Październik 2023 (nr 3)
ISSN 2657-5884

Jednym Głosem dla Psychiatrii

Kwartalnik Rzecznika Praw Pacjenta poświęcony wszystkim, którym dobro psychiatrii leży na sercu

Farmakoterapia w psychiatrii dla dorosłych

Wywiad z prof. Piotrem Gałeckim

Powrót do szkoły a pomoc psychologiczna w zaburzeniach lękowych i depresyjnych u dzieci i młodzieży

Wywiad z dr Krystyną Panas

Uzależnienia u dzieci i młodzieży

Olena Trembovetska, psycholog kliniczny

Rzecznik Praw Pacjenta

BIURO RZECZNIKA PRAW PACJENTA

Zastępca Rzecznika Praw Pacjenta
Grzegorz Błażewicz

Rzecznik Praw Pacjenta
Bartłomiej Chmielowiec

Dyrektor Generalny
Jarosław Fiks

DEPARTAMENT DO SPRAW ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Dyrektor: Damian Marciniak
Zastępca Dyrektora: Elżbieta Bartosiewicz
Starszy specjalista: Sylwia Kozarzewska
Starszy specjalista: Aleksandra Wenelczyk
Starszy specjalista: Grzegorz Strugacz
Expert: Romana Dławichowska-Ochej

RZECZNICY PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

Województwo dolnośląskie
Tomasz Juraszek
Dorota Malecha

Województwo kujawsko-pomorskie
Sebastian Sobierajski

Województwo lubelskie
Magdalena Nieleszczuk
Małgorzata Kowalczuk

Województwo lubuskie
Krystyna Grochmalska

Województwo łódzkie
Joanna Zdanowicz

Województwo małopolskie
Angelika Bassara-Borowczyk

Województwo mazowieckie
Katarzyna Bogdańska-Klima

Województwo opolskie
Adriana Hajdarowicz

Województwo podkarpackie
Michał Ponikowski
Anna Sierżęga

Województwo podlaskie
Agnieszka Wiśniewska

Województwo pomorskie
Dorota Marcinkowska

Województwo śląskie
Adriana Hajdarowicz
Grzegorz Pendrasik

Województwo warmińsko-mazurskie
Ewa Górko

Województwo świętokrzyskie
Michał Ponikowski

Województwo wielkopolskie
Katarzyna Stępczak
Dominika Opała

Województwo zachodniopomoskie
Laura Staszak

Dane kontaktowe wraz z wykazem podmiotów, w których pełnią funkcję Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, znajdą Państwo na stronie Rzecznika Praw Pacjenta pod adresem:
https://www.gov.pl/web/rpp/rzecznicy-praw-pacjenta-szpitala-psychiatrycznego

Szanowni Państwo!

widoczne za oknami czerwienie, ciepłe brązy i żółcie skąpane w promieniach słońca nastrajają pozytywnie i kojąco.

Mamy nadzieję, że nasze kolejne spotkanie z Państwem będzie interesującym uzupełnieniem podczas jesiennej herbaty.

Zapraszamy do lektury artykułu autorstwa pani Oleny Trembovetskiej, psychologa klinicznego, który porusza aktualny problem z uzależnieniem w różnych grupach wiekowych. Badania wskazują, że występowanie uzależnienia może wiązać się ze stresem oraz niewłaściwym radzeniem sobie z odreagowaniem na problemy,

Omówimy system opieki psychiatrycznej w województwie kujawsko-pomorskim. Ten region oferuje szeroki dostęp do profesjonalnego wsparcia dla osób cierpiących z powodu chorób psychiatrycznych. Niemniej, w ostatnich latach obserwuje się znaczny wzrost zapotrzebowania społecznego na usługi związane z opieką psychiatryczną.

Rozmawiamy z profesorem Piotrem Gałeckim, konsultantem krajowym w dziedzinie psychiatrii, który opowie nam o farmakoterapii w psychiatrii i dostępności nowoczesnych leków dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w Polsce a z Małgorzatą Choiną, psychologiem i terapeutką uzależnień z Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu, na temat zrozumienia diagnozy.

Zapraszamy również do dyskusji na temat wsparcia psychologicznego dla dzieci i młodzieży, ze szczególnym uwzględnieniem środowiska szkolnego i rówieśniczego, oraz omówienia najnowszych zmianach prawnych w tej dziedzinie z udziałem profesor CH dr Krystyną Teresą Panas, Przewodniczącą Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w latach 2018-2022.

Interesującej lektury.

Elżbieta Bartosiewicz
Zastępca Dyrektora
w Departamencie ds. Zdrowia Psychicznego

BUDOWANIE MOSTÓW NAD PRZEPAŚCIĄ

POWRÓT DO SZKOŁY A POMOC PSYCHOLOGICZNA W ZABURZENIACH LĘKOWYCH I DEPRESYJNYCH U DZIECI I MŁODZIEŻY

O wsparciu psychologicznym dla dzieci i młodzieży z uwzględnieniem środowiska szkolnego i rówieśniczego rozmawiamy z **prof. CH dr Krystyną Teresą Panas, Przewodniczącą Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w latach 2018-2022, obecnie dyrektorem Instytutu Psychologii i Pedagogiki w Collegium Humanum Szkole Głównej Menedżerskiej w Warszawie.**

Szanowna Pani Profesor, zacznijmy od tematu wsparcia psychologicznego w zaburzeniach lękowych i depresyjnych u dzieci i młodzieży. Zbliża się jesień a wraz z nią rozpoczyna się rok szkolny. To czas, kiedy wielu uczniów może doświadczać stresu i lęku związanego z powrotem do szkoły. Czy okres ten może wpłynąć na wzrost liczby przypadków zaburzeń lękowych oraz zwiększenia epidemiologii depresji?

Dr Krystyna Teresa Panas

Tak, ten czas może być szczególnie trudny dla niektórych uczniów. Powrót do szkoły, nowe wyzwania, nowe przedmioty, nieznani nauczyciele, obszerna podstawa programowa, brak wsparcia społecznego, próby upolitycznienia szkoły a także jesienna aura i coraz mniejsza ilość światła słonecznego mogą wpłynąć na zwiększenie poziomu stresu i lęku zwłaszcza u dzieci i młodzieży z zaburzeniami emocji i zachowania. Jest to okres, który wymaga szczególnej uwagi i wsparcia ze strony rodziców, nauczycieli i specjalistów, aby odpowiednio reagować na ewentualne niepokojące sygnały u dzieci i młodzieży.

Jakie są najczęstsze objawy i oznaki, na które rodzice i nauczyciele powinni zwrócić uwagę?

Objawy tych zaburzeń mogą być różne: od obniżonego nastroju, bezsenności lub wzmożonej senności, pobudzenia lub spowolnienia ruchowego, niskiego poczucia własnej wartości, zaburzeń koncentracji uwagi czy somatyzacji – bóle brzucha, głowy. Sygnałem do natychmiastowej interwencji psychiatry, psychologa jest pojawienie się u młodego człowieka myśli negatywnych, samobójczych.

Jak można odróżnić „normalne" nastroje młodzieży od depresji?

Obniżenie nastroju, „smuteczki" dotykają każdego człowieka i wtedy nie mówimy o depresji. Jeśli natomiast do nich dołączają się inne objawy -wyżej wymienione - i trwają w sposób ciągły powyżej dwóch tygodni, a równocześnie powodują istotne trudności w funkcjonowaniu codziennym, niezbędna jest konsultacja z psychologiem oraz psychiatrą dziecięcym, młodzieżowym.

Jakie metody diagnozowania depresji i potencjalnego ryzyka samobójczego u młodych pacjentów są stosowane w praktyce klinicznej?

Diagnozowanie depresji u dzieci i młodzieży wymaga holistycznego, systemowego podejścia. Nie-

zbędna jest tu współpraca z rodzicami, nauczycielami, a przede wszystkim z lekarzem psychiatrą dziecięcym i młodzieżowym. Jeśli psychiatra zdiagnozuje depresję, to on też podejmuje decyzję o leczeniu farmakologicznym i wskaże, czy równocześnie niezbędna jest pomoc psychologiczna czy psychoterapeutyczna.

A co z lękami? Jak diagnozuje się zaburzenia lękowe u dzieci i młodzieży?

Diagnoza zaburzeń lękowych u dzieci również opiera się na wieloaspektowym podejściu. Niezbędne jest współdziałanie psychologa, psychoterapeuty i psychiatry. Psycholog może też zastosować metody psychologiczne – testowe diagnozujące poziom lęku stanu i poziom lęku cechy oraz strategie radzenia sobie ze stresem.

Jakie są najskuteczniejsze strategie wsparcia psychologicznego dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami lękowymi, depresyjnymi i suicydalnymi?

