Ekosystemy na rzecz utrzymania zdrowia psychicznego w gminach

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych

Bielskie Stowarzyszenie Artystyczne
Teatr Grodzki

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
w Bielsku-Białej

- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych w oparciu o ICD-10

I. Zespoły psychoorganiczne (F00-F09) – obejmują grupę zaburzeń psychicznych uwarunkowanych dysfunkcją mózgu wywołaną jego chorobami, uszkodzeniami lub urazami.
1. Otępienia są zespołami spowodowanymi chorobą mózgu, zwykle o charakterze postępującym, w którym zaburzone są takie wyższe funkcje korowe jak pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, język, w/w objawom zwykle towarzyszą obniżenie kontroli nad emocjami, zaburzenia zachowania, zaburzenia nastroju, niejednokrotnie objawy psychotyczne.
- otępienie w chorobie Alzheimera (wczesny przed 65r.ż. lub późny początek po 65 r.ż.) – pierwotnie zwyrodnieniowa choroba mózgu o nieznanej etiologii z charakterystycznymi zmianami neuropatologicznymi (zmniejszenie liczby neuronów, obecność w neuronach zwyrodnienia neurofibrylarnego, obecność amyloidu, zmniejszenie acetylocholiny). Powolny początek, progresja objawów, zaburzenia pamięci, zaburzenia funkcjonowania, afazja, agrafia, aleksja, częste zaburzenia zachowania, emocji, zaburzenia snu, zaburzenia nastroju, objawy psychotyczne.
- otępienie naczyniowe („miażdżycowe") – wywiad wskazuje na przemijające ataki niedokrwienne z przemijającymi zaburzeniami świadomości, przemijającymi niedowładami, utratą wzroku – początek często nagły (zator, zakrzep, krwotok z naczyń mózgowych).
- otępienie w innych chorobach (Parkinsona, Huntingtona, HIV, w zatruciu CO, padaczce, SM, niedobory witamin).
2. Zespół amnestyczny (zaburzenia pamięci zwłaszcza świeżej, konfabulacje, brak wglądu, zaburzenia emocji).
3. Majaczenie (zaburzenia świadomości i uwagi, pamięci, emocji, snu, omamy najczęściej wzrokowe, przemijające urojenia, lęk, pobudzenie).
4. Zaburzenia psychoorganiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną (np. padaczka, urazy głowy, nowotwory, choroby układowe np. toczeń, schorzenia endokrynologiczne, toksyczny wpływ leków i inne) – obraz zaburzeń może przybierać formę halucynozy (omamy), organicznego zaburzenia katatonicznego (osłupienie/pobudzenie), organicznego zaburzenia urojeniowego, organicznego zaburzenia nastroju, organicznego zaburzenia lękowego, dysocjacyjnego, organicznej chwiejności afektywnej, łagodnych zaburzeń funkcji poznawczych.
5. Zespoły psychoorganiczne pourazowe (zaburzenia osobowości, zaburzenia zachowania, zaburzenia kontroli emocji, impulsów – wesołkowatość, dowcipkowanie, euforia, drażliwość, wybuchy złości, podejrzliwość, łamanie norm, zaburzenia zborności wypowiedzi – rozwlekłość, lepkość tematyczna).
W tej grupie rozpoznań nasze zainteresowanie skierowane będzie głównie na rodzinę pacjenta a mniej na samego pacjenta.

Przykład 1
Pacjentka l.87 z otępieniem naczyniowym, czworo dorosłych dzieci/ w tym jedno chore psychicznie/, każde z nich otrzymało część pieniędzy ze sprzedaży gospodarstwa i domu w zamian za dożywotnią opiekę. Pacjentka zmienia miejsce pobytu co miesiąc. Za każdym

