

ChAD-owe życie

PORADNIK DLA OSÓB
CHORUJĄCYCH NA CHOROBY
AFEKTYWNA DWUBIEGUNOWA



Choroba afektywna dwubiegunowa, podobnie jak inne choroby, może towarzyszyć komuś przez jakiś czas albo przez całe życie. Można jednak mieć wpływ na to, jak żyć z chorobą – do tego potrzebna jest wiedza o jej specyfice i metodach leczenia oraz wytrwałość i zaangażowanie w terapię.

www.drogadosiebie.pl

Poradnik został opracowany na podstawie tekstów przygotowanych przez ekspertów – psychiatrów i psychoterapeutów – programu edukacyjnego **DROGA DO SIEBIE**, aby przybliżyć odpowiedzi na pytania:

- jakie są objawy choroby afektywnej dwubiegunowej?
- na czym polega leczenie i co można zrobić dla zwiększenia skuteczności terapii?
- dlaczego warto współpracować z rodziną i lekarzem?
- jak można radzić sobie z trudnościami choroby?
- gdzie szukać pomocy i wsparcia?

Warto wyjaśnić i rozszerzyć poruszone kwestie w indywidualnej rozmowie z psychiatrą, psychologiem lub psychoterapeutą. Metody postępowania oraz rodzaj wsparcia, pomocne na różnych etapach chorowania i leczenia, uzależnione są od wielu uwarunkowań i predyspozycji, dlatego konsultacja ze specjalistą jest potrzebna, wręcz niezbędna.

Więcej informacji dotyczących schizofrenii i jej leczenia można znaleźć na stronie internetowej programu edukacyjnego **DROGA DO SIEBIE** dla osób chorujących psychicznie, ich rodzin oraz terapeutów: **www.drogadosiebie.pl**

SPIS TREŚCI:

1. Objawy choroby.....	3
2. Leczenie ChAD.....	6
3. Relacja z terapeutą.....	9
4. Współpraca z rodziną.....	11
5. Jak sobie radzić z chorobą.....	12
6. Wsparcie społeczne.....	13



**„Choroba psychiczna... jest częścią mnie, ale to przecież nie całe moje JA!
Wpływa na moje zachowanie, ale nie na to, kim jestem!
Jest częścią mojego życia, ale nie musi być całym moim życiem!
Nie była moim wyborem, ale mogę mieć wpływ na to, jak się z nią mierzyć!
Chcę być SOBĄ, nawet jeśli nie zawsze udaje się osiągnąć pełne zdrowie!”**

OBJAWY CHOROBY

Choroba afektywna dwubiegunowa (ChAD) charakteryzuje się występowaniem skrajnie różnych stanów psychopatologicznych – o dwóch przeciwstawnych biegunach – manii i depresji. Z tego względu jest nazywana chorobą afektywną dwubiegunową albo chorobą depresyjno-maniakalną. Używa się jeszcze nazwy cyklofrenia, ponieważ objawy choroby – mania i depresja – występują na przemian w różnych odstępach czasu.

Obecnie wiadomo, że choroba afektywna dwubiegunowa jest spowodowana zakłóceniami funkcji mózgu, których przyczynę stanowią uwarunkowania genetyczne. Dowodem na to jest częstsze występowanie choroby w rodzinach osób nią dotkniętych.

Ważne jest także to, że w ciągu ostatnich 50 lat wprowadzono wiele leków, za pomocą których można skutecznie leczyć depresję, manię, a także zapobiegać ich nawrotom.

Depresja

„Normalny smutek” charakteryzuje się tym, że zwykle nie trwa długo, ustępuje wraz z przeminieniem przyczyny, która go wywołała, lub w wyniku pocieszenia przez kogoś bliskiego, i nie zakłóca funkcjonowania osoby, która go przeżywa. Nie jest zatem potrzebne leczenie. Zdarzają się również sytuacje, kiedy smutek jest bardziej nasilony i utrzymuje się dłużej. Występuje to na przykład wtedy, gdy umiera bliska osoba lub tracimy coś ważnego. Jednak i w tym przypadku stan ten nie jest przeszkodą w wykonywaniu pracy oraz codziennych obowiązków, chociaż mogą one sprawiać większą trudność. Dlatego w takich sytuacjach nadal przeżywamy raczej smutek lub stan określony jako reakcja żałoby niż depresję w klinicznym nasileniu. Kiedy zatem zaczyna się depresja, a dokładniej epizod depresyjny, różni się od smutku ilościowo i jakościowo. Kryteria diagnostyczne epizodu depresyjnego ułatwiają lekarzom i psychologom rozróżnienie prawidłowych reakcji i stanów chorobowych.