Do każdego z tych zaburzeń stosuje się różne rodzaje wsparcia. I znowu podkreślam, że sam psycholog nic nie poradzi. Wymagana jest współpraca różnych specjalistów. Ważną rolę odgrywa również psychoedukacja rodziców i nauczycieli oraz właściwie prowadzona psychoprofilaktyka. Z tego powodu, poza kształceniem przyszłych psychologów i pedagogów w kierowanym przeze mnie Instytucie Psychologii i Pedagogiki w Collegium Humanum Szkole Głównej Menedżerskiej w Warszawie szczególną uwagę zwracamy na działania popularyzujące wiedzę z tego zakresu organizując konferencje naukowo-szkoleniowe. Warto podkreślić, że wsparcie rówieśnicze odgrywa kluczową rolę w procesie zdrowienia i przeciwdziałania izolacji społecznej u młodych pacjentów.

Czy zgadza się Pani ze stwierdzeniem, że budowanie zdrowych relacji z rówieśnikami jest istotnym aspektem w pracy z dziećmi i młodzieżą w trudnych momentach?

Wsparcie rówieśników jest niezwykle korzystne dla dzieci i młodzieży borykającej się z lękami, depresją czy myślami samobójczymi. Często jest to dla nich bezcenna pomoc w ujawnianiu i zrozumieniu swoich uczuć, emocji. Wspólnie przeżywanie trudności i wzajemne wsparcie zwiększają poczucie przynależności i bezpieczeństwa. Bardzo ważne jest uzmysłowienie dzieciom i młodzieży zagrożeń płynących z internetu oraz różnego rodzaju agresji, m.in. mobbingu czy hejtu.

Przechodząc do roli szkół w zapewnianiu wsparcia psychologicznego - jakie kroki mogą podjąć placówki edukacyjne, żeby bardziej efektywnie pomagać uczniom cierpiącym z powodu depresji czy myśli samobójczych?

Szkoły odgrywają istotną rolę w diagnozowaniu i wspieraniu uczniów z problemami psychicznymi. Ważne jest, aby nauczyciele, pedagodzy i pracownicy administracyjni byli odpowiednio przygotowani (w jaki sposób rozpoznawać sygnały i jak na nie reagować). Tworzenie środowiska bezpiecznego i wspierającego, w którym uczniowie czują się zauważeni, akceptowani, docenieni z pewnością przyczyni się do łagodzenia problemów psychicznych u dzieci i młodzieży. Wprowadzenie programów edukacyjnych, profilaktycznych na temat zdrowia psychicznego i umiejętności radzenia sobie ze stresem wpłynie z kolei na zwiększenie świadomości siebie wśród uczniów. Szybkie reagowanie na niepokojące symptomy u uczniów w środowisku szkolnym jest bardzo ważne. Zresztą sam Pan Rzecznik w trakcie dyskusji na konferencji w dniu 15 czerwca 2023 r. we Wrocławiu przedstawił założenia reformy psychiatrii dzieci i młodzieży, wskazując, że stacjonarne oddziały psychiatrii dziecięcej są ostatnim (trzecim) poziomem referencyjności świadczeń. W kontekście szerokiej debaty publicznej na temat niewystarczającej ilości miejsc na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży warto mówić więc o istotnej roli zapobiegania zaburzeniom i chorobom psychicznym. Oczywiście, nie w każdym przypadku działania psychoedukacyjne odniosą skutek – taki tok rozumowania stanowiłby zbyt duże uproszczenie tego złożonego problemu. Jednakże nie ulega wątpliwości, że rola rodziny i szkoły w profilaktyce chociażby zachowań suicydalnych powinna być znacząca.

Jakie działania warto podejmować celem zapewnienia dobrostanu u nauczycieli, co umożliwi im skuteczniejszą reakcję na niepokojące sygnały u dzieci?

To rzeczywiście istotny aspekt. Jestem przekonana, że więcej uwagi należy poświęcić zagadnieniu wypalenia zawodowego, ponieważ, aby nauczyciele pomagali innym, sami powinni funkcjonować w poczuciu dobrostanu. Najnowsze wyniki badań w tym zakresie przedstawiłam podczas konferencji naukowej 20-21 kwietnia 2023 r. w Filii Collegium Humanum w Rzeszowie pt.

Psychospołeczne determinanty zachowań dzieci i młodzieży w sytuacji izolacji i zagrożeń oraz w dniu 15 czerwca 2023 r. w Filii Collegium Humanum we Wrocławiu pt. Depresja wśród dzieci i młodzieży – diagnoza, wsparcie, prewencja. Nauczyciele odgrywają istotną rolę podczas rozwoju dzieci i młodzieży. Aby mogli skutecznie reagować na potrzeby uczniów, muszą sami być wolni od wypalenia zawodowego. Ważne jest, aby nie tylko uczniowie, ale także nauczyciele mieli dostęp do wsparcia psychologicznego, by umieli radzić sobie ze stresem i presją zawodową. Szkoły powinny tworzyć środowisko, które promuje dobre samopoczucie uczniów i nauczycieli, zachęcając do zdrowych relacji między pracownikami i w grupie rówieśniczej. Oczywiście wymaga to także zapewnienia odpowiednich warunków pracy i nauki. Nauczyciele, którzy dbają o swoje zdrowie psychiczne są bardziej skuteczni zarówno w procesie edukacyjnym, wychowawczym jak i w zauważaniu i rozpoznawaniu problemów emocjonalnych wychowanków. Nie omieszkam też dodać, że należy postulować, aby nauczyciele, pedagodzy uczestniczyli w superwizjach, optymalnie raz w miesiącu.

Pani Profesor napisała w jednej ze swoich publikacji, że w szkole uczeń podlega licznym stresom, które mogą przyczynić się do sięgania po narkotyki. Czy może Pani wskazać czytelnikom mechanizm, wpływający na uzależnienie młodzieży?

Szkoła jest miejscem, gdzie uczeń doświadcza wielu stresów, związanych z procesem dydaktycznym (kartkówki, sprawdziany) i niewłaściwymi relacjami interpersonalnymi. W takich sytuacjach, niektórzy z nich mogą rozwiązywać swoje problemy sięgając po środki odurzające i/lub substancje psychotropowe. Kolejnym zagrożeniem są „dopalacze". Nikt nie ma kontroli nad tym w jakich warunkach te specyfiki są produkowane oraz jaki mają skład chemiczny. Stosowanie tych substancji może odbywać się także z innych pobudek, takich jak chęć zaimponowania w grupie rówieśniczej. Oczywiście przekonanie o skuteczności substancji psychoaktywnych w poprawie nastroju jest złudne. Doprowadza to do nieodwracalnych zmian w mózgu, co może mieć drastyczne konsekwencje dla całego organizmu.

W jaki sposób rodzice i nauczyciele mogą pomóc dzieciom i młodzieży radzić sobie w trudnym, jesiennym okresie?

Zarówno rodzice jak i nauczyciele odgrywają kluczową rolę w zapewnieniu wsparcia w okresie powrotu do szkoły. Ważne jest, aby byli oparciem dla swoich dzieci i młodzieży, otwarci na rozmowy i aktywnie słuchali swoich podopiecznych. Zachęcanie do wyrażania emocji i wspólnego szukania rozwiązań może być bardzo pomocne. Również dbanie o zdrowy styl życia, zapewnienie odpowiedniej ilości snu, aktywności fizycznej i zrównoważonej diety może pomóc w redukcji poziomu stresu i lęku.

Jakie zmiany zostały wprowadzone w ostatnim czasie w kodeksie etycznym psychologów?

Zmieniająca się rzeczywistość, w tym także ta legislacyjna wymaga dostosowania kodeksu do obecnych realiów. Kodeks etyczny psychologa opiera się na poszanowaniu praw człowieka i jego godności, autonomii i podmiotowości, do poszanowania intymności i do zachowania prywatności, czyli zachowanie tajemnicy i poufności. Kodeks etyczny psychologa, przygotowany przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne w nowej wersji, został zatwierdzony 2 grudnia 2018 r. Zawarta w nim została też regulacja dotycząca zasad etycznych w diagnozie psychologicznej, zatwierdzona 12 maja 2023 r.

Proszę dokładniej wyjaśnić, czym dokładnie jest ta dyferencjacja?

Zasady etyczne na pierwszym poziomie są zasadami obowiązującymi każdego psychologa bez względu na specyfikę specjalności czy specjalizacji. Drugi poziom obejmuje obszary szczegółowe, związane z zagadnieniami etycznymi dla konkretnych działań psychologicznych, takich jak diagnoza, doradztwo, szkolenia czy badania naukowe. Z pełnym przekonaniem mogę stwierdzić, że standardy etyczne dla psychologów zostały wyznaczone na znacznie wyższym poziomie. Ma to w założeniu wpłynąć na podniesienie jakości świadczonych usług, oczywiście z myślą o dobru pacjentów/klientów. Dla pracodawców i odbiorców usług psychologicznych najważniejsza jednak jest wiedza na temat wykształcenia psychologa, jego wiedzy, umiejętnościach i kompetencjach uzyskanych w czasie kształcenia na jednolitych studiach magisterskich psychologicznych lub studiach w systemie bolońskim – pierwszego i drugiego stopnia z psychologii.