razem musi na nowo uczyć się funkcjonowania w „nowym- starym” miejscu. Z jej opowieści wynika, że żadne z dzieci nie spełnia jej oczekiwań, czuje się niezaopiekowana, traktowana jak balast, niezrozumiana. Na uczucia związane z dziećmi nakładają się problemy z pamięcią, sztywność poglądów, brak elastyczności we współżyciu rodzinnym, ograniczenia fizyczne i dolegliwości somatyczne. Dochodzi do spięć na tym tle, włącznie z sytuacją włączania osób trzecich do problemów rodzinnych /pobyt na kardiologii zakończył się min. oficjalną rozmową z lekarzem, psychologiem i rodziną pacjentki/. Rodzina ma poczucie niezrozumienia, napiętnowania, krzywdy i narastającej frustracji.
W ramach propozycji dla tego ekosystemu powinny znaleźć się: oddział dzienny psychogeriatryczny /pacjent/, psychoedukacja dla rodzin, grupy wsparcia /pacjent, rodzina/, wsparcie psychologiczne /rodzina/, możliwość kontaktu z pracownikiem socjalnym, prawnikiem i innymi specjalistami. Oddział dzienny pozwoli przede wszystkim pacjentowi spotkać się z rówieśnikami, nawiązać nowe kontakty interpersonalne, zagospodarować czas na kilka godzin, da nowe tematy do rozmów w domu i wiele innych pozytywnych zmian. Rodzinie da kilka godzin „oddechu” od opieki. Szeroko pojęta edukacja dla rodziny pozwoli na zrozumienie mechanizmów starzenia się, choroby, przez to zrozumienie /niekoniecznie akceptację/ zachowań pacjentki, odciążenie emocjonalne i obniżenie napięcia. W konsekwencji wzajemne relacje mogą na tyle się naprawić, że opieka nad matką będzie nadal trudna ale łatwiejsza bo nie obciążona negatywnymi emocjami.

II. Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (F10 – F19) (alkohol, opiaty, kanabinole, leki uspokajające, kokaina, kofeina, halucynogeny, tytoń, lotne rozpuszczalniki, F19-politoksykomania).

1. Ostre zatrucie – powoduje przemijające zaburzenia świadomości, procesów poznawczych, spostrzegania, afektu lub zachowania – objawy związane z wielkością dawki i wyjściowym stanem somatycznym (schorzenia wątroby, nerek).
2. Używanie szkodliwe.
3. Zespół uzależnienia (silne pragnienie przyjmowania, trudności w kontroli częstości i ilości, objawy abstynencyjne, tolerancja, przyjmowanie substancji pomimo wyraźnych szkód zdrowotnych).
4. Zespół abstynencyjny (może być z majaczeniem).
5. Zaburzenia psychotyczne.
6. Zespół amnestyczny zespół objawów związanych z przewlekłymi znacznymi zaburzeniami pamięci świeżej, mogą być konfabulacje).

III. Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii i urojeniowe (F20-F29).

1. Schizofrenia – najogólniej charakteryzuje się zaburzeniami myślenia, spostrzegania oraz afektu (spłycenie, niedostosowanie). Dominujące objawy to: ugłośnienie myśli, echo myśli, nasyłanie myśli, urojenia oddziaływania, wpływu, odsłonięcia, doznania omamowe – słuchowe, czuciowe, zaburzenia toku myślenia, zachowania katatoniczne (pobudzenie, zastyganie, negatywizm, mutyzm, osłupienie), dziwaczność zachowań oraz objawy negatywne jak apatia, zubożenie wypowiedzi, spłycenie emocji, wycofanie, zaburzenia funkcjonowania społecznego.

Przebieg choroby może być ciągły, epizodyczny, z częściową remisją.

Kryteria Bleulera określające schizofrenie to: 4 x A – autyzm, afekt, ambiwalencja, asocjacja.

2. Zaburzenia schizotypowe.

3. Zaburzenia urojeniowe (paranoja) – często zespół powiązanych urojeń, które (zwykle są trwałe i (czasem) utrzymują się przez całe życie (urojenia prześladowcze, hipochondryczne, niewiary małżeńskiej, pieniacze).

4. Ostre przemijające zaburzenia psychotyczne – krótkotrwałe występowanie, utrzymywanie się objawów psychotycznych (do dwóch tygodni).

5. Zaburzenia schizoafektywne – typ depresyjny, maniakalny – objawy schizofreniczne i afektywne wykazują porównywalne nasilenie w trakcie tego samego epizodu.

Osoby leczone z powodu schizofrenii powinny znajdować się pod stałą opieką środowiskową z powodu:
-trudności funkcjonowania intelektualnego, które przejawiają się między innymi w trudności w sformułowaniu i realizacji planów, trudności w rozwiązywaniu problemów (jeśli sposoby rozwiązania nie są znane i oczywiste), trudności w zastosowaniu nowo nabytych informacji do rozwiązania problemu,
-stosunkowo wysokiej śmiertelności. Analizując zagadnienia śmiertelności w schizofrenii należy zwrócić uwagę na fakt, iż jest ona 2-4 razy wyższa niż w populacji ogólnej. Proces starzenia przebiega o 10 lat szybciej w stosunku do populacji, co wynika z dużego obciążenia tej grupy pacjentów chorobami takimi jak, cukrzyca, choroby układu krążenia, nadwaga, uzależnienia od tytoniu, alkoholu i środków psychoaktywnych. 2/3 osób chorych na schizofrenię ma więcej niż dwie diagnozy somatyczne.
-nawrotowego charakteru choroby. Pracując z osobami chorymi na schizofrenię należy mieć świadomość, że nawroty choroby w ciągu roku występują u około 40% chorych. Czynnikami biologicznymi wpływającymi na zwiększenie ryzyka nawrotu choroby między innymi są: słaby wgląd w naturę choroby, utrzymywanie się (zaleganie) objawów rezydualnych, niekonsekwentne leczenie / brak ciągłości leczenia, brak opieki domowej, nieumiejętność rozpoznania objawów zwiastunowych przez opiekunów, pracodawców, rodzinę.

