

RAZEM W KIERUNKU UMACNIANIA

Poradnik zdrowia psychicznego

RAZEM W KIERUNKU UMACNIANIA

Poradnik zdrowia psychicznego

Tomasz Rejent, Aleksandra Modzelewska

Razem w kierunku umacniania. Poradnik zdrowia psychicznego
Copyright © by Tomasz Rejent i Aleksandra Modzalewska, 2022
Redakcja i korekta: Magdalena Wojciechowska

Wydanie I

ISBN: 978-83-955520-8-3

Druk: Grafimar Sp. z o.o

Niniejsza publikacja została sfinansowana ze środków z budżetu
Województwa Mazowieckiego oraz Mazowieckiego Centrum Polityki
Społecznej w ramach projektu Razem w kierunku umacniania.
Poradnik zdrowia psychicznego udostępniany
jest bezpłatnie.

Fundacja Pomocy Psychologicznej i Edukacji Społecznej «Razem»
ul. Smolna 13/402, 00-375 Warszawa
tel. 733 563 311

Warszawa 2022



Słowo od autorów	6
Zrozumieć kryzys, zrozumieć zaburzenia psychiczne	10
Depresja. O utracie sensu i sił	18
Zaburzenia odżywiania. Kiedy ciało staje się więzieniem	30
Choroba afektywna dwubiegunowa. O biegunach cierpienia	40
Zaburzenia lękowe – w pułapce emocji i myśli	50
Schizofrenia. Tracąc kontakt z rzeczywistością	61
Gdzie szukać pomocy w razie kryzysu czy choroby	81

Słowo od autorów

Oddajemy w Państwa ręce publikację wydaną w ramach autorskiego programu RAZEM W KIERUNKU UMACNIANIA, stworzonego i realizowanego przez Fundację Pomocy Psychologicznej i Edukacji Społecznej RAZEM. Program został stworzony dla mieszkańców województwa mazowieckiego i realizowany jest z Mazowieckim Centrum Polityki Społecznej, współfinansowany jest ze środków Województwa Mazowieckiego.

Książka, którą trzymasz w dłoni, powstała, aby budować świadomość na temat zdrowia psychicznego i przeciwdziałać stygmatyzacji osób chorujących psychicznie. Chcemy przekazać Ci wiedzę na temat zaburzeń i chorób psychicznych, a także pokazać, z jakimi trudnościami mierzą się osoby chorujące. Przyjęcie perspektywy drugiego człowieka, spojrzenia na świat jego oczyma, buduje zrozumienie, chroni przed obojętnością i wykluczeniem, jest drogą empatii i wspierającej obecności. Jednocześnie, chcemy podkreślić, że powrót do zdrowia jest możliwy, że istnieją formy leczenia, które mogą przynieść ulgę w cierpieniu, że zawsze jest nadzieja na spełnione i wystarczająco dobre życie.

W pierwszym rozdziale niniejszej publikacji skupimy się na tematyce kryzysu psychicznego oraz określimy czym są zaburzenia i choroby psychiczne. Kolejne rozdziały będą poświęcone następującym tematom: depresja, zaburzenia odżywiania, choroba afektywna dwubiegunowa, schizofrenia, zaburzenia lękowe. W każdym z tych rozdziałów znajdziesz szczegółowe informacje na temat danego zaburzenia lub choroby, historię osoby chorującej oraz opis sposobów leczenia. W podsumowaniach zawarte

zostały porady, wskazówki na temat codziennego dbania o zdrowie psychiczne.

Mamy nadzieję, że jeśli doświadczasz problemów natury psychicznej, to ta książka doda Ci otuchy, a także dostarczy praktycznych wskazówek i informacji, gdzie szukać wsparcia. Jeśli zaś choruje bliska Ci osoba, to być może odnajdziesz na tych stronach odrobinę nadziei na lepsze jutro i lepiej zrozumiesz rzeczywistość osoby chorującej. Liczymy też, że nasza publikacja okaże się ciekawym i rzetelnym opracowaniem na temat zdrowia psychicznego, dla osób, które z różnych przyczyn są zainteresowane tym obszarem. Razem możemy budować świat, w którym zaburzenia i choroby psychiczne przestają być niewygodnym tematem obciążonym szkodliwymi stereotypami, a osoby chorujące nie muszą dłużej mierzyć się z nieprzyjaznym, oceniającym wzrokiem czy raniącą obojętnością, razem możemy dążyć do umacniania, integracji i zrozumienia.

Zrozumieć kryzys, zrozumieć zaburzenia psychiczne

Kryzys psychiczny może przydarzyć się każdemu z nas, tego rodzaju doświadczenie wpisane jest w naturę ludzkiego losu. Kryzys psychiczny można określić jako moment przełomowy, będący reakcją na trudne i niespodziewane wydarzenia życiowe, kiedy nasze zasoby i strategie radzenia sobie stają się niewystarczające w stosunku do tego, co nas spotyka. Oznacza to, że dotychczasowa równowaga psychiczna zostaje wyraźnie zachwiana, stan ten wymaga więc podjęcia natychmiastowych działań. Kryzys jest więc normalną reakcją na nieprzewidywalne i krytyczne wydarzenia życiowe i wiąże się ze zmianami w ważnych obszarach takich jak zdrowie, praca, bliskie relacje interpersonalne, obraz siebie, sfera wartości oraz sens życia. Niewątpliwie jest to doświadczenie będące źródłem dużego stresu, który skutkuje pogorszeniem codziennego funkcjonowania.

W jaki sposób przebiega reakcja kryzysowa? Aby odpowiedzieć na to pytanie, warto przytoczyć model Caplana¹, zgodnie z którym, można wyodrębnić cztery etapy reakcji kryzysowej. Pierwszy z nich stanowi faza szoku, wówczas podjęcie działania jest bardzo trudne, to moment, kiedy ciężko jest przyjąć zaistniałą sytuację, to, co się dzieje wydaje się nieprawdopodobne i nierealne. Następnie pojawia się etap związany z odczuwaniem silnych emocji takich jak rozpacz, żal, złość, lęk. Faza ta łączy się doświadczeniem bólu emocjonalnego. Po niej następuje etap mobilizacji, który może prowadzić do wyjścia z kryzysu. Jest to faza skoncentrowana na podejmowaniu nowych działań, wdrażaniu nowych sposobów myślenia i życiowej reorganizacji. Ostatnim etapem reakcji kryzysowej jest wykształcenie nowej orientacji życiowej, pojawia się wówczas poczucie

¹ Na podstawie publikacji: Caplan, G. (1961). *An approach to community mental health*. Grune & Stratton.

odzyskania kontroli, a zachwiane poczucie własnej wartości zostaje odbudowane.

W powyższym opisie kryzysu pojawia się nacisk na czynniki sytuacyjne, na nagłe zmiany w życiu, które znacząco dezorganizują dotychczasowe funkcjonowanie. Jednak o kryzysie można też mówić w kontekście rozwojowym, kryzys w takim ujęciu jest traktowany jako zjawisko normalne, będące ważnym, adaptacyjnym etapem na drodze do przejścia do kolejnej fazy rozwojowej. Kryzys może mieć także charakter egzystencjalny i ujawniać się w postaci wewnętrznych konfliktów oraz niepokoju związanego z celem życia, poczuciem satysfakcji i spełnienia, wolnością. Tego rodzaju kryzys często ujawnia się na etapie dokonywania bilansów życiowych domykających pewien okres życia np. w wieku nastoletnim, w 30, 40 r.ż., po przejściu na emeryturę.

Mimo, że kryzys jest źródłem cierpienia, to może on także być wykorzystany w sposób konstruktywny. Poprzez reorganizację dotychczasowych przekonań oraz wykształcenie nowych, adaptacyjnych sposobów radzenia sobie, kryzys prowadzi do rozwoju. W jaki sposób poradzić sobie z kryzysem? Przede wszystkim, warto jest mieć świadomość tego, co się z nami dzieje w kryzysie i tego, że każdy ma prawo prosić o pomoc. Jeśli czujesz, że nie radzisz sobie z doświadczanymi emocjami, czujesz bezradność i bezsilność, warto rozważyć skorzystanie z profesjonalnego wsparcia. Pomocne mogą być spotkania z psychologiem, podczas których, będziesz mieć możliwość nazwania trudności, z którymi się mierzysz oraz zrozumienia własnych emocji, a także wypracowania nowych rozwiązań. Warto rozważyć także psychoterapię np. poznawczo-behawioralną,

podczas której kładzie się nacisk na zbudowanie wspierających przekonań, lub psychodynamiczną, która z kolei nastawiona jest na pogłębienie wglądu we własne emocje i wewnętrzne konflikty. Ważną formą oddziaływań w kryzysie jest także interwencja kryzysowa, będąca krótkoterminową i interdyscyplinarną formą pomocy. Interwencja kryzysowa ukierunkowana jest na odzyskanie, nadszarpniętej w kryzysie, umiejętności samodzielnego radzenia sobie z trudnościami. Korzystanie z profesjonalnego wsparcia jest oznaką dbania o siebie, odwagi i dojrzałości a nie słabości.

Bardzo pomocne w wychodzeniu z kryzysu jest także wsparcie bliskich osób. Świadomość, że możemy liczyć na innych, na ich troskę i zrozumienie, pomaga zniwelować poczucie izolacji i redukuje odczuwane napięcie. Istotnym elementem radzenia sobie z kryzysem jest także umiejętne dbanie o siebie w kontekście przeżywanych emocji. Z kryzysem wiąże się duży stres, napięcie, lęk, organizm jest w stanie ciągłej mobilizacji do działania, co w dłuższej perspektywie czasowej jest bardzo obciążające i może wpływać na zdrowie na przykład poprzez spadek odporności organizmu. Z tej perspektywy, kluczowe wydaje się zadbanie o sen oraz regularne posiłki, co jest elementem przeciwdziałania nadwyrężeniu organizmu. Ważne jest także wdrożenie strategii radzenia sobie z emocjami, które są dla nas skuteczne, może to być regulacja emocji poprzez uważne oddychanie czy wydłużanie wydechu, okazanie samemu sobie współczucia i zrozumienia czy próba przeformułowania dotychczasowej interpretacji sytuacji na taką, która będzie bardziej adaptacyjna, a także koncentracja na własnych zasobach pomocnych w przezwyciężeniu kryzysu. Każdy z nas wykształcił na przestrzeni życia różne strategie radzenia sobie z trudnymi sytuacjami oraz własne sposoby na regulację emocji, może się jednak zdarzyć, że doświadczenie kryzysu będzie z

różnych względów trudniejsze niż problemy, z którymi mierzyliśmy się do tej pory. Warto wówczas pamiętać, że każdy z nas ma prawo prosić o pomoc. W Polsce istnieje bezpłatna i całodobowa infolinia dla osób w kryzysie psychicznym:

Centrum Wsparcia dla Osób w Stanie Kryzysu Psychicznego

Numer telefonu: 800 70 2222

Na infolinii dyżurują psychologowie oraz specjaliści z obszaru zdrowia psychicznego, dzwoniąc pod wskazany numer można uzyskać natychmiastowe wsparcie oraz otrzymać informacje o ośrodkach pomocowych dostępnych w rejonie.

Pomoc można uzyskać także w ramach działań Fundacji Pomocy Psychologicznej i Edukacji Społecznej RAZEM, aktualne informacje o programach wsparcia możesz znaleźć na stronie: www.razem-fundacja.org.

Na zakończenie warto podkreślić, że kryzys może być także impulsem do rozwoju poprzez poznanie samego siebie i zrewidowanie celów i wyborów życiowych, wypracowanie nowych strategii radzenia sobie z trudnościami oraz umocnienie poczucia sprawczości i pewności siebie.

Przejdziemy teraz do tematu zaburzeń psychicznych. Na początek warto zdefiniować, czym jest zdrowie psychiczne, bowiem doświadczenie zaburzenia lub choroby psychicznej będzie stanem przeciwnym. Według WHO, zdrowie to nie tylko brak występowania zaburzeń psychicznych, ale także stan pewnego optimum funkcjonowania, w którym człowiek może skutecznie radzić sobie ze stresem, realizuje się w aspekcie zawodowym i

społecznym, jest świadomy swojego potencjału i jest w stanie skutecznie z niego korzystać. Zdrowie psychiczne to „nie tylko brak choroby, lecz pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny człowieka”. Ciekawy sposób rozumienia zdrowia psychicznego został ujęty w modelu psychologów Keyesa i Lopeza (2007, 2009)². W przytoczonym modelu badacze kładą nacisk na dwa wymiary określane jako: dobrostan, który oznacza subiektywny poziom zadowolenia z własnego życia i psychopatologia, definiowana jako występowanie zaburzeń i chorób psychicznych. Z połączenia tych dwóch wymiarów powstają cztery możliwe sposoby funkcjonowania. Pierwszym z nich jest stan „zmagania się”, który cechuje się wysokim poziomem dobrostanu i jednocześnie wysokim poziomem psychopatologii. Oznacza to, że osoba będąca w tym stanie, jest w dużym stopniu zadowolona z własnego życia, ale doświadcza także symptomów zaburzenia psychicznego. Drugi wariant to „grzęźnięcie”, kiedy osoba cierpi z powodu zaburzeń psychicznych i odczuwa niewielką satysfakcję z własnego życia. Kolejną możliwością wskazywaną w omawianym modelu jest stan „słabnięcia”, kiedy zarówno poziom psychopatologii jak i poziom dobrostanu jest niski, co jest tożsame z niewielkim zadowoleniem z życia mimo braku występowania zaburzeń psychicznych. Wreszcie istnieje także stan określany jako „prosperowanie”, kiedy dobrostan jest na wysokim poziomie i nie pojawiają się objawy zaburzeń psychicznych. To właśnie „prosperowanie” jest pożądanym stanem, jest ono tożsame z pełnią zdrowia psychicznego. Przytoczony model dostarcza ciekawego sposobu rozumienia zdrowia psychicznego.

² Więcej na temat omawianego modelu można znaleźć w książce: Keyes C., Lopez Sh. (2002). *Toward a Science of Mental Health. Positive Directions in Diagnosis and Interventions*. W: Snyder C.R., Lopez Sh. *Handbook of positive psychology*. Oxford University Press.

Zaburzenie psychiczne wiąże się z wyraźnymi utrudnieniami w funkcjonowaniu osoby zarówno w wymiarze psychicznym, jak i społecznym. Co ważne, jest ono źródłem cierpienia. Pojęcie zaburzenia psychicznego odnosi się także to norm zachowania, jednak precyzyjne uchwycenie tych norm jest trudne i niekoniecznie prowadzi do lepszego zrozumienia indywidualnego doświadczenia osoby chorującej³. Można więc powiedzieć, że na zaburzenie psychiczne składają się pewne określone objawy i zachowania, które wiążą się z odczuwaniem cierpienia i utrudniają indywidualne funkcjonowanie. Przyczyny występowania zaburzeń psychicznych są złożone, w psychologii oraz psychiatrii stworzono różne modele mające na celu wyjaśnienie mechanizmów leżących u podstaw zaburzeń psychicznych. Na przykład w modelach biologicznych kładzie się nacisk na neurochemiczne przyczyny występowania zaburzeń psychicznych, co w praktyce oznacza, że łączy się występujące objawy ze zmianami w ilości neuroprzekazników (czyli związków chemicznych przenoszących sygnały pomiędzy komórkami nerwowymi – neuronami). Tego rodzaju ujęcie jest popularne w psychiatrii i stanowi podstawę farmakoterapii. Z kolei na gruncie psychologii zwraca się uwagę na takie mechanizmy powstawania zaburzeń psychicznych jak poziom nasilenia doświadczanego stresu, doświadczenia społeczne człowieka czy czynniki wewnątrzosobowe tj. intrapsychiczne. Ponadto, rozumienie mechanizmów powstawania zaburzeń psychicznych jest różne dla różnych nurtów psychologicznych, np. w ramach psychologii poznawczej zwraca się uwagę na występowanie nieadaptacyjnych, szkodliwych schematów poznawczych, a w modelu psychodynamicznym

3 Na podstawie artykułu naukowego: Pużyński S. (2007) Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych. *Psychiatria Polska*, 41(3), 299–308.

kładzie się nacisk na wewnętrzne konflikty ukształtowane jeszcze na etapie dzieciństwa. Powyższe przykłady są pewnymi uogólnieniami, które mają zilustrować, jak bardzo złożonym tematem jest etiologia zaburzeń psychicznych.

Podsumowując, kluczowa w zrozumieniu istoty zaburzeń psychicznych, wydaje się świadomość, że zaburzenie psychiczne jest źródłem cierpienia i wiąże się z poważnymi utrudnieniami w indywidualnym funkcjonowaniu w takich obszarach jak życie zawodowe, relacje interpersonalne, sytuacja finansowa. Przyczyny zaburzeń psychicznych są złożone, zalicza się do nich zarówno czynniki biologiczne związane z funkcjonowaniem centralnego układu nerwowego i organizmu w ogóle, a także czynniki społeczne i ekonomiczne, kulturowe, psychologiczne. W kolejnych rozdziałach skupimy się na omówieniu poszczególnych zaburzeń psychicznych.

Depresja.

O utracie sensu i sil

W ostatnim roku, co dziesiąty Polak deklarował, że przeszedł epizod depresyjny⁴. Większość osób doświadcza depresji po raz pierwszy, jednak niektórzy zgłaszają, że chorują ponownie. Z każdym kolejnym epizodem depresyjnym wzrasta prawdopodobieństwo wystąpienia kolejnego, ostrzejszego w przebiegu. Według danych uzyskanych w badaniach⁵, po przebyciu pierwszego epizodu depresji, ok. 50-60% osób przechodzi kolejny epizod, zaś w przypadku trzeciego, prawdopodobieństwo wrasta aż do 70%. Według prognoz Światowej Organizacji Zdrowia, do 2030 roku depresja stanie się najczęściej diagnozowaną chorobą. Przytoczone liczby wskazują, że depresja jest poważnym problemem, który musimy do czynienia.

Depresja odbiera radość życia, okrada człowieka z siły, zarówno tej fizycznej, jak i tej wewnętrznej. To, co dawniej sprawiało radość i dawało przyjemność, traci znaczenie. Pojawia się wszechogarniające poczucie braku sensu, olbrzymi smutek, który przeradza się w niemoc, a czarne myśli zatruwają wizję przyszłości odbierając jakąkolwiek nadzieję. Depresja pozbawia wiary w siebie, dewastuje poczucie własnej wartości, podważając wszelkie umiejętności, zalety, osiągnięcia. To bardzo bolesne doświadczenie utraty nie tylko sensu życia, ale także samego siebie.

Depresja jest chorobą i może dotknąć każdego z nas. Depresja nie jest oznaką słabości, formą ucieczki przed codziennymi obowiązkami czy chwilowym poczuciem smutku i rezygnacji. Depresja jest poważnym schorzeniem, nieleczone może prowadzić do śmierci w wyniku samobójstwa.

⁴ Na podstawie badań CBOS, raport z listopada 2021.

⁵ Dane na podstawie: Rothschild, A. J. (1999). Mood disorders. W: A. M. Nicholi, Jr. (red.), *The Harvard guide to psychiatry*, s. 281–307. Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University.

Świadomość tych faktów pomaga podjąć leczenie oraz zmienić podejście do depresji zarówno w przypadku osób chorujących, jak i ich bliskich. Budowanie świadomości na temat depresji uwalnia chociaż częściowo od poczucia winy i piętna wstydu, z którymi niejednokrotnie zmagają się osoby chorujące. Dzięki wiedzy, empatii i zrozumieniu, możemy skutecznie przeciwdziałać stygmatyzacji oraz niwelować bagatelizowanie tej choroby.

Każdy z nas zasługuje na szczęśliwe, spełnione życie. Choroba to nie wyrok. Powrót do zdrowia jest możliwy. Ważne jest, aby podjąć leczenie. Prośenie o pomoc nie jest oznaką słabości, przeciwnie, to przejaw walki o siebie i wyraz odwagi.

Perspektywa osoby chorującej

Alicja ma 32 lata, na co dzień pracuje jako nauczycielka języka polskiego w szkole podstawowej. Od dwóch lat jest rozwiedziona, nie weszła do tej pory w nowy związek. Alicja uwielbia literaturę, a praca jest jej pasją. Oprócz książek, dużą radość sprawiała jej zawsze muzyka poważna. Od dziecka chciała nauczyć się gry na pianinie, a dziś jako dorosła kobieta postanowiła zrealizować marzenie z dawnych lat i zaczęła chodzić na regularne lekcje gry na instrumencie. Pół roku temu Alicja po raz pierwszy doświadczyła epizodu depresyjnego. Oto, jak Alicja opisywała swój stan:

Nie mam siły wstać z łóżka. Budzę się o 5, czasem nawet o 4 nad ranem i do 10 zalegam w łóżku. Kiedyś łóżko kojarzyło mi się z wypoczynkiem po dniu pełnym aktywności, teraz po prostu nie potrafię go opuścić. Moje ciało jest zmęczone i obolałe, jakby uszła ze mnie cała energia. Nawet oddech zdaje się sprawiać zbyt duży wysiłek, chociaż momentami sama zastanawiam się,

czy jeszcze oddycham, czy w ogóle żyję... Te poranki są najgorsze. Po nocy, która znów nie przyniosła wytchnienia, wracam do rzeczywistości pełnej bólu i niemocy. Próbuje jeszcze zasnąć, ale nie mogę. Czuję potworny smutek, jakbym zapadała się w sobie, kurczyła i znikala. Czasem płaczę, zdarza się, że łzy po prostu płyną mi z oczu, nie mogę ich powstrzymać, rozpływam się w żalu i rozpacz. Bywa też, że nie mam siły nawet na płacz, patrzę wtedy w sufit, na cienie rzucane przez firankę na ścianie, i czuję straszną pustkę. Czasem mam wrażenie, że spoglądam prosto w otchłań, czarną i zimną, nieprzejeźdną i nieuniknioną. Czuję, jak mnie wciąga, jak pogrążam się w tym mroku coraz bardziej.

W takich momentach nie wierzę w to, że mogę wyzdrowieć, nie wierzę w lepsze dni ani w to, że jeszcze kiedyś będę czuć się szczęśliwa. Myślę wtedy, że to ja jestem problemem, że mam jakąś wadliwą konstrukcję psychiki, zbyt kruchą i wrażliwą, niedopasowaną do zewnętrznego świata, że to przez to wciąż się tak czuję. I wtedy przychodzi obezwładniające poczucie winy, że to wszystko przeze mnie, że powinnam umieć naprawić siebie. Czuję się winna, że opuszczam pracę, że za mało się staram, że nie mam siły, żeby zadzwonić do rodziców. To, co kiedyś sprawiało mi radość, stało się dla mnie obojętne. Nie obchodzi mnie gra na pianinie, nie mam ochoty na słuchanie muzyki, wyjście z domu wydaje się tak potwornie trudne. Zresztą, wszystko wydaje mi się teraz tak bardzo trudne... Ciężko mi pójść samej po zakupy, zrobić coś do jedzenia, zresztą i tak nie mam apetytu. Inni jakoś funkcjonują, mają jakieś życie, a ja wciąż zalegam w łóżku i czuję się tak bardzo beznadziejna. Czasem myślę, że gdybym zniknęła, to byłoby najlepiej. Nie cierpiałabym już, nie musiałabym się tak męczyć.