Czy może Pani wskazać, które z regulacji zawartych w Kodeksie Diagnozy Psychologicznej

odnoszą się bezpośrednio do dzieci i młodzieży?

Zgodnie z artykułem dziewiątym Kodeksu Diagnozy Psychologicznej, wiedza o celu, narzędziach i procedurach diagnostycznych powinna być dostosowana do możliwości poznawczych osoby biorącej udział w badaniu diagnostycznym. Psycholog upewnia się, że przekazywane przez niego informacje są zrozumiałe dla badanego. Psycholog szczególnie dba w tym zakresie o respektowanie praw dzieci i osób o ograniczonej zdolności do podejmowania autonomicznych decyzji. Kolejny, dziesiąty artykuł tego samego kodeksu, odnosi się bezpośredniego do badania diagnostycznego dzieci, ale także osób o ograniczonej zdolności do podejmowania autonomicznych decyzji. Zgodnie z brzmieniem tego przepisu odbiorcą diagnozy jest także opiekun prawny. Psycholog również z nim powinien uzgadniać cele diagnozy oraz zawierać kontrakt diagnostyczny, pamiętając o podmiotowym traktowaniu osoby diagnozowanej.

Zwróćmy jeszcze uwagę na zmiany w obszarze zwiększenia dostępności pomocy psychologicznej. Zostały one zawarte w projekcie ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Propozycja dodania art. 7a zapewniającego prawo osobie małoletniej, która ukończyła 13 lat (a także dla osób powyżej 16 roku życia - *w kolejnej jednostce redakcyjnej tego przepisu*) do uzyskania trzech świadczeń zdrowotnych od specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej lub psychoterapii dzieci i młodzieży bez zgody przedstawiciela ustawowego. Jak ocenia Pani to rozwiązanie?

Największym atutem tego rozwiązania jest zwiększenie autonomii i samodzielności dzieci i młodzieży w podejmowaniu decyzji dotyczących swojego zdrowia psychicznego. Młodzi ludzie, zwłaszcza w okresie adolescencji, odczuwają wstyd przed potrzebą korzystania z pomocy psychologicznej. Dbając o możliwość samodzielnego podejmowania decyzji o uzyskaniu świadczeń zdrowotnych zwiększa się komfort i dostępność do tego rodzaju pomocy. Jako psycholog z wieloletnim stażem mogę dodać, że zapewnienie dostępu do specjalistów w jak najwcześniejszym okresie pojawienia się trudności psychicznych zapobiega eskalacji długoterminowych konsekwencji dla zdrowia psychicznego. Patrząc na to systemowo, można przypuszczać, że zmniejszy się obciążenie oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży o trzecim stopniu referencyjności (stacjonarnych). Zniesienie barier w dostępie do opieki zdrowotnej w obszarze zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży ma jednak swoje ograniczenia. Nie możemy zapominać, że są to osoby, w rozumieniu prawa polskiego, małoletnie. Dlatego wprowadzenie rozwiązania, w którym osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych informuje o stanie emocjonalnym osoby małoletniej przedstawiciela ustawowego, bądź sąd opiekuńczy jest pewnego rodzaju „wentylem bezpieczeństwa", ale mającym zastosowanie wyjątkowo, jeżeli wymaga tego sytuacja osoby małoletniej. Miejmy nadzieję, że ten projekt jak najszybciej uzyska moc prawną. Chciałabym jeszcze dodać, że w ostnim czasie propozycji zmian aktów prawnych jest znacznie więcej. Mam tutaj na myśli projekt ustawy o zawodzie psychologa czy projekt ustawy o zawodzie psychoterapeuty, który wciąż wywołuje sporo emocji wśród przedstawicieli poszczególnych modalności psychoterapeutycznych.

Dziękuję za te wyjaśnienia. To bardzo ważne, aby praca psychologów z dziećmi i młodzieżą była oparta na zasadach etycznych, co może przyczynić się do jeszcze lepszego wsparcia dla tej grupy pacjentów.

Zapewnienie odpowiednich standardów etycznych jest kluczowe w pracy psychologa z dziećmi i młodzieżą, aby zapewnić im odpowiednią opiekę i wsparcie.

Zaangażowanie Pani Profesor w tę kwestię jest niezwykle cenne.

Dziękuję. Wyrażam nadzieję, że nasza rozmowa przyczyni się do większej świadomości i zrozumienia zarówno potrzeby wsparcia psychologicznego dla dzieci i młodzieży jak i roli nauczycieli w tym procesie.

Dziękuję za podzielenie się wiedzą i doświadczeniem.

Rozmawiał:
Tomasz Juraszek,
Rzecznik Praw Pacjenta
Szpitala Psychiatrycznego
woj. dolnośląskie

FARMAKOTERAPIA W PSYCHIATRII DLA DOROSŁYCH

Rozmowa z prof. Piotrem Gałeckim, konsultantem krajowym w dziedzinie psychiatrii

Prof. Piotr Gałecki

Panie Profesorze w naszym czasopiśmie dużo mówimy o reformie w psychiatrii. Podkreślamy ważność oddziaływań poza farmakologicznych, ale „tabletka" w wielu przypadkach może być lub jest nieunikniona. Dlatego proszę powiedzieć, czy pacjent z zaburzeniami psychicznymi w Polsce może liczyć na nowoczesne leki? Proszę o wyjaśnienie na czym polega owa nowoczesność i jakie korzyści niesie pacjentowi.

Jeśli chodzi o farmakoterapię to w ostatnich kilku dekadach dokonała się bardzo duża zmiana. Klasyczne neuroleptyki zostały zastąpione przez atypowe neuroleptyki. Klasyczne neuroleptyki takie jak na przykład haloperdiol niwelowały objawy pozytywne występujące u pacjenta, czyli pobudzenie psychoruchowe i objawy wytwórcze (halucynacje, urojenia). Natomiast w ogóle nie wpływały na objawy negatywne, które odnosiły się do nastroju, aktywności, spontaniczności powodując wycofanie pacjenta z funkcjonowania we wszystkich sferach społecznych. Atypowe neuroleptyki zmieniły obszar oddziaływania poprzez wpływanie na receptory dopaminowe i serotoninowe. Dzięki temu niwelują objawy pozytywne, owe halucynacje i urojenia, ale także poprawiają nastrój pacjenta, który uzyskuje stabilizację umożliwiającą mu relatywnie dobrze funkcjonować. Zaznaczam relatywnie, ponieważ jak w każdej innej jednostce chorobowej, tak samo w przebiegu zaburzeń psychicznych możemy mieć stany łagodniejsze lub bardziej nasilone. Przejście z leczenia jednej grupy objawów do możliwości leczenia obu grup jest przełomem wpływającym na jakość życia pacjenta.

Kolejną istotną modyfikacją w psychofarmakoterapii jest wprowadzenie leków długodziałających. Dużym problemem w psychiatrii było to, że wielu pacjentów nie miało wglądu w proces chorobowy i po okresie częściowej poprawy sami odstawiali leki. Wiemy, że po pierwszym zawale możemy bardzo dobrze funkcjonować, ale po trzecim czy piątym już coraz gorzej z sercem. Tak samo jest z psychozą w przebiegu np. choroby afektywnej dwubiegunowej, czy schizofrenii. Jeśli pojawia się kolejny, drugi czy trzeci epizod to nie oznacza, że te leki, które były stosowane dotychczas będą skuteczne. Każdy kolejny epizod psychotyczny powoduje nasiloną neurodegenerację tych obszarów mózgu, w których mają działać leki. W celu zapobiegania powtarzającym się psychozom wprowadzono leki w iniekcji, które możemy obecnie podawać raz na dwa tygodnie, raz na miesiąc lub raz na kwartał w zależności od substancji czynnej. Wówczas pacjenci w leczeniu lepiej współpracują i ich rokowanie w chorobie jest lepsze. Utrzymanie leczenia farmakologicznego powoduje mniej hospitalizacji.

Przemiany w psychofarmakoteraii są duże nie tylko w poważnych zaburzeniach psychicznych takich jak schizofrenia czy choroba afektywna dwubiegunowa, ale także w grupie leków stosowanych do leczenia zaburzeń lękowych i depre-

syjnych. Nowoczesne leki nie uzależniają i są bezpieczne. Można nawet w wybranych sytuacjach stosować je w ciąży lub podczas karmienia. Ich stosowanie nie jest związane z ryzykiem suicydalnym, czyli, nie mamy do czynienia z dawką śmiertelną, gdyby ktoś chciał ich nadużyć, a wiemy, że w depresji jest to dość duży kłopot.

