyny skargi lub zaistniałych naruszeń,
 - 3) wglądu w dokumentację medyczną za zgodą osoby, o której mowa w art. 10a ust. 1, jej przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub faktycznego.
5. Kierownik zakładu opieki zdrowotnej, na terenie którego Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego wykonuje swoje zadania, zapewnia warunki do wykonywania tych zadań, w szczególności:
- 1) umożliwia przyjmowanie skarg, o których mowa w art. 10a ust. 4 pkt 1, przez Rzecznika,
 - 2) udostępnia pomieszczenia przeznaczone do odbywania spotkań z osobami, o których mowa w art. 10a ust. 1 i 2.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy tryb i sposób działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, uwzględniając terytorialny obszar działania Rzeczników w odniesieniu do różnych form opieki psychiatrycznej.

Art. 10c.

1. Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego może być osoba, z zastrzeżeniem ust. 2, która:
 - 1) posiada wykształcenie wyższe,
 - 2) posiada wiedzę na temat praw i wolności człowieka, w szczególności osoby z zaburzeniami psychicznymi, a także możliwości skutecznej ochrony tych praw,
 - 3) posiada doświadczenie w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi,
 - 4) jest obywatelem polskim,
 - 5) korzysta z pełni praw publicznych,
 - 6) nie była karana za przestępstwo popełnione z winy umyślnej,
 - 7) cieszy się nieposzlakowaną opinią.
2. Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego nie może być:
 - 1) świadczeniodawcą w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy o świadczeniach,
 - 2) właścicielem zakładu opieki zdrowotnej będącym świadczeniodawcą, o którym mowa w art. 5 pkt 41 lit. a ustawy o świadczeniach, jego pracownikiem lub osobą współpracującą ze świadczeniodawcą,
 - 3) właścicielem lub pracownikiem apteki, hurtowni farmaceutycznej lub wytwórcą produktu leczniczego lub wyrobu medycznego,
 - 4) właścicielem akcji lub udziałów w spółce prowadzącej zakład opieki zdrowotnej, aptekę lub hurtownię farmaceutyczną albo wytwarzającą produkty lecznicze lub wyroby medyczne,
 - 5) członkiem Rady Narodowego Funduszu Zdrowia albo rady oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,
 - 6) pracownikiem Narodowego Funduszu Zdrowia.

Art. 10d.

Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego są pracownikami Biura Praw Pacjenta utworzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia w formie jednostki budżetowej i wykonują swoje zadania przy pomocy tego Biura.

Art. 11.

Świadectwo o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, orzeczenie, opinię lub skierowanie do innego lekarza lub psychologa albo zakładu opieki zdrowotnej – lekarz może wydać wyłącznie na podstawie uprzedniego osobistego zbadania tej osoby. Skierowanie do szpitala psychiatrycznego wydawane jest w dniu badania, a jego ważność wygasa po upływie 14 dni.

Art. 12.

Przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego bierze się pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi i dąży do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla tej osoby uciążliwy.

Art. 13.

Osoba z zaburzeniami psychicznymi przebywająca w szpitalu psychiatrycznym lub w domu pomocy społecznej ma prawo do porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami; korespondencja takiej osoby nie podlega kontroli.

Art. 14.

Osoba z zaburzeniami psychicznymi leczona w szpitalu psychiatrycznym może uzyskać zgodę ordynatora na okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania jej z zakładu, jeżeli nie zagraża to jej życiu albo życiu i zdrowiu innych osób.

Art. 15.

1. Zajęcia rehabilitacyjne prowadzone w szpitalach psychiatrycznych i w domach pomocy społecznej nie mogą być podporządkowane celom gospodarczym.
2. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej określa, w drodze rozporządzenia, sposób organizowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych oraz sposób nagradzania uczestników zajęć.

Art. 16.

W razie stwierdzenia, że dobro osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo wymaga jej ubezwłasnowolnienia, kierownik zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej zawiadamia o tym prokuratora.

Art. 17.

W razie stwierdzenia, że przedstawiciel ustawowy osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo nie wykonuje należycie swoich obowiązków wobec tej osoby, kierownik zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej zawiadamia o tym sąd opiekuńczy miejsca zamieszkania tej osoby.

Art. 18.

1. Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia albo osoby te:
 - 1) dopuszczają się zamachu przeciwko:
 - a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby,
 - b) bezpieczeństwu powszechnemu,
 - 2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu,

- 3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.
2. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. W szpitalach psychiatrycznych oraz w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, która jest obowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia, o którym mowa w ust. 4, o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
3. Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osoby, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, polega na przytrzymywaniu, przymusowym podaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji, a wobec osoby, o której mowa w ust. 1 pkt 3 – na przytrzymaniu lub przymusowym podaniu leku.
4. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty. Przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby.
5. W przypadkach określonych w ust. 1 pogotowie ratunkowe, policja oraz straż pożarna są obowiązane do udzielania lekarzowi pomocy na jego żądanie.
6. Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego:
 - 1) przez lekarza zakładu opieki zdrowotnej – ocenia, w terminie 3 dni, kierownik tego zakładu, jeżeli jest lekarzem lub lekarz przez niego upoważniony,
 - 2) przez pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub innego lekarza – ocenia, w terminie 3 dni, upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii.
7. Sposób stosowania przymusu bezpośredniego określa, w drodze rozporządzenia, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości oraz Ministrem Pracy i Polityki Socjalnej.

Art. 19.

Przewidziane w innych ustawach badanie stanu psychicznego osoby, przeprowadzane na żądanie sądu, prokuratora lub innego uprawnionego organu, powinno się odbywać w publicznych zakładach psychiatrycznej opieki zdrowotnej. W razie potrzeby badanie to może być przeprowadzone w innych zakładach opieki zdrowotnej, rodzinnych ośrodkach diagnostyczno-konsultacyjnych, a wyjątkowo także w miejscu zamieszkania osoby badanej.

Art. 20.

Przepisy ustawy przewidujące wymóg wyrażenia zgody przez przedstawiciela ustawowego osoby małoletniej lub osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie stosuje się również do osoby ubezwłasnowolnionej częściowo, jeżeli wynika to z postanowienia sądu opiekuńczego o ustanowieniu kuratora.

Rozdział 3. Postępowanie lecznicze

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego

Art. 21.

1. Osoba, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, może być poddana badaniu psychiatrycznemu również bez jej zgody, a osoba małoletnia lub ubezwłasnowolniona całkowicie – także bez zgody jej przedstawiciela ustawowego. W tym przypadku ma zastosowanie art. 18.

2. Konieczność przeprowadzenia badania, o którym mowa w ust. 1 stwierdza lekarz psychiatra, a w razie niemożności uzyskania pomocy lekarza psychiatry – inny lekarz. Przed przystąpieniem do badania uprzedza się osobę badaną lub jej przedstawiciela ustawowego o przyczynach przeprowadzenia badania bez jej zgody.
3. W razie potrzeby lekarz przeprowadzający badanie zarządza bezzwłocznie przewiezienie badanego do szpitala. Przewiezienie takiej osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego powinno nastąpić w obecności lekarza lub pielęgniarki.
4. Lekarz, który przeprowadził badanie psychiatryczne określone w ust. 1, odnotowuje tę czynność w dokumentacji medycznej, wskazując na okoliczności uzasadniające podjęcie postępowania przymusowego. Przy ocenie zasadności poddania osoby badaniu bez jej zgody stosuje się odpowiednio art. 18 ust. 6.

Art. 22.

1. Przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego następuje za jej pisemną zgodą na podstawie ważnego skierowania do szpitala, jeżeli lekarz wyznaczony do tej czynności, po osobistym zbadaniu tej osoby, stwierdzi wskazania do przyjęcia.
 - 1a. W nagłych przypadkach, w szczególności w przypadku braku możliwości uzyskania pomocy lekarskiej przed zgłoszeniem się do szpitala, osoba z zaburzeniami psychicznymi może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego, za jej pisemną zgodą, bez skierowania, o którym mowa w ust. 1.
2. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie lub osoby upośledzonej umysłowo niezdolnej do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i leczenia następuje po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.
 - 2a. W przypadkach nagłych osoba, o której mowa w ust. 2, może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez wcześniejszego uzyskania zgody sądu opiekuńczego. W takim przypadku lekarz przyjmujący tę osobę ma obowiązek, o ile to możliwe, zasięgnięcia pisemnej opinii innego lekarza, w miarę możliwości psychiatry, albo pisemnej opinii psychologa.
 - 2b. W przypadkach, o których mowa w ust. 2a, kierownik szpitala psychiatrycznego zawiadamia niezwłocznie sąd opiekuńczy właściwy ze względu na siedzibę szpitala, w celu uzyskania zgody sądu na pobyt tej osoby w szpitalu. W zawiadomieniu kierownik szpitala psychiatrycznego wskazuje okoliczności uzasadniające przyjęcie.
 - 2c. Jeżeli osoba, o której mowa w ust. 2, sprzeciwia się przyjęciu do szpitala psychiatrycznego, a jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, stosuje się odpowiednio przepisy art. 23 ust. 3–5 oraz art. 25 i 27.
3. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie następuje za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego.
4. Jeżeli przyjęcie do szpitala dotyczy osoby małoletniej powyżej 16 roku życia lub osoby pełnoletniej całkowicie ubezwłasnowolnionej, zdolnej do wyrażenia zgody, jest wymagane również uzyskanie zgody tej osoby na przyjęcie. W przypadku sprzecznych oświadczeń w sprawie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego tej osoby i jej przedstawiciela ustawowego, zgodę na przyjęcie do szpitala wyraża sąd opiekuńczy właściwy ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.
5. Przedstawiciel ustawowy osoby, która nie pozostaje pod władzą rodzicielską, wyraża zgodę, o której mowa w ust. 3, za zgodą sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby; w wypadkach nagłych nie jest konieczne uzyskanie zgody sądu opiekuńczego przed przyjściem do szpitala psychiatrycznego.
6. O każdorazowym przyjęciu osoby z zaburzeniami psychicznymi, w warunkach przewidzianych w ust. 5, kierownik szpitala psychiatrycznego zawiadamia bezzwłocznie sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala. W zawiadomieniu kierownik szpitala psychiatrycznego wskazuje okoliczności uzasadniające przyjęcie.