Ujęcie kliniczne. Objawy depresji, przyczyny oraz czynniki ryzyka

Depresja jest jedną z najpoważniejszych i najczęstszych chorób na świecie, eksperci ze Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przewidują, że do 2030 roku będzie ona najczęściej diagnozowaną chorobą na świecie. Zaliczana jest do zaburzeń afektywnych, czyli zaburzeń nastroju, które charakteryzują się zburzeniami uczuć i nasilonymi zmianami samopoczucia. W terminologii psychologicznej określenie „depresja” nie jest do końca precyzyjne, możemy bowiem mówić o zaburzeniach depresyjnych, w ramach, których diagnozuje się epizod depresyjny o określonym stopniu nasilenia (od łagodnego, przez umiarkowany do ciężkiego z objawami psychiatrycznymi lub bez), lub zaburzenia depresyjne nawracające (takie rozpoznaje zostało ujęte w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10) określanych także jako depresja kliniczna. Z kolei w klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 występuje pojęcie ciężkich zaburzeń depresyjnych (*major depressive disorder*). Aby zdiagnozować występowanie epizodu depresyjnego, muszą wystąpić objawy takie jak: obniżenie nastroju, utrata zainteresowań oraz anhedonia, czyli niemożność cieszenia się i odczuwania przyjemności, a także zmniejszenie energii życiowej, co wiąże się z dużą męczliwością oraz redukcją aktywności⁶. Dodatkowo, muszą wystąpić co najmniej dwa objawy spośród wymienionych symptomów: „*osłabienie koncentracji i uwagi, niska samoocena i mała wiara w siebie, poczucie winy i małej wartości, pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości, myśli i czyny samobójcze, zaburzenia snu, zmniejszony apetyt*”⁷.

⁶ Objawy epizodu depresyjnego według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10.

⁷ Cit.

Co ważne, objawy muszą utrzymywać się przez co najmniej dwa tygodnie. W trakcie trwania epizodu nasilenie objawów jest zmienne, stan ten może utrzymywać się przez kilka miesięcy, a nawet przez okres kilku lat. W większości przypadków, bo u ok. 70% osób, wyzdrowienie następuje w ciągu roku⁸. Depresja kliniczna jest więc określana jako choroba nawracająca, przebiegająca epizodami, pomiędzy którymi pojawia się stan remisji. Warto podkreślić, że stan osoby chorującej nie jest niezmienny podczas trwania epizodu, niektóre objawy mogą nasilać się lub słabnąć, także wówczas, gdy pojawia się poprawa, mogą pojawiać się jeszcze niewielkie objawy o zmiennym nasileniu⁹.

Kryteria rozpoznania większego zaburzenia depresyjnego wg DSM 5

A. Pięć (lub więcej) spośród wymienionych objawów przez okres dwóch tygodni prezentujących zmianę w stosunku do poprzedniego funkcjonowania.

Co najmniej jednym z objawów musi być:

- a) Obniżony nastrój
- b) Utrata zainteresowań i zdolności do odczuwania przyjemności.

Nie można brać pod uwagę objawów wynikających ze stanu ogólnomedycznego.

- a) Obniżony nastrój
- b) Utrata zainteresowań i zdolności do odczuwania przyjemności

⁸ Na podstawie badań: Boland, R. J., Keller, M. B. (2009). Course and outcome of depression. W: I. H. Gotlib, C. L. Hammen (red.), *Handbook of depression*, s. 23–43. New York, NY: Guilford Press.

⁹ Więcej o przebiegu depresji można znaleźć w artykule naukowym: Judd, L. L. (2012). Dimensional paradigm of the long-term course of unipolar major depressive disorder. *Depression and Anxiety*, 29, 167–171.

c) Wyraźny spadek masy ciała bez celowego zredukowania przyjmowanych pokarmów lub zwiększenie masy ciała albo zmniejszenie lub zwiększenie apetytu

d) Pobudzenie lub obniżenie napędu psychoruchowego

e) Zmęczenie lub spadek energii

f) Poczucie bezwartościowości lub poczucie winy

g) Spadek zdolności myślenia lub koncentracji lub trudności w podejmowaniu decyzji

h) Nawracające myśli o śmierci lub samobójstwie lub tendencje suicydalne.

B. Objawy powodują klinicznie wyraźne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania na wielu różnych płaszczyznach.

C. Objawy nie są efektem bezpośredniego fizjologicznego działania substancji bądź ogólnego stanu zdrowia.

D. Występowanie większego zaburzenia depresyjnego nie może być związane z występowaniem zaburzenia schizoafektywnego, zaburzenia schizofrenoformicznego, zaburzenia urojeniowego, schizofrenii.

E. W przeszłości nie wystąpił epizod maniakalny lub hipomaniakalny.

Depresja jest chorobą uwarunkowaną wieloczynnikowo, oznacza to, że jest wiele przyczyn tego schorzenia, które wzajemnie na siebie wpływają. Depresję można rozumieć jako efekt interakcji podatności genetycznej i czynników środowiskowych. Każdy z nas przychodzi na świat z określonym genotypem, czyli zestawem genów, niektóre z nich są związane z tym, jak funkcjonuje nasz układ nerwowy oraz z regulacją hormonu stresu, kortyzolu. Najnowsze badania wskazują także na rolę funkcjonowania systemu

immunologicznego w rozwoju zaburzeń depresyjnych. Jednym z modeli wyjaśniających uwarunkowania depresji jest model biologiczny. W podejściu tym wskazuje się, że występowanie objawów jest związane ze zmianami w ilości i funkcjonowaniu neuroprzekaźników w ośrodkowym układzie nerwowym, przede wszystkim serotoniny i noradrenaliny nazywanej także norepinefryną. Model ten znajduje potwierdzenie w badaniach nad działaniem leków przeciwdepresyjnych poprawiających przekazywanie serotoniny (selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny, w skrócie SSRI), noradrenaliny, w mniejszym stopniu dopaminy.

Innym modelem wyjaśniającym uwarunkowania depresji jest model poznawczo-behawioralny. W tym podejściu wskazuje się na kluczową rolę nieadaptacyjnych schematów poznawczych i sposobów reagowania, które można zmienić dzięki terapii. Istotny jest również sposób, w jaki osoba przetwarza informację. Trudne doświadczenia w dzieciństwie mogą prowadzić do ukształtowania się negatywnych, nieracjonalnych i nieadaptacyjnych schematów poznawczych, które stanowią ramy do interpretacji kolejnych zdarzeń. Jednocześnie, w omawianym podejściu, przywiązuje się również dużą wagę do błędów poznawczych w procesie wnioskowania. Z kolei Aeron Beck, w swoim modelu nazywanym triadą depresyjną, wskazuje również, że osoba będąca w depresji doświadcza trzech typów negatywnych myśli, są to myśli dotyczące siebie (np. jestem do niczego, nic mi się nie udaje), świata (np. wszystko jest bez sensu, życie to pasmo cierpienia) oraz przyszłości (np. nigdy nie wyzdrowieję). Negatywne myśli, które pojawiają się w niekontrolowany sposób, prowadzą do obniżenia samooceny oraz pogorszenia samopoczucia.

Modele mające na celu wyjaśnienie mechanizmów powstawania depresji powstają także w podejściu psychodynamicznym. W ramach tego ujęcia podkreśla się rolę wczesnych relacji z opiekunem, najczęściej matką, a także wpływ doświadczeń z okresu dzieciństwa i adolescencji na bieżące konflikty wewnętrzne oraz sposób ukształtowania psychiki. Dodatkowo, wskazuje się na pewne predyspozycje osobowościowe takie jak budowanie samooceny głównie w oparciu o czynniki zewnętrzne, czy też poczucie bezradności w osiąganiu ważnych celów życiowych.

Istnieje szereg czynników, które mogą zwiększyć ryzyko zachorowania na depresję. Możemy do nich zaliczyć wydarzenia życiowe powodujące stres lub traumę takie jak np. śmierć bliskiej osoby, doświadczenie przemocy, utrata pracy. Istotne mogą być również czynniki związane ze stanem naszego organizmu takie jak choroby np. endokrynne czy neurologiczne, a także zmiany hormonalne np. spowodowane ciążą, menopauzą oraz przyjmowane leki. U niektórych osób obserwuje się także wrażliwość na zmniejszenie ilości światła, co może prowadzić do depresji występującej sezonowo w okresie jesienno-zimowym.

Razem po nadzieję. Droga do wyzdrowienia

Powrót do zdrowia jest możliwy. Ważne jest podjęcie odpowiedniego leczenia. Do współczesnych metod terapii zaliczamy przede wszystkim farmakoterapię oraz psychoterapię. Obie metody są skuteczne, a ich połączenie potrafi przynieść jeszcze lepsze rezultaty. Upraszczając nieco, można powiedzieć, że farmakoterapia jest rodzajem interwencji ukierunkowanym na doraźne zredukowanie objawów oraz polepszenie stanu

psychofizycznego, podczas gdy psychoterapia może działać bardziej długoterminowo i jest metodą pomocną w wypracowaniu zmiany na poziomie postaw i zachowań.

Określenie farmakoterapia jest stosowane, aby opisać stosowanie leków przeciwdepresyjnych, popularnie nazywanych antydepresantami. Są one stosunkowo bezpieczne i działają u wielu pacjentów. Leki przeciwdepresyjne zaliczane są do grupy leków psychotropowych, czyli leków stosowanych w leczeniu zaburzeń psychicznych. Różne klasy leków są z grubsza porównywalne pod względem skuteczności, chociaż niektóre są łatwiejsze do tolerowania niż inne. Około połowa wszystkich pacjentów zareaguje na dany lek, a na wielu z pozostałych, zadziała inny środek lub kombinacja leków.

Wbrew szkodliwym mitom, leki przeciwdepresyjne nie prowadzą do uzależnienia, ważne jest jednak stosowanie ich zgodnie z zaleceniami lekarza. Leki oddziałują na poziom neuroprzekaźników w organizmie, potocznie mówiąc, regulują zaburzoną w depresji chemię mózgu, tym samym pozytywnie wpływając na nastrój oraz zmniejszając napięcie i lęk. Dodatkowo, ich działanie uwidacznia się także w normowaniu rytmu dobowego poprzez ułatwianie zasypiania i redukcję liczby wybudzeń oraz w zwiększeniu apetytu. Przyjmowanie leków nie prowadzi do zmiany osobowości, a taka obawa może pojawiać się u niektórych osób chorujących na depresję, czy też u ich bliskich. Jednocześnie, może zdarzyć się, że przyjmowany lek spowoduje też skutki uboczne, które mogą być uciążliwe dla osoby chorującej, dlatego bardzo ważna jest otwarta komunikacja i współpraca z lekarzem prowadzącym, ułatwia to odpowiednie dobranie leczenia. Do tej pory nie wykazano w badaniach, aby leki zmniejszały ryzyko

nawrotu depresji po zaprzestaniu ich stosowania, dlatego równie ważna jak farmakoterapia, jest psychoterapia.

Jedną z metod leczenia depresji jest również psychoterapia poznawczo-behawioralna. Tego rodzaju terapia nie tylko może złagodzić ostry stres, ale również zmniejszać ryzyko nawrotu objawów, o ile terapia jest kontynuowana także w okresie ustąpienia objawów. Co więcej, wydaje się, że ma trwały efekt, który zmniejsza ryzyko nawrotu jeszcze długo po zakończeniu leczenia. Istnieją również przesłanki, że te same strategie stosowane w celu zmniejszenia ryzyka u osób, które zachorowały na depresję mogą być stosowane do zapobiegania początkowemu wystąpieniu depresji u osób z grupy ryzyka. Skuteczną formą leczenia depresji może być także psychoterapia psychodynamiczna oraz psychoterapia interpersonalna (IPT). Tego rodzaju terapia może poprawić jakość relacji społecznych i umiejętności interpersonalnych. Wykazano, że zmniejsza ostry stres i zapobiega nawrotom, jeśli jest kontynuowana również w okresie remisji.

Alicja. Odzyskując siłę, by żyć

Myślę, że najważniejsze jest to, że zdecydowałam się poprosić o pomoc. Na początku nie wierzyłam w to, że mogę wyzdrowieć. Depresja sprawia, że człowiek widzi swoją przyszłość wyłącznie w czarnych barwach, wydaje się, że taki stan będzie trwał już zawsze. U mnie pierwszym powiew nadziei przyniosła wizyta u psychiatry. Właściwie niewiele wtedy mówiłam, sporo płakałam, czułam się kompletnie bezradna. Pani doktor wysłuchiwała mnie cierpliwie, zadawała odpowiednie pytania, czułam z jej strony empatię i zrozumienie. Leki pomogły mi ustabilizować sen, przestałam się budzić

bladym światem, czułam się bardziej wyspana i wypoczęta, jakbym złapała wreszcie oddech. Stopniowo zaczęłam odzyskiwać nieco energię, miałam więcej siły. Potem do mojego leczenia doszły wizyty u psychoterapeuty. To bardzo pomocne, dzięki tym spotkaniom mam przestrzeń, żeby stopniowo przyglądać się sobie, swoim reakcjom, myślom, potrzebom. Ważne jest też to, że druga osoba jest przy mnie, że nie jestem sama, mam poczucie wsparcia i wspólnego celu. Oczywiście, ogromnie ważne było też dla mnie wsparcie bliskich. Kiedy czułam się kiepsko, odwiedzała mnie siostra, mam też bliską przyjaciółkę, do której zawsze mogę zadzwonić. Stopniowo zaczęłam uświadamiać sobie, że wcale nie jestem sama, że są ludzie, którym na mnie zależy. Wiem, że powrót do pełni zdrowia to proces, że muszę dbać o siebie i być pod opieką lekarza, wiem też, że ważna jest terapia, którą rozpoczęłam. Stopniowo odzyskuję sens życia i wiarę w to, że mogę jeszcze czuć się szczęśliwa i spełniona.

Zaburzenia odżywiania.
Kiedy ciało staje się więzieniem

Zaburzenia odżywiania to całe spektrum zaburzeń związanych z zachowaniami dotyczącymi jedzenia. Mogą to być zarówno niekontrolowane napady głodu, jak i restrykcyjne diety czy głodówki. Najczęściej diagnozuje się anoreksję i bulimię, są to poważne choroby, które mogą prowadzić do skrajnego wyniszczenia organizmu, a w przypadku anoreksji nawet do śmierci. Problem narasta zarówno w Polsce, jak i na świecie, a wyśrubowane kanony wyglądu zarówno kobiecego, jak i męskiego ciała, zdają się podsycać to zjawisko.

Zarówno anoreksja jak i bulimia mogą ujawnić się w każdym wieku, jednak najczęściej pojawiają się po raz pierwszy w okresie dojrzewania. Częściej dotyczą kobiet. Na anoreksję najczęściej chorują osoby w wieku od 13 do 14 r.ż. oraz pomiędzy 17 a 25 rokiem życia, chociaż na zaburzenia odżywiania szczególnie narażone mogą także być kobiety w okresie menopauzy¹⁰.

Niełatwo oprzeć się wrażeniu, że żyjemy w czasach kultu wiecznie młodego, szczupłego i wysportowanego ciała, taki wizerunek kreowany jest nie tylko przez firmy z branży modowej, ale także popularnych użytkowników mediów społecznościowych, którzy poprzez swoje publikacje wywierają znaczny wpływ zwłaszcza na młode osoby. Szczupłe ciało jest utożsamiane nie tylko z dbaniem o zdrowie, ale coraz częściej jest postrzegane jako wyznacznik życiowego sukcesu, czynnik ułatwiający znalezienie partnera czy otrzymanie wymarzonej pracy. Presja idealnego ciała staje się więc ogromna, a jej destrukcyjna siła może uwidaczniać się w skrajnych tendencjach żywieniowych oraz obsesyjnym stosunku do wagi i

10 Na podstawie książki: Józefik B. Anoreksja i bulimia psychiczna. Wyd. UJ Kraków 1999.

wymiarów ciała. Tymczasem żadne ludzkie ciało nie jest idealne, a pewne zmiany i niedoskonałości są wpisane w naturalnie zachodzące procesy dojrzewania czy starzenia się.

Anoreksja jest chorobą, która drastycznie zmienia obraz własnego ciała. Pomimo wyraźnego spadku wagi, który z czasem może prowadzić do skrajnego wyniszczenia organizmu, osoba cierpiąca na tę chorobę odczuwa silne obawy przed przybraniem na wagę i za wszelką cenę dąży do utrzymania obniżonej masy ciała, a nawet dalszego chudnięcia. Choroba przyćmiewa resztę życia, dieta i ćwiczenia stają się obsesją, a cyfry na wadze - wyrocznią. Główną motywacją staje się dążenie do chorebliwej perfekcji przede wszystkim w obszarze chudnięcia, chociaż dotyczyć ona może także szkoły czy pracy. Wygłodzone ciało staje się synonimem doskonałości i wytrwałości, a tym samym fundamentem poczucia własnej wartości i tożsamości. Anoreksja stopniowo odbiera siły vitalne, radość życia i zdrowie.

Bulimia destabilizuje codzienność, osoba chorująca może doświadczać naprzemiennie epizodów żarłoczości, a następnie podejmować uporczywe próby schudnięcia poprzez prowokowanie wymiotów czy zażywania środków przeczyszczających, głodówkę czy wyczerpujące ćwiczenia. Kwestia jedzenia, kontroli, chudnięcia staje się wiodącym tematem. Jedynie utrata kilogramów pozwala na akceptację własnego ciała, a nawet niewielki wzrost wagi wiąże się smutkiem, wstydem i ogromnymi wyrzutami sumienia. Każdy epizod objadania się jest źródłem cierpienia, po zjedzeniu dużej ilości jedzenia pojawia się poczucie winy i nienawiść do siebie oraz wewnętrzny przymus natychmiastowego „zredukowania szkód” poprzez...

Perspektywa osoby chorującej

Marta ma 14 lat, jest pilną uczennicą, ma bardzo dobre oceny. W szkole najbardziej lubi lekcje biologii i chemii, uwielbia też tańczyć. Mniej więcej od pół roku Marta zaczęła bardziej skupiać się na swoim ciele, wprowadzać diety i więcej ćwiczyć. Rodzice dziewczynki od roku nie mieszkają razem, wcześniej zdecydowali się rozejść. Marta jest jedynaczką i bardzo przeżyła odejście ojca. Do tej pory trudno jej pogodzić się z faktem, że już nie mieszka z nią i mamą. Oto karta z dziennika Marty:

Bardzo chcę być wreszcie szczupła. Nienawidzę patrzeć na siebie w lustrze. Ciągłe widzę grubą swinię. Nie mogę znieść widoku swojego brzucha, widzę, jak ze spodni wylewa się tłuszcz. Kiedy tylko coś zjem, zamienia się w wielką okrągłą piłkę. Naprawdę nie mogę na niego patrzeć. Nienawidzę tego obrzydliwego tłuszczu. Często oglądam swoje ciało, żeby sprawdzić, czy nie przytyłam. Gdyby waga poszła teraz w górę, chyba bym oszalała... Widzę jeszcze tłuszcz w wielu miejscach, nie tylko na brzuchu, chociaż ten jest najgorszy, ale też na rękach, na udach, na plecach. Dlatego będę pracować dalej, na pewno się poddam.

Nareszcie przyszło lato. Zamykam stary rozdział i rozpoczynam nowy. Wiem, że dam radę, to będzie rozdział zmian i wreszcie schudnę. Mam dwa miesiące, żeby po powrocie do szkoły zaszokować wszystkich moim wyglądem. Chcę, żeby widzieli co potrafię osiągnąć i podziwiali moją figurę. Mam plan, 70 dni i 15kg do stracenia. Przede mną dieta i ćwiczenia. Ostatnio szło mi nieźle, przez miesiąc jadłam jeden posiłek dziennie, np. jeden jogurt albo jabłko i wreszcie widzę jakieś efekty, wreszcie! Schudłam 5 kg, jestem zadowolona, ale to dopiero początek. Ciągłe widzę, że jest tyle do zrobienia i

że to w sumie za mało... Od jutra zaczynam głodówki. Przeczytałam na jednym forum dla motylków, że można być nawet 21 dni na głodówce. Oczywiście trzeba dużo pić, nie tylko wody, można też herbatki ziołowe. Organizm się oczyszcza, usuwa toksyny, a waga spada i wreszcie można pozbyć się tłuszczu. Do tego brzuszki i bieganie. Chociaż na głodówce będę musiała ograniczyć ćwiczenia, żeby nie zasłabnąć. Ostatnia dieta pomogła mi się nauczyć znosić głód, zresztą uczucie lekkości, które się pojawia sprawia, że zapominam o głodzie i czuję się wolna.

Wiem, że się uda. Wreszcie będę mieć idealne ciało, płaski brzuch, smukłe nogi, ręce. Ciało, o jakim marzę. To droga do perfekcji, uczyć się wytrwałości i poświęcenia. Co raz lepiej kontroluję swoje ciało. Muszę być idealna. Muszę. I zrobię wszystko, żeby się udało.

Obraz kliniczny anoreksji i bulimii oraz czynniki ryzyka

Według klasyfikacji diagnostycznej ICD-10 do objawów anoreksji, nazywanej jadłowstrętem psychicznym, zalicza się zmniejszenie masy ciała, co u dzieci wiąże się też z brakiem przyrostu masy ciała, spadek masy ciała na poziomie poniżej 15% normy lub wagi oczekiwanej dla wieku, w przypadku wskaźniki BMI – wartość równa lub mniejsza 17,5; ponadto obserwuje się zachowania ukierunkowane na redukcję wagi takie jak stosowanie diet, przyjmowanie leków zmniejszających apetyt, leków moczopędnych, prowokowanie wymiotów, przeczyszczania oraz intensywne ćwiczenia fizyczne. U osób chorujących pojawia się zmieniony, zaburzony obraz własnego ciała, co oznacza, że mimo znacznego spadku wagi, osoba chorująca obawia się przytycia. Do objawów ujętych w ICD-10 zalicza się

również zaburzenia hormonalne, które u kobiet są związane z zanikiem miesiączki, a u mężczyzn manifestują się poprzez spadek libido i zmniejszenie potencji. Aby zdiagnozować jadłowstręt psychiczny należy wykluczyć występowanie bulimii¹¹.