Przypadek I

Elżbieta G. panna, samotnie wychowująca syna, leczona w PZP od 1991 roku. Bez obciążeń rodzinnych, alkoholowi i narkotykom przeczy, poważnie nie chorowała, nie przeszła urazów głowy. Wykształcenie podstawowe, szkoły zawodowej nie ukończyła z powodu problemów nauce. Aktywna zawodowo, dumna ze swoich osiągnięć zawodowych, pracowała ponad 30 lat. Jak sama podkreśla pracowała jako recepcjonistka u dyrektora, organizowała przyjęcia firmowe, była cenionym, zaufanym i lubianym pracownikiem, otrzymywała bardzo odpowiedzialne zadania, nigdy nie było skarg na jej pracę. Później pracowała jako kucharka, ale została zwolniona z powodu redukcji etatów. Wyjechała na rok do Włoch opiekować się starszym panem.

Pierwszy kontakt w 1991 r. w PZP i wywiad nie dał jasnego obrazu choroby. Pacjentka skarżyła się na poczucie bezsensu, zobojętnienie, problemy ze spaniem, apatię, dziwne, niezrozumiałe stany niepokoju. Z obserwacji i wywiadu nie wyklarował się jasny obraz choroby i nie została postawiona ostateczna diagnoza. Pacjentka pojawiała się sporadycznie, odstawiła leki po osiągnięciu satysfakcjonującego dla niej stanu zdrowia, po kilku miesiącach przestała pojawiać się w poradni, wróciła do pracy.

Po szesnastu latach dobrego funkcjonowania, ponownie pojawiła się w poradni, pod opieką kuzynki. Powodem były niepokoje, zaburzenia snu, lęki, chaosu w życiu, dziwaczne

zachowania: niszczyła i wyrzucała ważne dokumenty, odwiedzała w nocy kuzynkę, wyjeżdżała nagle do domu rodzinnego /450 km/ i wracała, pojawiała się codziennie w PZP, brała zaświadczenia, domagała się innych, nowych, ale nie potrafiła sprecyzować jakich. Włączone leczenie farmakologiczne nie przyniosły żadnych efektów. Pacjentka deklarowała przyjmowanie leków, ale być może dawka była za niska, lub pacjentka w chaosie nie przyjmowała jak należy /dawka, częstotliwość/. Ostatecznie pacjentka trafiła po raz pierwszy do szpitala psychiatrycznego w 2006r, pacjentka wyraziła zgodę na hospitalizację. W czasie pobytu ujawniły się inne objawy; sztywność afektywna, cechy niedokojarzeń wątków myślowych, zaburzenia myśli i koncentracji, nieufność, nastawienia ksobne, okresowo pobudzenie psychoruchowe. Istotnym objawem była również utrata zainteresowań i celów oraz zanik dbałości o swoje potrzeby. Wypis ze szpitala nastąpił na żądanie pacjentki. Z tego powodu obserwacja pacjentki nie została ukończona, pacjentka została wypisana ze wstępnym rozpoznaniem zespołu schizofrenopodobnego. Drugi raz trafiła do szpitala w krótkim czasie. Odstawiła leki, powróciły objawy ze wzmożoną siłą, pojawiły się myśli samobójcze, zachowania agresywne, halucynacje słuchowe i wzrokowe. Przyjęta bez zgody. Pacjentka ambiwalentna do swojej choroby, mówi, że ***„jest zdrowa, ale źle się czuje”***, ***„ja chorowałam, ale nie tak jak inni z WTZ, jakąś depresję”***, omamom przeczy, nie wiąże obecnego stanu z incydentem sprzed szesnastu lat.