W zasadzie wypowiedź pana Profesora wyprzedziła moje kolejne pytanie dotyczące obaw przed stosowaniem leków psychotropowych w ujęciu historycznym i czy dziś leki są bezpieczniejsze dla pacjenta.

Warto jeszcze wspomnieć, że nieprzewidywalność zaburzeń psychicznych i objawy niepożądane klasycznych neuroleptyków wpłynęły na stygmatyzację tej grupy pacjentów. Ktoś wyglądał zupełnie normalnie, a zachowywał się nienaturalnie i trudno jest osobie, która nie jest specjalistą odróżnić wypowiadane treści urojeniowe od faktycznych przekonań pacjenta. Jego dziwne zachowanie wywoływało bardziej obawę i chęci jego izolacji, niż leczenia. Dodatkowo pierwsze klasyczne leki powodowały, że pacjent co prawda nie był pobudzony, agresywny i nie wypowiadał dziwacznych treści, ale występujące objawy niepożądane pozapiramidowe, czyli sztywność mięśni, chodzenie drobnym krokiem, pochylona postawa ciała, spowolnienie psychoruchowe, czasami objawy związane z nietrzymaniem moczu, czy ślinotokiem nadal wzbudzały niepokój i niechęć otoczenia. Z tych historycznych uwarunkowań wyrasta negatywne postrzeganie leków psychotropowych, a podkreślenia wymaga fakt, że te nowoczesne leki pozbawione są takiego działania.

Kluczem dla bezpieczeństwa leczenia farmakologicznego jest zgłaszanie działań niepożądanych produktów leczniczych. Czy Pana zdaniem świadomość ważności tego działania jest wystarczająca?

Moje doświadczenie w psychiatrii uczy, że pacjenci są, właśnie w związku z historycznymi aspektami psychofarmakoterapii, bardzo wyczuleni na działanie leków. Po stosowaniu leków na nadciśnienie, w chorobach reumatycznych, czy po antybiotykach występujące w sposób naturalny objawy niepożądane są znacząco bardziej niebezpieczne, niż w naszych współczesnych lekach stosowanych w psychiatrii. Stąd moje przekonanie, że pacjenci są nawet za bar-

dzo wyczuleni. Obserwuję niewielkie działania niepożądane, które często są przemijające. Wyjątkowo rzadko występują takie objawy jak zespół serotoninowy czy złośliwy zespół neuroleptyczny, które współczesna medycyna raczej nie traktuje jako wynik przedawkowania, czy objaw niepożądany, ale jako osobniczą wrażliwość pacjenta.

W lipcu 2023 r. pacjenci borykający się z lekooporną depresją otrzymali ważną wiadomość, bo nowy lek z esketaminą dostępny jest w Polsce w ramach programu lekowego. Co to oznacza dla pacjenta?

Szacuje się, że w Polsce cierpi na depresję ok 1 miliona osób, a około 350 milionów ludzi na świecie w ogóle. Jeśli weźmiemy pod uwagę skalę i mamy milion osób chorujących to 30% osób z tego miliona ciągle boryka się z depresją, mimo stosowania dwóch różnych leków przeciwdepresyjnych. Pozostaje zatem wciąż duża grupa osób, która cierpi i nie ma leczenia. Dodam, że i tak leki przeciwdepresyjne wykazują się bardzo dużą skuteczność, bo takiej nie mają antybiotyki w swoich wskazaniach.

Wprowadzenie eskataminy zmienia paradygmat skuteczności leczenia zaburzeń depresyjnych. Jest to cząsteczka będąca lewoskrętnym izomerem ketaminy, leku stosowanego w anestezjologii przy pewnego rodzaju znieczuleniach. Esketamina podawana jest w formulacji donosowej. Aplikacje jej rozpoczynamy dwoma dawkami w miesiącu. W leczeniu podtrzymującym, które powinno trwać do około roku, podajemy ją raz lub dwa razy w miesiącu. Istotną zmianą jest to, że ta substancja działa przez zupełnie inny układ receptorów i właściwie jej działanie przeciwdepresyjne jest natychmiastowe. Nie jest to jednak lek do stosowania w klasycznej depresji, tylko w depresji lekoopornej i stosuje się go z lekiem przeciwdepresyjnym. Badania kliniczne i obserwacje z innych krajów, w których już ten produkt jest dostępny potwierdzają skuteczność u 40% z tych 30% osób z lekooporną depresją, więc to nie jest tak, że dajemy nadzieję już wszystkim i znika problem depresji z obszaru klinicznego. Mamy jednak skuteczność leczenia w jeszcze większej grupie pacjentów.

Warto podkreślić, że jest to wyjątkowo drogie leczenie, a w Polsce ten lek jest refundowany w ramach programu lekowego. Wojewódzkie oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia są w trakcie procedur konkursowych. Niektóre z nich już się zakończyły np. w województwie mazowieckim, w Łodzi jest rozpisany do połowy września. Myślę, że pierwsi pacjenci na przełomie października i listopada tego roku będą mogli być objęci tym leczeniem.

Jakie są jeszcze potrzeby w dostępności do nowych leków stosowanych w psychiatrii w Polsce? Czy czekamy na jakiś przełom w leczeniu farmakologicznym?

Cały czas czekamy. Rozwój psychofarmakoterapii jest dość dynamiczny. Przewiduję, że pod koniec tego roku lub w następnym będziemy mieli dostępny nowy neuroleptyk do stosowania w schizofrenii i chorobie afektywnej dwubiegunowej, a także w depresji poporodowej. Kolejna nowa cząsteczka w nowym mechanizmie działania do leczenia schizofrenii, a szczególnie deficytów poznawczych w schizofrenii wydaje się, że w roku 2025 będzie dostępna. Nad innymi cząsteczkami kończą się badania kliniczne, a wstępne doniesienia z tych badań są bardzo obiecujące. Cały czas jesteśmy świadkami pojawiania się nowych leków, co nas bardzo cieszy, bo nowe neuroleptyki dokonały zmiany w naturalnym przebiegu klinicznym choroby. Osoba, która teraz zachoruje na schizofrenie otrzymuje nowoczesne leczenie. W zasadzie, jeżeli tylko przyjmuje leki, to pełni wszystkie role społeczne. Może jakieś tam mankamenty występują, ale są one akceptowalne. Historia chorowania osoby z dziś postawioną diagnozą będzie zupełnie inną historią niż osoby, która zachorowała 30 lat temu. Te zmiany dotyczą całej medycyny. Kiedyś umierano na AIDS, a teraz przyjmuje się jedną, dwie tabletki i choroba właściwie się nie rozwija z zakażenia. Kiła zmieniła swój naturalny przebieg. Teraz nie spotykamy drugiej czy trzeciej jej postaci albo są to wyjątkowo zaniedbane przypadki z powodu różnych okoliczności. Tak zmienia się medycyna na naszych oczach.

Serdecznie dziękuję za rozmowę.

Joanna Zdanowicz,
Rzecznik Praw Pacjenta
Szpitala Psychiatrycznego w woj. łódzkim

UZALEŻNIENIA U DZIECI I MŁODZIEŻY

PROBLEM SPOŁECZNY

Uzależnienia dzieci i młodzieży to poważny problem społeczny, który może mieć szerokie konsekwencje zarówno dla jednostek, jak i społeczeństwa jako całości. Obejmuje to różne formy uzależnień, takie jak uzależnienie od substancji chemicznych, uzależnienie od technologii, uzależnienie od hazardu czy uzależnienie od jedzenia.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje uzależnienie jako stan, który polega na okresowym lub stałym przymusie zażywania szkodliwych dla zdrowia i życia substancji chemicznych. Obejmują one środki psychoaktywne, leki, alkohol, papierosy, prowadząc do bardzo niebezpiecznych skutków w postaci narkomanii, lekomanii, alkoholizmu i nikotynizmu.

PODŁOŻE UZALEŻNIEŃ I CZYNNIKI RYZYKA

Podłoże uzależnień od substancji psychoaktywnych u dzieci i młodzieży jest złożone i może być wynikiem wielu czynników zarówno biologicznych, psychologicznych, społecznych, jak i środowiskowych. Są to czynniki ryzyka związane z wpływem środowiska rodzinnego, obniżone poczucie własnej wartości, stres, doświadczane traumy czy brak zdolności radzenia sobie z emocjami w konstruktywny sposób.