Z kolei w przypadku bulimii, określanej także żarłocznością psychiczną, wymienia się następujące objawy: okresowe napady objadania się, po których następują zachowania mające na celu kompensację skutków epizodu żarłoczności, takie jak prowokowanie wymiotów czy przyjmowanie środków przeczyszczających. Osoba chorująca na bulimię jest nadmiernie zaabsorbowana wyglądem swojego ciała, jego kształtem i wagą. W wyniku powtarzających się wymiotów, może dojść do zaburzeń elektrolitowych i problemów somatycznych. U osób chorujących na bulimię, często wcześniej wystąpił epizod anoreksji¹².

Zarówno anoreksja, jak i bulimia zaliczane są do tak zwanych specyficznych zaburzeń odżywiania. Oprócz tych dwóch zaburzeń, wyróżnia się także: przejadanie się związane z innymi czynnikami psychologicznymi, wymioty związane z innymi czynnikami psychologicznymi oraz inne i nieokreślone zaburzenia odżywiania się.

Istnieje wiele czynników ryzyka wystąpienia anoreksji. Jedną z kategorii stanowią czynniki społeczno-kulturowe, do których możemy zaliczyć znaczący wzrost zainteresowania własnym ciałem, dbaniem o ciało poprzez uprawianie sportu czy stosowanie diet oraz kult szczupłej sylwetki,

¹¹ Objawy jadłowstrętu psychicznego (anoreksji) według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10.

¹² Objawy bulimii według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10.

która mimo pewnych obserwowanych zmian w kierunku akceptacji różnorodności, w dalszym ciągu wydaje się być wiodącym kanonem piękna. Jednocześnie choroba ta dotyczy najczęściej nastolatków, okres dojrzewania jest czasem dużych zmian w wyglądzie ciała, co wiąże się z większym skupieniem na ciele oraz chęcią kontroli tych zmian. Wskazuje się również, że anoreksję diagnozuje się przede wszystkim w krajach wysoko rozwiniętych, chociaż obserwuje się również wzrost zachorowań w społecznościach migrujących, które mogą doświadczać trudności adaptacyjnych¹³.

Oprócz aspektu społeczno-kulturowego, w zaburzeniach odżywiania uwidaczniają się także konflikty wewnętrzne, zaburzenia w funkcjonowaniu systemu rodzinnego czy wyzwania związane z kształtowaniem się tożsamości oraz obrazu siebie. Istnieje pewna trudność w określeniu, jak czynniki osobowościowe mogą predysponować do wystąpienia anoreksji, trudno bowiem wnioskować, które z nich pojawiły się przed chorobą, a które są jej następstwem. Wskazuje się jednak, że u dziewcząt i kobiet doświadczających anoreksji, często obserwuje się na przywiązywanie dużej wagi do osiągnięć, skłonność do perfekcjonizmu, sumienność i obowiązkowość, a także silne dążenie do osiągnięcia sukcesu. O osób chorujących można zaobserwować nieadekwatną, zaniżoną samoocenę, co wiąże się z odczuwaniem napięcia i lęku, pojawia się także silna potrzeba kontroli przy jednoczesnym poczuciu bycia podporządkowanym regułom zewnętrznym np. rodzinnym. Psychologowie i psychiatrzy zwracają także dużą uwagę na czynniki związane z funkcjonowaniem systemu rodzinnego. W charakterystykach

13 Na podstawie książki: Józefik B. Anoreksja i bulimia psychiczna. Wyd. UJ Kraków 1999.

rodzin osób chorujących na anoreksję wyróżnia się następujące właściwości: nadopiekuńczość (1), rozumiana nie tylko jako wzajemne okazywanie sobie troski, ale także przeświadczenia o tym, że świat jest niebezpiecznym miejscem, a więc należy szczególną wagę przykładać do ochrony przed zewnętrznymi zagrożeniami; sztywność (2) ujawniająca się w unikaniu zmian i dążeniu do utrzymania status quo za wszelką cenę; usidlenie (3), czyli silne związanie przy jednoczesnym poczuciu osamotnienia członków rodziny, członkowie rodziny nadmiernie ingerują zarówno w życie, jak i emocje pozostałych osób, co zakłóca autonomię i prowadzi do zacierania się granic; kolejną cechą jest unikanie konfliktów (4), problemy nie są nazywane i rozwiązywane, priorytetem jest utrzymanie pozornej harmonii; ostatnią charakterystyką jest wciąganie dzieci w konflikty małżeńskie, trudności rodziców w prowadzeniu otwartej i bezpośredniej komunikacji, skutkują włączaniem dzieci w toczące się spory i szukaniem w nich rozjemców, mediatorów, sojuszników¹⁴.

Przytoczone dane wskazują na wieloczynnikowe uwarunkowania anoreksji. Dodatkowo, do czynników ryzyka należy włączyć także predyspozycje biologiczne, które ujawniają się między innymi w predyspozycji do silnego przeżywania emocji oraz w zaburzeniach w odczuwaniu łaknienia.

W przypadku bulimii również trudno jest mówić o jednej konkretnej przyczynie tej choroby, podobnie jak anoreksja jest ona uwarunkowana wieloczynnikowo. Ryzyko wystąpienia choroby zwiększa wychowywanie się w konkretnej kulturze (w tym przypadku chodzi o kulturę zachodnią,

14 Joško J, Kamecka-Krupa J. Czynniki ryzyka anoreksji. *Prob. Hig. Epidemiol.*, 2007, 88(3), 254-258.

indywidualistyczną, kraje wysoko rozwinięte), silny stres i zmiany w życiu, niska samoocena, nieprawidłowe funkcjonowanie rodziny oraz uwarunkowania genetyczne.

Uwolnienie. O procesie zdrowienia

Proces leczenia zaburzeń odżywiania wymaga zaangażowania specjalistów z różnych obszarów, choroba dotyka bowiem zarówno aspektu zdrowia psychicznego, jak i somatycznego. Oznacza to, że w leczenie zaburzeń odżywiania jest zaangażowany zarówno lekarz psychiatra, który może wdrożyć odpowiednie leczenie farmakologiczne, jak i psychoterapeuta, lekarz internista czy psychodietetyk. Bardzo ważne jest ustabilizowanie i monitorowanie stanu organizmu osoby chorującej, długotrwałe głodówki, wymioty czy zażywanie środków przeczyszczających może skutkować zaburzeniami elektrolitów oraz zaburzeniami hormonalnymi, stany te mogą być niebezpieczne nie tylko dla zdrowia, ale nawet życia.

Kluczowym oddziaływaniem jest psychoterapia ukierunkowana na zmianę silnie zniekształconego obrazu własnego ciała oraz wzmocnienie poczucia własnej wartości, tak, aby nie było one całkowicie zależne od kształtu sylwetki i masy ciała. W psychoterapii wyróżnia się zarówno terapię indywidualną, w tym przypadku dominujące nurty to podejście poznawczo-behawioralne oraz psychodynamiczne, jak i systemową, ukierunkowaną na pracę terapeutyczną z całą rodziną, podejście to sprawdza się szczególnie w przypadku nastolatków, którzy mieszkają z rodzicami. Każdy nurt psychoterapeutyczny opiera się na innych formach oddziaływań, np. w terapii poznawczo-behawioralnej dużą wagę przywiązuje się do identyfikowania i

modyfikowania destrukcyjnych schematów poznawczych oraz myśli automatycznych, zaś w przypadku terapii psychodynamicznej istotne jest rozwiązanie wewnętrznych konfliktów powodujących cierpienie oraz skutkujących zaburzeniami odżywiania.

Marta. Wychodząc z klatki destrukcyjnej perfekcji

W moim przypadku punkt kulminacyjny przypadł na mój powrót z letniego obozu sportowego. Wtedy rodzice zauważyli, że schudłam jeszcze bardziej. Ważyłam wówczas 40 kg przy wzroście 158 cm. Z jednej strony byłam zadowolona, że schudłam, z drugiej, miałam mniej siły, byłam rozdrażniona i coraz częściej smutna. Wtedy zapadła decyzja o wizycie u psychologa. Nie chciałam tam iść, uważałam, że to nie jest potrzebne, że nie jestem chora i wszystko jest w porządku. To było bardzo trudne, nie wierzyłam w to, że choruję. Ciężko mi było przyjąć to, że to, co robię, że diety, głodówki, moje zasady i treningi, że to wszystko mnie niszczy, że tak naprawdę czuję się coraz gorzej. Psycholog pokierował mnie do psychiatrii i tak zaczęła się długa droga, która właściwie ciągle trwa. Wiedziałam jednak, że chcę walczyć, że nie chcę iść do szpitala psychiatrycznego, a jeśli moja waga jeszcze trochę by spadła, z pewnością bym musiała. Zaczęłam chodzić regularnie na terapię, po konsultacji z dietetykiem dostałam też zalecenia żywieniowe, miałam stopniowo zwiększać podaż kalorii. To było i jest trudne, kiedy wcześniej ograniczenie jedzenia było Twoim najważniejszym celem, a nagle musisz to całkowicie zmienić, bo inaczej możesz po prostu nie przeżyć. Z pomocą psychoterapeuty, lekarza, dietetyka i przy wsparciu mojej rodziny udało mi się przytyć kilka kilogramów. Zaczęłam też dużo lepiej rozumieć, co się ze mną dzieje, jak anoreksja odbierała mi poczucie własnej wartości i jak bardzo mój obraz własnego ciała był złudny. Zrozumiałam też, że mimo, że rodzice nie są już razem, to każde z nich dalej mnie kocha i zawsze mogą na nich liczyć. Wierzę, że pokonam chorobę, że wrócę do pełni zdrowia, bo chcę żyć i to chyba na ten moment jest dla mnie najważniejsze.

Choroba afektywna dwubiegunowa.
O biegunach cierpienia

Choroba afektywna dwubiegunowa jest to schorzenie objawiające się cyklicznymi zmianami nastroju. Słowo „dwubiegunowa” odnosi się zatem do dwóch faz choroby – faz depresji i faz maniakałnych lub hipomaniakałnych, pomiędzy nimi mogą pojawić się okresy remisji, czyli ustąpienia objawów. Szacuje się, że w przypadku występowania nasilonych stanów maniakałnych, ryzyko rozwoju choroby dotyczy 1-2 proc. populacji, podczas gdy, zaburzenia afektywne dwubiegunowe ze stanami hipomaniakałnymi lub innymi cechami dwubiegunowości, mogą ujawniać się nawet u 4-5 proc. populacji¹⁵.

Choroba afektywna dwubiegunowa charakteryzuje się naprzemiennością stanów, które są skrajnie odmienne. Epizod depresji przynosi utratę sił witalnych, przewlekłe zmęczenie i obniżenie nastroju. W takim stanie często jedynie sen potrafi przynieść chwilową ucieczkę od egzystencjalnego bólu. Pojawia się głęboki smutek, poczucie bezsensu i pustki, a także lęk oraz poczucie winy. Z kolei w stanie manii, osoba chorująca doświadcza niekontrolowalnego wzrostu energii, potrzeby snu i regeneracji niemal zanikają. Pojawia się złudne przeświadczenie o niewyczerpanej mocy, natłok myśli i pomysłów, niejednokrotnie pochopnych, a niekiedy nawet niebezpiecznych. Samoocena wzrasta, a zanika samokrytycyzm. Mówiąc metaforycznie, w depresji człowiek czuje, że jest nikim, w manii czuje, że wolno mu wszystko, że jest niemal bogiem. Nietrudno wyobrazić sobie, jak dotkliwe może być doświadczenie każdego z tych stanów.

¹⁵ Na podstawie: Rybakowski, J. (2005). Choroba afektywna dwubiegunowa – współczesne poglądy na leczenie. *Przewodnik Lekarza/Guide for GPs*, 8(4), 59-65.

Choroba afektywna dwubiegunowa jest poważnym schorzeniem, które wymaga stałej opieki lekarza psychiatry oraz przyjmowania odpowiednich leków, ich rolą jest stabilizacja nastroju. Niewątpliwie, jest ona źródłem ogromnego cierpienia zarówno dla osoby chorującej, jak i dla jej bliskich. Epizod depresyjny odbiera ukochaną osobę, stan manii sprawia, że jej zachowania stają się nieprzewidywalne. Każdy z biegunów ma w sobie niszczącą siłę. Jednocześnie, warto pamiętać, że dobrze dobrane leczenie może znacząco poprawić jakość życia i zapewnić stabilizację. Wiele osób cierpiących na ChaD jest aktywnych zawodowo, zakłada rodziny, spełnia swoje pasje.

Perspektywa osoby chorującej

Adam ma 29 lat. Pracuje w firmie z branży komputerowej. Od czterech lat jest w związku. Jego pasją jest jazda na motocyklu, lubi muzykę klubową, marzy o podróży do Azji. Mieszka w dużym mieście. Od dwóch lat zmaga się z chorobą afektywną dwubiegunową. Oto, w jaki sposób Adam opisuje przebyty epizod depresyjny oraz epizod maniakalny:

W depresji świat jest po prostu nijaki. Nic nie ma wartości, czuję tylko bezsens. W tym stanie unikałem ludzi, chciałem być sam. Inni mnie drażnili, ich codzienne życie, rozmowy, spotkania. Miałem wrażenie, że oni mają jakieś życie, są szczęśliwi, aktywni, a ja nie. Dla mnie nie ma nadziei, ja jestem pogrążony w ciemności. W najgorszych dniach po prostu zamykałem się w domu. Nie chciałem brać zwolnień, w pracy starałem się trzymać pozory, że jest OK. Bałem się, że to też zawalę, że jak w firmie dowiedzą się o moim stanie, to mnie zwolnią. Co to za facet, który nie potrafi po prostu wziąć się w garść i ogarnąć. Tak wtedy myślałem. To był lęk w mojej głowie. Nie

potrafiłem wtedy zrozumieć, że to choroba tak wpływa na mój sposób widzenia świata.

Potem miałem górkę, było świetnie. Kiedy byłem w manii, stawiałem się superpewny siebie, towarzyski i przebojowy. Jeździłem po mieście taksówką, mogłem nie spać trzy doby. Często jechałem do klubu, chciałem się zachłystnąć muzyką, światłami, poznawać kobiety, miałem tyle energii, że aż mogłem krzyczeć. Potrafiłem zagadywać do zupełnie obcych ludzi, nagle podczas jednego wyjścia miałem masę nowych znajomych. No i kobiet. Bywały momenty, że czułem się bogiem życia, jakbym mógł zrobić absolutnie wszystko. Jednocześnie, potrafiłem wściec się, gdy tylko, ktoś próbował mnie zastopować. Musiało być, tak, jak ja chcę.

W tym stanie nieraz bardzo mnie nosiło, miałem mnóstwo myśli na raz i wiele pomysłów. Zdarzyło się, że sprzedałem samochód, potem chciałem te pieniądze zainwestować w kryptowaluty i jeszcze jechać na zagraniczną wycieczkę. Moje decyzje były pochopne i zmienne, nie potrafiłem się zatrzymać i sam dla siebie stawiałem się niebezpieczny.

Mania to taki stan, kiedy jesteś absolutnie nakręcony, nie potrafisz się zatrzymać. Chcesz więcej, mocniej, szybciej, intensywniej. Ale nie masz tak naprawdę kontaktu ze sobą, chorujesz i w pewien sposób cierpisz, bo Twoje życie wymyka się spod kontroli, bo tracisz stabilizację i wgląd w to, co robisz.

Chyba najtrudniejsze było dla mnie uświadomienie sobie specyfiki mojej choroby i przyjęcie, zrozumienie, że stan manii to wcale nie jest powrót do zdrowia, że to pobudzenie, chęć do działania jest zwodnicze, że wtedy także potrzebuję pomocy.

Obraz kliniczny choroby afektywnej dwubiegunowej

Aby rozpoznać zaburzenie afektywne dwubiegunowe, konieczne jest występowanie w momencie diagnozy epizodu hipomanii, manii lub depresji. Ponadto należy stwierdzić co najmniej jeden epizod afektywny w przeszłości, przy czym co najmniej jeden z tych epizodów nie może być epizodem depresyjnym. Innymi słowy, kluczowe dla rozpoznania choroby afektywnej dwubiegunowej jest wystąpienie epizodu afektywnego nie będącego epizodem depresyjnym, a więc możemy mówić o epizodzie maniakałnym, hipomaniakałnym lub mieszanym. Co ważne, należy wykluczyć spożywanie substancji psychoaktywnych oraz zaburzenia organiczne jako przyczyny epizodu.

Epizod depresyjny charakteryzuje się obniżeniem nastroju, mogą pojawić się objawy takie jak: anhedonia, czyli niemożność odczuwania radości i przyjemności w związku z wykonywaniem aktywności, które wcześniej dawały radość, pogorszenie funkcji poznawczych, obniżenie samooceny, wyraźne zmniejszenie energii życiowej, co prowadzi do redukcji dotychczasowych aktywności i zmniejszenia interakcji społecznych. Mogą wystąpić również objawy somatyczne takie jak zaburzenia łaknienia oraz problemy ze snem. Osoba przechodząca epizod depresyjny, może doświadczać myśli samobójczych, a nawet halucynacji lub urojeń, wówczas diagnozuje się epizod z objawami psychiatrycznymi.

W przypadku epizodu maniakałnego pojawiają się następujące objawy: gonitwa myśli, pobudzenie psychoruchowe, gadatliwość, zwiększona energia. Osoba chorująca postrzega siebie w nierealistyczny sposób, ma zawyżoną samoocenę, jednocześnie brakuje jej wglądu w swój stan oraz podejmowane

działania oraz krytycyzmu. Objawy te mogą prowadzić do podejmowania pochopnych decyzji, które mogą mieć negatywne następstwa dla osoby chorującej i jej rodziny. W obrazie manii występuje także odhamowanie seksualne, co oznacza większą aktywność seksualną przy jednoczesnym niezważaniu na konsekwencje. Podniesienie poziomu energii wiąże się ze zmniejszeniem potrzeby snu (hiposomnia) oraz brakiem poczucia zmęczenia. Pojawia się przeświadczenie, że „mogę zrobić wszystko” oraz wrażenie niewyczerpalnej siły.

ChAD jest częściej diagnozowane u mężczyzn niż u kobiet, choroba w blisko połowie przypadków zaczyna się przed 25 r.ż.¹⁶. Wskazuje się, że nawet 90% osób chorujących na zaburzenie afektywne dwubiegunowe doświadcza także innych współwystępujących zaburzeń psychicznych takich jak zaburzenia lękowe czy nadużywanie substancji psychoaktywnych. Okazuje się też, że postawienie odpowiedniej diagnozy w przypadku tej choroby bywa trudne. W polskich badaniach wykazano, że spośród 880 osób chorujących z rozpoznaniem depresji, którzy nie byli hospitalizowani, aż u 60% poprawną diagnozą powinno być zaburzenie afektywne dwubiegunowe¹⁷. Być może osoby chorujące częściej zgłaszają się po pomoc w trakcie epizodu depresji, zaś stan manii może być niekiedy traktowany jako długo oczekiwana poprawa. Niestety, aż 36% osób chorujących na ChAD podejmuje w życiu co

16 Na podstawie: Merikangas, K. R., Tohen, M. (2011). Epidemiology of bipolar disorder in adults and children. W: M. T. Tsuang, M. Tohen, P. Jones (red.), *Textbook of psychiatric epidemiology*, s. 329–342. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

17 Na podstawie artykułu: Kiejna A, Rymaszewska J, Suwalska A, Łojko D, Rybakowski J. (2006). Prawdopodobieństwo dwubiegunowości u pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi. *PsychiatrPol* ,40, 445–454.

najmniej jedną próbę samobójczą¹⁸, od 15 do 19% podejmowanych prób kończy się śmiercią¹⁹.

Podobnie, jak w przypadku depresji, wskazuje się na wieloczynnikowe uwarunkowanie choroby afektywnej dwubiegunowej. Jednocześnie, podkreśla się większą niż w przypadku zaburzenia afektywnego jednobiegunowego, czyli depresji, rolę czynników genetycznych. Tego rodzaju wnioski są generowane na podstawie badań z udziałem bliźniąt. Zaobserwowano, że jeśli na chorobę afektywną dwubiegunową zachoruje jedno z bliźniąt, to w niedługim czasie z dużym prawdopodobieństwem na tę chorobę zapadnie także drugie. Jednocześnie, warto podkreślić, że czynnik genetyczny nie jest czynnikiem decydującym o rozwoju choroby, ważna jest interakcja genów ze środowiskiem. Niekiedy zdarza się, że pierwszy epizod choroby poprzedza silnie stresujące wydarzenie, jednak często pojawia się on także samoistnie.

W stronę stabilizacji. O procesie zdrowienia

Leczenie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych opiera się na farmakoterapii. Oznacza to, że kluczowa jest współpraca osoby chorującej z lekarzem psychiatrą. Odpowiednio dobrane leki stabilizują nastrój, co jest kluczowe dla poprawy jakości życia osoby chorującej oraz zabezpieczenia różnych obszarów jej funkcjonowania takich jak aktywność zawodowa, relacje społeczne czy finanse. W przebiegu epizodu manii częściej niż w przypadku epizodu depresyjnego może pojawić się konieczność hospitalizacji,

18 Dane uzyskane w badaniach: Novick, D. M., Swartz, H. A., Frank, E. (2010). Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: A review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar Disorders*, 12, 1–9.

19 Dane uzyskane w badaniach: Newman, C. F. (2004). Suicidality. W: S. L. Johnson, R. L. Leahy (red.), *Psychological treatment of bipolar disorder*, s. 265–285. New York, NY: Guilford Press.

co wynika ze specyfiki pojawiających się objawów. Przesłanką do pobytu w szpitalu jest występowanie objawów psychotycznych; zachowania, które mogą być niebezpieczne zarówno dla osoby chorującej, jak i innych osób oraz wyczerpanie, odwodnienie lub uszkodzenia ciała spowodowane silnym pobudzeniem. Również w przypadku epizodu depresyjnego może wystąpić konieczność hospitalizacji. Dzieje się tak, gdy osoba chorująca doświadcza urojeń lub omamów, kiedy w wyniku choroby zaniedbywane są podstawowe potrzeby fizjologiczne lub gdy osoba chorująca przejawia skłonności samobójcze.