Do 2009 roku pacjentka była pięciokrotnie hospitalizowana w SOLP. Mechanizm każdego pobytu był za każdym razem bardzo podobny, ale łagodniejszy w formie. Pacjentka po wypisie odstawiała leki, powracały objawy z natężonymi myślami samobójczymi, rozkojarzeniem, bezsennością, dezorganizacją życia. W czasie jednej hospitalizacji były podejmowane próby przeniesienia w ramach SOLP na inne oddziały- całodobowy zamknięty, otwarty, rehabilitacyjny, czy dzienny lub przepustek terapeutycznych. Próby kończyły się powrotem na oddział otwarty z powodu nasilonych objawów. Po kilku dniach stan psychiczny pacjentki stabilizował się. Ostatni pobyt rozpoczął się i zakończył był w ramach rehabilitacji dziennej.

W międzyczasie /2007r/ pacjentka podjęła na krótko pracę jako sprzątaczka w sądzie, zaniedbała zgłaszanie się w PUP, utraciła ubezpieczenie, źródło dochodu. W czasie jednego z pobytów, pracownik socjalny pomógł pacjentce złożyć wniosek na rentę, wystąpić do orzecznictwa o stopień niepełnosprawności, złożyć wniosek o przyjęcie do WTZ. Pacjentka otrzymała rentę, ustabilizowała się jej sytuacja finansowa i materialna, związała się z innym pacjentem PZP, była uczestniczką WTZ.

Wydaje się, że pacjentka osiągnęła swoje życiowe maksimum. Jest zadbana, aktywna we własnym lokalnym środowisku /ma liczne znajomości, pomaga starszej sąsiadce/, w satysfakcjonującym związku. Czasem odwiedza znajomych, kiedy przychodzi na wizyty do PZP. Regularnie pojawia się u lekarza, jest wyczulona na zmiany w zdrowiu i reaguje na nie. Leki przyjmuje. W tym roku przeżyła dużą traumę. Jej jedyny syn zaczął leczyć się psychiatrycznie, podjął skuteczną próbę samobójczą. Pacjentka radzi sobie w tej sytuacji na tyle, na ile pozwalają jej zasoby emocjonalne. Początkowo zaprzeczała poważnemu stanowi syna, utrzymywała, że ma problemy z bezsennością, nadużywa ziół itp. Na śmierć syna zareagowała oczywiście silną żałobą, wyparciem, szukaniem innych przyczyn niż samobójcze. Ostatecznie podjęła decyzję o odcięciu się od SPZOZ, ale nie nastąpił nawrót choroby.

W tym przypadku brakuje nam wiedzy o dalszych losach pacjentki. Dobrze byłoby mieć potwierdzenie podjęcia leczenia w innej placówce. Wydaje się, że w stosunku do pacjentki zostały dobrze wykorzystane ówcześnie dostępne formy pomocy. Ostatecznie naszą ocenę zweryfikuje czas.

Przypadek II

Kazimierz G. kawaler, bezdzietny, obecnie mieszka sam. Matka leczona psychiatrycznie, bez poczucia choroby, niesystematyczna w farmakoterapii, nadopiekuńcza, podjęła skuteczną próbę samobójczą przez powieszenie. Ojciec kiedyś nadużywał alkoholu i ich relacje były złe, ale kiedy przestał pić nieco się poprawiły. Brat przez pewien czas był opiekunem prawnym pacjenta i to zaważyło na ich ówczesnych kiepskich relacjach. Po zniesieniu ubezwłasnowolnienia relacje z bratem bardzo się poprawiły.

Pan Kazimierz ukończył technikum, nauka nie sprawiała mu żadnych trudności poza zajęciami wychowania fizycznego. Poziom inteligencji w badaniach psychologicznych ponad przeciętny.

W szkole i w domu był wycofany, nie nawiązywał kontaktów towarzyskich, nie brał udziału w spotkaniach rodzinnych. Alkohol pił okazjonalnie, narkotykom przeczy. Zasadniczą służbę wojskową odrabiał w Subrejonowym Ośrodku Leczenia Psychiatrycznego w Olszówce. Pracował trzy lata w oddziale całodobowym terapeutycznym. Z pracy zachował dobre wspomnienia, był również lubiany przez pacjentów. Po zakończeniu służby wojskowej założył działalność gospodarczą- prowadził reklamę zewnętrzną. Działalność zawiesił z powodów finansowych. Pracował w firmie dziewiarskiej, został zwolniony dyscyplinarnie z powodu drobnej kradzieży. Był dwa lata na bezrobociu, bez prawa do zasiłku, a kiedy przestał zgłaszać się w PUP, stracił ubezpieczenie. Został objęty pomocą finansową MOPS.