Uzależnieniu podlegają często jednostki najbardziej wrażliwe i najmniej odporne, mające problem z przystosowaniem się do otaczającego świata i komunikacją. Występowanie uzależnienia może wiązać się ze stresem oraz potrzebą odreagowania. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych i spożywanie alkoholu może także wynikać z potrzeby dodania sobie odwagi i pewności siebie lub presji grupy rówieśniczej. W wielu środowiskach alkohol i narkotyki kojarzone są bowiem z zabawą i sposobem spędzania czasu wolnego.[1]

Kryteria diagnostyczne uzależnienia wg ICD-10 (Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób) obejmują następujące objawy i zachowania:

- poczucie przymusu przyjmowania określonych substancji;
- niemożność kontrolowania ilości i częstotliwości przyjmowania tych substancji;
- fizjologiczne objawy odstawienia, które pojawiają się po przerwaniu lub też zmniejszeniu ilości przyjmowanej substancji, w postaci zespołu abstynenckiego;
- rezygnacja z innych źródeł przyjemności oraz dotychczasowych zainteresowań;
- przymus przyjmowania substancji pomimo świadomości szkodliwych następstw (somatycznych, psychicznych, społecznych).

RODZAJE UZALEŻNIEŃ I CZYNNIKI RYZYKA

Regularne przyjmowanie środków odurzających wpływa na pracę i czynności mózgu, co prowadzi w stosunkowo krótkim czasie do silnego uzależnienia fizycznego, które objawia się potrzebą jego regularnego zażywania. Mogą temu towarzyszyć zmiany osobowości i zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu, przede wszystkim upośledzeniu czynności układu nerwowego, zachowania antyspołeczne oraz agresja, przekładając się na absencję i problemy w szkole, konflikty z rówieśnikami, rodzicami i nauczycielami. Opisywane zjawisko obejmuje swoim zasięgiem coraz młodsze pokolenia, ponieważ sukcesywnie obniża się granica wieku osób, które mają za sobą pierwszy kontakt z narkotykami.[2]

Alkohol stanowi najbardziej powszechną substancję psychoaktywną używaną przez młodzież. Uzależnienie od alkoholu to kompleksowe zaburzenie, które ma korzenie zarówno w czynnikach genetycznych, jak i środowiskowych. Osoby uzależnione od alkoholu często używają alkoholu jako środka samoleczenia w celu radzenia sobie z trudnościami emocjonalnymi lub traumą. W niektórych przypadkach, zwłaszcza

1 W szerszym rozumieniu uzależnienie odnosi się także do innych typów zachowań, które mogą obejmować na przykład hazard, kompulsywne zakupy, korzystanie z Internetu, smartfona, gier komputerowych – P. G. Zimbardo, *Psychologia i życie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999, s. 31.

2 E. Korpetta, E. Szmerdt – Sisicka, Narkotyki w Polsce. *Mity i rzeczywistość*, Wydawnictwo „Prószyński i Spółka", Warszawa 2000, s. 36.

gdy towarzyszy temu dysocjacja, osoby mogą doświadczać zmian w zachowaniu i osobowości pod jego wpływem. Kontakt z alkoholem przed okresem dojrzewania i w jego trakcie negatywnie wpływa na rozwój psychofizyczny, utrudnia proces uczenia się, zaburza relacje interpersonalne. Warto podkreślić, iż młody organizm wykazuje znacznie mniejszą tolerancję na alkohol, aniżeli w wieku dojrzałym, dlatego proces uzależnienia następuje dużo szybciej i przekłada się na funkcjonowanie w późniejszym, dorosłym życiu.

Kolejnym uzależnieniem obejmującym osoby nieletnie stanowi palenie papierosów, które należą do produktów o działaniu rakotwórczym. Większość ludzi zaczyna palić tytoń przed ukończeniem 18 roku życia, dlatego uzależnienie od nikotyny zaczyna się bardzo wcześnie, niekiedy już w szkole podstawowej. Badania potwierdzają, że około 20% nastoletnich palaczy wykazuje silne uzależnienie od nikotyny. Do kontaktu z tytoniem przyznaje się 70% uczniów w wieku 12 lat, ale po papierosa często sięgają dzieci w wieku 8, a nawet 5 lat. Mózg młodego człowieka okazuje się bardziej podatny na działanie nikotyny w porównaniu do osób starszych, dlatego już po paru tygodniach od zapalenia pierwszego papierosa traci on kontrolę nad paleniem.

Wiele przypadków uzależnienia zaczyna się od eksperymentowania z narkotykami w młodym wieku. Dzieci i młodzież mogą być bardziej podatne na wpływy rówieśników i łatwiej poddają się presji grupy. Niektóre dzieci i młodzież mają dostęp do narkotyków w środowisku szkolnym, co zwiększa ryzyko eksperymentowania z nimi. Kultura popularna, filmy, muzyka czy media społecznościowe mogą promować używanie substancji psychoaktywnych, co wpływa na percepcję młodych ludzi.

W dzisiejszych czasach dzieci i młodzież są narażone na uzależnienie od technologii, w tym internetu i telefonów komórkowych. Dzieci coraz wcześniej otrzymują dostęp do telefonów komórkowych, co umożliwia im stałą łączność z internetem. Uzależnienie od korzystania z telefonu może wpływać na różne aspekty życia, w tym na sen, aktywność fizyczną i relacje z rówieśnikami. Gry komputerowe, zwłaszcza te online, mogą być źródłem silnego uzależnienia. Dzieci często spędzają godziny na grach, a to może prowadzić do izolacji społecznej i problemów zdrowotnych. Uzależnienie od technologii ma swoje konsekwencje w problemach zdrowotnych, takich jak problemy ze wzrokiem, bóle głowy czy bóle kręgosłupa, a także otyłość. Ponadto, może wpływać na zdrowie psychiczne, generując stres, lęk czy depresję.

Presja grupy rówieśniczej, potrzeba akceptacji w tym środowisku oraz próby dostosowania się do grupy mogą przyczyniać się do eksperymentowania z substancjami psychoaktywnymi. Osoby młode mogą sięgać po substancje psychoaktywne w celu radzenia sobie z problemami emocjonalnymi, takimi jak szereg objawów depresyjnych, lęk czy stres. Wysoki poziom stresu związany z wymaganiami szkolnymi i presją na osiągnięcia może skłonić niektóre osoby młode do szukania ukojenia w substancjach psychoaktywnych.

MECHANIZMY NAŁOGOWE

Mechanizmy nałogowe odnoszą się do procesów, które prowadzą do rozwoju i utrzymywania uzależnień od różnych substancji lub zachowań. Te mechanizmy obejmują zarówno aspekty fizyczne, jak i psychologiczne. Wczesne doświadczenia z substancją psychoaktywną często są związane z uczuciem ulgi, euforii lub zredukowania pewnych dolegliwości psychicznych czy fizycznych. To zazwyczaj wynika z wpływu substancji na układ nagrody w mózgu, zwłaszcza poprzez zwiększenie uwalniania neuroprzekaźników, takich jak dopamina. Wiele substancji chemicznych, takich jak alkohol, nikotyna czy narkotyki, wpływa na układ nagrody w mózgu.

To uczucie nagrody sprzyja powtarzaniu danego zachowania, co może skutkować uzależnieniem. Osoby uzależnione mogą używać substancji, aby złagodzić negatywne objawy, takie jak stres, lęk, obniżony nastrój czy ból fizyczny. Substancje stają się dla nich środkiem radzenia sobie z trudnościami życiowymi. Osoby uzależnione często rozwijają tolerancję na substancje, co oznacza, że potrzebują coraz większych ilości, aby osiągnąć ten sam efekt. Tolerancja jest związana z przyzwyczajeniem organizmu do działania substancji psychoaktywnej. Jednak z czasem zaczynają występować pewne zmiany i efek-

ty uboczne, które sprawiają, że osoba doświadcza negatywnych skutków używania substancji. Konsekwencją uzależnienia mogą być fizyczne zmian w strukturze mózgu, zwłaszcza w obszarach związanych z nagrodą. Osoby uzależnione mogą doświadczać trudności w kontrolowaniu swojego zachowania, nawet gdy zdają sobie sprawę z negatywnych konsekwencji. Jest to związane z zaburzeniem umiejętności do samoregulacji i podejmowania świadomych decyzji. Substancje psychoaktywne mogą prowadzić do problemów zdrowotnych, zarówno fizycznych, jak i psychicznych. Na przykład do problemów z układem sercowo-naczyniowym, układem pokarmowym, czy zaburzeń psychicznych. Używanie substancji psychoaktywnej może wpływać na relacje społeczne, edukację, zatrudnienie i inne obszary życia. Problemy związane z uzależnieniem mogą pociągać za sobą izolację społeczną i utratę wsparcia społecznego.

Przy regularnym używaniu substancji psychoaktywnej, przerwanie jej stosowania wywołuje zespół odstawiennego. Objawy te są uciążliwe dla organizmu i mogą skłonić do ponownego sięgnięcia po substancję w celu złagodzenia dyskomfortu.

Zrozumienie tych mechanizmów ma zasadnicze znaczenie dla opracowania skutecznych strategii prewencji i leczenia uzależnień. Wczesne wykrycie problemu i skorzystanie z pomocy zwiększa szanse na powodzenie procesu terapeutycznego. Terapie oparte na rozpoznaniu problemu, wsparcie społeczne, edukacja oraz terapie farmakologiczne mogą być skuteczne w celu przełamania cyklu uzależnienia i wspierania procesu leczenia.