Do podstawowych objawów depresji należą:

- ➔ obniżenie nastroju charakteryzujące się przygnębieniem i pesymizmem;
- ➔ zmniejszenie energii powodujące niechęć do wykonywania czynności, częste uczucie zmęczenia;
- ➔ utrata zainteresowań i zdolności do odczuwania radości w sytuacjach, które w okresie dobrego samopoczucia wywoływały pozytywne stany emocjonalne.

W okresie depresji często występują także inne objawy psychologiczne:

- ➔ poczucie niskiej wartości, niska samoocena;
- ➔ smutek;
- ➔ poczucie winy i porażki, brak nadziei.

Oslabieniu ulegają także funkcje poznawcze:

- ➔ pogarszają się pamięć i koncentracja uwagi;
- ➔ dużą trudność sprawia podejmowanie nawet prostych decyzji.

Występują także typowe objawy somatyczne:

- ➔ utrata łaknienia, zmniejszenie masy ciała, zaburzenia trawienia;
- ➔ zaburzenia snu, najczęściej objawiające się wczesnym budzeniem się około 2-4 nad ranem bez możliwości ponownego zaśnięcia;
- ➔ depresję w chorobie afektywnej dwubiegunowej, szczególnie wtedy, gdy ma sezonowy przebieg (depresja w okresie jesienno-zimowym, a stany hipomaniakalne wiosną i latem), charakteryzuje występowanie przeciwnych (atypowych) objawów: zwiększenie łaknienia, przyrost masy ciała oraz wzmożona senność.

Kiedy wahadło nastroju wychyla się daleko w kierunku ujemnych emocji, występuje depresja, która stanowi jeden biegun choroby. Drugim biegunem są stany maniakalne lub hipomaniakalne, których objawy są przeciwstawne w stosunku do depresji.

Hipomania

Oprócz okresów smutku każdy człowiek doświadcza także stanów radości i szczęścia. Można powiedzieć, że wtedy nasz nastrój jest lepszy, świat oglądamy „przez różowe okulary” – z optymizmem i nadzieją myślimy o przyszłości, wierzymy, że wszystkie sprawy życiowe ułożą się pomyślnie. Na ogół stan szczęścia pojawia się wtedy, gdy udaje się rozwiązać jakiś problem lub osiągnąć ważny cel życiowy. Źródłem szczęścia mogą być także dobre relacje z innymi osobami. Stan taki nie trwa zwykle długo. U niektórych osób, u których występuje genetyczna predyspozycja do choroby afektywnej, podobne stany mogą się pojawiać bez wyraźnego powodu i trwać przez tygodnie lub miesiące. Określa się je jako hipomanię.

Do charakterystycznych cech hipomanii należą:

- łagodne wzmoczenie nastroju;
- zwiększona energia i aktywność;
- dobre samopoczucie fizyczne i psychiczne.

Osoby w stanie hipomanii łatwiej nawiązują kontakty towarzyskie, są rozmowne. Oprócz tych objawów, które można zaliczyć do przyjemnych, mogą wystąpić takie dolegliwości, jak drażliwość i zaburzenia koncentracji. U niektórych chorych hipomania może poprawiać sprawność intelektualną, co może się wiązać z większymi osiągnięciami zawodowymi i znaczną poprawą kreatywności. W tej fazie pacjenci skłonni są do ryzykownych zachowań, nieprzemyślanych inwestycji, pomysłów, często nawiązują przypadkowe znajomości. Hipomania niesie za sobą przykre konsekwencje, dlatego również wymaga leczenia i profilaktyki.