Leczenie farmakologiczne w przypadku zaburzeń afektywnych dwubiegunowych opiera się na doborze leków z różnych grup. Podczas trwania epizodu maniakalnego wskazane może być przyjmowanie leków przeciwpsychotycznych oraz leków o działaniu uspokajającym (benzodiazepiny) w celu zmniejszenia pobudzenia. W farmakoterapii bardzo często korzysta się z leków normotymicznych potocznie nazywanych stabilizatorami nastroju, zalicza się do nich leki pierwszej generacji, czyli klasyczne takie jak lit, karbamazepinę oraz kwas walproinowy i jego pochodne, a także leki drugiej generacji, nowe, takie jak: lamotrygina oraz wspomniane wcześniej leki przeciwpsychotyczne, a konkretnie leki atypowe takie jak np. olanzapina, aripiprazol czy risperidon. Każdy z leków może powodować skutki uboczne, dlatego zoptymalizowanie leczenia, tak, aby poprawa stanu była wyraźniejsza niż odczuwane skutki uboczne, jest niezwykle ważne²⁰. W leczeniu farmakologicznym dużo rzadziej stosuje się

20 Więcej na temat leczenia farmakologicznego można znaleźć we współczesnych pracach badawczych np.: Geddes J.R., Miklowitz, D. (2013) Treatment of bipolar disorder, *The Lancet*, 381(9878), 1672-1682, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60857-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60857-0).

klasyczne leki przeciwdepresyjne ze względu na ich mniejszą skuteczność oraz na ryzyko wystąpienia epizodu manii lub hipomanii²¹.

Dodatkowym oddziaływaniem jest psychoedukacja, dzięki której osoba chorująca przyswaja wiedzę na temat choroby, z którą się zmagają, uczy się samoobserwacji i odpowiedniego reagowania w przypadku zaobserwowania pierwszych symptomów depresyjnej i maniakalnej fazy choroby. Bardzo pomocna także psychoterapia podtrzymująca, która nie jest ukierunkowana na zlikwidowanie objawów i głęboką zmianę w obszarze osobowości, ale ma za zadanie poprawić funkcjonowanie w chorobie.

Adam. Łapiąc równowagę

Choroba naprawdę dała mi w kość, czułem, jak moje życie kompletnie wymyka się spod kontroli. Pierwszy krok na drodze do zdrowia, to zawsze jest pójście po pomoc. Może być też tak, że po prostu jesteś w takim stanie, kiedy to Twoi bliscy proszą o tę pomoc w Twoim, ale też swoim imieniu. Potem właściwa diagnoza. To było bardzo ważne, chociaż potrzebowałem czasu, żeby jakoś to sobie poukładać. No i leki, teraz funkcjonuję naprawdę nieźle, mogę chodzić do pracy, jeździć na motorze, planować wspólny wyjazd z moją Kasią. Zaczynam powoli wierzyć, że mogę normalnie żyć, w dużej mierze dzięki lekom. Dalej mam przed sobą wiele pracy. Przede wszystkim ciężko mi zaakceptować, że choruję, że już zawsze będę musiał być pod kontrolą lekarza, brać tabletki, przyglądać się sobie. Czasem aż nadto zwracam uwagę na swoje stany, boję się, że zwykła euforia może być zwiastunem manii, chwilowy

21 Na podstawie: I. Pacchiarotti, D.J. Bond, R.J. Baldessarini, W.A. Nolen i inni. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) task force report on antidepressant use in bipolar disorders. „American Journal of Psychiatry”. 170 (11), s. 1249–1262, 2013. DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.13020185

dolek zapowiedzią depresji. Boję się też, że stracę swoją dziewczynę, że moja choroba to w którymś momencie będzie za dużo. Ale uczę się oswajać te lęki na terapii. Wiem, że korzystając z fachowej pomocy mogę zadbać o swój stan i zminimalizować ryzyko nawrotów, dlatego się nie poddaję.

Zaburzenia lękowe – w pułapce emocji i myśli

Lęk jest nieodłącznym elementem naszego życia, towarzyszy nam od urodzenia do śmierci. Powstaje często w wyniku wyobrażenia sobie zagrożenia związanego z jakąś sytuacją, która może nieść ryzyko utraty zdrowia, komfortu psychicznego bądź bezpośrednio zagraża naszemu życiu. Odczuwanie lęku w różnych sytuacjach społecznych jest elementem chroniącym przed niebezpieczeństwem, pozwala nam na zmodyfikowanie zachowania oraz umożliwia maksymalną mobilizację do działania i wykorzystania swoich możliwości w sytuacji zagrożenia. Reagowanie w sytuacjach zagrożenia lękiem jest właściwe i nie jest objawem zaburzenia. Warto podkreślić, że zaburzenia lękowe różnią się od normalnego doświadczania lęku tym, że pojawiający się lęk: 1) jest bardziej intensywny (jak podczas ataków paniki), 2) dłużej trwa- może utrzymywać się miesiącami, nie ustępuje po przeminięciu sytuacji stresowej, 3) może prowadzić do fobii, które w znaczny sposób utrudniają codzienne funkcjonowanie²².

Zaburzenia lękowe należą do najczęściej występujących dolegliwości psychicznych. W Polsce według badań u 10% badanej populacji stwierdzono zaburzenia nerwicowe: fobie specyficzne (4,3%), fobie społeczne (1,8%). Oznacza to, że co dziesiąta osoba w wieku produkcyjnym cierpi na zaburzenia lękowe, jest to grupa 2,5 miliona osób²³. Miliony ludzi na świecie każdego dnia doświadczają zaburzeń lękowych, które odbierają im siły do życia. Aktualne doświadczenia, które dzieją się obok nas: pandemiczne, wojna, kryzysy ekonomiczne i społeczne, intensywne tempo życia, a także minione

²² Na podstawie książki: Edmund J.Bourne . LĘK I FOBIE. Wyd. UJ Kraków 2011.

²³ Na podstawie badań: Sytuacja zdrowia psychicznego w Polsce, Informacja Sekcji Ochrony Zdrowia Narodowej Rady Rozwoju, 9 lutego 2016 r

doświadczenia i przeżycia, obrazy oraz nasze wyobrażenia, tłumaczą genezę powstania zaburzeń lękowych. Osoby cierpiące na zaburzenia lękowe mają trudność w określeniu i znalezieniu źródeł swoich reakcji i lęku. Często możemy zaobserwować u siebie lub w otoczeniu osoby, które tworzą katastroficzne obrazy przyszłości np. nadchodzącą porażkę, chorobę bliskich, utratę płynności finansowej, utratę możliwości zarobkowania; obrazom tym towarzyszą również wizje przerażających konsekwencji tych zdarzeń np. ból, cierpienie, śmierć bliskich, utrata możliwości spłaty kredytu przechodząca w wizję bezdomności itd. Wyobrażeniom tym mogą towarzyszyć stany pobudzenia psychoruchowego, problemy z zasypianiem, drażliwość czy pojawienie się objawów płynących z ciała jak bóle głowy, karku itp.

Perspektywa osoby doświadczającej zaburzeń lękowych

Mikołaj ma 40 lat, na co dzień pracuje zdalnie jako księgowy, w wirtualnym biurze rachunkowym. Od 8 lat jest w relacji partnerskiej, którą uważa za satysfakcjonującą. Pasją Mikołaja są strategiczne gry komputerowe, które pozwalają mu się odprężyć i zapomnieć o lękach i strachach, towarzyszących mu każdego dnia. Mikołaj od 6 lat pracuje w domu, w którym spędza większość swojego życia. Od dziecka odczuwał niechęć do kontaktów z ludźmi, zwłaszcza w miejscach publicznych, gdzie nie ma możliwości swobodnego wyjścia np. schody, widownia w kinie, teatrze, most, autobus itd. Obawa dotyczy nie tylko utraty kontroli, ale też tego, co inni mogą pomyśleć, gdy ta wizja się spełni. Mikołaj tak opisuje swój stan:

Nawet nie wiem, jak Tobie opisać ten stan, kiedy wstajesz rano i czujesz napięcie, które ogrania całego ciebie. Powiedziałem wstajesz rano, ale tak naprawdę czasem w ogóle nie usypiasz, leżysz i patrzysz w sufit, próbując liczyć barany, ale w myślach jak natręctwo pojawia się „znowu się nie wypisisz, jesteś do niczego i jutro nie dasz sobie rady, bo będziesz senny” i tak w kółko. Sześć lat temu moje objawy nasiliły się już tak bardzo, że musiałem zrezygnować z pracy i podjąć pracę w domu, ograniczając wyjścia i spotkania z innymi ludźmi. Najbardziej przerażająca dla mnie wizja to taka, że muszę być z innymi w pomieszczeniu lub np. w autobusie, kiedy obcy patrzą na ciebie, obserwują i pomimo tego, że nic nie mówią to lęk i strach produkuje wyobrażenie śmiechu, krytyki i pogardy wobec mnie. To mnie paraliżuje i zamyka, siedzę w autobusie zalewając się potem, początkowo mówię w myślach to tylko wyobrażenie, ale to i tak nic nie pomaga: oddech sam przyspiesza, robię się czerwony i próbuję nerwowo uciec, wszyscy się patrzą, śmieją i potwierdza się mój czarny scenariusz. Nie myślisz wtedy racjonalnie, nie dostrzegasz życzliwych spojrzeń czy gestów, czujesz się strasznie jak nieudacznik, klaun, który nie jest dostosowany do życia wśród ludzi. Kiedy wracasz do domu po takiej sytuacji nienawidzisz siebie, nie możesz na siebie patrzeć ani na innych, bo wstyd zjada Cię od środka. Pragniesz zamknąć się w domu uwalniając się od cierpienia. Dom jest wybawieniem, ale jest to iluzja, bo pragnę tak jak Ty być wolnym, spotykać się z ludźmi i żyć wśród nich być bez strachu. A moja choroba- mój lęk powoduje coraz większe koszty. Moja dziewczyna wyprowadziła się, bo czuła się bezradna, zirytowana na to, że jej nie widzę, jestem zamknięty w domu paraliżuje mnie wizja wyjścia do sklepu, teatru... i tak zostajesz sam i pogłębia się lęk i złość na siebie.

Ujęcie kliniczne. Objawy zaburzeń lękowych, przyczyny oraz czynniki ryzyka

W Polsce na zaburzenia lękowe cierpi około 10% populacji. Objawy zaburzeń lękowych zostały opisane na przykładzie Mikołaja, gdzie możemy zobaczyć, jak wyglądają objawy i życie z zaburzeniami lękowymi. Pierwszym elementem, który dostrzegamy to kryterium czasu trwania objawów. W historii Mikołaja objawy trwają co najmniej 6 lat, diagnostycznie przyjmuje się, że objawy w celu diagnozy zaburzeń powinny utrzymywać się minimum 6 miesięcy, w przypadku np. ataków paniki, diagnostycznym elementem jest częstotliwość występowania epizodów ataków paniki. Elementem sygnalizującym zaburzenia lękowe na podstawie przykładu Mikołaja są również: uczucie zagrożenia i napięcia, które pojawia się w codziennych sytuacjach. Napięcie, lęk i strach tworzą zamknięte koło, które więzi nas w poczuciu lęku. Życie, myśli i działania skoncentrowane są na jego źródle, niezależnie od bycia w bezpiecznym miejscu. Kryteria rozpoznawania zaburzeń lękowych zostały dokładnie opisane przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne według klasyfikacji DSM-5, do objawów zalicza się:

A. Nadmierny lęk lub obawy przed przyszłymi wydarzeniami, występujący często (częściej występuje niż nie występuje) przez okres co najmniej 6 miesięcy, dotyczący codziennych aktywności (szkoła, praca itd.).

B. Dana osoba nie jest w stanie poradzić sobie z objawami i ich kontrolować.

C. Lęk lub obawy są związane z trzema (lub więcej) symptomami, wymienionymi poniżej (a przynajmniej niektóre z tych symptomów są częste – częściej występują niż nie występują – w okresie co najmniej 6 miesięcy):

(1) Niepokój psychoruchowy, nerwowość lub napięcie emocjonalne.

(2) Łatwe męczenie się.

(3) Problemy z koncentracją uwagi lub uczucie pustki w głowie.

(4) Drażliwość.

(5) Wzmoczone napięcie mięśniowe.

(6) Problemy z zasypianiem, wstawaniem lub niespokojny sen/niewysypianie się.

D. Do symptomów można również zaliczyć nudności, wymioty i przewlekłe bóle brzucha.

E. Zaburzenia nie można przypisać skutkom działania substancji (np. używek, leków), ani następstwom innych chorób (np. nadczynność tarczycy).

F. Zaburzenie nie może być łatwiejsze do wyjaśnienia obecnością innych zaburzeń psychicznych takich, jak zespół lęku napadowego, fobia społeczna, odosobnienie od osób bliskich, przyrost wagi w przebiegu jadłowstrętu psychicznego, zaburzenia somatyzacyjne lub przekonanie o obecności poważnej choroby somatycznych (hipochondria) etc.²⁴

Przyczyny zaburzeń lękowych często są złożone i stanowią połączenie zarówno czynników biologicznych jak i psychologicznych. Badania

²⁴ Objawy zaburzeń lękowych na podstawie: American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5.*, wyd. 5th ed, Arlington

potwierdzają genetyczne podłoże zaburzeń lękowych, co wskazuje na przyczyny biologiczne takie jak nieprawidłowości w obrębie neurotransmiterów, w szczególności dopaminy i serotoniny. Do przyczyn biologicznych zaliczyć możemy również niski poziom kwasu GABA, który odpowiada za hamowanie pobudzenia fizjologicznego. Pojawieniu się zaburzeń lękowych sprzyjają również zaburzenia hormonalne związane z pracą tarczycy, przynależności, nadnerczy czy przysadki mózgowej. Warto w tym miejscu wspomnieć o problemach medycznych, które mogą być związane z lękiem: przewlekły ból lub zespół jelita drażliwego, odstawienie lub nadużywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, leków przeciwlękowych (bezodiazepiny), choroby serca, problemy tarczycy - nadczynność, cukrzyca.

Czynniki psychologiczne to między innymi te związane z okresem dzieciństwa: tłumienie asertywności dziecka, brak poczucia bezpieczeństwa oraz emocjonalna zależność, nadmierny krytycyzm i wygórowane standardy czy np. komunikowanie nadmiernej ostrożności wobec świata, doświadczenie przemocy, zaniedbania czy zbyt duża kontrola ze strony opiekunów. Do pozostałych czynników, które mogą wpływać na zaburzenia lękowe zalicza się: nagłe zmiany w życiu, traumatyczne doświadczenia oraz silnie stresujące sytuacje.

Odnaleźć spokój. O procesie zdrowienia

Celem leczenia zaburzeń lękowych jest poprawa funkcjonowania i zapobieganie nawrotom. Pierwszym krokiem jest kompleksowa diagnostyka, pozwalająca znaleźć przyczynę pojawienia się lęków. Diagnostyka obejmuje

zarówno przyczyny somatyczne, jak i psychologiczne. Zaburzenia lękowe mogą być odpowiedzią organizmu na długotrwałą przemoc, traumatyczne doświadczenia, destrukcyjne relacje, alkoholizm czy uzależnienie. W pierwszym etapie leczenia konieczna jest eliminacja bodźca potęgującego lęk. Jeśli zaburzenia lękowe są działaniem ubocznym farmakoterapii innych schorzeń, należy omówić ten aspekt z lekarzem prowadzącym.

Do metod leczenia zaliczamy:

Trening ukierunkowany na relaksację: ćwiczenia ukierunkowane na oddychanie przeponowe oraz na wprowadzanie ciała w głęboką relaksację mięśni i odprężenie całego ciała. Trening realizowany jest systematycznie indywidualnie lub grupowo.

Terapia ukierunkowana na pracę nad złagodzeniem i w efekcie końcowym wyjściem z zaburzeń lękowych. Proces ukierunkowany jest zwłaszcza na pracę w modelu poznawczym w celu skorygowania zniekształconego myślenia. Psychoterapia ukierunkowana jest również na zmianę przekonań dotyczących zarówno samego siebie jak i otaczającego świata. Proces terapeutyczny skierowany jest również na pracę nad śladami doświadczeń, które tworzą negatywne obrazy.

Terapia farmakologiczna: w umiarkowanych i ciężkich przypadkach mogą zostać włączone leki z grupy SSRI (selektywne inhibitory zwrotnego wychwyty serotoniny, z ang. selective serotonin reuptake inhibitor). Diagnostyka i leczenie prowadzone są przez lekarza psychiatrę, który po zebraniu wywiadu uruchamia leczenie.

Proces leczenia to również oddziaływania poprzez: ekspozycje w bezpiecznych warunkach na bodziec wywołujący lęk. Działanie ukierunkowane na redukcję zachowań lękowych poprzez pracę z przekonaniem oraz reakcjami z ciała na różne sytuacje. Proces leczenia ukierunkowany jest na trwałą zmianę stylu życia.

Mikołaj. Uwalniając się z pułapki lęku

Kiedy zrozumiałem, że moje lekarstwo na lęk, czyli izolacja w więzieniu zwanym domem to kolejna pułapka, rozpaczliwie szukałem pomocy. Zapisalem się na terapię, poszło łatwo i przyjemnie. Spotkanie online daje wiele możliwości, możesz wejść i wyjść, kiedy chcesz. Była to droga na skróty, zobaczyłem to, kiedy terapeuta powiedział mi, że nie może prowadzić mojej terapii w formie online, bo nie chce pogłębiać moich lęków. Złość na terapeuta była jak automat, jak on może tak powiedzieć przecież rodzina, dziewczyna i znajomi pomagali mi, bym nie musiał kontaktować się ze światem. Wypowiadając te słowa, moja uwaga została skierowana na to, czy to pomogło. Tak pojawiło się kolejne odkrycie, w którym zobaczyłem, że jeszcze bardziej utrwalalem w sobie lęk i strach w relacjach z innymi. W trakcie terapii zobaczyłem w szerszej perspektywie swoje życie i to co wpłynęło na moje trudności dzisiaj. Doświadczenia, które przeraziły mnie jak byłem dzieckiem odezwały się w dorosłym życiu pod objawem zaburzeń lękowych, ataków paniki. Przed terapią czulem, że jest to więzienie, które nie ma swojego końca. Terapia pokazała, że jest wiele dróg wyjścia: farmakoterapia, kiedy nie byłem w stanie zrobić żadnego kroku naprzód. Psychoterapia, dająca drogę do siebie samego, która dla mnie stała się przestrzenią, gdzie rozpocząłem proces zgłębiania siebie, swoich pragnień i

sposobów ich rozpoznawania. Psychoterapia pozwoliła mi zobaczyć mechanizmy, które aktywowały lęk i poznać sposoby na zatrzymanie tego procesu. Kiedyś myślałem, że jestem swoim lękiem, strachem, a dziś wiem, że jest to choroba, która nie jest mną. Jest to bardzo uwalniające.

Schizofrenia.

Tracąc kontakt z rzeczywistością

Schizofrenia stanowi duże wyzwanie zarówno dla osób chorujących, jak i ich rodzin, oraz pracowników instytucji medycznych i socjalnych. Objawy towarzyszące chorobie ze względu na swoją nietypowość, często wiążą się z niezrozumiałością, która z kolei uruchamia strach otoczenia. Zachowanie bliskiej osoby może w znaczący sposób odbiegać od obrazu, który jest nam znany, zachowania te mogą być nieracjonalne, dziwaczne, często również niebezpieczne dla samej osoby chorującej. Doprowadza to w konsekwencji do izolacji, marginalizacji osoby cierpiącej z powodu schizofrenii. Schizofrenia dotyka ponad 50 milionów ludzi na świecie. Chorobę częściej rozpoznaje się u mężczyzn niż u kobiet, chociaż w Polsce według raportu opracowanego przez GUS „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020” diagnoza oraz leczenie częściej dotyczą kobiet. Najczęściej schizofrenię diagnozuje się w grupie wiekowej między 20 a 30 rokiem życia. Upośledzone funkcjonowanie społeczne jest jednym z objawów choroby, który często poprzedza pojawienie się objawów psychotycznych. W konsekwencji przyczynia się to do ograniczania kontaktów społecznych w różnych obszarach, takich jak: życie zawodowe, rodzicielstwo czy aktywność towarzyska. Objawy te wpływają również na marginalizację, wycofanie społeczne oraz przekładają się na trudności w funkcjonowaniu w różnych rolach społecznych²⁵. Schizofrenia należy do grupy zaburzeń psychotycznych – psychoz. Skrótowo definiując, są to stany, które charakteryzują się tym, że pod wpływem chorobowej zmiany, chory postrzega i ocenia nieadekwatnie i nierealistycznie rzeczywistość. Stany psychotyczne zaburzają zdolność do krytycznego i realistycznego obioru siebie oraz otaczającego świata. Należy

25 Na podstawie: Eric L. Granholm, John R. McQuaid, Jason L. Holden . SCHIZOFRENIA Poznawczo- behawioralny trening umiejętności społecznych, Wyd. UJ Kraków 2016.

pamiętać, że schizofrenię diagnozuje lekarz psychiatra, który wspólnie z pacjentem podejmuje działania doprowadzające do pełnej lub częściowej remisji choroby, a zatem powrotu do normalnego funkcjonowania. „Coraz częściej postuluje się, że schizofrenia jest zdecydowanie czymś więcej niż tylko psychozą. Już Bleuler dostrzegał, że istotą schizofrenii nie są omamy czy urojenia, a tak zwane objawy osiowe wpływające na globalne funkcjonowanie pacjentów. Postrzeganie schizofrenii jako choroby funkcjonowania poznawczego oznacza, że w zupełnie inny sposób powinniśmy spojrzeć na leczenie i rehabilitację pacjentów. Oprócz farmakoterapii, która w leczeniu ma kluczowe znaczenie, dodatkowo należy skupić się na treningach funkcji poznawczych, mogących poprawić codzienne funkcjonowanie pacjentów. Wyniki ostatnich badań pokazują, że stosowanie leków długodziałających ma działanie propoznawcze oraz działanie mielinizacyjne. Jest to szczególnie istotne w świetle ostatnich doniesień, z których wynika, że pacjenci nie posiadają pełnej świadomości deficytów poznawczych. Przesiewowe badania funkcji kognitywnych w schizofrenii mogą nam pomóc zarówno w wyborze metody leczenia (postać doustna — leki długodziałające), jak i pozwolić ocenić funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego oraz obserwować zmiany spowodowane przez chorobę oraz wpływ leczenia na przebieg choroby”²⁶.

W schizofrenii obserwuje się u osób chorujących występowanie objawów przy jednoczesnym zachowaniu sprawności umysłowej. Wyodrębniamy sześć podtypów schizofrenii, należy pamiętać, że każdy podtyp to przewaga pewnych objawów, które wraz z upływem lat mogą

²⁶ Cytat pochodzi z publikacji: Mosiołek A., Schizofrenia jako choroba funkcjonowania poznawczego. *Psychiatria* 12 (3), 128–136.

przechodzić z jednego w drugi: (1) schizofrenia paranoidalna - przewaga urojeń i omamów, (2) schizofrenia prosta - powolny proces „obniżania się linii życiowej”, utrata celów życiowych, nasilają się dziwaczne zachowania, obserwuje się wycofanie i izolację pacjenta, (3) schizofrenia katatoniczna - charakteryzuje się głównie zaburzeniami ruchu: pobudzenie-osłupienie, (4) schizofrenia rezydualna - występujące objawy są stabilne o małym natężeniu, (5) schizofrenia nie zróżnicowana - występuje, gdy pacjent nie posiada żadnych charakterystycznych objawów z pozostałych typów, (6) schizofrenia hebefreniczna- dezorganizacja myślenia oraz mowy, niewielka obecność omamów i urojeń, zmienność emocjonalna.