Pierwsza hospitalizacja w 2002r. trafił do szpitala z objawami psychozy. W domu zniszczył telefon i telewizor, żeby zniszczyć podsłuchy, miał wrażenie że jest śledzony, podsłuchiwany, ma dosypywane psychotropy do jedzenia. Przejawiał sztywność emocjonalną i zobojętnienie. Wypis uzyskał na własne żądanie. Po wypisie odstawił leki. Drugi pobyt nastąpił w bardzo krótkim czasie. Nie wrócił na oddział po przepustce, został wypisany. Cały ten czas bez wglądu w chorobę, mimo swoich zawodowych i rodzinnych doświadczeń. Jechał w Polskę i szukał miejsca, gdzie nie będzie śledzony. 2004 rok jest przełomowy. Ponieważ objawy tak zawładnęły życiem pacjenta, że podpalił mieszkanie, żeby zniszczyć wszystkie narzędzia do inwigilacji. **Decyzją sądu umieszczony w oddziale detencyjnym.** Spędził tam rok i dwa miesiące. Praca zespołu terapeutycznego zaczęła przynosić dobre rezultaty. W związku z tym, że pacjent nie nie mógł się wypisać na własne żądanie, została zakończona terapia psychologiczna, dobrano leki które tłumiły objawy a nie pacjenta. Pan Kazimierz uzyskał wgląd w chorobę i jej objawy. W 2006r był umówiony na rozmowę o pracę w zakładzie pracy chronionej. Nie został przyjęty. Ta sytuacja spowodowała spadek motywacji i aktywności, zaczęły pojawiać się objawy, ale pacjent zachował w stosunku do nich krytycyzm. Pojawiał się systematycznie w PZP, brał leki. W 2008 podjął starania o zniesienie ubezwłasnowolnienia- sąd przychylił się do jego wniosku. W 2010r podjął leczenie w Oddziale Dziennym Rehabilitacyjnym z powodu powtarzających się lęków, wycofania społecznego, lęku adaptacyjnego. Duża grupa pacjentów w oddziale była tym elementem, który spowodował, że pacjent czuł się źle nie potrafił współpracować, zaangażować w terapię i wypisał się na własne żądanie. Przez cały czas szukał pracy i starał się o udział w WTZ.

Uczestnikiem warsztatów terapii zajęciowej był przez dwa lata. W trakcie terapii w ciągłym kontakcie z psychologiem. Objęty intensywną rehabilitacja zawodową. W ramach której pacjent ćwiczył swoje umiejętności zawodowe w obrębie WTZ ale również, uczestniczył w

inicjowanych przez kadrę WTZ zewnętrznych praktykach zawodowych, stażach oraz rozmowach kwalifikacyjnych do ZPCH oraz ZAZ. Dzięki konsekwentnie prowadzonej terapii, wsparciu, oraz indywidualnie dopasowanej ofercie udało się Pana Kazimierza w 2015r skierować do pracy w warunkach chronionych. Przez cały czas zatrudnienia pacjent był pod opieką PZP, systematycznie zażywał leki, kiedy pojawiały się objawy, to potrafił zachować dystans wobec nich. Pracował ponad rok. Współpracownik i „opiekun" pacjenta rozchorował się i poszedł na L-4. Pacjent stracił oparcie i ważną osobę, nikt w ZPCH nie zwrócił uwagi na to, że jest to sytuacja dla pracownika ogromnie stresogenna, z powodu wycofania pacjent nie umiał zwrócić się do kierownika z pytaniem o swojego opiekuna, włączyły się silne urojenia nad którymi nie zapanował, stracił dystans do nich i chorobowo zinterpretował sytuację. Czuł się zagrożony, chciał uprzedzić fakty rzekomego zwolnienia i sam się zwolnił. Pracodawca pomimo posiadanych telefonów kontaktowych do SP ZOZ i WTZ, nie nawiązał kontaktu, nie udzielił pacjentowi wsparcia, nie zaproponował wizyty u lekarza, zwolnienia lekarskiego lub urlopu. Przyjęto rezygnacje z pracy Pana Kazimierza i dopiero wtedy powiadomiono WTZ. Szybka reakcja zespołu terapeutycznego zapobiegła ostremu nawrotowi choroby.

W opisanym przypadku pacjent powinien:

1) otrzymać w dzieciństwie pomoc psychologiczno-pedagogiczną. Dziecko powinno zostać objęte terapią ze względu na alkoholizm ojca, później z powodu samobójstwa matki.

2) uzyskać pomoc terapeutyczną w szkole którą powinno zaniepokoić zachowanie chłopca jego wycofanie, unikanie grup rówieśniczych.

3) po zakończeniu oddziału detencyjnego pacjent powinien zostać objęty zwiększonym monitoringiem stanu psychicznego, w celu wyeliminowania ryzyka ponownego popełnienia czynu przestępczego.