Mania

Jeżeli objawy drugiego bieguna choroby mają znacząco większe nasilenie, to taki stan określamy jako epizod manii.

Cechy charakterystyczne epizodu maniakalnego:

- podwyższenie nastroju i niezwykle dobre samopoczucie, któremu towarzyszy poczucie nieograniczonych możliwości, optymizmu i wiary w siebie, często połączonej ze skłonnością do przeceniania własnych możliwości;
- podejmowanie niepotrzebnego ryzyka;
- przyptyw energii, który umożliwia wykonywanie różnych czynności przez cały dzień, bez uczucia zmęczenia;
- nawiązywanie kontaktów nie sprawia trudności;
- myśli biegają bardzo szybko, w związku z czym mowa jest przyspieszona, tematy rozmów zmieniają się jak w kalejdoskopie. To, co mówią inni, jest nieistotne, dialog zamienia się w monolog;
- potrzeba snu jest zmniejszona – wystarczy kilka godzin, aby zregenerować siły.

Wraz z nasileniem się objawów zmniejsza się zdolność racjonalnego myślenia. Wszystko staje się proste, nie ma rzeczy niemożliwych. Decyzje podejmowane są pochopnie, bez uwzględnienia ich konsekwencji. Są to najczęściej nieprzemyślane zakupy, pożyczki (rosną długi na kartach kredytowych) lub inne decyzje życiowe. Zachowanie staje się coraz bardziej zdeorganizowane i chaotyczne. Uniemożliwia

to wykonywanie obowiązków zawodowych, co w połączeniu ze skłonnością do konfliktowości często kończy się utratą pracy.

W najcięższych stanach maniakalnych dezorganizacja myślenia osiąga skrajne nasilenie, co prowadzi do wystąpienia urojeń wielkościowych. Polegają one na przekonaniu, że jest się kimś wyjątkowym lub ma szczególne uzdolnienia i wpływy. Niekiedy w stanie maniakalnym występują omamy słuchowe.

Objawy manii, w przeciwieństwie do hipomanii, istotnie upośledzają funkcjonowanie chorego. Jednak – inaczej niż w depresji – stan manii lub hipomanii nie jest przeżywany jako subiektywne cierpienie. Skutkiem tego jest brak poczucia, że jest to choroba, oraz niechęć do podejmowania leczenia. Dotyczy to zwłaszcza pierwszych epizodów choroby.

ODMIANY CHOROBY AFEKTYWNEJ DWUBIEGUNOWEJ

- ➔ **Choroba afektywna dwubiegunowa typu I** charakteryzuje się występowaniem epizodów depresji i manii.
- ➔ **Choroba afektywna dwubiegunowa typu II** charakteryzuje się występowaniem epizodów depresji i hipomanii.

LECZENIE CHAD

Jeśli ktoś choruje psychicznie na zaburzenia afektywne, niezbędne jest rozpoczęcie odpowiedniej terapii – powrót do zdrowia wymaga odpowiednio dobranej farmakoterapii, psychoterapii oraz rozsądnego wsparcia ze strony rodziny.

W chorobie afektywnej dwubiegunowej – zależnie od tego, czy chory jest w okresie depresji, manii czy remisji – leczenie ma inne cele i są stosowane inne leki. Aby uzyskać optymalny wynik leczenia, farmakoterapia powinna być wspomagana odpowiednim oddziaływaniem psychoterapeutycznym. Psychoterapia nie leczy istoty ChAD, pomaga jednak zrozumieć i zaakceptować chorobę oraz ułatwia radzenie sobie z różnymi potencjalnymi problemami życiowymi, które mogą wyzwać lub podtrzymywać zaburzenia nastroju. Zależnie od potrzeb i rodzaju problemów pacjenta można mu zaproponować różne formy psychoterapii (indywidualną, grupową, terapię małżeńską lub rodzinną). Najważniejszą metodą psychoterapeutyczną wspomagającą leczenie farmakologiczne jest psychoedukacja.

Stosowanie farmakoterapii, psychoterapii, terapii rodziny, oddziaływań społecznych, czyli leczenie zintegrowane, daje większą szansę na uzyskanie długotrwałej poprawy.