Art. 23.

1. Osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.
2. O przyjęciu do szpitala osoby, o której mowa w ust. 1, postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa.
3. Lekarz, o którym mowa w ust. 2, jest obowiązany wyjaśnić choremu przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody i poinformować go o jego prawach.
4. Przyjęcie do szpitala, o którym mowa w ust. 1, wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia. Kierownik szpitala zawiadamia o powyższym sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia.
5. Czynności, o których mowa w ust. 2, 3 i 4, odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Art. 24.

1. Osoba, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, może być przyjęta bez zgody wymaganej w art. 22 do szpitala w celu wyjaśnienia tych wątpliwości.
2. Pobyt w szpitalu, o którym mowa w ust. 1, nie może trwać dłużej niż 10 dni.
3. Do przyjęcia do szpitala, o którym mowa w ust. 1, stosuje się zasady i tryb postępowania określony w art. 23.

Art. 25.

1. Na podstawie otrzymanego zawiadomienia sąd opiekuńczy wszczyna postępowanie dotyczące przyjęcia do szpitala psychiatrycznego osoby wymienionej w art. 22–24.
2. Sąd opiekuńczy może rozpoznać sprawę również na wniosek tej osoby lub jej przedstawiciela ustawowego, jej małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa bądź osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę albo z urzędu.

Art. 26.

1. W przypadku, gdy osoba przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody wyraziła potem zgodę na pobyt w tym szpitalu, sąd opiekuńczy umorzy postępowanie wszczęte na skutek zawiadomienia lub wniosku, o którym mowa w art. 25, jeżeli uzna, że osoba ta wyraziła zgodę.
2. Przed umorzeniem postępowania sąd jest obowiązany wysłuchać osobę wymienioną w ust. 1.

Art. 27.

O treści postanowienia w przedmiocie przyjęcia osoby, o której mowa w art. 23 i 24, sąd opiekuńczy zawiadamia niezwłocznie szpital, w którym ta osoba przebywa. W razie wydania postanowienia o braku podstaw do przyjęcia, szpital psychiatryczny jest obowiązany wypisać tę osobę niezwłocznie po doręczeniu mu postanowienia sądu.

Art. 28.

Jeżeli zachowanie osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego za zgodą wymaganą w art. 22 wskazuje na to, że zachodzą okoliczności określone w art. 23 ust. 1, a zgoda ta została cofnięta, stosuje się odpowiednio przepisy art. 23 ust. 2–5 oraz art. 25–27.

Art. 29.

1. Do szpitala psychiatrycznego może być również przyjęta, bez zgody wymaganej w art. 22, osoba chora psychicznie:

- 1) której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego, bądź
 - 2) która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia.
2. O potrzebie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego osoby, o której mowa w ust. 1, bez jej zgody, orzeka sąd opiekuńczy miejsca zamieszkania tej osoby – na wniosek jej małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa, jej przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę.
3. W stosunku do osoby objętej oparciem społecznym, o którym mowa w art. 8, wniosek może zgłosić również organ do spraw pomocy społecznej.

Art. 30.