4) w ZPCH powinien otrzymać wsparcie i zrozumienie, które pozwoliłoby przetrwać kryzys psychiczny.

Dodatkowo na złą sytuację pacjenta wpłynął zaburzony ekosystem rodzinny. Rodzina była pozostawiona sama sobie, była nie wyedukowana, mocno obciążona opieką nad chorymi członkami rodziny.

Wydaje się, że okres hospitalizacji i terapii przyniósł dobre efekty i został dość dobrze wykorzystany. Aktualnie pacjent ponowie walczy o swój powrót do zdrowia, tym razem uczestnicząc w projekcie „Rozwiń skrzydła, daj sobie szansę na zmianę".

IV. Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-39).

1. Zespół maniakalny – wzmożony nastrój, napęd, wyraźnie nieadekwatne do sytuacji, wielomówność, zmniejszona potrzeba snu, wyraźnie zawyżona samoocena, oceny / urojenia wielkościowe.

2. Zespół depresyjny – obniżony nastrój, napęd, męczliwość, spadek aktywności, niska samoocena, zaburzenia snu, spadek apetytu, poczucie / urojenia winy i małej wartości, myśli i czyny samobójcze – wahania dobowe nastroju, częsty lęk, wczesne budzenie.

3. Choroba afektywna dwubiegunowa – CHAD – nawroty depresji i manii.

4. Cyklotymia stałe wahania nastroju w postaci licznych łagodnych łagodnej depresji oraz stanów łagodnie wzmożonego samopoczucia.

5. Dystymia – przewlekłe obniżenie nastroju (nerwica depresyjna, depresyjne zaburzenia osobowości).

Choroba afektywna dwubiegunowa, nawet w niezbyt ciężkiej postaci jest dla chorego bardzo wyniszczająca.
Objawy depresyjne manifestują się; zaburzeniami snu, fizycznym zmęczeniem niewspółmiernym do wysiłku, anhedonią /brak radości/, spadkiem aktywności i zainteresowania najbliższymi, własnymi potrzebami, **lęk,** zaburzenia koncentracji i uwagi, zaburzenia pamięci.
Objawy maniakalne objawiają się; podwyższonym nastrojem, wesołkowatością, nadpobudliwością, potrzebą natychmiastowego zaspokojenia swoich potrzeb, co w przypadku niemożności ich realizacji lub odmowy ze strony innych osób, może prowadzić do frustracji oraz do tzw. nastroju gniewliwego, połączonego z agresją słowną i/lub fizyczną w stosunku do innych osób czy przedmiotów w otoczeniu. Mogą występować także zachowania autoagresywne, słowotok, gonitwa myśli, zaburzenia snu, wzmożony napęd psychoruchowy.

Często chory z powodu w/w objawów nie jest w stanie realizować swoich dotychczasowych ról, uniemożliwiają one kontynuacje pracy oraz utrzymywanie znaczących relacji. Nawroty choroby występują u około 40% chorych w ciągu roku, a tylko połowa pacjentów wraca do poziomu funkcjonowania przedchorobowego. Również w tej grupie pacjentów jak wskazują statystyki istnieje duże zagrożenie samobójstwami. Szacuje się, że ryzyko samobójstwa istnieje u 19% chorych cierpiących na zaburzenia afektywne, a zwłaszcza afektywne dwubiegunowe.
Trudnościami w leczeniu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych są: wysoki wskaźnik niepokoju emocjonalnego w otoczeniu chorego, niechęć do poznania rzeczywistych przyczyn choroby, utrzymywanie choroby w tajemnicy, niesystematyczne zażywanie leków, samowolne odstawianie leków, nieregularny kontakt z lekarzem psychiatrą, brak poczucia choroby, obecność objawów rezydualnych, bierność chorego i jego otoczenia.
Czynnikami sprzyjającymi terapii są: dobra atmosfera emocjonalna w otoczeniu chorego, jawność informacji o objawach, systematyczne leczenie farmakologiczne, częsty kontakt z lekarzem psychiatrą, unikanie substancji psychoaktywnych, zachowanie dotychczasowego reżimu aktywności codziennej, dostęp do wiedzy, rehabilitacji, celowego konstruktywnego spędzania czasu wolnego, łączenie różnych form terapii.

List o manii

Proszę przeczytaj ten list – może będzie nam łatwiej porozmawiać na temat mojej choroby.

Kiedy nadchodzi faza „euforyczna”, maniakalna, wiele osób, w tym ja, uważa , że wracam do zdrowia i „nadrabiam” okres depresji. Niewiele osób zauważa, a zwłaszcza ja sam ! – że wskazówka przechyliła się teraz za bardzo w drugą stronę. Wtedy czuję się świetnie i nie zauważam niebezpieczeństwa.