Perspektywa osoby chorującej

Anna ma 37 lat, na co dzień pracuje jako pracownik naukowy na państwowej uczelni. Od dwóch lat żyje w pojedynkę, objawy choroby spowodowały wiele napięć relacyjnych co w konsekwencji doprowadziło do zakończenia relacji. Anna mieszka w dużym mieście w odległości 200 km od swojego domu rodzinnego. Lubi wolnym czasie czytać książki i słuchać muzyki poważnej. Anna w taki sposób opisuje epizod chorobowy:

Do 35 urodzin moje życie było pełne ludzi, przyjaciół i nadziei. Skończyłam studia, obroniłam doktorat i rozpoczęłam pracę marzeń na uczelni. Dzięki wsparciu rodziców udało mi się kupić mieszkanie. Wszystko zapowiadało się naprawdę dobrze. W grudniu trzy lata wstecz, pojawił się u mnie pierwszy stan chorobowy. Przeżywając go czułam przerażenie na zmianę z dumą, byłam przekonana o tym, że jestem kimś z wielką misją. Śledziłam informacje w mediach, w których słyszałam, że mówią o mnie, to były urojenia, ale kompletnie nie byłam w stanie tego oddzielić, pomyśleć

racjonalnie. Od tego momentu zaczęły pojawiać się problemy z chłopakiem, który w mojej chorej rzeczywistości był zdrajcą i chciał mi zaszkodzić. W różny sposób starałam się od niego uciekać, on początkowo starał się pomóc, ale nie pozwoliłam na to. Każdego dnia czułam więcej energii, która pobudzała mnie do działania, w pracy byłam coraz bardziej nieobecna, co w konsekwencji spowodowało odsunięcie mnie od prowadzenia ćwiczeń. Ludzie z dnia na dzień stawali się coraz bardziej obcy i zagrażający, czułam, że chcą mnie skrzywdzić, by odebrać mi moją moc. Zaczęłam się coraz bardziej izolować i zamykać w domu, w którym czułam, że mogę się przed nimi schować, ale i tam z dnia na dzień było coraz bardziej niebezpiecznie.

Nie wiem jak mogę opisać Wam to co czułam, bo żadne słowa nie są w stanie oddać tamtych przeżyć. Wyobraź sobie, że mieszkasz sam i przed snem sprawdzasz mieszkanie czy je zamknąłeś, czy jesteś na pewno sam w mieszkaniu i usypiasz. Budzisz się rano do pracy i słyszysz głosy, jakby ktoś stał obok ciebie i rozmawiał o leczeniu zębów, mówisz sobie nie, to nie dzieje się, tu nikogo nie ma. Wstajesz idziesz do łazienki, a głos w głowie idzie z tobą i podpowiada „oni chcą ciebie zniszczyć, więc musisz być waleczną kobietą”. Kończysz poranną toaletę i idziesz zjeść i czujesz ten metaliczny posmak, nie jesteś w stanie przełknąć, wychodzisz z domu, mijasz ludzi i czujesz, że oni wszystko o tobie wiedzą, więc jesteś ostrożny, to już nie jest przyjemne. Czujesz, że twoje nogi są rozpalone i robią się coraz bardziej skamieniałe, tracisz równowagę, ale starasz się nie upaść, wchodzisz do stacji metra i widzisz, jak kafelki stają się oblędnym wirem, który chce cię wchłonąć, omijasz go i starasz się uciec przed ludźmi, żeby ciebie nie wciągnęli. Wracasz do domu, zamykasz drzwi i myślisz, że już ten koszmar się skończył, ale ten głos jest razem tobą. Z prędkością światła podsyła ci słowa, które

kierują cię w stronę ukojenia i spokoju, ten głos cię zna i wie, co powiedzieć, nawet nie wiesz, jak trudno jest nie pójść za tym głosem.

W pewnym momencie poczułam się ekstremalnie zagrożona, zaczęłam widzieć niebezpieczeństwo w różnych, codziennych sytuacjach. Zaczęło mi się wydawać, że wpadłam na trop niebezpiecznej szajki morderców na uczelni, którzy po odkryciu ich przez mnie zostali powstrzymani. Byłam przekonana, że chcą się na mnie zemścić, to było bardzo przerażające. Wizja, że ktoś mnie śledzi, chce mnie poćwiartować żywcem, nie dawała mi spokoju, ten strach mnie nakręcał do działania. Zaczęłam intensywnie czuć zapach gazu w mieszkaniu i na klatce schodowej. Czułam się bezpieczniej na zewnątrz niż w domu. Mchy na dachu zaczęły mi się wydawać białym fosforem. Już nigdzie nie czułam się w pełni bezpieczna. Pewnego dnia poczułam, że nadszedł czas wielkiej próby. Zaczęłam intensywnie malować znaki w książkach, które jak mi się wydawało miały w pracy chronić mnie i innych przed działaniami szajki morderców. Było to związane z poczuciem, że jestem wybranką, która może uratować ludzi i świat przed nimi. Tego dnia padał deszcz, co dało mi poczucie, że jest to rodzaj błogosławieństwa, zbliżyłam się do krawędzi budynku, z którego kapłała woda. Wszystko to obserwowała koleżanka z pracy, która zaniepokojona tym, co się dzieje zadzwoniła po pogotowie. Koleżanka z kawiarni, która ze mną była, nie oceniała i wspierała mnie w tym, żebym otrzymała pomoc.

Ujęcie kliniczne. Objawy schizofrenii i jej przyczyny oraz czynniki ryzyka

W Polsce schizofrenia dotyczy bezpośrednio ok 1% społeczeństwa, oznacza to, że choruje ponad 385 tysięcy osób, pośrednio dotyczy natomiast 5% społeczeństwa - jest to choroba, która dotyka również otoczenia chorego. Schizofrenia jest zaburzeniem mózgowym zmieniającym myślenie, uczucia i zachowania. Posiada zróżnicowany przebieg od łagodnego do ciężkiego oraz remisji²⁷. Do najbardziej charakterystycznych objawów można zaliczyć omamy, halucynacje, czyli zaburzenia spostrzegania dotyczące zmysłu słuchu, wzroku, zapachu, dotyku, polegające na nierealistycznym odbiorze bodźców z otoczenia, lub postrzeganiu bodźców, których nie ma. Kolejnym objawem są urojenia, czyli fałszywe przekonania niemające potwierdzenia w rzeczywistości, są one odporne na zmiany, osoba chorująca uparcie w nie wierzy. U pacjentów występuje również dezorganizacja myślenia – osoba chorująca ma trudność w odczytaniu i zrozumieniu sytuacji, wypowiedzi innych, a jej własne zachowanie staje się dziwaczne i chaotyczne, często nieadekwatne do okoliczności. Są to objawy, które należą do grupy objawów pozytywnych, określanych także jako psychotyczne. Tego typu objawy częściej występują u kobiet. Objawom tym często towarzyszy lęk psychotyczny wynikający z poczucia zagrożenia życia lub zdrowia, jest on efektem występujących halucynacji i urojeń. W stanach psychotycznych osoba chorująca często wykazuje zachowania autoagresywne wobec siebie, pojawia się duże ryzyko samobójstwa, które wynosi ok. 10 %, dodatkowo zagrożenie samobójstwem zwiększa się wraz z częstotliwością nawrotów oraz

27 Na podstawie opracowania: J. Wciórka. ZABURZENIA NALEŻĄCE DO SPEKTRUM SCHIZOFRENII INNE ZABURZENIA PSYCHOTYCZNE DSM 5. American Psychiatric Association

spadkiem wiary w efektywność leczenia. Drugą grupą objawów są objawy negatywne, które bywają trudniejsze do zdiagnozowania i częściej dotyczą mężczyzn. Do tej grupy objawów należą na przykład wycofanie społeczne oraz zubożenie zaangażowania emocjonalnego. Warto wyraźnie zaznaczyć, że tego typu zachowania nie wynikają z lenistwa osoby chorującej, a są po prostu objawami choroby. U niektórych pacjentów występuje upośledzenie zdolności do komunikacji za pomocą postawy ciała, mimiki czy gestów oraz zubożenie wypowiedzi - ubogie treści, pojedyncze, nielogiczne słowa. Objawy te doprowadzają często u pacjentów do zmian celów i planów życiowych.

Diagnostyka schizofrenii jest trudnym procesem, wymagającym często zaangażowania zarówno pacjenta jak i jego rodziny. Prowadzący diagnostykę psychiatra dokonuje jej na podstawie wywiadu klinicznego oraz za pomocą obserwacji objawów i zachowania pacjenta. Ważnym jest również ustalenie czy pacjent jest uzależniony od narkotyków, alkoholu czy nikotyny. Należy także ustalić czy i na jakie choroby współistniejące choruje, do chorób współistniejących zalicza się np. miażdżycę, cukrzycę czy nadciśnienie, schorzenia te mogą negatywnie wpływać na przebieg schizofrenii. Wywiad i obserwacja jest jednym z najważniejszych narzędzi diagnostycznych. Lekarz może również zlecić w uzasadnionym przypadku badania obrazowe. Poniżej zaprezentowano poglądowo wytyczne diagnostyczne, kryteria dotyczące zaburzeń ze spektrum schizofrenii według ICD-10 i DSM-5:

ICD-10

Rozpoznanie schizofrenii wymaga co najmniej jednego bardzo wyraźnego objawu (lub dwóch lub więcej, jeśli są mniej jednoznaczne) z grupy 1–4 poniżej, lub co najmniej dwóch z grupy 5–8.

1. Echo myśli, nasyłanie lub zbieranie myśli itp.
2. Złudzenia kontroli, wpływu lub bierności, urojeniowe postrzeganie itp.
3. Głosy omamowe komentujące lub dyskutujące między sobą.
4. Inne utrwalone urojenia o dziwacznej lub niedostosowanej kulturowo treści.
5. Utrwalone omamy z zakresu jakiegokolwiek zmysłu, występujące każdego dnia w ciągu co najmniej miesiąca i towarzyszące im urojenia – mogą być zwiewne.
6. Rozkojarzenie lub niedostosowanie wypowiedzi, neologizmy, przerwy lub wstawki w toku myślenia.
7. Zachowanie katatoniczne.
8. Objawy negatywne: apatia, zubożenie wypowiedzi, spłylenie reakcji emocjonalnych, które nie są spowodowane depresją lub lekami neuroleptycznymi.
9. Znacząca i konsekwentna zmiana ogólnej jakości niektórych aspektów osobistych zachowań, przejawiająca się jako bezcelowość, bezczynność, samopochłaniająca postawa i wycofanie społeczne.

Przebieg zaburzeń schizofrenicznych może być ciągły lub epizodyczny, z postępującym lub stabilnym deficytem, bądź też może wystąpić jeden lub więcej epizodów z pełną lub częściową remisją. Rozpoznanie schizofrenii nie należy stawiać, jeżeli występują nasilone objawy depresyjne lub maniakalne, chyba że objawy schizofreniczne wyraźnie poprzedzają zaburzenia afektywne. Schizofrenii nie należy również rozpoznawać w przypadku występowania poważnej choroby mózgu, ani też w przypadku zatrucia substancjami lub ich odstawienia²⁸.

DSM-5 A

Obecność dwóch (lub więcej) spośród wymienionych objawów, z których każdy jest obecny przez znaczną część czasu w okresie miesiąca (lub krócej, jeśli wdrożono odpowiednie leczenie). Jeden z objawów (1), (2) lub (3) musi występować:

1. Urojenia.
2. Omamy.
3. Dezorganizacja mowy (np. częste ześlizgiwanie się lub niespójność).
4. Zachowania rażąco zdeorganizowane lub katatoniczne.
5. Objawy negatywne (np. spłycenie afektywne lub awolicja). Przez istotną część czasu od początku zakłócenia jeden lub więcej takich

²⁸ Opracowane na podstawie. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.

obszarów funkcjonowania, jak praca, związki interpersonalne lub troska o siebie, są znacznie poniżej poziomu osiągniętego przed zachorowaniem (lub, jeśli zachorowanie przypadło w okresie dzieciństwa bądź dorastania, nieosiągnięcie oczekiwanego poziomu dokonań interpersonalnych, szkolnych lub zawodowych).

Ciągłe oznaki zakłócenia trwają co najmniej 6 miesięcy, okres ten musi obejmować co najmniej miesiąc objawów (lub mniej, jeśli są z powodzeniem leczone), które spełniają kryterium A (tzn. objawów fazy aktywnej) i może obejmować okresy zwiastunowy i rezydualny²⁹.

Odpowiedź na pytanie dotyczące przyczyn schizofrenii jest złożone. Schizofrenia ma w dużym stopniu podłoże genetyczne, które może wpływać na zakłócenia już w życiu płodowym, zwiększa też podatność na zachorowanie już po urodzeniu. Ryzyko wystąpienia schizofrenii jest większe u rodzin, w których w pierwszej linii doszło do zachorowania. Nie ma jednej przyczyny, która powoduje schizofrenię, nie do końca są znane powody jej wystąpienia u konkretnej osoby. W literaturze przedmiotowej wymienia się następujące czynniki:

- okołoporodowe uszkodzenia mózgu;
- traumatyczne przeżycia z okresu dzieciństwa;

29. Opracowane na podstawie. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Men

- zażywanie narkotyków: LSD, amfetamina, kokaina czy ekstazy w szczególności w szczególności przez adolescentów;
- uwarunkowania genetyczne;
- zła sytuacja rodzina oraz stresujące wydarzenia z dzieciństwa³⁰.

Powyższe wyszczególnione czynniki należy traktować jako element hipotezy ewentualnej przyczyny choroby. Nie jest możliwe jednoznaczne stwierdzenie przyczyn powstania schizofrenii. Wyszczególnione przykłady mogą posłużyć jako obszary do naszej obserwacji.

W stronę stabilizacji. O procesie zdrowienia

Terapia osób doświadczających schizofrenii to działania ukierunkowane zarówno na leczenie zaostrzeń choroby w przypadku występowania objawów. Drugim elementem leczenia jest zapobieganie nawrotom. Proponowane leczenie powinno mieć charakter kompleksowy, w celu zwiększenia skuteczności różnych form leczenia do których zaliczamy: farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukacja, terapia zajęciowa, treningi społeczne oraz inne formy terapii. Kompleksowość podejmowanych oddziaływań leczniczych jest ważna ponieważ działania te wzajemnie się uzupełniają.

30 Opracowane na podstawie: Boban J., Janardhanan C. N., Ganesan V.. Insight in Schizophrenia: Relationship to Positive, Negative and Neurocognitive Dimensions. Indian J Psychol Med. 2015 Jan-Mar; 37(1): 5–11.

Farmakoterapia jest podstawową formą oddziaływania leczniczego. Ważne jest regularne przyjmowanie leków, często stanowi to duże wyzwanie w procesie leczenia, dlatego kluczowa jest nie tylko współpraca lekarza i pracowników medycznych z pacjentem, ale także zaangażowanie rodziny, opiekunów, bliskich pacjenta. Często w przypadku braku systematyczności w leczeniu lub przy odstawieniu leczenia, kiedy na przykład pacjent uważa, że czuje się dobrze lub dokonuje zmiany dawki bez konsultacji z lekarzem, pojawiają się nawroty choroby, a ich częste występowanie wymaga hospitalizacji. W przypadku pojawienia się nagłych, ostrych objawów psychotycznych czy nasilenia objawów chorobowych, pacjent powinien być skierowany do szpitala, aby otrzymać tam specjalistyczną pomoc. Osoby chorujące najczęściej jednak są leczone w systemie ambulatoryjnym lub w zespole leczenia środowiskowego. Leczenie może być także prowadzone w szpitalach w ramach oddziałów dziennych lub stacjonarnych rehabilitacji psychiatrycznej. Proces terapii zazwyczaj trwa u pacjentów przez całe życie. W procesie tym największy nacisk kładziony jest na różne formy treningów społecznych pomagających funkcjonowaniu społecznym i zawodowym pacjenta. Ważną rolę odgrywa tu psychoedukacja, w ramach której pacjent uczy się funkcjonować z chorobą oraz poznaje i uczy się obserwować i oddzielać się od objawów choroby. Działanie psychoedukacji to również poznawanie zasad i norm funkcjonowania życia społecznego i zawodowego. W trakcie psychoedukacji i treningów funkcjonowania pacjenci uczą się planowania dnia oraz czynności życia codziennego. Kolejnym ważnym oddziaływaniem jest profesjonalny proces psychoterapii. Jest to bardzo ważne działanie, które pomaga poznać siebie, bezpiecznie przepracować minione doświadczenia oraz zrozumieć siebie i swoją chorobę. Relacja

psychoterapeutyczna służy również do tego, żeby nauczyć się bezpiecznie wchodzić w kontakty międzyludzkie z zachowaniem swoich granic i potrzeb. Psychoterapia to również czas i przestrzeń do tego, żeby móc zrozumieć i zaakceptować chorobę. Psychoterapia to nie tylko oddziaływania na pacjenta, ale również ta forma dedykowana jest rodzinom i bliskim pacjenta. Odbywa się ona zarówno indywidualnie jak i grupowo. Forma grupowa pozwala poznać i zobaczyć sposoby radzenia sobie innych osób wobec choroby.

Ciąg dalszy historii Anny. Wracając do siebie, wracając do rzeczywistości

Mam w życiu szczęście, koleżanka z pracy, była w tym okropnym czasie moim aniołem. Dziś z perspektywy czasu widzę jak ważne jest wsparcie innych. Wiem, że choroba powoduje to, że trudno zaufać innym, ja miałam inaczej. Bałam się, ale mimo to zaufałam koleżance, lekarzowi w szpitalu. Dzięki temu zaakceptowałam moją sytuację i poddałam się leczeniu, pobyt w szpitalu wydawał się mi wiecznością. Byłam w nim 8 dni, a czułam jakby to było całe życie, w otoczeniu „zombi”. Widok innych pacjentów pozostał mi do dzisiaj, było to przerażające, nie wiedziałam co jest tym osobom, ale od razu rozumiałam, że chcę się leczyć, żeby nie dopuścić do takiej sytuacji. W trakcie pobytu w szpitalu włączyli mi farmakoterapię, czułam jak mnie to wycisza zabierając objawy a dając w zamian senność i brak sił. Po wyjściu ze szpitala i otrzymaniu diagnozy „schizofreniczka”, uczyłam się życia na nowo. Pierwszym elementem była ta niemoc, senność i brak motywacji do działania. Koleżanka z pracy przyniosła mi książkę „Schizofrenia”, dzięki niej zobaczyłam, że objawów tych doświadczają również inni i co najważniejsze

przeczytałam, co zrobić. Nie było to proste by wcielić w życie aktywność i wprowadzić bezpieczne zasady jak: sen, pobudka, toaleta, spacer, aktywność społeczna itp. W wypisie zarekomendowano mi podjęcie terapii, wiedziałam że jest to potrzebny krok, nie miałam zbyt wielu znajomych, z którymi mogłam podzielić się problemami czy lękami związanymi z chorobą. Dzięki temu, że odważyłam się zrobić ten krok zobaczyłam jak bardzo jestem niepokodzona z chorobą ile mam w sobie żalu, dla czego ja. Ważny dla mnie był ten czas kiedy dzięki terapeutcie zobaczyłam, że to nie moja wina, że nic nie zrobiłam żeby przyczynić się do zachorowania. Poczułam ulgę i rozpoczęło to naukę życia ze schizofrenią, najpierw poznałam jej objawy i to jak mogę sobie z nimi radzić by nie dawać im władzy nade mną. Długo bym mogła opisywać drogę zdrowienia, ale chcę powiedzieć to co jest dla mnie najważniejsze. Psychoterapeuta traktował mnie z szacunkiem i pokazywał mi, że jestem ważna. To doświadczenie było dla mnie najtrudniejsze, poczułam że nigdy nikt mnie tak dobrze nie traktował, nawet ja sama byłam dla siebie surowa i nieczuła. Zrozumiałam, że też mam wpływ na to co się dzieje dookoła mnie, że jeśli potrzebuję innych ludzi to muszę do nich wyjść i próbować z nimi być. Nagle zobaczyłam, że są dookoła mnie osoby, które nie chcą mnie skrzywdzić, które chcą mi pomóc. Zobaczyłam też to, że nie jestem sama jedna na świecie ze schizofrenią, i że są też inni, którzy mają podobne objawy i tu pojawiła się nadzieja na wyleczenie i na to, że wrócę kiedyś do pracy.

Zdrowie psychiczne – zasady pomagające w utrzymaniu dobrostanu psychicznego

Dobrostan psychiczny to stan, do którego dąży każdy człowiek. Dokoła nas pojawia się mnóstwo poradników, gotowych recept, mających doprowadzić nas do jego utrzymania. Każdy z nas sam szuka swojej własnej drogi do tego stanu. Czasami pomocne mogą stać się wskazówki wypracowane przez innych lecz warto, tu podkreślić, że my sami najlepiej znamy własne potrzeby i pragnienia. Zdrowie psychiczne to stan, który objawia się chęcią do życia, do aktywności społecznej, zawodowej oraz potrzebą nawiązywania dobrych relacji interpersonalnych i realizacji własnych potrzeb i pragnień. WHO definiuje zdrowie psychiczne jako stan, w którym człowiek jest zdolny do satysfakcjonującego uczestnictwa w życiu społecznym, potrafi nawiązywać i utrzymywać relacje z innymi oraz być dla siebie ważnym.

Jak zatem możemy dbać i budować swoje zdrowie psychiczne? Poniżej przedstawiamy wypracowane zasady, które są wskazówkami, inspiracją do budowania własnego dobrostanu. Pamiętaj, że nie musisz wcielać ich wszystkich w życie, czasami nie ma na nie przestrzeni w aktualnej sytuacji. Może, poczujesz, że któryś punkt jest dla Ciebie kierunkiem zmiany i postarasz się go wcielić w życie. Niech zakończenie naszej książki stanie się dla Ciebie inspiracją.

Znajdź dla siebie przestrzeń, odkryj swoje zainteresowania. Poszukaj miejsca, które pomoże Ci być dla siebie dobrym(a). Samodzielnie lub z pomocą innych postaraj się uczestniczyć w życiu społecznym. Warto pamiętać, że życie to nie tylko cele, wyniki, ale też czas na drobne

przyjemności oraz pasje. Jeżeli lubisz śpiewać czy tańczyć, zacznij to robić dla siebie, traktuj się wyjątkowo.