1. Do wniosku, o którym mowa w art. 29 ust. 2 i 3, dołącza się świadectwo lekarza psychiatry szczególnie uzasadniające potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym. W przypadku braku świadectwa lekarskiego lub gdy zostało ono wydane w okresie dłuższym niż 14 dni przed datą złożenia wniosku, sąd opiekuńczy zwraca wniosek. Przepisy art. 130 Kodeksu postępowania cywilnego nie mają w tym przypadku zastosowania.
2. Świadectwo wydaje lekarz psychiatra zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej na uzasadnione żądanie osoby lub organu uprawnionego do zgłoszenia wniosku o wszczęcie postępowania sądowego w tej sprawie.
3. Po stwierdzeniu potrzeby wydania świadectwa lekarskiego lekarz psychiatra publicznego zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej wyznacza termin badania i zawiadamia o tym osobę, o której mowa w art. 29 ust. 1, pouczając o możliwości doprowadzenia przez policję w przypadku niestawienia się na badanie.
4. W razie uchylania się od badania osoby, o której mowa w ust. 3, lekarz psychiatra publicznego zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej może zwrócić się do policji o doprowadzenie tej osoby na badanie w publicznym zakładzie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. W uzasadnionych przypadkach badanie może odbyć się w miejscu pobytu tej osoby.
5. Jeżeli osoba, o której mowa w art. 29 ust. 1, odmawia poddania się badaniu, może być ono przeprowadzone bez jej zgody. Przepis art. 21 stosuje się odpowiednio.

Art. 30a.

Doprowadzenie przez policję, o którym mowa w art. 30, następuje w obecności lekarza lub pielęgniarki publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Art. 31.

W razie stwierdzenia, że osoba, wobec której wszczęto postępowanie określone w art. 29 i 30, wskutek choroby psychicznej zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, stosuje się art. 23.

Art. 32.

Przy wykonywaniu czynności, o których mowa w art. 23, 24 i 28 oraz postanowień sądu opiekuńczego przewidzianych w niniejszym rozdziale stosuje się odpowiednio przepis art. 18 ust. 5.

Postępowanie lecznicze w stosunku do osoby leczonej bez jej zgody

Art. 33.

1. Wobec osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody można stosować niezbędne czynności lecznicze, mające na celu usunięcie przewidzianych w ustawie przyczyn przyjęcia bez zgody.

2. Lekarz wyznaczony do tych czynności zapoznaje osobę, o której mowa w ust. 1, z planowanym postępowaniem leczniczym.
3. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej określa, w drodze rozporządzenia, wykaz świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, których zastosowanie wymaga zgody osoby określonej w ust. 1 lub jej przedstawiciela ustawowego.
4. Przepisy ust. 1 i 2 nie mają zastosowania do osób umieszczonych w szpitalu psychiatrycznym w trybie art. 24.

Art. 34.

Wobec osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody przymus bezpośredni można stosować, poza okolicznościami określonymi w art. 18, także wtedy, gdy jest to konieczne do dokonania niezbędnych czynności leczniczych, o których mowa w art. 33. Przymus bezpośredni można także stosować w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu przez tę osobę szpitala psychiatrycznego.

Wypisanie ze szpitala psychiatrycznego osoby przebywającej tam bez jej zgody**Art. 35.**

1. O wypisaniu ze szpitala psychiatrycznego osoby przebywającej w tym szpitalu bez jej zgody postanawia ordynator (lekarz kierujący oddziałem), jeżeli uzna, że ustały przewidziane w niniejszej ustawie przyczyny przyjęcia i pobytu tej osoby w szpitalu psychiatrycznym bez jej zgody.
2. Osoba ta może za swoją później wyrażoną zgodą pozostać w szpitalu psychiatrycznym, jeżeli w ocenie lekarza jej dalszy pobyt w tym szpitalu jest celowy.
3. O wypisaniu ze szpitala w trybie ust. 1 i okolicznościach, o których mowa w ust. 2, kierownik szpitala psychiatrycznego zawiadamia sąd opiekuńczy.

Art. 36.

1. Osoba przebywająca w szpitalu psychiatrycznym może złożyć w szpitalu, w dowolnej formie, wniosek o nakazanie wypisania jej ze szpitala, co odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
2. Osoba przebywająca bez swojej zgody w szpitalu psychiatrycznym, jej przedstawiciel ustawowy, małżonek, rodzeństwo, krewni w linii prostej oraz osoba sprawująca faktyczną nad nią opiekę mogą żądać wypisania tej osoby ze szpitala psychiatrycznego nie wcześniej niż po upływie 30 dni od uprawomocnienia się postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie przyjęcia do szpitala lub dalszego leczenia tej osoby bez jej zgody w tym szpitalu. Żądanie takie może być zgłoszone w dowolnej formie; odnotowuje się je w dokumentacji medycznej.
3. W razie odmowy wypisania, osoba przebywająca w szpitalu oraz odpowiednio inne osoby wymienione w ust. 2 mogą wystąpić do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się ten szpital, o nakazanie wypisania. Wniosek składa się w terminie 7 dni od powiadomienia tej osoby o odmowie wypisania oraz o terminie i sposobie złożenia wniosku.