Elementy terapii

Leczenie farmakologiczne

Farmakoterapia jest podstawą leczenia choroby afektywnej dwubiegunowej. Stosowane leki modyfikują i normalizują chemiczne przekazywanie sygnałów nerwowych, czyli komunikowanie się komórek nerwowych (neuronów) między sobą. To umożliwia usuwanie objawów chorobowych i zapobieganie nawrotom. Celem leczenia jest usunięcie lub przynajmniej zmniejszenie nasilenia objawów chorobowych oraz zapobieganie nawrotom. W leczeniu ChAD stosuje się leki o różnym działaniu, zależnie od rodzaju fazy choroby oraz występujących objawów. Inne leczenie jest proponowane w przebiegu fazy manii, a inne w przebiegu fazy depresyjnej. Czasem, ze względu na swoją specyfikę (częste lub bardzo częste zmiany faz), konieczne jest stosowanie łącznie dwóch lub więcej leków.



Psychoedukacja

Celem psychoedukacji jest przekazanie przez specjalistów (lekarza, psychologa, pielęgniarkę psychiatryczną) wiedzy o chorobie tak, aby pacjent mógł lepiej rozumieć istotę choroby i sposoby radzenia sobie z nią (czyli na czym polega zaburzenie psychiczne i jak je leczyć). Szczególnie ważne jest nabycie przez chorych umiejętności rozpoznawania zwiastunów kolejnych nawrotów choroby oraz nauczenie się kontroli swoich zachowań. Kontrola taka jest możliwa w mniej nasilonych stanach choroby, o ile chory potrafi ocenić swój aktualny stan zdrowia i wie, jakie zagrożenia są z nim związane.

Psychoedukacja może być prowadzona indywidualnie lub na spotkaniach grupowych z innymi pacjentami. Spotkania grupowe umożliwiają kontakt z innymi pacjentami, wymianę informacji oraz doświadczeń, co wpływa na polepszenie ogólnego samopoczucia, zwiększa poczucie wartości i dodaje siły w radzeniu sobie z chorobą.



Psychoterapia

Psychoterapia jest formą oddziaływań, w wyniku których powinna wystąpić zmiana przeżywania i zachowania. Psychoterapia może być indywidualna, kiedy spotyka się dwoje ludzi – terapeuta i klient – oraz grupowa – kiedy terapeuta lub kilku terapeutów spotyka się z grupą osób. Oddzielne kategorie stanowią: terapia rodzinna, kiedy terapeuta spotyka się z całą rodziną, czy terapia małżeńska, w której para małżeńska spotyka się z terapeutą.

Celem psychoterapii jest niesienie ulgi w cierpieniu, lepsze rozumienie siebie i otaczającej rzeczywistości, poprawa jakości życia. W psychoterapii osób chorych na chorobę afektywną dwubiegunową szczególnie ważne jest zapobieganie nawrotom choroby, wsparcie oraz wzmocnienie potrzeby więzi z innymi.

Farmakoedukacja

Farmakoedukacja to element programów psychoedukacyjnych. Zakłada udział i zaangażowanie pacjenta w proces własnej terapii. Jeśli osoba z zaburzeniem psychicznym zrozumie zasadność i znaczenie leczenia farmakologicznego, będzie w stanie lepiej przejść przez różne niedogodności związane z przyjmowaniem leków. Edukacja pacjenta oraz jego rodziny jest zadaniem lekarza psychiatry.

W leczeniu ChAD skuteczna jest terapia kompleksowa, która łączy farmakoterapię, psychoterapię oraz różne formy wsparcia społecznego.

RELACJA Z TERAPEUTĄ

Zaufanie oraz świadomość, że lekarz jest sprzymierzeńcem w leczeniu, pomagają w nawiązaniu dobrego, długotrwałego kontaktu (przymierza terapeutycznego). Ważne jest, aby lekarz wierzył w skuteczność proponowanego leczenia i umiał tę wiarę przekazać pacjentowi. Kontakt pacjenta z lekarzem powinien być dostatecznie częsty, dostosowany do dynamiki choroby, z możliwością szybkiego kontaktu w wypadku nagłej potrzeby. Długość wizyt lekarskich powinna umożliwiać podejmowanie rozmowy o różnych aspektach choroby i życiowych trudnościach pacjenta.