Nie bój się mówić o tym, co czujesz. Ile razy mówisz sobie lub innym o tym, co czujesz? Staraj się trenować nazywanie i okazywanie emocji, możesz zacząć choćby teraz, spisując na kartce te, których właśnie doświadczasz. Możesz też skorzystać z pomocy psychoterapeuty lub licznych telefonów zaufania i uwolnić od nadmiaru emocji swoje ciało. Nieokazywanie tego, co czujesz, prowadzi do niekontrolowanych wybuchów emocjonalnych, a nawet chorób. Mówienie o tym, co czujemy i okazywanie tego daje nam wolność i siłę.

Postaraj się zbudować dobrą przestrzeń z innymi. Otaczaj się ludźmi, przy których czujesz się bezpiecznie i komfortowo. Nie bój się mówić o swoich granicach, bądź dla siebie dobry(a), mów, co czujesz i czego potrzebujesz. Pamiętaj, nie musisz zgadzać się na wszystko – jeżeli coś Ci nie odpowiada, bądź wierny(a) sobie.

Akceptuj siebie i bądź dla siebie ważny(a). Stan akceptacji i uznania swojej ważności przed samym(a) sobą jest podstawą zdrowia psychicznego. Przez całe życie łakniemy takich potwierdzeń od innych osób, zapominając, że sami mamy przyjąć siebie takimi, jacy jesteśmy. Dawaj sobie prawo do błędów i szukania rozwiązań. Stwarzaj sobie przestrzeń, w której będziesz mógł(ogła) siebie słyszeć i widzieć. Słuchaj intuicji, realizuj swoje potrzeby.

Praktykuj bycie tu i teraz. Często zachowujemy się i reagujemy automatycznie. A przecież każdego dnia mamy wybór, czy będziemy żyć świadomie, czy na autopilocie. Zatrzymaj się na chwilę i zauważ, co czujesz, rozejrzyj się dokoła, zobacz, co Cię otacza: jaki ma zapach, kolor czy temperaturę. Szukaj przestrzeni, w której będziesz mógł(ogła) pobyc w tu i teraz, bez wybiegania myślami do przodu czy w przeszłość. Pytaj siebie, co czujesz dziś, czego potrzebujesz, i daj sobie prawo do życia w teraźniejszości.

Buduj wspierającą relację ze swoim ciałem. Bądź dla niego dobrym rodzicem – słuchaj potrzeb, zwracaj uwagę na trudności, szukaj pomocy, kiedy czujesz ból lub niedomogasz. Zdrowie psychiczne idzie w parze z fizycznym. Traktuj swoje ciało z szacunkiem i troską, nie odrzucaj go i nie krytykuj. Obsypuj je prezentami w postaci sportu, spacerów czy innych aktywności, które lubisz. Pamiętaj też o piciu wody i zdrowym jedzeniu.

Otwórz się na ludzi i proś o pomoc. Często żyjemy w biegu, mijając się z innymi. Chwila zatrzymania pozwala nam odkryć wyjątkowość drugiego człowieka, a wraz z nim nowy świat. Dobre relacje pozwalają nam budować naturalne grupy wsparcia społecznego. Oczywiście wymaga to od nas przełamania się i wyjścia z inicjatywą. Pomaganie sobie wzajemnie jest naturalnym elementem naszego życia i realizacją potrzeby bliskości, poczucia się ważnym dla innych. Poszukaj wsparcia u specjalistów, którzy pomogą w związanych z tym trudnościach. Gdy chorujemy fizycznie, idziemy do lekarza, zatem gdy doświadczamy kryzysu zawodowego, rodzinnego czy w relacji ze sobą, też szukajmy wsparcia – u psychoterapeuty.

Znajdź swój sposób na stres. Mogą to być ćwiczenia oddechowe, fizyczne czy rozmowa z bliską osobą. Dbając o zdrowie psychiczne, pielęgnuj przestrzeń, w której możesz uwalniać napięcia i zdenerwowanie w sposób zdrowy i bezpieczny. Kumulowanie stresu w ciele doprowadza do wielu chorób.

Spędzaj czas, otaczając się naturą. Przyroda koi nasze nerwy, dodaje energii i wigoru. Korzystaj z otaczającego Cię świata, który poprawia zdrowie fizyczne i psychiczne. W miarę możliwości wracaj do działań, które sprawiały Ci radość, gdy byłeś(łaś) dzieckiem – w każdym z nas ono nadal żyje i prosi o uwagę. Jeśli możesz, postaraj się побыć w otoczeniu dzieci lub zwierząt, by obserwować ich spontaniczność, ufność. Ty też staraj się ją w sobie pielęgnować.

BĄDŹ SOBĄ I PAMIĘTAJ O SOBIE, KOCHAJ SIEBIE. Pozwalaj sobie na autentyczność, na swobodny przepływ myśli i emocji. Pamiętaj o byciu i rozmowie ze sobą, dbaj o czas dla siebie, w którym będziesz mógł(ogła) poświęcać sobie uwagę – może to być pisanie pamiętnika, listu do siebie czy medytacja albo po prostu czas słuchania własnych myśli. Pozwalaj sobie na wszystkie emocje: radość, smutek, lęk, złość... Nie ograniczaj się w tym zakresie w żaden sposób. Każdy z nas ma prawo do bycia sobą, jeśli tylko nie krzywdzi w tym innych. Nasza indywidualność jest bezcenna, pielęgnuj ten skarb i pamiętaj, że tylko Ty wiesz, co jest dla Ciebie ważne³¹.

31 Opracowane na podstawie: Rejent T. RAZEM PO SIŁĘ. Poradnik, jak dbać o dobrostan psychiczny. Wydawnictwo Książka i Wiedza.

Powyższe zasady, wskazówki mogą stać się dla nas inspiracją do stawania się lepszym dla samego siebie. Jest to proces, który trwa całe życie. Czasami na drodze pojawiają się problemy, z którymi nie musisz być sam. Jeśli coś zaczyna niepokoić cię w twoim odczuwaniu, przeżywaniu, myślach czy zachowaniu, a może sytuacja czy wydarzenie cię przerastają i czujesz się w tym wszystkim samotnie, nie bój się prosić i szukać pomoc zarówno wśród bliskich jak i profesjonalistów. Szukanie i proszenie o pomoc nie jest przejawem słabości, lecz oznaką siły i miłości do siebie samego. Warto pamiętać o tym, że jeśli któryś z aspektów zdrowia psychicznego szwankuje, to jest to pierwszy sygnał by zrobić krok w celu poprawy swojego komfortu życia. Problemy, które zaczynamy dostrzegać stają się często początkiem ważnych zmian. Wymaga dużej odwagi, żeby spotkać się z sobą samym i swoimi trudnościami.

Gdzie szukać pomocy
w razie kryzysu czy choroby

Zdarzenia dnia codziennego potrafią przytłoczyć niejednego, dotychczas dobrze funkcjonującego człowieka, sprawić, że jego umysł zaczyna zaprzętać negatywne myśli dotyczące jego samego, świata i przyszłości jaka go czeka. Z uwagi na rosnące tempo życia, odczuwany przez wiele osób przymus ciągłego rozwijania swoich kompetencji społecznych jak i zawodowych, czy też zwiększające się wymagania środowiskowe, zaburzenia psychiczne i kryzysy rozwojowe dotyczą coraz większą liczbę osób. Choroba psychiczna, która może dotknąć każdego z nas, niezależnie od naszego statusu społecznego, wieku, wyznania, rasy czy orientacji seksualnej, kładzie się cieniem na wszystkich sferach życia człowieka.

Co jednak bardzo ważne, stale zwiększająca się częstotliwość rozpoznawania tych trudności w gabinetach psychoterapeutów, psychologów i psychiatrów może być rozpatrywana w sposób pozytywny. Oznacza to, że w społeczeństwie rośnie świadomość tego, jak ważne jest dbanie o swoje zdrowie psychiczne. Uczęszczanie na terapię przestaje być tematem tabu, a staje się ważnym elementem podwyższenia poziomu jakości życia.

Należy pamiętać, że nikt nie musi pozostać ze swoją chorobą sam, a trudności, które dotychczas wydawały się być nie do pokonania, błedną w świetle pomocy jaką możemy otrzymać od innych ludzi.

Ludzie przywracający nadzieję w trudnych momentach życia o których mowa, to nie tylko nasi bliscy- rodzina czy przyjaciele, ale także specjaliści działający w różnego rodzaju placówkach, w których prowadzone są działania mające na celu pomoc ludziom w odzyskaniu równowagi psychicznej i zdrowia.

Rozdział ten został poświęcony opisowi miejsc i osób świadczących pomoc w przypadku kryzysów i chorób psychicznych wraz z bazą przykładowych placówek w których tę pomoc można otrzymać. Co ważne, to tylko niektóre z nich. Jeżeli nie znajdujesz tu odpowiedniej dla siebie, zadzwoń do nas pod numer telefonu zaufania. Obecnie baza miejsc świadczących bezpłatną pomoc jest długa: szpitale, ośrodki zdrowia, poradnie zdrowia psychicznego, ośrodki pomocy społecznej, organizacje pozarządowe, ośrodki uzależnień i współuzależnień, ośrodki interwencji kryzysowej, punkty informacyjno-konsultacyjne, ośrodki opiekuńcze itp.

Geriatra – jest lekarzem medycyny zajmującym się leczeniem osób w wieku podeszłym. Odpowiada za diagnostykę, profilaktykę geriatryczną i koordynację leczenia farmakologicznego u seniorów doświadczających wielochorobowości. Geriatra podpowie, jak spowolnić i opóźnić proces starzenia oraz zwiększyć samodzielność.

Psychiatra – jest specjalistą zajmującym się zdrowiem psychicznym, diagnostyką i leczeniem zaburzeń. Odpowiada za farmakoterapię, a także psychoterapię, dobiera formę leczenia w zależności od stanu zdrowia pacjenta. Leczenie odbywa się w formie cyklicznych spotkań w poradni lub szpitalu.

Psycholog – zadaniem tego specjalisty jest pomoc w kryzysowych sytuacjach, trudnych relacjach, stanach choroby, trudnościach sytuacyjnych itp. Psycholog stawia diagnozy i poszukuje rozwiązań dla trudności, z którymi mierzy się pacjent. Spotkania polegają głównie na rozmowie dającej wsparcie.

Psychoterapeuta – specjalista, który ukończył szkolenie lub jest aktualnie w jego trakcie, w wybranym przez siebie nurcie terapeutycznym, prowadzone przez szkołę psychoterapii. Psychoterapeuta posiada uprawnienia do prowadzenia psychoterapii. Psychoterapia polega m.in. na pomocy w pozbyciu się objawów zaburzeń psychicznych w celu powrotu do optymalnego stanu funkcjonowania.

Pracownik socjalny – specjalizuje się w udzielaniu pomocy i wsparcia osobom w trudnej sytuacji życiowej, np. gdy brakuje im podstawowych środków i warunków do przetrwania. Rozwiązuje przyczyny problemów bytowych, udziela pomocy materialnej i wsparcia psychologicznego oraz uczy samodzielnego rozwiązywania problemów.

Terapeuta zajęciowy – jest specjalistą, w którego zakresie obowiązków leży prowadzenie terapii np. za pomocą ćwiczeń rehabilitacyjnych, które mają na celu zapobieganie występowania chorób lub mają umożliwić szybszy powrót do zdrowia osobom po ich przebyciu. Terapeuta zajęciowy dobiera działania terapeutyczne w sposób, dzięki któremu ma poprawić się stan fizyczny i psychiczny pacjenta.

Centrum mediacji – to miejsca w których możemy uzyskać pomoc specjalistów w zakresie prowadzenia mediacji, czyli sposobu rozwiązywania konfliktów, w czasie której osoba neutralna-mediator jest obecny w procesie prowadzącym do zawarcia porozumienia i zażegnania sporu między stronami konfliktu. Mediacje najczęściej prowadzone są w przypadkach rozwodów i w sprawach o ustalenie opieki nad dziećmi.

Centrum pomocy rodzinie – placówki te mają rozwiązywać problemy społeczne jakie występują wśród osób chorujących, dzieci, rodzin, osób niepełnosprawnych czy seniorów, ponadto centra pomocy rodzinie prowadzą ośrodki adopcyjno-opiekuńcze i placówki opiekuńczo-wychowawcze dla dzieci i młodzieży.

Domy pomocy społecznej – to placówki przeznaczone dla osób, które z powodu swojej choroby, wieku, czy też stopnia niepełnosprawności nie są w stanie w sposób samodzielny funkcjonować w środowisku. Domy pomocy

społecznej zapewniają całodobową opiekę chorej osobie, odpowiednie warunki bytowe jak i również dostęp do wymaganych terapii zajęciowych.

Fundacje, kluby samopomocy, stowarzyszenia i towarzystwa- to instytucje w których osoby doświadczające kryzysów psychicznych mogą uzyskać pomoc psychologiczną, czy też wziąć udział w ciekawych warsztatach aktywizujących, rozwojowych i terapiach zajęciowych, dzięki czemu możemy dodatkowo rozwinąć nasze życie społeczne oraz w I ciekawy i aktywny sposób spędzić wolny czas, co wspomaga samodzielne funkcjonowanie w środowisku i zapobiega wykluczeniu społecznemu.

Ośrodek interwencji kryzysowej- to miejsca w których możemy m.in. uzyskać bezpłatną pomoc psychologiczną, prawną czy socjalną w czasie wystąpienia w naszym życiu kryzysowych sytuacji, takich jak myśli samobójcze, żałoba po stracie bliskiej osoby, czy wykorzystanie seksualne. Interwencja kryzysowa ma na celu pomoc w odzyskaniu równowagi psychicznej, która została zaburzona przez wystąpienie kryzysowej sytuacji.

Ośrodek pomocy społecznej- zadaniem ośrodków pomocy społecznej jest pomoc osobom indywidualnym i rodzinom, które w wyniku pewnych zdarzeń losowych, nie są w stanie we własnym zakresie poradzić sobie z różnego rodzaju kryzysowymi sytuacjami życiowymi. Pomoc udzielana w ośrodkach pomocy społecznej, ma zmierzać do umożliwienia im łatwiejszego i szybszego powrotu do samodzielnego funkcjonowania. Ośrodki pomocy społecznej udzielają wsparcia socjalnego czy psychologicznego, a za ich pomocą możemy również złożyć wniosek o skierowanie do Środowiskowego Domu Pomocy.

Punkt informacyjno-konsultacyjny- ich zadaniem jest udzielanie darmowych porad psychologicznych, prawnych czy socjalnych, a także na temat profilaktyki HIV/AIDS. W placówkach tych prowadzone są działania informacyjne i edukacyjne. Do miejsc tych zgłaszać się mogą osoby w kryzysach psychicznych, uzależnione lub współuzależnione i doświadczające przemocy.

Środowiskowe domy samopomocy- rolą tych ośrodków wsparcia jest pomoc w zapewnieniu ich pacjentom możliwości funkcjonowania w społeczeństwie. Środowiskowe domy samopomocy stworzone zostały dla osób cierpiących na przewlekłe choroby psychiczne oraz dla osób z niepełnosprawnościami intelektualnymi. Osobom przebywającym w domach samopomocy świadczona jest pomoc w zakresie m.in. poradnictwa psychologicznego, treningu umiejętności interpersonalnych, czy też zajmowania się sprawami urzędowymi. Środowiskowe domy samopomocy dzielą się na trzy typy:

- Typ A- dla osób przewlekłe chorych psychicznie.
- Typ B- dla osób z niepełnosprawnością intelektualną.
- Typ C- dla osób z innymi przewlekłymi zaburzeniami czynności psychicznych.

Środowiskowe domy samopomocy mogą obejmować swoją opieką podopiecznych z więcej niż jednej kategorii osób doświadczających trudności. W celu chęci zgłoszenia się do ŚDP należy złożyć wniosek oraz inne wymagane dokumenty do najbliższego nam, ze względu na miejsce zamieszkania Ośrodka pomocy społecznej.

Telefony alarmowe – to usługa mająca zapewnić możliwość bezpiecznej i anonimowej rozmowy każdemu kto aktualnie boryka się z życiowymi problemami i kryzysami, szczególnie gdy brakuje mu wsparcia społecznego. Specjaliści pracujący w telefonach zaufania w życzliwy i empatyczny sposób wysłuchają każdego kto do nich zadzwoni i udzielą porad psychologicznych. W Polsce funkcjonuje duża liczba telefonów zaufania, przeznaczonych dla osób z wieloma problemami, istnieją m.in telefony zaufania dla osób z uzależnieniami, osób doświadczających przemocy lub kryzysów psychicznych.

Telefon zaufania

Fundacja Pomocy Psychologicznej i Edukacji Społecznej RAZEM

RAZEM PO SIŁĘ telefon zaufania dla seniorów doświadczających kryzysów psychicznych 790 707 760
www.razem-fundacja.org

Fundacja Pomocy Psychologicznej i Edukacji Społecznej RAZEM

Razem po zdrowe nawyki telefon zaufania dla osób doświadczających alkoholizmu w rodzinie.
 733 563 311 www.razem-fundacja.org

Telefon zaufania dla osób z uzależnieniami behawioralnymi

Konsultacje telefoniczne prowadzą specjaliści IPZ PTP.

czynny codziennie, także w weekendy, w godz. 17–22

tel. 801 889 880

Polskie Towarzystwo Pomocy Telefonicznej

Dla osób z problemem alkoholowym od poniedziałku do piątku w godz. 15–20
 tel. 22 842 26 00

ePoradnia Psychologiczna

Oferta Poradni kierowana jest do osób

dorosłych w kryzysie emocjonalnym, potrzebujących wsparcia i porady psychologicznej.

tel. 116 123

Warszawska „Niebieska Linia” – przeciwko przemocy

pomoc psychospołeczna i prawna w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie
 tel. 22 668 70 00

Warszawskie Towarzystwo Rodzin i Przyjaciół Dzieci Uzależnionych „Powrót z U”

telefon zaufania dla rodzin z problemem uzależnienia

czynny w dni powszednie w godz. 10–20, w soboty w godz. 10–15

tel. 22 844 44 70

Bezpłatny telefon zaufania dla dzieci i młodzieży

tel. 116 111

Ogólnopolski Telefon Zaufania Narkotyki — Narkomania

czynny codziennie w godz. 16–21

tel. 801 199 990

Antydepresyjny Telefon Zaufania Fundacji Itaka

czynny w poniedziałki i czwartki w godz. 17–20

Przy telefonie dyżurują lekarze psychiatry – specjaliści od leczenia depresji.

Udzielają porad, wspierają chorych i ich rodziny.

Nie stawiają diagnozy, nie leczą – nie da się tego zrobić przez telefon.

e-mail: porady@stopdepresji.pl

Policyjny telefon ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie

tel. 800 120 226

tel. 22 484 88 01

AA Infolinia

tel. 801 033 242

Bezpłatna linia wsparcia dla osób po stracie bliskich

czynna od poniedziałku do piątku w godz. 14–20

tel. 0 800 108 108

Całodobowy telefon interwencyjny dla kobiet doświadczających przemocy

tel. 600 070 717

Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie Instytutu Psychologii Zdrowia

Polskiego Towarzystwa Psychologicznego

tel. 22 668 70 00

Telefon zaufania Fundacji „Znajdź Pomoc” dla osób, które odczuwają stres i niepokój wywołany sytuacją związaną z koronawirusem

tel. 800 220 280

Fundacja Nagle Sami (bezpłatna linia wsparcia dla osób po stracie bliskich)

tel. 0 800 108 108

Telefon Zaufania Lambda dla osób LGBT+ oraz ich rodzin i bliskich

tel. 22 628 52 22

Telefon zaufania dla chorych na raka i opiekunów

tel. 800 080 164

Telefon interwencyjny dla osób w trudnej sytuacji życiowej (w tym osób myślących o samobójstwie)

tel. 514 202 619

Telefon zaufania dla seniorów i ich bliskich „Nie jesteś sam”

tel. 0 800 171 800

Grupa wsparcia Anonimowych

Seksoholiców

tel. 798 056 677 (dla mężczyzn); 534 124 748 (dla kobiet)

Centrum Wsparcia dla Osób Dorosłych w Kryzysie Psychicznym

tel. 800 702 222

Telefon zaufania dla osób starszych

tel. 22 635 09 54

Ogólnopolski Telefon Dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”

tel. 800 120 002 telefon całodobowy

Warszawa

Fundacja Pomocy Psychologicznej i Edukacji Społecznej RAZEM

ul. Smolnej 13/402 (IV piętro), Warszawa

tel. 733 563 311 www.razem-fundacja.org

Punkt Informacyjno-Konsultacyjny

1-go Praskiego Pułku 21a, 05-075 Warszawa

tel. 22 773 70 23

Warszawski Ośrodek Interwencji

Kryzysowej

6-go Sierpnia 1/5, 02-843 Warszawa

tel. 22 855 44 32

Ośrodek Pomocy Społecznej Dzielnicy Wola m.st. Warszawy

Bema 91, 01-233 Warszawa

tel. 22 571 50 00

Dom Pomocy Społecznej „Pod Brzozami”

Bohaterów 46/48, 03-007 Warszawa

tel. 22 811 44 85

Szpital Bielański – Oddział Psychiatryczny

Cegłowska 80, 01-809 Warszawa

tel. 22 864 47 46

Punkt Informacyjno-Konsultacyjny

Dzielnicy Włochy m.st. Warszawy

Centralna 25, 02-271 Warszawa

tel. 22 846 82 38

Punkt Informacyjno-Konsultacyjny

Dzielnicy Targówek m.st. Warszawy

Chodecka 2, 03-332 Warszawa

tel. 22 675 33 89

Punkt Informacyjno-Konsultacyjny

Dzielnicy Rembertów m.st. Warszawy

Chruściela 28, 04-404 Warszawa

tel. 22 515 18 43

Ośrodek Pomocy Społecznej Dzielnicy

Ursynów m.st. Warszawy

Cybisa 7, 02-784 Warszawa

tel. 22 544 12 00

Ośrodek Pomocy Społecznej Dzielnicy

Włochy m.st. Warszawy

Czereśniowa 35, 02-457 Warszawa

tel. 22 863 98 37

Ośrodek Mediacji – Warszawska Grupa Psychologiczna

Czerska 18, 00-732 Warszawa
tel. 22 402 88 89

Ośrodek Interwencji Kryzysowej Urząd m.st. Warszawy

Dalibora 1, 01-439 Warszawa
tel. 22 837 55 59

Ośrodek Pomocy Społecznej Dzielnicy Żoliborz m.st. Warszawy

Dembińskiego 3, 01-644 Warszawa
tel. 22 569 28 00

Punkt Informacyjno-Konsultacyjny Dzielnicy Warszawa Ursynów

Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa
tel. 22 443 75 44

Samodzielny Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Psychiatrycznej

Opieki Zdrowotnej w Warszawie – Poradnia Seksuologiczna i Patologii Współżycia

Dolna 42, 00-744 Warszawa
tel. 22 841 26 13

Ośrodek Pomocy Społecznej Dzielnicy Mokotów m.st. Warszawy

Falecka 10, 02-545 Warszawa
tel. 22 849 44 66

Punkt Informacyjno-Konsultacyjny Dzielnicy Wilanów m.st. Warszawy

Klimczaka 4, 02-954 Warszawa
tel. 22 443 50 79

Punkt Informacyjno-Konsultacyjny Dzielnicy Ochota m.st. Warszawy

Białobrzaska 32, 02-341 Warszawa
tel. 22 822 56 92

Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Praga Południe – Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dorosłych