Art. 37.

Przepisy niniejszego rozdziału oraz art. 14 nie mają zastosowania do osób kierowanych do szpitala psychiatrycznego przez właściwy organ państwowy na podstawie innych ustaw.

Rozdział 4. Przyjęcie do domu pomocy społecznej**Art. 38.**

Osoba, która wskutek choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i nie ma możliwości korzystania z opieki innych osób oraz

potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, lecz nie wymaga leczenia szpitalnego, może być za jej zgodą lub zgodą jej przedstawiciela ustawowego przyjęta do domu pomocy społecznej.

Art. 39.

1. Jeżeli osoba, o której mowa w art. 38, lub jej przedstawiciel ustawowy nie wyrażają zgody na przyjęcie jej do domu pomocy społecznej, a brak opieki zagraża życiu tej osoby, organ do spraw pomocy społecznej może wystąpić do sądu opiekuńczego miejsca zamieszkania tej osoby z wnioskiem o przyjęcie do domu pomocy społecznej bez jej zgody.
2. Z wnioskiem, o którym mowa w ust. 1, może wystąpić również kierownik szpitala psychiatrycznego, jeżeli przebywająca w nim osoba jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, natomiast nie wymaga dalszego leczenia w tym szpitalu.
3. Jeżeli osoba wymagająca skierowania do domu pomocy społecznej ze względu na swój stan psychiczny nie jest zdolna do wyrażenia na to zgody, o jej skierowaniu do domu pomocy społecznej orzeka sąd opiekuńczy.

Art. 40.

1. Przy wykonywaniu orzeczenia sądu opiekuńczego o przyjęciu do domu pomocy społecznej stosuje się art. 18.
2. Przymus bezpośredni można także stosować w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu przez tę osobę domu pomocy społecznej.

Art. 41.

1. Osoba przyjęta do domu pomocy społecznej w trybie art. 39, jej przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewni w linii prostej, rodzeństwo oraz osoba sprawująca nad nią faktyczną opiekę – mogą występować do sądu opiekuńczego o zmianę orzeczenia o przyjęciu do domu pomocy społecznej.
2. Z wnioskiem, o którym mowa w ust. 1, może także wystąpić kierownik domu pomocy społecznej, jeżeli uzna, że zmieniły się okoliczności uzasadniające orzeczenie o przyjęciu tej osoby do domu pomocy społecznej bez jej zgody.

Rozdział 5. Postępowanie przed sądem opiekuńczym

Art. 42.

W postępowaniu przed sądem opiekuńczym w sprawach określonych w niniejszej ustawie stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu postępowania cywilnego o postępowaniu nieprocesowym, ze zmianami wynikającymi z niniejszej ustawy.

Art. 43.

1. Do szpitala psychiatrycznego i domu pomocy społecznej przeznaczonego dla osób chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo ma prawo wstępu o każdej porze sędzia w celu kontroli legalności przyjęcia i przebywania w takim szpitalu lub domu pomocy społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, przestrzegania ich praw oraz kontroli warunków, w jakich one tam przebywają.
2. Minister Sprawiedliwości w porozumieniu z Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Ministrem Pracy i Polityki Socjalnej określa, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób i tryb sprawowania kontroli, o której mowa w ust. 1.

Art. 44.

1. Dla osoby przebywającej w szpitalu psychiatrycznym sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala ustanawia na jej wniosek kuratora, jeżeli osoba ta w czasie pobytu w szpitalu potrzebuje pomocy do

prowadzenia wszystkich swoich spraw albo spraw określonego rodzaju. Zakres obowiązków oraz uprawnień kuratora określa sąd opiekuńczy.

2. Jeżeli osoba przebywająca w szpitalu psychiatrycznym ze względu na stan zdrowia nie jest zdolna do złożenia wniosku, sąd opiekuńczy może ustanowić dla niej kuratora z urzędu.
3. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio do osób chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo, przebywających w domu pomocy społecznej.

Art. 45.