Leczenie uzależnień u dzieci i młodzieży jest procesem złożonym i wymaga zindywidualizowanego podejścia. Skuteczne strategie leczenia obejmują zarówno aspekty fizyczne, jak i psychologiczne.

Pierwszym krokiem jest dokładna ocena sytuacji, obejmująca wywiad z pacjentem, a także, jeśli to możliwe, z rodzicami. Diagnoza może pomóc zidentyfikować rodzaj uzależnienia, współistniejące zaburzenia psychiczne oraz czynniki ryzyka i ochrony. Programy leczenia często obejmują sesje terapeutyczne dla rodziców, aby pomóc im zrozumieć uzależnienie i nauczyć się, jak wspierać dziecko w procesie zdrowienia. Terapie indywidualne i grupowe są powszechnie stosowane w leczeniu uzależnień. Terapia poznawczo-behawioralna (CBT), terapia dialektyczno-behawioralna (DBT) oraz terapia uzależnień są często wykorzystywane w przypadku dzieci i młodzieży. Terapia rodzinna koncentruje się na zrozumieniu i poprawie funkcjonowania rodziny. Pomaga w identyfikowaniu szkodliwych wzorców komunikacji, poprawie relacji rodzinnych oraz wspieraniu rodziny w procesie przeciwdziałania uzależnieniu. W niektórych przypadkach, leczenie farmakologiczne może być stosowane w celu zarządzania objawami współistniejących zaburzeń psychicznych, takich jak depresja czy ADHD. Istotne jest zbudowanie wsparcia społecznego dla dziecka. Udział w grupach wsparcia, klubach czy programach społecznościowych może pomóc w integracji społecznej oraz zapewnieniu dodatkowego wsparcia. Istotną role odgrywa edukacja na temat uzależnień i terapia psychoedukacyjna pomaga zrozumieć mechanizmy uzależnień, identyfikować sytuacje ryzykowne i rozwijać umiejętności radzenia sobie z inklinacjami. Pomoc w przywróceniu równowagi w życiu dziecka jest istotna i obejmuje rozwijanie zdrowych zainteresowań, rozwijanie umiejętności społecznych, i budowanie zdrowych relacji. Ważne jest monitorowanie postępów po zakończeniu leczenia. Programy utrzymania, wsparcie społeczne i kontynuacja terapii są niezbędne w zapobieganiu nawrotom uzależnienia.

WPŁYW ŚRODOWISKA RODZINNEGO

Rodzice odgrywają kluczową rolę w prewencji uzależnień u dzieci i młodzieży. Rodzinne czynniki ryzyka obejmują brak nadzoru, konflikty w rodzinie, niski poziom wsparcia emocjonalnego i brak komunikacji. Dzieci często kształtują swoje wartości i zachowania na podstawie tego, co obserwują u swoich rodziców. Jeśli rodzice prowadzą zdrowy tryb życia, unikają używek i podejmują prozdrowotne decyzje, istnieje większa szansa, że ich dzieci również przyjmą podobne wartości. Silna, pełna wsparcia relacja między rodzicami a dziećmi może stanowić ochronę przed uzależnieniami. Dzieci, któ-

re czują wsparcie, są akceptowane i kochane, są mniej podatne na szkodliwe wpływy z zewnątrz. Otwarta i bezpieczna komunikacja między rodzicami a dziećmi ma znaczenie zasadnicze. Gotowość rodziców do słuchania, odpowiadania na pytania oraz rozmowy z dziećmi na temat substancji chemicznych, ryzyka uzależnień i konsekwencji ich użycia jest kluczowa w prewencji uzależnień. W ten sposób rodzice mogą pomóc dzieciom rozwijać zdolności radzenia sobie ze stresem i emocjami. Nauczanie zdrowych strategii radzenia sobie, takich jak aktywność fizyczna, medytacja czy rozwijanie umiejętności rozwiązywania problemów, może być pomocna w zmniejszeniu ryzyka uzależnień. Istotną kwestię stanowi również rodzicielska kontrola nad dostępem dzieci do substancji chemicznych, takich jak alkohol, leki itp. Monitorowanie i kontrolowanie dostępu do potencjalnie szkodliwych substancji może istotnie wpłynąć na zmniejszenie ryzyka uzależnień. Rodzice powinni zdawać sobie sprawę z wagi edukacji na temat uzależnień, pokazując konsekwencje używania substancji chemicznych oraz informując o możliwych zagrożeniach. Im bardziej świadome są dzieci, tym bardziej prawdopodobne jest to, że podejmą świadome decyzje. Rozwój umiejętności społecznych, takich jak empatia, zdolność do nawiązywania relacji, rozumienie i szacunek dla innych, może pomóc dzieciom w budowaniu zdrowych i pozytywnych relacji społecznych, zamiast szukać ucieczki w substancjach chemicznych. Zrozumienie i świadome zaangażowanie rodziców są niezbędne i decydujące w prewencji uzależnień u dzieci i młodzieży. Wspieranie zdrowego rozwoju dzieci od najwcześniejszych lat może mieć trwały wpływ na ich przyszłość i zmniejszyć ryzyko uzależnień.

Środowisko szkolne odgrywa tak samo istotna rolę w prewencji uzależnień u dzieci i młodzieży, jak środowisko rodzinne. Współdziałanie obu jest niezbędne i może przynieść pozytywne, trwałe rezultaty. Współpraca z rodzicami w ramach programów prewencyjnych ma znaczenie decydujące. Szkoły mogą organizować spotkania, warsztaty czy wydarzenia edukacyjne dla rodziców, aby zwiększyć ich świadomość na temat uzależnień i wspierać ich w roli wychowawców.

Placówki edukacyjne mogą również wprowadzać programy edukacyjne promujące zdrowy styl życia, traktujące o problematyce uzależnień, skutków społecznych i zdrowotnych używania substancji chemicznych. Edukacja ta może zwiększać świadomość uczniów na temat ryzyka związanego z uzależnieniami. Kształtowanie zdrowego środowiska psychospołecznego w szkole jest kluczowe. Środowisko szkolne powinno być wolne od przemocy, w tym przemocy rówieśniczej, która może być związana z uzależnieniami. Programy antyprzemocowe i antydyskryminacyjne mogą stworzyć bezpieczne miejsce dla wszystkich uczniów. Programy wsparcia psychospołecznego, takie jak doradztwo szkolne, grupy wsparcia czy treningi umiejętności życiowych, mogą pomóc uczniom radzić sobie ze stresem i presją społeczną, które mogą prowadzić do uzależnień. Aktywność społeczna w szkole może pomagać w budowaniu zdrowych relacji między uczniami i zwiększać poczucie przynależności. Uczestnictwo w grupach szkolnych, klubach, sportach czy projektach społecznych może stanowić alternatywę dla szkodliwych zachowań.

Szkoły mają możliwość monitorowania i kontroli zachowań uczniów, w tym używania substancji chemicznych. Środowisko szkolne powinno być miejscem, gdzie nieakceptowalne są zachowania związane z używaniem substancji psychoaktywnych, co może działać jako czynnik odstraszający. Przede wszystkim jednak szkoły powinny zapewniać dostęp do pomocy psychologicznej i terapeutycznej dla uczniów, którzy mogą być zagrożeni uzależnieniami. Wczesne wykrywanie i interwencja są decydujące w prewencji problemów związanych z używaniem substancji chemicznych. Podsumowując, środowisko szkolne może odegrać istotną rolę w prewencji uzależnień u dzieci i młodzieży, tworząc wsparcie społeczne, edukację i przestrzeń sprzyjającą zdrowemu rozwojowi uczniów. Współpraca między szkołami, rodzicami, a społecznością może wzmacniać te wysiłki i skutecznie przeciwdziałać problemowi uzależnień.

Olena Trembovetska
psycholog kliniczny,
dyplomowany coach,
diagnosta, oligofrenopedagog

Człowiek w Centrum Medycznym Gizińscy - pomoc na każdym etapie drogi do zdrowia psychicznego

fot. Tomasz Czachorowski, na zdjęciu z Centrum w Bydgoszczy - dr n. med. Włodzisław Giziński i dr n. med. Lech Giziński

Centrum Medyczne Gizińscy może świadczyć usługi zdrowotne w sposób powszechny dla wszystkich w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

Województwo kujawsko-pomorskie wydaje się być regionem, w którym istnieje szeroki dostęp do profesjonalnego wsparcia dla osób cierpiących z powodu chorób psychiatrycznych dzięki już istniejącym strukturom opieki psychiatrycznej. Niemniej jednak, w ostatnich latach obserwuje się znaczny wzrost zapotrzebowania społecznego na usługi związane z opieką psychiatryczną.