Chciałbym powiedzieć Ci jak się wtedy czuję:

- *Roznosi mnie wtedy energia, ale zauważ, że w sposób nienaturalny: nieustannie, bez różnicy, jeśli chodzi o przedmiot mojego działania, jakby ktoś nakręcił zabawkę, zaczynam jedną rzecz, a nie kończę drugiej*

- *Mój zapas energii jest nie do zaspokojenia i o północy mam ochotę przemeblowywać mieszkanie*
- *Zawyżona ocena, pewność siebie, euforia, mega pobudzenie i mega zwiększony napęd*
- *Mój nastrój idzie do góry i zaczynam patrzeć w lustro, widząc jaka jestem piękna*
- *Cały świat dookoła mnie zachwyca i wydaje się piękny i nieskazitelny, a kolory w moim mniemaniu są dużo bardziej intensywne…*
- *Poruszam tysiące tematów jednocześnie i skaczę z wątku na wątek, że ciężko za mną nadążyć…*
- *Mało śpię w nocy, bo nie mogę usnąć, ale jestem wniebowzięta, bo wstaję wypoczęta..*
- *W ogóle nie jestem głodna, i nawet nie mam ochoty na coś co zawsze uwielbiałam…*
- *Nie przejmuję się żadnymi problemami, bo uważam, że jakoś to będzie, przeszłość zaczyna się jawić jako bezproblemowa, zaś przyszłość „należy do mnie”…*
- *Ludzie zaczynają mnie drażnić i łatwo jest wyprowadzić mnie z równowagi emocjonalnej…*
- *W tłumie zaczynam się zachowywać dziwnie – cicho i niespokojnie*
- *Mam mnóstwo energii do pracy, tryskam pomysłami – nadrabiam zaległości z czasów depresji*
- *Mam mnóstwo pomysłów, ale zauważ, że nie widzę wtedy ich nieadekwatności i ryzyka niektórych z nich – wierzę ,że jestem wszechmocny*
- *Moje zdanie jest najważniejsze i tylko ja mam rację*
- *Ogarnia mnie nagle chęć wyremontowania całego domu na kredyt, ale odczuwam równocześnie gdzieś w sobie gniew i agresję*
- *Działam pod wpływem impulsu*
- *Mam zwiększony popęd – ciągle mogłabym się kochać*
- *Ogólnie ciągnie mnie wtedy do poznawania nowych ludzi i imprezowania itd …. Chcę odwiedzać znajomych, a nie ciągle siedzieć w domu*
- *W manii JESTEM BOGIEM, wyobraź to sobie*
- *Mistycznie odbieram rzeczywistość*
- *Mam niestety albo przygnębienie albo wściekliznę, albo przygnębienie z wścieklizną*
- *Wydaje mi się, że wszyscy o wszystko mają do mnie pretensje i stają mi na drodze*

W depresji może łatwiej jest mi pomóc, bo jest mi źle i jeśli ktoś chce pomóc jest moim przyjacielem. W manii JEST MI DOBRZE, a każdy kto mówi inaczej jest moim wrogiem.

Jestem wtedy prawdziwym „Chad”ersem.

Dlatego proszę Cię:

- *Nie bierz do siebie tego co wygaduję*
- *Porozmawiaj ze mną, że powinniśmy odwiedzić lekarza*
- *Nie powierzaj mi załatwiania ważnych spraw np. organizowania wyjazdu wakacyjnego*
- *Weź naszą kartę kredytową na przechowanie albo nawet odetnij mnie nie tylko od karty kredytowej, ale też od oszczędności i innych źródeł pieniędzy*
- *W razie oporu przed wizyta u lekarza spróbuj zaciągnąć mnie do niego i być obecnym podczas wizyty, żeby wyjaśnić lekarzowi, jakie zachowania wzbudzają twój niepokój*
- *Przypomnij, jak źle potoczyły się sprawy przy poprzedniej manii*
- *Bądź przy mnie*
- *Nie wchodź ze mną w żadne dyskusje – i tak Cię przegadam. Z rozmową poczekaj aż leki zaczną działać*
- *W manii JESTEM BOGIEM Niestety, argumenty do „bogów” nie docierają, a*

wszelkie próby przekonania mnie że jest inaczej, może spowodować odwrotny skutek – ucieknę i narobię jeszcze większego bigosu