1. W sprawach określonych w art. 25, 29, 36 ust. 3 i art. 39 sąd opiekuńczy orzeka w składzie jednego sędziego po przeprowadzeniu rozprawy; rozprawa powinna się odbyć nie później niż w terminie 14 dni od dnia wpływu wniosku lub otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w art. 23 ust. 4.
 - 1a. W przypadkach uzasadnionych interesem osoby, której postępowanie dotyczy bezpośrednio, sąd zarządza przeprowadzenie rozprawy w szpitalu.
2. Sędzia wizytujący szpital wysłuchuje osobę przyjętą do szpitala psychiatrycznego w trybie art. 23, 24 lub 28 nie później niż w terminie 48 godzin od otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w art. 23 ust. 4. W razie stwierdzenia, że pobyt tej osoby w szpitalu psychiatrycznym jest oczywiście bezzasadny, sędzia zarządza natychmiastowe jej wypisanie ze szpitala i wnosi o umorzenie postępowania.

Art. 46.

1. W sprawach dotyczących przyjęcia osoby chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego oraz wypisania jej z takiego szpitala uczestnikami postępowania z mocy prawa oprócz wnioskodawcy są: ta osoba oraz jej przedstawiciel ustawowy. W miarę potrzeby sąd zawiadamia o rozprawie małżonka osoby, której postępowanie dotyczy, oraz osobę sprawującą nad nią faktyczną opiekę; mogą oni wziąć udział w każdym stanie sprawy i wtedy stają się uczestnikami.
 - 1a. Osoba, której postępowanie dotyczy bezpośrednio, może być doprowadzona na rozprawę sądową na mocy zarządzenia sądowego. W tym przypadku stosuje się odpowiednio art. 556 § 2 Kodeksu postępowania cywilnego.
2. Przed wydaniem postanowienia co do istoty sprawy, sąd jest obowiązany uzyskać opinię jednego lub kilku lekarzy psychiatrów. Biegłym nie może być osoba, która uczestniczyła w podjęciu decyzji o przyjęciu do szpitala lub odmowie wypisania osoby chorej psychicznie ze szpitala psychiatrycznego.
 - 2a. W przypadku, gdy osoba psychicznie chora, która ma być poddana badaniu przez biegłego, odmawia stawienia się w publicznym zakładzie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub w inny sposób uchyla się od tego badania, sąd może zarządzić doprowadzenie tej osoby do publicznego zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej przez policję.
 - 2b. Zapewnienie realizacji postanowienia sądowego o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego osoby, o której mowa w art. 29 ust. 1, należy do marszałka województwa.
3. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio do postępowania o przyjęciu do domu pomocy społecznej; do czasu przyjęcia osoby, o której mowa w art. 39, do domu pomocy społecznej organ do spraw pomocy społecznej powinien zapewnić jej niezbędną pomoc.
4. Sąd zawiadamia prokuratora o potrzebie wzięcia udziału w postępowaniu, jeżeli uzna to za konieczne.

Art. 46a.

Doprowadzenie przez policję, o którym mowa w art. 46, następuje w obecności lekarza lub pielęgniarza publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Art. 47.

Do środków odwoławczych wnoszonych przez osobę, której postępowanie dotyczy bezpośrednio, nie ma zastosowania przepis art. 368 Kodeksu postępowania cywilnego oraz w zakresie objętym treścią tego artykułu również przepis art. 370 tego kodeksu.

Art. 48.

1. Postępowanie przed sądem opiekuńczym w sprawach określonych w niniejszej ustawie jest wolne od kosztów sądowych.
2. Sąd może ustanowić dla osoby, której postępowanie dotyczy bezpośrednio adwokata z urzędu, nawet bez złożenia wniosku, jeżeli osoba ta ze względu na stan zdrowia psychicznego nie jest zdolna do złożenia wniosku, a sąd uzna udział adwokata w sprawie za potrzebny.

Art. 49.

Szczegółowy sposób działania szpitala psychiatrycznego w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego określa, w drodze rozporządzenia, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości, a w sprawach odnoszących się do domu pomocy społecznej – Minister Pracy i Polityki Socjalnej w porozumieniu z Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej oraz z Ministrem Sprawiedliwości.

Rozdział 6. Ochrona tajemnicy**Art. 50.**

1. Osoby wykonujące czynności wynikające z niniejszej ustawy są obowiązane do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powezmą wiadomość w związku z wykonywaniem tych czynności, stosownie do odrębnych przepisów, a nadto z zachowaniem przepisów niniejszego rozdziału.
2. Od obowiązku zachowania tajemnicy osoba wymieniona w ust. 1 jest zwolniona w stosunku do:
 - 1) lekarza sprawującego opiekę nad osobą z zaburzeniami psychicznymi,
 - 2) właściwych organów administracji rządowej lub samorządowej co do okoliczności, których ujawnienie jest niezbędne do wykonywania zadań z zakresu pomocy społecznej,
 - 3) osób współuczestniczących w wykonywaniu czynności w ramach pomocy społecznej, w zakresie, w jakim to jest niezbędne,
 - 4) służb ochrony państwa i ich upoważnionych pisemnie funkcjonariuszy lub żołnierzy w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania sprawdzającego na podstawie przepisów o ochronie informacji niejawnych.