Związek osoby chorującej psychicznie ze swoim lekarzem jest często wieloletni. Ważne jest, aby współpraca była jak najlepsza, a relacja najpełniejsza. Determinuje to skuteczność terapii. Niestosowanie się do zaleceń lekarskich jest główną przyczyną nieskuteczności leczenia zaburzeń afektywnych. Przerwywanie zażywania leków, brak systematyczności, zmniejszanie dawek, nadużywanie papierosów czy substancji psychoaktywnych podczas kuracji zmniejsza skuteczność działania leków, co nie wpływa na poprawę stanu zdrowia.

Należy zrobić wszystko, aby leczenie farmakologiczne ChAD było regularne i zgodne z wytycznymi lekarza. Trzeba zaufać lekarzowi. Psychiatra jest specjalistą, który zna się na leczeniu chorób psychicznych – bez jego pomocy i wskazówek oraz bez leczenia farmakologicznego trudno jest samemu radzić sobie z chorobą. Gdy boli nas ząb, idziemy do dentysty, gdy złamiemy nogę – do ortopedy. Gdy mamy do czynienia z chorobą psychiczną – należy udać się do psychiatry, bez wstydu i strachu.

Działania poprawiające współpracę

Wypracowanie wspólnego kontraktu terapeutycznego

Pierwszym etapem jest wymiana informacji w celu rozeznania, jakie pacjent ma wiadomości na temat choroby i jej leczenia. Ważna jest przy tym równoległe prowadzona psychoedukacja. Następnie negocjowany jest sposób prowadzenia leczenia, ze szczególnym naciskiem na czas jego trwania, możliwe objawy uboczne i konieczność regularnego zażywania leków.

Pacjent powinien być traktowany jako partner we wspólnej walce z chorobą. Lekarz powinien promować aktywną postawę chorego i wsłuchiwać się w jego pomysły i strategie radzenia sobie z objawami depresji i niedogodnościami leczenia.

Dostosowanie terapii do możliwości pacjenta

Ważne, żeby w miarę możliwości dopasować reżim terapeutyczny do oczekiwań i stylu życia pacjenta tak, aby leczenie nie było nazbyt uciążliwe. U osób prowadzących aktywny tryb życia współpracę

może determinować sposób dawkowania leków lub skrepowanie w razie konieczności zażywania leków w sytuacjach społecznych (np. w pracy). Częstym oczekiwaniem chorych, zwłaszcza w leczeniu podtrzymującym, jest możliwość prowadzenia samochodu – można to uzyskać przy odpowiedniej modyfikacji leczenia.

Należy wziąć również pod uwagę sytuację finansową pacjenta i dostosować do niej cenę proponowanego leku.

Zapewnienie systemu wsparcia

Pacjent powinien mieć poczucie wsparcia. Sprzyja temu między innymi dostępność lekarza (choćby kontakt telefoniczny) między wizytami kontrolnymi – możliwość szybkiego uzyskania pomocy w razie powikłań czy nasilonych objawów ubocznych. W początkowej fazie leczenia warto zaplanować częstsze wizyty i ustalić stały kontakt z lekarzem.

Trójprzymierze terapeutyczne

Trójprzymierze stanowi klucz do udanej terapii – przyczynia się do uzyskania i utrzymywania współpracy terapeutycznej. Ponadto umożliwia wykorzystanie eksperckiej wiedzy i umiejętności psychiatry, uwzględnienie perspektywy osobistego doświadczenia osoby chorującej oraz budowanie i realizowanie planu terapeutycznego z uwzględnieniem doświadczeń członków rodziny pacjenta. Rodzina może być ważnym źródłem wiedzy o stanie zdrowia pacjenta, a szczególnie może zauważać tzw. zwiastuny nawrotu. Szybkie dostrzeżenie zwiastunów i interwencja rodziny może zapobiec pełnemu nawrotowi objawów. Aby rodzina umiała rozpoznawać to zagrożenie u pacjenta, powinna być tego nauczona.