Gruzińska 6, 03-902 Warszawa
tel. 22 617 56 82

Punkt Informacyjno-Konsultacyjny w Dzielnicy Praga-Północ m.st. Warszawy

Jagiellońska 60, 03-468 Warszawa
tel. 22 741 38 10

Szpital Kliniczny im. Ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie – Poradnia Zdrowia Psychicznego

Karowa 2, 00-315 Warszawa
tel. 22 596 61 00

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Oddział Psychosomatyczny – Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej

Kasprzaka 17, 01-211 Warszawa
tel. 22 389 47 00

Dom Pomocy Społecznej im. Stanisława Broniewskiego „Orszy” w Wesolej

Kilińskiego 10/12, 05-075 Warszawa
tel. 22 773 91 62

Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Warszawie sp. z o.o. Bródnowskie Centrum Specjalistyczne

Kondratowicza 8, 03-242 Warszawa
tel. 22 326 52 26

Dom Pomocy Społecznej „Chemicz”

Korotyńskiego 10, 02-121 Warszawa
tel. 22 823 50 12

Punkt Informacyjno-Konsultacyjny Dzielnicy Targówek m.st. Warszawy

Świętego Wincentego 87, 03-291 Warszawa
tel. 22 443 87 32

Ośrodek Pomocy Społecznej Dzielnicy Białoleka m.st. Warszawy

Marywilska 44c, 03-042 Warszawa
tel. 22 300 20 40

Punkt Informacyjno-Konsultacyjny Dzielnicy Żoliborz m.st. Warszawy

Gdańska 4, 01-691 Warszawa
tel. 22 403 40 16

Punkt Informacyjno-Konsultacyjny dla Dzielnicy Białoleka m.st. Warszawy

Marywilska 44c, 03-042 Warszawa
tel. 22 300 47 35

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu – Poradnia Psychologiczna

Mochackiego 10, 02-042 Warszawa
tel. 22 234 53 37

Punkt Informacyjno-Konsultacyjny Dzielnicy Bielany m.st. Warszawy

Żeromskiego 29, 01-882 Warszawa
tel. 22 373 31 80

Samodzielny Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Psychiatrycznej

Opieki Zdrowotnej w Warszawie

Nowowiejska 27, 00-665 Warszawa
tel. 22 825 15 66

Punkt Informacyjno-Konsultacyjny w Dzielnicy Ursus

Sosnkowskiego 16, 02-495 Warszawa
tel. 22 443 62 43

Ośrodek Pomocy Społecznej Dzielnicy Ursus m.st. Warszawy

plac Czerwca 1976 r. 1, 02-495 Warszawa
tel. 22 277 34 40

**Ośrodek Pomocy Społecznej Dzielnicy
Rembertów m.st. Warszawy**

Plutonowych 10, 04-404 Warszawa
tel. 22 673 54 12

Dom Pomocy Społecznej „Na Przedwiośniu”

Przedwiośnie 1, 04-748 Warszawa
tel. 22 815 20 50

**Ośrodek Pomocy Społecznej Dzielnicy
Ochota m.st. Warszawy**

Przemyska 11, 02-361 Warszawa
tel. 228 22 11 24

Centrum Medyczne VOLTA

Poradnia Terapii Uzależnień
Żelazna 76A, 00-894 Warszawa
tel. 22 490 55 55

**Centrum Odwykowe SPZOZ – Ośrodek
Zdrowia Psychicznego i Odwykowego (d.
„PETRA”)**

Poradnia Terapii Uzależnienia i
Współuzależnienia od Alkoholu
Al. Jerozolimskie 47 m. 3, 00-697 Warszawa
tel. 022 629 25 85

Grupa Medyczna VERTIMED

Poradnie Leczenia Uzależnień
Bronikowskiego 55, 02-796 Warszawa
tel. 22 405 63 75

**Instytut Psychiatrii i Neurologii – Zespół
Profilaktyki i Leczenia Uzależnień**

Dzienny Oddział Terapii Uzależnień
Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa
tel. 22 651 93 18

**Instytut Psychiatrii i Neurologii Zespół
Profilaktyki i Leczenia Uzależnień**

Całodobowy Oddział Terapii Uzależnień
Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa
tel. 22 651 93 18

**Instytut Psychiatrii i Neurologii Zespół
Profilaktyki i Leczenia Uzależnień**

Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów
Abstynencyjnych
Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa
tel. 22 458 27 53

NZOZ Centrum Medyczne MediCenter

Poradnia Leczenia Uzależnienia od Alkoholu i
Współuzależnienia
Wołoska 88, 02-507 Warszawa
tel. 22 379 21 62

NZOZ Ośrodek Pomocy Zdrowiu

Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i
Współuzależnienia
Bellottiego 1, 01-022 Warszawa
tel. 22 838 86 30

Poradnia Profilaktyczno-Rehabilitacyjna

Poradnia Terapii Uzależnienia i
Współuzależnienia od Alkoholu
Radzyńska 129E, 03-560 Warszawa
tel. 609 622 500; 22 844 44 30

SP ZOZ Centrum Odwykowe

Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia od
Alkoholu
Władysława Łokietka 11, 03-590 Warszawa
tel. 22 679 21 45

SP ZOZ Centrum Odwykowe

Poradnia Odwykowa
Zgierska 18a, 03-934 Warszawa
tel. 22 813 27 65

SP ZOZ Warszawa Wola – Śródmieście

Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i
Współuzależnienia
Mariańska 1, 01-123 Warszawa
tel. 22 628 37 46

SP ZOZ Warszawa-Ursynów

Poradnia Terapii Uzależnienia i
Współuzależnienia od Alkoholu
Zamiany 13, 02-786 Warszawa
tel. 22 648 66 57

Specjalistyczna Przychodnia Lekarska

VITAMED sp. z o.o.

Poradnia Terapii Uzależnień
Wileńska 18, 03-416 Warszawa
tel. 22 670 49 25

SPZOZ Centrum Odwykowe

Poradnia Terapii Uzależnienia i
Współuzależnienia od Alkoholu
Jagiellońska 34, 03-719 Warszawa
tel. 22 619 60 65

SPZOZ Mazowiecki Szpital Bródnowski

Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia od
Alkoholu
Kondratowicza 8, 03-242 Warszawa
tel. 22 326 59 40; 22 326 54 45

SPZOZ Przychodnia Lekarska WAT

Oddział Dzienny Odwykowy
Kartezjusza 2, 01-480 Warszawa
tel. 882 096 724, 261 83 82 15

SPZOZ Szpital Wolski

Poradnia Leczenia Uzależnień i
Współuzależnień
Kasprzaka 17, 01-211 Warszawa
tel. 22 389 48 80 lub 809

SPZOZ Warszawa Wola-Śródmieście

Przychodnia Terapii Uzależnienia i
Współuzależnienia od Alkoholu
Leszno 17 (d. Elektoralna 26), 00-892

Warszawa
tel. 22 620 35 24

**SPZZLO Warszawa Żoliborz – ZLA
Żoliborza, Bielani i Łomianek – Przychodnia
Żeromskiego**

Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia od
Alkoholu
Żeromskiego 13, 01-887 Warszawa
tel. 22 663 54 39

SPZZLO Warszawa-Żoliborz
Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i
Współuzależnienia
Żeromskiego 13, 01-887 Warszawa
tel. 22 663 54 39

**Stowarzyszenie „Monar” – Izba Chorych w
Warszawie**

Całodobowy Oddział Terapii Uzależnienia od
Alkoholu
Marywilska 44A, 03-042 Warszawa
tel. 22 676 99 97

**Stowarzyszenie „Monar” – Izba Chorych w
Warszawie**

Dzienny Oddział Terapii Uzależnień od
Alkoholu
Marywilska 44A, 03-042 Warszawa
tel. 22 676 99 97

**Stowarzyszenie „Monar” – Izba Chorych w
Warszawie**

Oddział Detoksykacji od Alkoholu
Marywilska 44A, 03-042 Warszawa
tel. 22 676 99 97

**SWZP Zakładów Psychiatrycznej Opieki
Zdrowotnej**

Poradnia Leczenia Osób Uzależnionych od
Alkoholu
Kolska 2/4, 01-045 Warszawa
tel. 22 188 31 50

**SWZP Zakładów Psychiatrycznej Opieki
Zdrowotnej**

Oddział XVIII Leczenia Osób Uzależnionych
od Alkoholu
Kolska 2/4, 01-045 Warszawa
tel. 22 188 31 50

SPZZLO

Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i
Współuzależnienia
Sosnkowskiego 18, 02-495 Warszawa
tel. 22 353 24 16

SPZZLO Warszawa Bemowo-Włochy
Poradnia Terapii Uzależnienia i
Współuzależnień

Cegielniana 8, 02-471 Warszawa
tel. 518 571 803

SPZZLO Warszawa Bemowo-Włochy

Poradnia leczenia uzależnienia od alkoholu
M.C. Coopera 5, 01-355 Warszawa
tel. 22 163 40 46

SPZZLO Warszawa Mokotów

Młodzieżowa Poradnia Profilaktyki i Terapii
POZA ILUZJĄ
Dąbrowskiego 75A, 02-586 Warszawa
tel. 22 844 94 61

SPZZLO Warszawa-Mokotów

Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i
Współuzależnienia
Belgijska 4, 02-511 Warszawa
tel. 22 845 46 49

SPZZLO Warszawa-Ochota

Poradnia Terapii Uzależnienia i
Współuzależnienia od Alkoholu wraz z
Poradnią Wczesnej Diagnostyki i Terapii
Zaburzeń FASD
Szczęśliwicka 36, 02-353 Warszawa
tel. 22 592 98 20

SPZZLO Warszawa-Targówek

Poradnia Leczenia Uzależnień
Rembielińska 8, 03-343 Warszawa
tel. 22 674 55 21

SPZZLO Warszawa-Wawer

Przychodnia Rejonowa nr 1 Opieka
Psychiatryczna i Leczenia Uzależnień
Strusia 4/8, 04-564 Warszawa
tel. 22 590 09 70

VICTI NZOZ

Oddział Dzienny
plac Czerwca 1976 nr 3, 02-495 Warszawa
tel. 22 250 08 84

**VICTI, Niepubliczny Zakład Opieki
Zdrowotnej**

Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i
Współuzależnienia
plac Czerwca 1976 nr 3, 02-495 Warszawa
tel. 22 250 08 83

Stowarzyszenie Mali Bracia

ul. Andersa 13, 00-159 Warszawa
tel. 22 635 13 69

**Klub Samopomocy Warszawski Dom Pod
Fontanną**

Adres: ul. Nowolipki 6A, 00 - 153 Warszawa,
tel. 505-923-735, 518-580-898, 508-492-76

Klub Promyk

Bródnowskie Stowarzyszenie Przyjaciół i
Rodzin Osób z Zaburzeniami Psychicznymi

POMOST prowadzi klub dla osób chorujących psychicznie.

Adres: ul. Św. Wincentego 85, 03-291 Warszawa, tel. 22 614 16 49

Klub "JESTEM ZA" - dla osób ze spektrum autyzmu

ul. Marconich 2, 02-954 Warszawa
tel. 691 804 727

Bieleński Środowiskowy Dom Samopomocy Typ A

ul. Grębałowska 14 01-808 Warszawa
Tel. 22 865 15 81

Środowiskowy Dom Samopomocy dla osób psychicznie chorych „Pod Skrzydłami”

ul. Grójecka 109 02-120 Warszawa
Tel. 22 895 27 61

Ciechanowski

CSK MSWiA Poliklinika w Ciechanowie

Poradnia Leczenia Uzależnień
Mickiewicza 8, 06-400 Ciechanów
tel. 23 673 11 45

Specjalistyczny Szpital Wojewódzki

Pododdział Leczenia Uzależnień (Detoksykacja)
Długa 9, 06-400 Ciechanów
tel. 23 672 59 33

Specjalistyczny Szpital Wojewódzki

Poradnia Leczenia Uzależnień
Powstańców Wielkopolskich, 206-400 Ciechanów
tel. 23 673 04 60

Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Powstańców Wielkopolskich 2, 06-400 Ciechanów
tel. 23 673 05 80

Osiedlowy Klub Seniora „BLOKI”

17 Stycznia 49 (dawny budynek Zespołu Placówek Oświatowych), 06-400 Ciechanów
tel. 500 131 532

Klub Seniora Powiatowe Centrum Kultury i Sztuki

Strażacka 5, 06-400 Ciechanów
tel. 23 672 42 96

Towarzystwo Wiedzy Powszechnej Oddział Regionalny w Ciechanowie

Warszawska 10, 06-400 Ciechanów
tel. 23 672 50 07

Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie

Powstańców Wielkopolskich 2, 06-400

Ciechanów

tel. 23 672 31 27

Poradnia geriatryczna

Przychodnia Lekarska VITA-MED
tel. 23 672 32 50; 23 673 22 35

Oddział NFZ Ciechanów

17 Stycznia 7, 06-400 Ciechanów
tel. 23 680 84 22; 23 680 84 46

Środowiskowy Dom Samopomocy dla Osób

Chorych Psychicznie Typu A – Dzienny

Niechodzka 14 f, 06-400 Ciechanów
tel. 23 673 56 38

Środowiskowy Dom Samopomocy „Pomocna Dłoń”

Strażacka 7b, 06-400 Ciechanów
tel. 23 673 64 10

Dom Pomocy Społecznej

Krucza 32, 06-400 Ciechanów
tel. 23 672 33 05

Dom Pomocy Społecznej „Kombatant”

Batalionów Chłopskich 12, 06-400 Ciechanów
tel. 23 672 14 85

MOPS w Ciechanowie, Dzienny Dom Pobytu „Dzienny Dom Seniora”

Sienkiewicza 32d, 06-400 Ciechanów
tel. 23 672 20 91, wew. 15

Garwoliński

SP ZOZ

Poradnia Uzależnień od Alkoholu
Dobra 3LU9, 08-400 Garwolin
tel. 25 682 46 69

NZOZ „Medicus”

Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia
Wojska Polskiego 35, 09-500 Gostynin
tel. 24 235 04 13

Wojewódzki Samodzielny Zespół Publicznych ZOZ

Całodobowy Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu

Zalesie 1, 09-500 Gostynin
tel. 24 236 01 92

SP Szpital Zachodni im. Jana Pawła II

Poradnia Leczenia Uzależnień
Daleka 11, 05-825 Grodzisk Mazowiecki
tel. 22 755 93 04

SPZOZ w Garwolinie

Lubelska 50, 08-400 Garwolin
tel. POZ Staszica 459 599 700

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

Mazowiecka 26, 08-400 Garwolin
tel. 25 682 43 19

Gostyniński**Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Gostyniu**

Wrocławska 250, 63-800 Gostyń
tel. 48 65 572 01 11

e-mail: mgops@gostyn.pl

Dzienny Dom „Senior+” w Gostyniu

Polna 72, 63-800 Gostyń
tel. 65 572 24 27

Wojewódzki Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie – Oddział Psychogeriatry

Zalesie 1, 09-500 Gostynin
tel. 24 236 00 00

Grodziski**Ośrodek Pomocy Społecznej**

11 Listopada 33, 05-825 Grodzisk Mazowiecki
tel. 22 755 51 11; 22 755 58 69; 22 755 61 69

Dom Pomocy Społecznej w Izdebnie – filia w Grodzisku Mazowieckim

Izdebno Kościelne, ul. ks. Oziębłowskiego 20,
05-825 Grodzisk Maz.

tel./fax: (0-22) 734-37-42 (Izdebno Kościelne),
tel./fax: 22 755-64-69

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni Im. Św. Jana Pawła II – Poradnia Zdrowia Psychicznego

Daleka 11, 05-825 Grodzisk Mazowiecki
tel. 22 755 91 28

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Grodzisku Mazowieckim

Daleka 11, 05-825 Grodzisk Mazowiecki
tel. 22 724 15 70

Grójecki**Powiatowe Centrum Medyczne**

Poradnia Leczenia Uzależnień
ks. Piotra Skargi 10, 05-600 Grójec
tel. 48 664 91 73

SP ZOZ Przychodnia Rejonowa

Poradnia Leczenia Uzależnień
Spacerowa 1, 26-420 Nowe Miasto nad Pilicą
tel. 48 674 38 90

Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Grójcu

Al. Niepodległości 6a, 05-600 Grójec
tel. 48 664 36 78

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Grójcu

Laskowa 4a, 05-600 Grójec
tel. 48 664 28 30

Kozienicki**Centrum Leczenia Uzależnień i Pomocy Psychologicznej**

Poradnia Leczenia Uzależnień
Warszawska 13, 26-900 Kozienice
tel. 508 713 094

Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kozienicach

Skłódowskiej-Curie 3, 26-900 Kozienice
tel. 48 614 65 57

Dom Pomocy Społecznej im. Kazimierza Gruszczyńskiej w Kozienicach

Lubelska 50, 26-900 Kozienice
tel. 48 614 32 69

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Głowaczowie

Rynek 35, 26-903 Głowaczów
tel. 48 623 10 51

Legionowski**NZOZ Przychodnia Lekarzy Specjalistów EL-MED**

Poradnia Leczenia Uzależnień
Kraśnińskiego 70, 05-120 Legionowo
tel. 22 784 57 24

ZOZ „Legionowo”

Poradnia Terapii Uzależnienia i
Współuzależnienia od Alkoholu
Sowińskiego 4, 05-120 Legionowo
tel. 22 774 26 34

Ośrodek Pomocy Społecznej w Legionowie

Aleja 3-go Maja 28, 05-120 Legionowo
tel. 22 774 08 66

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Legionowie

Sikorskiego 11, 05-119 Legionowo
tel. 22 764 01 40

Dom Pomocy Społecznej „Kombatant” w Legionowie

Jagiellońska 71, 05-120 Legionowo
tel. 22 766 45 01

**Dom Pomocy Społecznej im. Wandy
Olędzkiej**

Okrzei 5, 05-120 Legionowo
tel. 22 774 55 61

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w
Wieliszewie**

Al. Solidarności 25, 05-135 Wieliszew
tel. 22 782 25 22

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

Podleśna 4a, 05-126 Nieporęt
tel. 22 490 43 41

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w
Jablonnie**

Zegrzyńska 1, 05-110 Jabłonna
tel. 22 782 46 51

Lipski

SP Zespół ZOZ

Oddział Leczenia Uzależnień
Czerwiakowskiego 1, 27-300 Lipsko
tel. 48 378 36 52

SP ZOZ

Poradnia Terapii Uzależnienia i
Współuzależnienia od Alkoholu
J. Śniadeckiego 2, 27-300 Lipsko
tel. 48 378 36 53

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

Czachowskiego 1, 27-310 Ciepeliów
tel. 48 378 80 44

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w
Rzeczniowie**

Rzeczniów 1, 27-353 Rzeczniów
tel. 48 616 70 37

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

Rynek 36/40, 27-350 Sienno
tel. 48 378 60 74

**Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy
Społecznej w Lipsku**

1-go Maja 2, 27-300 Lipsko
tel. 48 378 01 82

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów

**Opieki Zdrowotnej w Lipsku – Oddział
Psychiatryczny dla Przewlekłe Chorych**
Czerwiakowskiego 1, 27-300 Lipsko
tel. 48 378 36 51

Dom Pomocy Społecznej w Lipsku

1-go Maja 79, 27-300 Lipsko
tel. 48 378 23 42

Powiatowy Środowiskowy Dom

Samopomocy

„Słoneczny Dom” w Lipsku ul. Kilińskiego 13
27-300 Lipsko

Tel. 48 378 11 48

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej Solec
nad Wisłą**

Rynek 1, 27-320 Solec nad Wisłą
tel. 48 376 12 66

Łosicki

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w
Sarnakach**

Joselewicza 3, 08-220 Sarnaki
tel. 83 359 92 44

**Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy
Społecznej w Łosicach**

Piłsudskiego 6, 08-200 Łosice
tel. 83 357 37 47

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w
Łosicach**

Narutowicza 6, 08-200 Łosice
tel. 83 359 05 51

Makowski

Ośrodek Pomocy Społecznej w Krasnosielcu

Rynek 4, 06-212 Krasnosielc
tel. 29 717 50 72

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w
Sypniewie**

Ostrołęcka 27, 06-216 Sypniewo
tel. 29 717 74 37

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w
Makowie Mazowieckim**

Polna 1, 06-200 Maków Mazowiecki
tel. 29 717 26 59

**SPZOZ – Zespół Zakładów – Poradnia
Zdrowia Psychicznego**

Witosza 2, 06-200 Maków Mazowiecki
tel. 29 714 23 82

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w
Makowie Mazowieckim**

Duńskiego Czerwonego Krzyża 3, 06-200
Maków Mazowiecki
tel. 29 717 21 87

**Dom Pomocy Społecznej „Dom nad
Zalewem” w Makowie Mazowieckim**

Mazowiecka 2, 06-200 Maków Mazowiecki
tel. 29 717 02 71

Środowiskowy Dom Samopomocy w

Makowie Mazowieckim Typ AB

ul. Duńskiego Czerwonego Krzyża 3A, 06-200
Maków Mazowiecki

Tel. 29 717 32 89

Ośrodek Pomocy Społecznej w Róźnie
plac Obrońców Różana 4, 06-230 Różan
tel. 29 766 91 77

Miński

SPZOZ Przychodnia Lekarska

Poradnia alkoholowa
Kościuszki 9, 05-300 Mińsk Mazowiecki
tel. 25 506 64 19

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
Kościuszki 1, 05-307 Dobrze
tel. 25 757 11 23

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Stanisławowie
Rynek 32, 05-304 Stanisławów
tel. 25 757 58 78

Ośrodek Pomocy Społecznej w Kałuszyń
Wojska Polskiego 20, 05-310 Kałuszyn
tel. 25 757 61 47

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrozech

Armii Krajowej 12, 05-320 Mrozy
tel. 25 757 47 15

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mińsku Mazowieckim
Chelmońskiego 14, 05-300 Mińsk Mazowiecki
tel. 25 758 19 32

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
Konstytucji 3-go Maja 16, 05-300 Mińsk Mazowiecki
tel. 25 756 40 26

Środowiskowy Dom Samopomocy Typ A
ul. Kościelna 18 05-300 Mińsk Mazowiecki
Tel. 25 756 32 06 wew. 21

Mławski

NZO O.T.U i W. Dorota Joanna Regula
Przychodnia Terapii Uzależnień i Współuzależnienia
Lelewela 9, 06-500 Mława
tel. 23 655 28 64

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mławie
Narutowicza 6, 06-500 Mława
tel. 23 654 35 60

Zespół Ośrodków Wsparcia – Ośrodek Interwencji Kryzysowej
Słowackiego 18, 06-500 Mława
tel. 23 654 52 29

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mławie

Reymonta 4, 06-500 Mława
tel. 23 654 43 56

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Wiśniewie

Siedlecka 13, 08-112 Wiśniewo
tel. 25 641 73 13

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Radzanowie

Płocka 32, 09-451 Radzanowo
tel. 24 261 34 24

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
plac Wolności 32, 06-445 Strzegowo
tel. 23 679 42 47

Środowiskowy Dom Samopomocy w Strzegowie

Nowodworski

Nowodworskie Centrum Medyczne
Opieka Psychiatryczna i Leczenie Uzależnień
Paderewskiego 7, 05-100 Nowy Dwór Mazowiecki
tel. 22 775 20 37, wew. 1224

SPZOZ

Poradnia Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia od Alkoholu
Warszawska 52, 05-190 Nasielsk
tel. 23 693 02 50

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Nasielsku

Elektronowa 3, 05-190 Nasielsk
tel. 23 693 30 06

Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowym Dworze Mazowieckim
Partyzantów 7, 05-100 Nowy Dwór Mazowiecki
tel. 22 775 27 30

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Mazowieckim
Chemików 6, 05-100 Nowy Dwór Mazowiecki
tel. 22 365 01 20

Ostrołęcki

NZO Specjalistyczne Centrum Medyczne s.c.