Art. 51.

W dokumentacji dotyczącej badań lub przebiegu leczenia osoby, wobec której podjęto czynności wynikające z niniejszej ustawy, nie utrwała się oświadczeń obejmujących przyznanie się do popełnienia czynu zabronionego pod groźbą kary. Zasadę tę stosuje się również do dokumentacji dotyczącej badań przeprowadzonych na żądanie uprawnionego organu.

Art. 52.

1. Nie wolno przesłuchiwać osób obowiązanych do zachowania tajemnicy, stosownie do przepisów niniejszego rozdziału, jako świadków na okoliczność wypowiedzi osoby, wobec której podjęto czynności wynikające z niniejszej ustawy, co do popełnienia przez nią czynu zabronionego pod groźbą kary.
2. Zakaz określony w ust. 1 stosuje się odpowiednio do lekarzy wykonujących czynności biegłego.

Rozdział 7. Przepisy karne, zmiany w przepisach obowiązujących oraz przepisy przejściowe i końcowe**Art. 53.**

Kto podaje lekarzowi lub organowi właściwemu do wykonywania niniejszej ustawy informacje o występujących u innej osoby objawach zaburzeń psychicznych, wiedząc, że te informacje są nieprawdziwe, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Art. 54.

W ustawie z dnia 27 września 1991 r. o zasadach odpłatności za leki i artykuły sanitarne (Dz. U. Nr 94, poz. 422) w art. 11 w ust. 1 po wyrazie „zakaźne”, dodaje się wyrazy „psychiczne oraz upośledzenie umysłowe”.

Art. 55.

1. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej ustala, w drodze rozporządzenia, docelową sieć publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 6.
2. W ciągu sześciu miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy Minister Pracy i Polityki Socjalnej w porozumieniu z Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej jest zobowiązany do opracowania docelowej sieci domów pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych oraz środowiskowych domów samopomocy.
3. Pełna realizacja sieci, o których mowa w ust. 1 i 2, nastąpi w terminie do dnia 31 grudnia 2008 r.

Art. 56.

Ustawa wchodzi w życie po upływie trzech miesięcy od dnia ogłoszenia.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego

z dnia 23 sierpnia 1995 r. (Dz. U. z dnia 8 września 1995 r.)

Na podstawie art. 18 ust. 7 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Rozporządzenie określa sposób stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi, zwanej dalej „osobą”, polegający na przytrzymaniu, przymusowym zastosowaniu leków, unieruchomieniu i izolacji.

§ 2.

Zastosowanie przymusu bezpośredniego może nastąpić z użyciem więcej niż jednego środka spośród wymienionych w § 1.

§ 3.

Przytrzymanie jest doraźnym, krótkotrwałym unieruchomieniem osoby z użyciem siły fizycznej.

§ 4.

Przymusowe zastosowanie leków jest doraźnym lub przewidzianym w planie postępowania leczniczego wprowadzeniem leków do organizmu osoby – bez jej zgody.

§ 5.

Unieruchomienie jest dłużej trwającym obezwładnieniem osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa.

§ 6.

Izolacja polega na umieszczeniu osoby, pojedynczo, w zamkniętym pomieszczeniu.

§ 7.

Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego, polegającego na unieruchomieniu lub izolacji, należy odebrać osobie przedmioty, które mogą być niebezpieczne dla życia lub zdrowia tej osoby albo innych osób, a w szczególności przedmioty ostre, okulary, protezy zębowe, pas, szelki, sznurowadła, zapalki.

§ 8.

Pomieszczenie przeznaczone do izolacji powinno zabezpieczać przed uszkodzeniem ciała osoby, a zarazem odpowiadać pod względem warunków bytowych i sanitarnych innym pomieszczeniom szpitala psychiatrycznego lub domu pomocy społecznej.

§ 9.

1. Przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania.
2. Lekarz zaleca zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na czas nie dłuższy niż 4 godziny. W razie potrzeby lekarz, po osobistym badaniu pacjenta, może przedłużyć unieruchomienie na następne okresy 6-godzinne.
3. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje pielęgniarka, zawiadamiając o tym niezwłocznie lekarza.