WSPÓŁPRACA Z RODZINĄ

W leczeniu choroby dwubiegunowej w większości przypadków konieczne jest wsparcie i zaangażowanie ze strony rodziny. Dlatego też niezbędne jest, aby lekarz nawiązał dobrą współpracę z bliskimi chorego. Brak wsparcia, wyrozumiałości i życzliwości może pogłębiać chorego w chorobie.

Wydaje się, że pierwszym krokiem, niezbędnym do nawiązania odpowiedniej współpracy, jest uwolnienie najbliższych pacjenta od poczucia winy. Docieklive poszukiwanie przyczyn i wzajemne oskarżanie się członków rodziny nie przynosi żadnych korzyści ani odpowiedzi na pytanie o powód pojawienia się depresji (powody mogą być różne i indywidualne).

Drugim krokiem jest pomoc w uświadomieniu sobie przez członków rodziny, że mają do czynienia z osobą chorą – czyli akceptacja obecności choroby w rodzinie. Częste przypisywanie nieakceptowanych zachowań pacjenta (np. zaleganie w łóżku, izolacja, niechęć do spotkań ze znajomymi) jego złej woli, wadom charakteru czy lenistwu nie sprzyja podejmowaniu odpowiedniego leczenia. Powoduje za to napięcia i niepotrzebne konflikty. Podobne znaczenie może mieć brak wyrozumiałości i akceptacji dla trudności seksualnych chorego.

Zaakceptowanie faktu, że ktoś z rodziny choruje psychicznie, umożliwia wprowadzenie czasowej „taryfy ulgowej” wobec tej osoby. Ważne jest jednak, aby nie trwała ona zbyt długo i nie spowodowała całkowitego wyeliminowania chorego z ról społecznych i rodzinnych. Nadmierne wyręczanie, mimo dobrych intencji, zwalnia z odpowiedzialności oraz poczucia obowiązku i wcale nie przynosi dobrych efektów.

Trzeci krok to psychoedukacja. Rodzina powinna otrzymać informacje na temat przebiegu schorzenia i terapii. Konieczna jest świadomość, że zdrowienie jest procesem rozciągniętym w czasie – poprawa zachodzi w ciągu wielu tygodni, a nie kilku dni.

Nie należy być w tej kwestii niecierpliwym. Leczenie wymaga czasu, a po ustąpieniu ostrej fazy choroby konieczna jest jeszcze jego kontynuacja (leczenie podtrzymujące i profilaktyczne). W tym okresie pacjent potrzebuje dużo wyrozumiałości i życzliwego wsparcia. Istotna jest również wiedza na temat ryzyka nawrotu i wczesnych objawów zwiastujących tak, aby członkowie rodziny mogli odpowiednio wcześniej zareagować (podejmując decyzje wspólnie z pacjentem i lekarzem), gdy zaburzenie znowu się uaktywni.



JAK SOBIE RADZIĆ Z CHOROBA?

W wielu rodzinach w czasie trwania depresji u chorego obniżony nastrój pojawia się także u zdrowego partnera. Często dominuje poczucie winy oraz nadmierne poczucie wzajemnej odpowiedzialności, co prowokuje wiele stresujących sytuacji. Z kolei stres stanowi znaczne obciążenie dla naszego organizmu – zarówno dla naszej psychiki, jak i naszego ciała. Dlatego ważne jest, aby znaleźć czas dla siebie – oderwać się od codzienności i trochę zrelaksować. Warto szukać wsparcia u bliskich i przyjaciół. Niekiedy pomagają zmiana otoczenia (krótki urlop, wyjazd). Czasami bardzo dużym wsparciem mogą być również inne osoby, które są partnerami osób chorych na zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Takie osoby można spotkać na przykład w stowarzyszeniach rodzin i pacjentów chorujących psychicznie lub na forach internetowych. Rozmowy na różne tematy mogą się okazać pomocne i przydatne w rozwiązywaniu problemów.