Właściwie codziennie psychiatrzy i psycholodzy poszukają sposobności udzielenia odpowiedniej pomocy pacjentom, którzy często doświadczających bardzo poważnych kryzysów psychicznych – niestety tych miejsc, pomimo rosnących nakładów finansowych, i tak wciąż brakuje.

Centrum Medyczne Gizińscy sp. z o.o. to projekt rodzinny, który został zapoczątkowany przez dra n.med. Włodzisława Gizińskiego i lek. Katarzynę Gizińską. Przez ponad 35 lat konsekwentnie rozwijali psychiatrię w Bydgoszczy. Obecnie Centrum to nowoczesna klinika z rozbudowaną infrastrukturą, obejmującą liczne gabinety, poradnie, oddziały szpitalne oraz sale zabiegowe i operacyjne. Następnym etapem rozwoju jest utworzenie nowoczesnego szpitala psychiatrycznego, który będzie połączony z Centrum Badawczo-Rozwojowym.

To przedsięwzięcie opiera się na nowoczesnym podejściu do opieki psychiatrycznej wyznaczonej przez światowe standardy. Realizowane jest w ramach projektu o nazwie" Utworzenie Centrum Badawczo-Rozwojowego Centrum Medycznego Gizińscy – Centrum Badań w zakresie diagnostyki i nowych algorytmów postępowania w leczeniu lekoopornych i wymagających przewlekłego leczenia, poważnych zaburzeń psychicznych."

Inwestycja została sfinansowana z własnych środków, kredytu oraz wsparcia finansowego z Programu Operacyjnego Inteligentny Rozwój, w ramach osi priorytetowej II: „Wsparcie otoczenia i potencjału przedsiębiorstw do prowa-

dzenia działalności B+R+I, działania 2.1 „Wsparcie inwestycji w infrastrukturę B+R przedsiębiorstw".

Głównym celem projektu jest prowadzenie badań obejmujących nowoczesną diagnostykę i opracowanie nowych metod leczenia w dziedzinie psychiatrii. W ramach Centrum Psychiatrii pacjenci będą otrzymywać kompleksową opiekę psychiatryczną, która obejmuje zarówno szeroki zakres usług psychoterapeutycznych, jak i nowoczesne podejście farmakoterapeutyczne (np. terapia esketaminą). Ponadto dostępne będą różne formy leczenia biologicznego (terapia elektrowstrząsowa, zabiegi psychoneurochirurgiczne z implantacją stymulatora nerwu błędnego a także nieinwazyjna przezczaszkowa stymulacja magnetyczna deep-r TMS).

Przy Centrum Psychiatrii działa już Centrum Badawczo-Rozwojowe, które w swojej innowacyjności podchodzi w sposób holistyczny do zdrowia pacjentów integrując ze sobą obszary psychiatrii, neurochirurgii, chirurgii naczyniowej ogólnej oraz chorób wewnętrznych.

W wyniku prac badawczo-rozwojowych planowane jest opracowanie innowacyjnych procedur leczniczych, dotyczących między innymi leczenia depresji lekoopornej, zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych oraz zaburzeń odżywiania. Procedury te wykorzystują nowoczesne metody leczenia biologicznego oparte na nieinwazyjnej stymulacji magnetycznej mózgu, co umożliwia optymalizację procesu leczenia przewlekłych zaburzeń psychicznych, które nie reagowały na dotychczas stosowane standardowe procedury lecznicze.

W kontekście depresji lekoopornej, Centrum Badawczo-Rozwojowe skupi się również na badaniach z zakresu psychoneurochirurgii, z myślą o ewentualnym wdrożeniu innowacyjnej procedury leczniczej, która wykorzystuje stymulację nerwu błędnego (VNS - vagus nerve stimulation), terapię elektrowstrząsową oraz augmentację leczenia ketaminą.

Zakres badań prowadzonych przez dział angiologiczny Centrum Badawczo-Rozwojowego obejmie prace dotyczące wdrażania bardziej skutecznych metod profilaktyki żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej (ŻChZZ) u pacjentów hospitalizowanych na oddziałach psychiatrycznych i leczonych neuroleptykami. Specjaliści w dziedzinie hepatologii oraz medycyny wewnętrznej zajmą się opracowaniem programu interwencyjnego, profilaktyczno-leczniczego dla zaburzeń metabolicznych i hepatologicznych u pacjentów oddziałów psychiatrycznych, zwłaszcza u tych z rozpoznaniem poważnych zaburzeń psychicznych. Program ten będzie uwzględniał stosowanie dietoterapii i aktywności fizycznej.

Nad jakością prowadzonych prac badawczych zaangażowani są m.in. tacy specjaliści jak prof. Janusz Rybakowski, prof. Marek Harat, prof. Paweł Rajewski. W opinii Dyrektora Centrum Psychiatrii dra n.med. Lecha Gizińskiego, prace badawczo-rozwojowe będą również realizowane we współpracy z innymi jednostkami naukowymi z regionu m.in. Politechniką Bydgoską oraz z Interdyscyplinarnym Centrum Nowoczesnych Technologii Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu pod kierownictwem prof. Jerzego Łukaszewicza. Współpraca z tak dużymi ośrodkami specjalistycznymi nie tylko przyniesie realną korzyść terapeutyczną dla najbardziej potrzebujących pacjentów, ale także wzmocni pozycję regionu w obszarze badań naukowych zarówno na krajowym jak i międzynarodowym poziomie.

Nowe Centrum Psychiatrii to:

- nowoczesne Ambulatorium Psychiatryczne składające się z 11 gabinetów psychiatryczno-psychologicznych,
- Psychiatryczna Izba Przyjęć w pełni wydzielona od pozostałej części szpitala, dostosowana do potrzeb pacjentów wymagających pomocy medycznej w stanach nagłych.
- 3 obszerne Oddziały Psychiatryczne Szpitalne, w których hospitalizowani są pacjenci w komfortowych, 2- i 3-osobowych salach z łazienkami. Ponadto Centrum Psychiatrii zapewnia pacjentom dostęp do nowoczesnych sal terapii grupowej i indywidualnej, pomieszczeń przystosowanych do rehabilitacji ruchowej oraz aktywności fizycznej sportowej a także miejsc przeznaczonych do od-

wiedzin, wypoczynku oraz przestronnych jadalni.

Dostęp do opieki psychiatrycznej staje się niezwykle ważny w obecnych czasach ze względu na wzrost problemów psychicznych, wpływ pandemii i kryzysów społecznych na zdrowie psychiczne, redukcję stygmatyzacji oraz skuteczność terapii. Specjaliści psychiatrzy, psychoterapeuci i psycholodzy pomagają w diagnozie i leczeniu różnych zaburzeń psychicznych, co pozwala na poprawę jakości życia, zdolności do funkcjonowania społecznego i zawodowego, a także zmniejsza obciążenie społeczne związane z chorobami psychicznymi.

Centrum Psychiatrii, zdaniem Jędrzeja Gizińskiego – Prezesa Zarządu, rozbudowując własną bazę łóżkową oraz część ambulatoryjną na pewno stworzy możliwość udzielenia szybszej pomocy mieszkańcom regionu.

dr inż. Małgorzata Zajdel
Ekspert ds. monitoringu i ewaluacji
Centrum Medyczne Gizińscy Sp. z o.o.

ZROZUMIEĆ DIAGNOZĘ, CZYLI W LABIRYNCIE PSYCHIATRII

Rozmowa z Małgorzatą Choina – psycholog i terapeutką uzależnień, pracującą w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu.

Pani Małgorzato, będziemy dzisiaj kluczyć w trudnej terminologii psychiatrycznej. Pacjenci często napotykają na słowa, których znaczenia mogą być im obce. Zgodziła się Pani być naszym przewodnikiem w świecie trudnych terminologii. Naszym celem jest tłumaczenie trudnych pojęć w sposób zrozumiały i przystępny. Na pierwszy ogień weźmy termin „Odhamowanie" i postaramy się wyjaśnić, co oznacza BYĆ ODHAMOWANYM.

Nasze funkcjonowanie, zarówno w społeczeństwie jak i mniejszych społecznościach, takich jak koledzy, koleżanki (nazywane grupą rówieśniczą), społeczność klasowa w szkole, opiera się na określonych zasadach. Choć mogą się różnić w każdej z tych grup, istnieje także zestaw uniwersalnych zasad obowiązujących we wszystkich środowiskach, w których przebywamy. Te zasady mówią nam, w jaki sposób powinniśmy zachować się w różnych sytuacjach społecznych. Obejmują one zazwyczaj nasze zachowanie, słowne oraz bezsłowne wyrażanie emocji, co nazywa się ekspresją emocjonalną.