4. Zastosowanie każdego rodzaju przymusu bezpośredniego podlega odnotowaniu w dokumentacji medycznej.

§ 10.

1. W domu pomocy społecznej, w przypadku braku możliwości uzyskania zlecenia przez lekarza unieruchomienia lub izolacji, przedłużenie tych środków na następne okresy 6-godzinne może zlecić pielęgniarka.
2. Przedłużenie unieruchomienia lub izolacji na okresy dłuższe niż 24 godziny jest dopuszczalne tylko w warunkach szpitalnych.

§ 11.

1. Po zleceniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz wypełnia niezwłocznie kartę zastosowania tych środków, zwaną dalej „kartą”, uzasadniając przyczyny zastosowania przymusu, jego rodzaj i czas unieruchomienia lub izolacji. Kartę załącza się do dokumentacji medycznej pacjenta. Wzór karty stanowi załącznik nr 1 do rozporządzenia.
2. Zlecenie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji, dokonane przez pielęgniarkę, i jego uzasadnienie odnotowuje ona w karcie, o czym powiadamia lekarza. O fakcie tym powinien być dokonany stosowny wpis w karcie.

§ 12.

1. Zlecenie zastosowania lub przedłużenia przymusu bezpośredniego lekarz odnotowuje także w dokumentacji medycznej osoby, opisując przyczyny i okoliczności zastosowania przymusu, jego rodzaj i czas trwania.
2. Lekarz zakładu opieki zdrowotnej, który zastosował przymus bezpośredni, powiadamia o tym kierownika tego zakładu, a inny lekarz, stosownie do art. 18 ust. 6 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535), zwanej dalej „ustawą” – lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii upoważnionego przez wojewodę. Wzór zawiadomienia stanowią załączniki nr 2 i 3 do rozporządzenia.

§ 13.

Pielęgniarka dyżurna (pielęgniarka w domu pomocy społecznej) kontroluje stan fizyczny osoby unieruchomionej lub izolowanej nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby. Adnotację o stanie osoby zamieszcza bezzwłocznie w karcie.

§ 14.

1. Pielęgniarka dyżurna (pielęgniarka w domu pomocy społecznej) w czasie kontroli, o której mowa w § 13:
 - 1) ocenia prawidłowość unieruchomienia, a w szczególności sprawdza, czy pasy, uchwyty, prześcieradła i kaftan bezpieczeństwa nie są założone zbyt luźno lub zbyt ciasno,
 - 2) zapewnia krótkotrwałe uwolnienie pacjenta od unieruchomienia w celu zmiany jego pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej niż co 4 godziny.
2. W razie wystąpienia zagrożenia dla zdrowia lub życia osoby, pielęgniarka jest obowiązana natychmiast zawiadomić o tym lekarza.

§ 15.

Informację o zastosowaniu przymusu bezpośredniego pielęgniarka zamieszcza w raporcie pielęgniarskim.

§ 16.

1. Zastosowanie przymusu bezpośredniego w celu przywiezienia osoby skierowanej do szpitala psychiatrycznego odbywa się na zlecenie lekarza w myśl art. 11 lub art. 21 ust. 3 ustawy.

2. Zlecenie, o którym mowa w ust. 1, może być wykonane nie później niż w ciągu 24 godzin od jego wystawienia.

§ 17.

Przymus bezpośredni w szpitalu psychiatrycznym, w domu pomocy społecznej oraz w przypadkach, o których mowa w § 16, może być stosowany wyłącznie przez wyszkolonych w tym zakresie pracowników medycznych lub w ich obecności. Szkolenie pracowników w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego organizuje kierownik szpitala, domu pomocy społecznej lub zakładu pomocy doraźnej (pogotowia ratunkowego).

§ 18.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 7 dni od dnia ogłoszenia.

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: czytelny
podpis, pieczętka

Przedłużający: 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)	6. śpiewa	11. chwilowe zwolnienie
2. wykrzykuje	7. mamrocze	12. inne
3. spokojny (śpi)	8. podawane posiłki	13. bez zaburzeń psychicznych
4. płacze	9. podawane płyny	
5. śmieje się	10. oddał mocz (stolec)	

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

Zawiadomienie kierownika jednostki o zastosowaniu przymusu bezpośredniego

.....
(miejscowość) (data)
Kierownik
.....

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

Zawiadomienie specjalisty wojewódzkiego o zastosowaniu przymusu bezpośredniego

.....
(miejscowość)

.....
(data)

Lekarz specjalista
w dziedzinie psychiatrii
(upoważniony przez wojewodę)
.....

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