Jeśli partner osoby chorej obserwuje u siebie objawy depresyjne lub pojawiają się objawy stresu, takie jak: przewlekłe zmęczenie, drażliwość, niepokój, obniżony nastrój czy długotrwałe problemy ze snem, to osoba taka powinna udać się po wsparcie do psychologa. W razie znaczącego nasilenia się objawów konieczna może być wizyta u psychiatry, który zależnie od stanu psychicznego, może zaproponować leki uspokajające lub nasenne, a czasami nawet leki przeciwdepresyjne.

Warto szczerze rozmawiać z osobą chorującą o chorobie i trudnych sytuacjach z nią związanych – o złym samopoczuciu, zmęczeniu i poczuciu bezsilności. Istotą jest opowiadanie o swoich odczuciach i emocjach, pozytywnych i negatywnych. W rozmowie potrzebny jest spokój i wyciszenie. Będąc pod wpływem emocji, trudniej jest nawiązać dobry kontakt. Czasem bardzo pomocna może się okazać wspólna wizyta u terapeuty małżeńskiego bądź rodzinnego.



WSPARCIE SPOŁECZNE

Terapia zintegrowana, czyli taka, która łączy stosowanie leków z oddziaływaniami psychologicznymi, interwencjami środowiskowymi oraz przywracaniem możliwości zawodowej, daje pacjentowi większą szansę na powrót do zdrowia i dobrego funkcjonowania psychospołecznego. Stosowanie jedynie farmakoterapii w leczeniu choroby psychicznej nie jest wystarczającym środkiem do uzyskania trwałej, pełnej poprawy.

Leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi powinno uwzględniać nie tylko usuwanie objawów chorobowych, lecz także wprowadzanie korzystnych zmian w obszarach życia rodzinnego, społecznego i zawodowego tak, aby przygotować je do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie.

Gdzie można się zgłosić, aby uzyskać pomoc?

Osoba podejrzewająca u siebie objawy lub u której otoczenie podejrzewa objawy choroby, powinna się zgłosić do lekarza psychiatry lub psychologa klinicznego, który ustali optymalne miejsce i warunki leczenia i rehabilitacji.

Grupy samopomocy

Grupy samopomocy są tworzone po to, aby osoby chore psychicznie oraz ich rodziny mogły się dzielić doświadczeniami towarzyszącymi chorobie z osobami o podobnych doświadczeniach. Wspólna wymiana informacji umożliwia znalezienie odpowiedzi na wiele pytań i przygotowanie się do trudnych sytuacji związanych z chorobą. Wskazówki dotyczące radzenia sobie z chorobą są cenne, gdyż oparte na własnym, osobistym doświadczeniu pacjentów i rodzin.

Poradnie Zdrowia Psychicznego

Poradnie Zdrowia Psychicznego (PZP) są placówkami opieki medycznej, gdzie mogą się zgłaszać (bez skierowania) pacjenci poszukujący specjalistycznej pomocy psychiatrycznej lub psychologicznej.

Oddziały dzienne

Oddziały dzienne stanowią formę pośrednią między szpitalnymi oddziałami całodobowymi a poradnią zdrowia psychicznego. Pacjenci uczestniczą w zajęciach terapeutycznych w ciągu dnia, wieczory zaś i noce spędzają w domu. Oddziały dzienne oferują leczenie w ostrej fazie choroby lub oddziaływania rehabilitacyjne. Podstawowym celem rehabilitacji jest poprawa funkcjonowania społecznego, zmniejszenie lęku wywołanego chorobą i pomoc w nabieraniu dystansu do objawów chorobowych. Główną metodą oddziaływań oddziałów rehabilitacyjnych stanowi psychoedukacja oraz terapia podtrzymująca.

Obozy terapeutyczne

Obozy terapeutyczne (turnusy rehabilitacyjne) są organizowane dla osób, które przebyły już leczenie psychiatryczne na oddziale dziennym lub stacjonarnym. Celem obozu jest prowadzenie terapii i rehabilitacji poza instytucją psychiatryczną. Podczas pobytu pacjenci mają ustalony program zajęć terapeutycznych i rekreacyjnych. Są angażowani na poziomie intelektualnym, emocjonalnym i fizycznym.