Poradnia Leczenia Uzależnień
Hallera 39, 07-410 Ostrołęka ul. Słowackiego
33 06- 445 Strzegowo
Tel. 23 679 42 84
tel. 29 764 62 77

Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr. J. Psarskiego – Oddział Psychiatryczny

Al. Jana Pawła II 120 A, 07-410 Ostrołęka
tel. 29 765 13 15

Poradnia Leczenia Uzależnień

tel. 29 760 31 99; 29 760 35 30

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Ostrołęce

Gen. Hallera 12, 07-410 Ostrołęka

tel. 29 764 41 30

Ośrodek Interwencji Kryzysowej w Ostrołęce

Kościuszki 24/26, 07-410 Ostrołęka

tel. 29 767 61 94

Dom Pomocy Społecznej w Ostrołęce im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Prymasa Tysiąclecia

Rolna 27, 07-410 Ostrołęka

tel. 29 760 22 80

Środowiskowy Dom Pomocy Społecznej

Sikorskiego 45, 07-410 Ostrołęka

tel. 29 766 41 36

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrołęce

11-go Listopada 68, 07-410 Ostrołęka

tel. 29 764 62 33

Środowiskowy Dom Samopomocy w Ostrołęce

ul. Farna 21 07-410 Ostrołęka filia: ul. Starosty Kosa 12

Tel. 29 764 61 04

Ostrowski

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

Warchalskiego 3, 07-300 Ostrow Mazowiecka

tel. interwencyjny 531 763 763

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

Sikorskiego 5, 07-300 Ostrow Mazowiecka

tel. 29 745 21 91

Otwocki

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Wiązownie

Radiówek 25, 05-462 Wiązowna

tel. 22 780 46 59

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Józefowie

Krótką 6, 23-460 Józefów

tel. 84 687 83 98

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

Chotcza-Józefów 60, 27-312 Chotcza Górna

tel. 48 375 10 32

Dom Pomocy Społecznej

Konopnickiej 15/17, 05-400 Otwock

tel. 22 779 34 03

Ośrodek Pomocy Społecznej w Otwocku

Sosnowa 4, 05-400 Otwock

tel. 22 779 36 92

Centrum Interwencji Kryzysowej „Dom Otwartych Serc”

Kościuszki 73, 05-400 Otwock

tel. 22 779 58 63

Dom Pomocy Społecznej „Wrzos” w Otwocku

Zagłoby 8/10, 05-402 Otwock

tel. 22 779 25 75

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Otwocku

Komunardów 10, 05-402 Otwock

tel. 22 788 40 44

Rodzinne Centrum Zdrowia – Poradnia Psychologiczna

Grunwaldzka 13, 05-402 Otwock

tel. 22 710 18 01

Płocki

„VIDE” Ośrodek Medyczno-Psychologiczny

Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia od Alkoholu

H. Sienkiewicza 11, 09-402 Płock

tel. 24 365 66 55

Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej sp. z o.o.

Poradnia Profilaktyki i Leczenia Uzależnień

Reja 15/3, 09-402 Płock

tel. 24 364 53 70

Szpital Miejski Św. Trójcy

Pododdział Leczenia Alkoholowych Zespołów

Abstynencyjnych

Kościuszki 28, 09-402 Płock

tel. 24 364 52 26

Dom Pomocy Społecznej „Przyjaznych Serc”

Krótką 6a, 09-400 Płock

tel. 24 367 19 04

Ośrodek Interwencji Kryzysowej

Wolskiego 4, 09-400 Płock

tel. 24 364 02 48

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Płocku

Zgliczyńskiego 4, 09-400 Płock

tel. 24 364 02 10

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Płocku

Bielska 57a, 09-400 Płock
tel. 24 267 68 28

Płoński

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Płońsku

19 Stycznia 39, 09-100 Płońsk
tel. 23 662 42 01

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Płońsku

Popiełuszki 14, 09-100 Płońsk
tel. 23 662 75 49

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

Guzikarzy 9, 09-110 Sochocin
tel. 23 661 80 01

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowym Mieście

Apteczna 8, 09-120 Nowe Miasto
tel. 23 661 49 55

Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowym Mieście nad Pilicą
Kozmińskiego 1/2, Nowe Miasto nad Pilicą
tel. 48 674 10 98

Dom Pomocy Społecznej

Ogrodowa 18, 26-420 Nowe Miasto nad Pilicą
tel. 48 674 00 70

Dom Pomocy Społecznej im. Natalii Nitosławskiej

Bielińskiego 26, 26-420 Nowe Miasto nad Pilicą
tel. 48 674 12 14

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Raciążu

11 listopada 20, 09-140 Raciąż
tel. 23 679 10 51

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Raciążu

Wolności 34, 09-140 Raciąż
tel. 23 679 20 07

Pruszkowski

Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia

Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu
Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków
tel. 22 739 10 42
Całodobowy i Dzienny Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu
tel. 22 758 68 09

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Piastowie

Aleja Tysiąclecia 2, 05-820 Piastów
tel. 22 299 71 91

Zespół Ośrodków Wsparcia (Ośrodek Interwencji Kryzysowej, Specjalistyczny Ośrodek Wsparcia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie)

Popiełuszki 24, 05-820 Piastów
tel. 22 753 45 56

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Miejscu Piastowym

Dworska 14, 38-430 Miejsce Piastowe, woj. podkarpackie
tel. 134353957

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

Helenowska 3a, 05-804 Pruszków
tel. 227 28 11 81

Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza – Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych

Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków
tel. 22 739 13 26

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pruszkowie

Drzymały 30, 05-800 Pruszków
tel. 22 738 15 01

Dom Pomocy Społecznej w Pruszkowie

Żbikowska 40, 05-800 Pruszków
tel. 22 758 66 14

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Raszynie

Unii Europejskiej 3, 05-090 Raszyn
tel. 22 102 99 13

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Nadarzynie

Mszczonowska 24, 05-830 Nadarzyn
tel. 22 729 81 73

Środowiskowy Ośrodek Pomocy Społecznej

Kościuszki 4a, 05-840 Brwinów
tel. 22 729 54 44

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu

Joselewicza 6, 06-300 Przasnysz
tel. 29 752 51 73

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

Kilińskiego 2, 06-300 Przasnysz
tel. 29 756 45 93

Szpital im. dr. Wojciecha Oczko w Przasnyszu – Oddział Psychiatryczny

Sadowa 9, 06-300 Przasnysz
tel. 29 753 42 31

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

Wojciecha 1, 06-300 Przasnysz
tel. 29 752 31 54

Ośrodek Pomocy Społecznej w Jednorozcu

Odrodzenia 12, 06-323 Jednorzec
tel. 29 751 88 53

Przysuski

Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Przysusze

Grodzka 5, 26-400 Przysucha
tel. 48 675 31 85

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

Szkoła 3, 26-400 Przysucha
tel. 48 675 55 17

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

Kochanowskiego 88, 26-432 Wieniawa
tel. 483 75 79 11

Pułtusk

Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

13 Pułku Piechoty 1, 06-100 Pułtusk
tel. 23 692 52 65

Radom

NZOZ Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień

Oddział Dziennych Terapii Uzależnienia od Alkoholu

1905 Roku 21, 26-600 Radom
tel. 608 206 472; 733 010 833

NZOZ Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień – Łakomska Agnieszka

Poradnia Leczenia Uzależnień

1905 Roku 21, 26-600 Radom
tel. 48 383 66 72

SWPZZ Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej

Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu

Krychnowicka 1, 26-600 Radom
tel. 48 332 46 69

SWPZZPOZ – Centrum Specjalistycznej

Opieki Ambulatoryjnej „Krychnowice”

Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia

Mikołaja Reja 30, 26-600 Radom
tel. 48 332 47 83

Dom Pomocy Społecznej

Garbarska 35, 26-600 Radom
tel. 48 369 93 79

Dom Pomocy Społecznej dla Osób Przewlekłe Psychiczenie Chorych

Holszańskiej 13, 26-600 Radom
tel. 48 340 42 20

Samodzielny Wojewódzki Publiczny Zespół Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej

Krychnowicka 1, 26-607 Radom
tel. 48 332 45 00

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Radomiu

Limanowskiego 134, 26-612 Radom
tel. 48 360 87 01

Ośrodek Interwencji Kryzysowej w Radomiu

Malczewskiego 20b, 26-600 Radom
tel. 48 362 27 45

Dom Pomocy Społecznej Nad Potokiem im.

Bohdany „Danuty” Kijewskiej

Struga 88, 26-600 Radom
tel. 48 344 86 72

Dom Pomocy Społecznej Weterana Walki i Pracy

Wyścigowa 16, 26-611 Radom
tel. 48 360 45 86

Dom Pod Złotym Dębem s.c.

Biała 2, 26-600 Radom
tel. 48 385 86 20

Polskie Centrum Mediacji Oddział w

Radomiu – Ośrodek Mediacyjny

Prażmowskiego 15, 26-600 Radom
tel. 60 388 71 65

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Radomiu

Mazowieckiego 7, 26-600 Radom
tel. 48 381 50 70

Siedlecki

Centrum Medyczno-Diagnostyczne

Poradnia Leczenia Uzależnień od Alkoholu
Czerwonego Krzyża 41, 08-110 Siedlce

tel. 025 631 08 67

Poradnia Profilaktyczno-Rehabilitacyjna dla

Osób Uzależnionych i Współuzależnionych

Poradnia Terapii Uzależnienia i

Współuzależnienia od Alkoholu

Kilińskiego 40, 08-110 Siedlce
tel. 25 633 31 81

SP ZOZ

Poradnia Leczenia Uzależnień
Starowiejska 15, 08-110 Siedlce
tel. 25 644 63 46

Oddział Psychiatryczny – Pododdział
Detoksykacji (Alkoholowy)
tel. 25 644 63 46

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
Asłanowicza 10, 08-110 Siedlce
tel. 25 633 09 64

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki
Zdrowotnej – Oddział Psychiatryczny**
Bema 22, 08-110 Siedlce
tel. 25 644 63 46

**NZOZ „Centrum” – Poradnia Zdrowia
Psychicznego**
Czerwonego Krzyża 41, 08-110 Siedlce
tel. 25 631 08 67

**Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w
Siedlcach**
Sienkiewicza 32, 08-110 Siedlce
tel. 25 794 30 01

**Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia
Lekarska SPZOZ w Siedlcach – Poradnia
Psychologiczna**
Wałowa 1, 08-110 Siedlce
tel. 25 632 22 18

Sierpecki**SP ZZOZ**

Poradnia Terapii Uzależnienia i
Współuzależnienia od Alkohol
Słowackiego 32, 09-200 Sierpc
tel. 24 275 85 47

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
Narutowicza 21c, 09-200 Sierpc
tel. 24 275 31 58

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w
Sierpcu**
Świętokrzyska 2a, 09-200 Sierpc
tel. 24 275 76 60

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w
Sierpcu**
Świętokrzyska 22, 09-200 Sierpc
tel. 24 275 46 44

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
Mazowiecka 24, 09-226 Zawidz Kościelny
tel. 24 276 61 94

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w
Mochowie**
Sierpecka 2, 09-214 Mochowo
tel. 24 276 31 91

Sochaczewski**ZOZ Szpitala Powiatowego**

Poradnia Leczenia Uzależnień
Batalionów Chłopskich 3/7, 96-500 Sochaczew
tel. 46 864 98 20

ZOZ Szpital Powiatowy
OLAZA

Batalionów Chłopskich 3/7, 96-500 Sochaczew
tel. 046 864 98 03

**SPZOZ – Zakład Lecznictwa
AmbulATORYJNEGO I Diagnostyki**
Poradnia Terapii Uzależnień

ks. J. Bosko 5, 08-300 Sokołów Podlaski
tel. 25 781 73 53

Ośrodek Pomocy Społecznej w Sochaczewie
Al. 600-Lecia 90, 96-500 Sochaczew
tel. 46 863 14 81

**Powiatowy Szpital w Sochaczewie – Oddział
Psychiatryczny i z Pododdziałem
Detoksykacji**

Batalionów Chłopskich 3/7, 96-500 Sochaczew
tel. 46 864 98 03

**Dzienny Dom Pomocy Społecznej w
Sochaczewie**
Al. 600-lecia 90, 96-500 Sochaczew
tel. 46 863 50 48

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w
Sochaczewie**
Warszawska 115, 96-500 Sochaczew
tel. 46 864 26 20

**Powiatowy Ośrodek Interwencji Kryzysowej
w Sochaczewie**
Ziemowita 8/10, 96-500 Sochaczew
tel. 46 862 12 17

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w
Sochaczewie**
Piłsudskiego 65, 96-500 Sochaczew
tel. 46 864 18 01

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w
Rybnie**
Parkowa 1/3, 96-514 Rybno
tel. 46 861 16 14

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w
Rybnie**
Zajeziorna 58, 13-220 Rybno, woj. warmińsko-
mazurskie
tel. 236966339

Polskie Centrum Mediacji Filia w Iłowie
Płocka 14, 96-520 Iłów
tel. 50 109 76 39

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
Płocka 2, 96-520 Iłów
tel. 24 267 50 92

Sokołowski

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sokołowie Podlaskim
Armii Krajowej 4, 08-300 Sokołów Podlaski
tel. 25 787 22 02

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Repkach

Parkowa 7, 08-307 Repki
tel. 25 787 50 23

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
Puchatka 1, 08-304 Jabłonna Lacka
tel. 25 787 10 63

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Sterdyni

Wojska Polskiego 17, 08-320 Sterdyń
tel. 25 787 04 11

Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

Kościelna 20, 08-330 Kosów Lacki
tel. 25 787 96 27

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Cerańowie

Cerańów 25, 08-332 Cerańów
tel. 25 787 08 15

Szydłowiecki

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Szydłowcu

Kilińskiego 2, 26-500 Szydłowiec
tel. 48 617 18 12

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szydłowcu

Metalowa 7, 26-500 Szydłowiec
tel. 48 617 47 14

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Jastrzębiu

plac Niepodległości 5, 26-502 Jastrzęb
tel. 48 628 48 77

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
Czachowskiego 47, 26-510 Chlewiska
tel. 48 628 70 53

Dom Pomocy Społecznej – Dom Kombatanta

Łaziska 15, 26-505 Orońsko
tel. 48 618 44 34

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Orońsku

Szkolna 8, 26-505 Orońsko
tel. 48 618 59 23

Węgrowski

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej Liw z siedzibą w Węgrowie

Mickiewicza 2, 07-100 Węgrów
tel. 25 792 28 05

Centrum Pomocy Społecznej

Gdańska 69, 07-100 Węgrów
tel. 25 792 20 57

Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Łochowie

Al. Pokoju 75, 07-130 Łochów
tel. 25 643 78 41

Wołomiński

NZOZ „Eskulap”

Poradnia Leczenia Uzależnień

Fabryczna 1, 05-270 Marki

tel. 022 761 90 80

Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień SP ZOZ

Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia od Alkoholu

Powstańców 12, 05-200 Wołomin

tel. 22 776 44 88

Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień SP ZOZ

Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu

Powstańców 12, 05-200 Wołomin

tel. 22 776 44 88

Wojewódzki Szpital dla Nerwowo Chorych i Psychicznie Chorych „Drewnica”

Rychlińskiego 1, 05-091 Ząbki

tel. 22 419 71 61

SPZ ZOZ Poradnia Leczenia Uzależnień

KEN 1, 07-200 Wyszaków

tel. 29 743 76 24

Środowiskowy Dom Samopomocy

ul. KEN 2 07-200 Wyszaków

Tel. 29 742 79 90

Ośrodek Pomocy Społecznej w Markach

Lisa Kuli 3a, 05-270 Marki

tel. 22 761 30 23

Dom Pomocy Społecznej w Radzyminie

Konstytucji 3-go Maja 7, 05-250 Radzymin

tel. 22 786 58 80

Ośrodek Pomocy Społecznej w Radzyminie

Konstytucji 3-go Maja 19, 05-250 Radzymin
tel. 22 786 54 86

Ośrodek Pomocy Społecznej w Wołominie

Aleja Armii Krajowej 34, 05-200 Wołomin
tel. 22 787 27 01

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

Jana Pawła II 17, 05-280 Jadów
tel. 25 675 41 09

Wyszkowski**Ośrodek Pomocy Społecznej w Wyszkanie**

3-go Maja 16, 07-200 Wyszaków
tel. 29 742 49 02

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Długosiodle

Kościuszki 2, 07-210 Długosiodło
tel. 29 741 21 58

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Rzęśniku

Jesionowa 3, 07-205 Rzęśnik
tel. 29 592 92 73

Zwoleński**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Policznie**

Prusa 2a, 26-720 Policzna
tel. 48 677 00 42

Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Zwoleniu

plac Kochanowskiego 1, 26-700 Zwolen
tel. 48 676 23 30

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu

Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwolen
tel. 48 676 36 23

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

plac Partyzantów 28, 26-713 Kazanów
tel. 48 676 60 33

Żuromiński**Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej**

Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia

Szpitalna 56, 09-300 Żuromin
tel. 23 657 22 02, wew. 360

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

Zielona 10, 09-304 Lubowidz
tel. 23 658 20 78

Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

Warszawska 26a, 09-320 Biezuń
tel. 23 657 80 56

Żyrardowski**Centrum Zdrowia Mazowsza Zachodniego**

Poradnia Terapii Uzależnień i Współuzależnień od Alkoholu

Limanowskiego 30, 96-300 Żyrardów
tel. 46 854 32 57

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Wiskitkach

Kościuszki 1, 96-315 Wiskitki
tel. 46 855 47 58

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Żyrardowie

Armii Krajowej 3, 96-300 Żyrardów
tel. 46 855 31 26

Dom Pomocy Społecznej w Żyrardowie

Limanowskiego 32b, 96-300 Żyrardów
tel. 46 855 32 70

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

1-go Maja 60, 96-300 Żyrardów
tel. 46 854 20 83

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Radziejowicach

Kubickiego 3, 96-325 Radziejowice
tel. 46 857 71 22

Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mszczonowie

Grójecka 45, 96-320 Mszczonów
tel. 46 857 12 73

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Puszczy Mariańskiej

plac Kościuszki 2, 96-330 Puszcza Mariańska
tel. 46 831 87 49

Pomoc prawna

Ministerstwo Sprawiedliwości

Al. Ujazdowskie 11, 00-950 Warszawa
tel. 22 52 12 888

Infolinia dla Obywatela

*Czynna w dni robocze
w godzinach 8:15-16:15*

Biurowo Rzecznika Praw Obywatelskich

Aleja Solidarności 77, 00-090 Warszawa
tel. 22 551 77 00

Infolinia dla obywateli

Tel. 800 676 676

Biurowo Rzecznika Praw Pacjenta:

ul. Młynarska 46, 01-171 Warszawa

tel: (22) 532 - 82 - 50

fax: (22) 506 - 50 - 64

Telefoniczna Informacja Pacjenta:

800 - 190 - 590

(połączenie bezpłatne z tel. stacjonarnych i komórkowych)

czynna pn. - pt. w godz. 8.00 - 18.00

Helsińska Fundacja Praw Człowieka

ul. Zgoda 11 00-018 Warszawa

tel. 22 556 44 40

Tomasz Rejent – psycholog i psychoterapeuta z wieloletnim doświadczeniem w kontakcie terapeutycznym. Autor specjalistycznych programów pomocowych skierowanych do seniorów, osób chorujących psychicznie oraz wykluczonych społecznie. Wiedzę zdobywał m.in. na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu na kierunku geriatra i opieka paliatywna pod kierownictwem prof. dr hab. Katarzyny Wieczorowskiej-Tobis, u prof. Jerzego Mellibrudy w Instytucie Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w ramach Profesjonalnej Szkoły Psychoterapii oraz Studium Psychoterapii Par, podczas studiów pod kierunkiem prof. dr. hab. Zbigniewa Lwa-Starowicza. Współpracuje z wieloma organizacjami pozarządowymi, uniwersytetami w ramach tworzenia i konsultowania projektów terapeutycznych. Doświadczenie zdobył m.in. w Stowarzyszeniu Qżnia w zakresie wsparcia psychologicznego dla osób doświadczających przemocy i alkoholizmu w rodzinie oraz pracy w Hospicjum w zakresie psychologicznej pracy z pacjentami w trakcie choroby i ich rodzinami w trakcie choroby i po śmierci pacjenta. Pracował w Młodzieżowym Ośrodku Terapii Uzależnień, Stowarzyszeniu Nowy Świat z osobami uzależnionymi, młodzieżą z rodzin alkoholowych, seniorami, osobami żyjącym z HIV. Obecnie prezes **Fundacji Pomocy Psychologicznej i Edukacji Społecznej RAZEM**, w której tworzy projekty terapeutyczne i profilaktyczne, w tym dla grup osób chorujących psychicznie oraz wykluczonych społecznie, szkoli psychologów i psychoterapeutów w zakresie warsztatu pracy. Stworzył 25 autorskich programów pomocy specjalistycznej. Specjalizuje się w psychoterapii, diagnostyce oraz pracy z osobami doświadczającymi trudności natury psychologicznej, egzystencjalnej i

seksualnej. Pomaga zarówno parom, jak i osobom indywidualnym, dorosłym, młodzieży i seniorom.