Inaczej zachowujemy się wobec osób, które są dla nas bliskie, inaczej wobec osób obcych, inaczej wobec dorosłych i jeszcze inaczej wobec rówieśników. W trakcie naszego życia te zasady są przekazywane nam przez rodziców, następnie przez wychowawców i nauczycieli w przedszkolu oraz szkole. Uczymy się ich również, obserwując innych ludzi w codziennym życiu. Ten proces nazywamy socjalizacją, czyli przyswajaniem, nauką zasad ogólnie przyjętych a tym samym nauką kontrolowania swojego zachowania i emocji. Odhamowanie jest właśnie tym brakiem kontroli nad własnym zachowaniem i wyrażaniem swoich emocji, tak zwana impulsywność.

Oho, tutaj chyba pojawi się kolejne istotne pojęcie...

Tak - **SKRACANIE DYSTANSU.** Skracanie dystansu również odnosi się do braku kontroli, to najczęściej na przykład mówienie przez młodych ludzi per „ty" lub używanie wulgarnego slangu młodzieżowego w stosunku do dorosłych. To także przekraczanie granic, na przykład przytulanie się do obcych osób.

Doskonale, to już mamy to za sobą! To teraz następny termin – AFEKT. Wspominała Pani o „obniżonym afekcie", ale chyba coś poplątałam, czy mogłaby Pani nam to wyjaśnić?

Jasne. Faktycznie nie ma czegoś takiego jak „obniżony afekt". Afekt to sposób, w jaki wyrażamy emocje. Może być on np. „spłycony", wtedy tylko powierzchownie okazujemy emocje lub „afekt jednostajny", czyli wyrażamy emocje w sposób niezmieniający się, niezależnie od naszego nastroju, niezależnie czy jestem wesoły czy smutny to zachowuję się podobnie, czyli nie różnicuję przekazu niewerbalnego (śmiech) i tak oto mamy kolejne trudne słowo do wyjaśnienia.

To może ja wyjaśnię - przekaz NIEWERBALNY to inaczej mowa ciała, a WERBALNY to to co mówimy.

Dokładnie! W kontekście oceny afektu, czyli tego wyrażania emocji, sprawdza się to czy przekaz werbalny jest zgodny z niewerbalnym. Wówczas mówimy o afekcie „dostosowanym" lub „niedostosowanym". Afekt dostosowany jest wtedy, kiedy mówimy o swoim samopoczuciu i ta nasza mowa ciała jest z tym spójna, czyli np. mówię, że jestem wesoła i mam uśmiech na twarzy. Jeżeli afekt jest niedostosowany to na przykład pacjent mówi, że jest smutny, ale jednocześnie się uśmiecha.

Kolejnym słowem na mojej liście jest HIPOMANIA. Czym dokładnie jest ten stan?

Hipomania to stan pomiędzy wyrównanym a podwyższonym nastrojem (manią). Cechuje się tym, że pacjenci mają wtedy dużo energii, są gadatliwi, wesołkowaci, śpią krócej, mogą doświadczać gonitwy myśli, są rozdrażnieni, wszystko ich denerwuje, mają trudności w skupieniu się, ich uwaga zmniejsza się. Charakterystyczne jest także to, że pacjent w stanie hipomanii nie stosuje się do ogólnie przyjętych norm zachowania, co może prowadzić do podejmowania ryzykownych decyzji na przykład w zakresie zachowań seksualnych (z pominięciem konsekwencji).

Rozumiem, bardzo to prosto pani tłumaczy, czuję się już nieźle wyedukowana, a to dopiero początek! Mam dla pani kolejne określenie. Co to znaczy, że PACJENT jest LĘKLIWY?

Każdy z nas przecież czegoś się boi, ma jakieś lęki, nawet całkiem sporo ich mamy...

Pacjent taki za bardzo martwi się różnymi rzeczami czy sytuacjami i odczuwa niepokój, nie potrafi się uspokoić, ma poczucie jakby duży głaz go przygniótł lub jakby był w klatce bez wyjścia. Doświadcza nagłych i powracających myśli, które mogą wywołać lęk. Może miewać koszmary senne powodujące nieprzyjemny stan niepokoju. Często również może mieć objawy z „ciała" tzn. przyśpieszone bicie serca i przyśpieszony oddech, wysokie ciśnienie, pocenie rąk, wymioty, biegunkę.

No to teraz pytanie na prośbę pacjenta, czy powie nam pani tak w dużym uproszczeniu, co oznacza termin ZABURZENIA OSOBOWOŚCI?

Spróbuję. Osobowość to względnie stały sposób myślenia, odczuwania i zachowania. Jeśli mówimy o zaburzeniach tego obszaru oznacza to, że pacjent posiada utrwalony nieelastyczny (nie podlegający zmianie) wzorzec myślenia, zachowania i odczuwania odbiegający od przyjętej normy. Zaburzenia osobowości obejmują cztery główne obszary: postrzeganie i interpretację samego siebie i otoczenia, uczuciowości, kontroli impulsów oraz relacji z innymi osobami.

To już chyba termin na odrębny artykuł. Bardzo Pani dziękuję, że podjęła się Pani zadania przybliżenia nam nieco świata diagnozy psychiatrycznej. Myślę, że to ważne, aby pacjenci mieli szansę pełniej zrozumieć sens słów, które przecież codziennie ich otaczają. Mam wrażenie, że jeszcze kiedyś do Pani wrócę z kolejną listą.

Tak, to prawda. Dobra komunikacja pomiędzy psychologiem, psychiatrą a pacjentem ma ogromne znaczenie i może znacząco wpłynąć na proces terapeutyczny. Serdecznie dziękuję za okazane zaufanie jako specjaliście i zapraszam. Jest jeszcze wiele rzeczy do zrobienia, by odczarować psychiatrię.

Serdecznie dziękuję za rozmowę.

Dorota Malecha,
Rzecznik Praw Pacjenta
Szpitala Psychiatrycznego w Lubiążu.

Kamerą i piórem...

W tym numerze chciałabym zabrać Państwa w świat osób chorych na depresję, dlatego na tapet weźmiemy książkę Małgorzaty Serafin oraz Marka Sekielskiego ,,Jest OK. To dlaczego nie chcę żyć?'' Wydawnictwa Agora.

W niniejszej pozycji znajdziemy wywiady z osobami, które doświadczyły depresji. Lekarz psychiatra Maja Herman, modelka Joanna Poremba, sportowiec Marek Plawgo, pisarz Roman Kurkiewicz, choreograf Izabella Borkowska, aktorka Selina Salomon, youtuber Patryk Chilewicz, dziennikarz Wojciech Krzyżaniak, blogerzy Agata i Cezary Siłuszczykowie, pielęgniarka Krystyna, prawniczka Kamila, rzecznik prasowy Michał, uczennica liceum Agnieszka pokazują, że depresja ma imię.

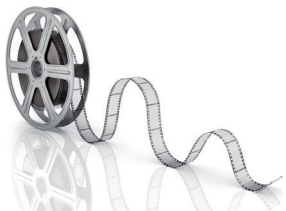
Można być Youtuberem, dziennikarzem, modelką, pielęgniarką czy sportowcem, nie ma jednak reguły, że nie zachoruje się na depresję. Bohaterowie w rozmowach z autorami pokazują swoją walkę, a także życie przed i po przejściu największego epizodu.

Ostatni rozdział w książce to rozmowa z Magdaleną Halicką, psychologiem dzieci i młodzieży i psychotraumatologiem w Centrum Terapii Dialog, która opowiada, jak wiele siły i odwagi potrzeba, żeby przejść proces leczniczy i terapeutyczny, by pomóc sobie w leczeniu depresji. Wspomina również, jak ważne jest wyrażanie emocji oraz samoopieka psychiczna.

Książkę Serafin i Sekielskiego można polecić nie tylko tym, którzy z tematyką zdrowia psychicznego spotykają się na co dzień, ale również tym, który niespecjalnie sięgają po książki o takiej treści.

Życzę przyjemnej lektury

Sylwia Kozarzewska



Rzecznik Praw Pacjenta

W przypadku pytań, wątpliwości lub sytuacji naruszenia praw pacjenta skontaktuj się z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta

ul. Młynarska 46
01-171 Warszawa

Telefoniczna Informacja Pacjenta
800 190 590
czynna pn. – pt. w godz. 8:00-18:00

www.gov.pl/rpp
e-mail: kancelaria@rpp.gov.pl

WYDAWCA: Rzecznik Praw Pacjenta
REDAKTOR NACZELNY: Elżbieta Bartosiewicz
Redakcja merytoryczna: Sylwia Kozarzewska, Aleksandra Wenelczyk
Redakcja techniczna: Małgorzata Duda
Adres: ul. Młynarska 46, 01-171 Warszawa
Kontakt: e-mail: jednymglosem@rpp.gov.pl, tel.: (22) 532 82 22
Druk: COMPUS Drukarnia Cyfrowa, www.compus.net.pl
Nakład: 1600 szt.

Artykuły autorów nie będących pracownikami Biura Rzecznika Praw Pacjenta są wyrazem ich osobistych poglądów, nie zaś stanowiskiem Rzecznika Praw Pacjenta