Hostele

Hostele, inaczej grupowe mieszkania terapeutyczne, są formą zakwaterowania chronionego, w której pacjenci mieszkają pod opieką personelu (opiekuna-wychowawcy) przez pewien okres, najczęściej przez kilkanaście miesięcy. W trakcie swojego pobytu uczestniczą w treningu społecznym – powinni podjąć pracę lub naukę, a także organizować sobie czas wolny. Mają na to określony budżet – uczą się w ten sposób samodzielnego życia na własny rachunek.

Kluby pacjentów

Klub pacjentów to miejsce spotkań dla pacjentów, gdzie są organizowane różnego rodzaju zajęcia zależnie od ich własnej inwencji: pogadanki, spotkania ze znanymi osobami, herbatki, ogniska, zajęcia sportowe, muzyczne, wspólne obchodzenie świąt, imienin lub urodzin klubowiczów. Klub ma formę otwartą, nie jest potrzebne skierowanie, nie ma procedur kwalifikacyjnych. Z oferty klubu mogą korzystać wszyscy, także osoby gorzej funkcjonujące społecznie, które nie są w stanie sprostać wymaganiom oddziału dziennego czy środowiskowego domu samopomocy.

Psychiatryczne Zespoły Leczenia Środowiskowego

W Psychiatrycznych Zespołach Leczenia Środowiskowego stosuje się formy leczenia i pomocy pacjentom w ich środowisku. Oznacza to wizyty terapeutów w domach pacjentów, rozmowy z członkami rodziny, wspólne zastanawianie się nad sposobami radzenia sobie z chorobą. Zespoły oferują różne formy oddziaływań, z reguły prowadzą kluby i organizują grupy wsparcia dla pacjentów i rodzin.

Dzienne Środowiskowe Domy Samopomocy

Dzienne Środowiskowe Domy Samopomocy są dzienną formą wsparcia, przeznaczoną dla osób chorych psychicznie i upośledzonych, mających trudności w codziennym funkcjonowaniu. Działają na zasadach społeczności terapeutycznej, czyli zakładają wzajemny terapeutyczny wpływ pacjentów. Oferowane zajęcia to: treningi umiejętności życiowych i społecznych (kurs kulinarny, techniczny, higieny osobistej, gospodarowania pieniędzmi, asertywności, komunikacji interpersonalnej), terapia zajęciowa, zajęcia rekreacyjne i sportowe, muzykoterapia.

Firma społeczna

Firma społeczna jest formą aktywizacji zawodowej. Zatrudnia osoby „wykluczone przez chorobę” z rynku pracy, często długotrwale bezrobotne, m.in. osoby chore psychicznie. Zadaniem firmy społecznej jest łączenie celów ekonomicznych z celami społecznymi, utrzymanie rentowności firmy, a nie tworzenie fikcyjnych miejsc pracy. Firma jest nastawiona na zysk, który nie trafia do właściciela, lecz jest inwestowany we wspólnotę lub w społeczną działalność statutową firmy. Najczęściej zatrudnienie jest tymczasowe, jednak umożliwia zdobycie nowych umiejętności zawodowych i utrwalenie tych nabytych oraz rozwój osobisty.





Ważne, aby patrzeć pozytywnie w przyszłość!

Nie zadawaj sobie stale pytania:

Jak to będzie, co nas czeka w przyszłości?

Może być lepiej niż myślisz.



Można oswoić się z chorobą, zaakceptować ją i postępować tak, aby dobrze funkcjonować i ograniczyć do minimum ryzyko nawrotu.

Jest to możliwe!



Zaangażuj się w terapię i weź odpowiedzialność za rzetelne leczenie.

Jeśli się poddajesz, nie masz siły – poproś o pomoc, porozmawiaj z bliską zaufaną osobą lub skontaktuj się z terapeutą.



www.drogadosiebie.pl

CNSY/11/08/10_sdu

Sponsor programu:

AstraZeneca 

Patronat:



Polskie Towarzystwo Psychiatryczne

Partner:



Związek Stowarzyszeń Rodzin i Opiekunów
Osób Chorych Psychiczenie „Pol-Familia”