- *W ciężkim przypadku manii rozważ hospitalizacje bez mojej zgody*
- *Może to zabrzmieć okrutnie, ale jeśli poczujesz, że nie jesteś w stanie mi pomóc, martw się wtedy o naszą rodzinę i siebie, postaraj się uchronić ich przed skutkami moich poczynań*
- *Wyłapujcie moje górki i ostudzajcie moje zapały. Przytrzymujcie mnie gdy lecę zbyt wysoko, łapcie mnie kiedy spadam. Wspierajcie mnie bez względu na fazę*
- *Dowiedz się więcej o ChAD* (TacyJakJa.pl 2008-2009)

Przykład 1:

Pacjentka l.40 Iza, rozwiedziona jedno dziecko. Przez kilka lat funkcjonowała w chorobie dwubiegunowej bez postawionej diagnozy, nie leczona. W okresie maniakalnym podejmowała się pracy w różnych firmach, na różnych, dość odpowiedzialnych stanowiskach, była bardzo cenionym pracownikiem za pomysłowość, kreatywność, energię. Podejmowała dodatkowe zajęcia min. akwizycyjne, była w stanie dużo zaoszczędzić. W momencie zmiany nastroju na depresyjny uważała, że obecna praca jest już niesatysfakcjonująca i zwalniała się mimo protestów pracodawcy. W okresach kiedy na nowo poszukiwała pracy żyła z oszczędności. W związku z tym, że rozpadało się jej małżeństwo trafiła do PZP i została dobrze zdiagnozowana. Podjęła leczenie w oddziale dziennym, zrozumiała zachodzące w niej procesy chorobowe, ustabilizował się jej stan psychiczny. Pacjentka korzystając z platformy informatycznej mogłaby dużo wcześniej zorientować się w swoim stanie zdrowia. Można na obecny czas zaproponować wsparcie psychologiczne, terapeutyczne, pomoc w znalezieniu pracy na rynku pracy chronionej.

Przykład 2

Pacjentka lat 75, cierpiąca z powodu nawracających epizodów depresji ciężkiej bez objawów psychotycznych, po kilku poważnych próbach samobójczych. Hospitalizowana w oddziale całodobowym kilkadziesiąt razy, po powrocie do domu aktywna w niewielkim stopniu w zakresie obowiązków domowych. Mieszka sama, opiekuje się nią syn. W ramach propozycji pacjentka powinna była być objęta wsparciem psychologicznym, psychiatrycznym w ramach PZP, terapeutycznym w ramach usług specjalistycznych, uczestniczyć w zajęciach w klubach pacjenta, korzystać z wyjazdów na turnusy rehabilitacyjne. (Ogólnie rzecz biorąc) Pacjentka po wyjściu ze szpitala do pustego domu powinna być zaangażowana w taką aktywność we własnym środowisku, żeby podtrzymywać efekty uzyskane hospitalizacją (farmako, psycho i socjoterapią). Dla syna szeroko rozumiana psychoedukacja; pozwoliłaby na zrozumienie istoty choroby, konstruktywne / mądre wsparcie dla matki.

V. Zaburzenia nerwicowe (F40 – F49).

Nerwica lękowa, depresyjno-lękowa, nerwica natręctw, reakcja na stres (m.in. zaburzenia adaptacyjne), zaburzenia somatyzacyjne, hipochondryczne, neurastenia i inne.

VI. Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (F50 – F59).

1. Zaburzenia odżywiania (m.in. jadłowstręt psychiczny, żarłoczność psychiczna).
2. Nieorganiczne zaburzenia snu.

3. Dysfunkcje seksualne.
4. Nadużywanie substancji nie powodujących uzależnienia.

VII. Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (F60 – F69).

Należą tutaj specyficzne zaburzenia osobowości (np. osobowość paranoiczna, schizoidalna, dyssocjalna, histrioniczna, lękliwa), trwałe zmiany osobowości po przeżyciu sytuacji ekstremalnej, po chorobie psychicznej, zaburzenia nawyków i popędów (np. patologiczny hazard, piromania, kleptomania, trichitillomania – wyrywanie włosów), zaburzenia identyfikacji płciowej, zaburzenia preferencji seksualnych.

VIII. Upośledzenia umysłowe (F70-F79).

1. Upośledzenie umysłowe lekkie – I.I. = 50-69.
2. Upośledzenie umysłowe umiarkowane – I.I. = 35-49.
3. Upośledzenie umysłowe znaczne – I.I. = 20-34.
4. Upośledzenie umysłowe głębokie – I.I. poniżej 20.

Rozpoznania ujęte od F80 – F99 dotyczą psychiatrii dziecięcej - zaburzeń rozwoju psychicznego oraz zaburzeń zachowania i emocji rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczy