



**Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół  
Osób Mniejszych Szans „WIEŻ”**

*„Tu odzyskuję wiarę w swe siły.  
Tu ból jest mniejszy,  
sens życia ważniejszy.”*

W numerze:

**MISTRZOWIE ŻYCIA - prawdziwe historie  
osób po kryzysach psychicznych**

**Jak przekonać osobę z zaburzeniami  
psychicznymi do podjęcia leczenia?**

**Test pomiaru depresji**

[www.wiez.org.pl](http://www.wiez.org.pl)



Drogi Czytelniku!

Trzymasz w ręku najnowszy numer Biuletynu NASZA WIĘŹ, którego bohaterami są MISTRZOWIE ŻYCIA – Liliana, Paulina, Krzysztof, Małgosia i Marcelina. Pomimo swojej choroby realizują się życiowo i mają swoje pasje, a ich historie tworzą obrazy niezwykle wyraziste i bliskie. Choroby psychiczne mogą niepostrzeżenie przemknąć do życia każdego z nas. Ważne jest, aby umieć w odpowiednim czasie zgłosić się po pomoc do specjalisty. Z naszej publikacji dowiesz się więcej o objawach zaburzeń psychicznych, ich sposobach leczenia i następstwach.

Faktem jest, że ok. 80% ofiar samobójstw stanowią osoby z zaburzeniami psychicznymi. Polska na tle innych krajów wyróżnia się relatywnie wysokim wskaźnikiem samobójstw. Według badań Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) z 2015 roku przeciętna liczba śmierci samobójczych to ok. 12 na 100 tysięcy mieszkańców, dla Polski wskaźnik ten wyniósł 15, przy czym Pomorze Zachodnie przoduje w tym zakresie wśród rodzimych regionów. Z czego w dużym stopniu wynika ten stan rzeczy? Przede wszystkim z braku systemu zapobiegania chorobom psychicznym oraz braku wiedzy i świadomości społeczeństwa w zakresie tych schorzeń. W dodatku model leczenia psychiatrycznego w Polsce jest przestarzały i niedofinansowany.

Uprzedzenia wobec osób z zaburzeniami psychicznymi i przesady na ich temat utrwały się przez wiele pokoleń. Społeczeństwo, pracodawcy i media podtrzymują stereotypowy sposób postrzegania chorych psychicznie, jako osób niebezpiecznych, agresywnych i niezdolnych do efektywnej pracy.

Dlatego tak ważne są działania podejmowane przez organizacje pozarządowe, takie jak nasze Stowarzyszenie, propagujące wiedzę o tych chorobach oraz niosące pomoc osobom po kryzysach psychicznych i ich rodzinom. Stąd wielką misję ma do spełnienia kampania MISTRZOWIE ŻYCIA, w ramach której jest wydawany i dystrybuowany na obszarze województwa zachodniopomorskiego niniejszy numer Biuletynu, jak również publikowane posty na profilu FB i stronie www Stowarzyszenia, artykuły na portalach internetowych, organizowane stoiska w ramach imprez masowych, prowadzone konsultacje dla osób potrzebujących wsparcia.

Mamy nadzieję, drogi Czytelniku, że po zapoznaniu się z naszymi publikacjami przekazesz je dalej, swojej rodzinie i przyjaciom. Pamiętaj, że choroba nie wybiera, a leczona, przy jednoczesnym wsparciu ze strony otoczenia najczęściej pozwala powrócić do pełnego życia.

Zapraszamy serdecznie do lektury!

*Członkowie Stowarzyszenia WIĘŹ*



## SPIS TREŚCI

WYWIAD Z PREZES STOWARZYSZENIA „WIĘŹ” .....	str. 3
MISTRZOWIE ŻYCIA prawdziwe historie osób z zaburzeniami psychicznymi .....	str. 5
ZABURZENIA PSYCHICZNE – objawy, przyczyny, leczenie .....	str. 12
FAKTY I MITY DOTYCZĄCE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH .....	str. 22
PANEL EKSPERTÓW .....	str. 23
TEST POMIARU DEPRESJI LENORE RADLOFF .....	str. 26
O KAMPANII „MISTRZOWIE ŻYCIA” .....	str. 28
BAZA KONTAKTÓW I INFORMACJI .....	str. 29
NASZA TWÓRCZOŚĆ .....	str. 31

### Biuletyn NASZA WIĘŹ, Nr 2

**Wydawca:** Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób Mniejszych Szans „Więź”,  
ul. Arkońska 17-18, 71-470 Szczecin,  
tel. 91 829 01 02, e-mail: [wiez@wiez.org.pl](mailto:wiez@wiez.org.pl)  
**[www.wiez.org.pl](http://www.wiez.org.pl)**

**Teksty i redakcja:** Renata Laskowska GOS Polska Sp. z o.o.  
**Wypowiedzi ekspertów:** Tytus Kaleta, Ireneusz Mikołajewicz, dr Jakub Szpon  
**Korekta:** Renata Laskowska GOS Polska Sp. z o.o.  
**Opracowanie graficzne i skład:** AUGUST studio graficzne  
Iwona Ciechanowska  
**Zdjęcia:** Pixabay, [www.pixabay.com](http://www.pixabay.com), Magdalena Kosobucka, Liliana Chudzik

Szczecin, sierpień 2016r.

Egzemplarz bezpłatny



# Największy sukces to coraz lepsza kondycja naszych członków

**WYWIAD** z Marią Jolantą Makulską-Kapuścińską,

Prezes Stowarzyszenia Rodzin i Przyjaciół

Osób Mniejszych Szans „Więź”



– W którym roku powstało i czym zajmuje się Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób Mniejszych Szans „Więź”?

– Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób Mniejszych Szans „Więź” powstało w 2004 roku. Założyła je pani Anna Hortyńska, która sprawowała funkcję prezesa przez 6 lat. Należymy do ogólnopolskiego Związku Stowarzyszeń Rodzin i Opiekunów Osób Chorych Psychiczenie „Polfamilia”. Od 4 lat jesteśmy organizacją pożytku publicznego. Celem organizacji jest poprawa jakości życia osób chorujących psychicznie poprzez ich wsparcie w aktywności społecznej i zawodowej. Nasze działania to również pomoc w trudnych sytuacjach życiowych zarówno osobom po kryzysach psychicznych, jak i ich rodzinom. Prowadzimy również grupę wsparcia dla rodzin, gdyż długotrwała choroba ich bliskich przyczynia się do gorszej kondycji psychicznej ich samych.

– Gratuluję sukcesu w ogłoszonym przez Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego konkursie ofert na realizację zadań publicznych z zakresu promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym w 2016r. Otrzymaliście Państwo dofinansowanie na realizację zadania „MISTRZOWIE ŻYCIA – kampania informacyjno-edukacyjna na rzecz zwiększenia akceptacji i przeciwdziałania dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi”. Skąd wziął się pomysł na tę kampanię?

– Od dłuższego czasu chcieliśmy pokazać szerszej grupie społecznej, że osoby chorujące psychicznie mają duże moż-

liwości, są wrażliwe i utalentowane. Wiele z nich mimo, że zmagają się z chorobą, nie rezygnuje ze swoich marzeń i planów: uzupełniają wykształcenie, pracują, zakładają rodziny, są w szczęśliwych związkach. Dzięki temu projektowi możemy pokazać prawdziwe sylwetki tych osób i obalić krzywdzące opinie na ich temat.

– W jakim celu realizowana jest kampania MISTRZOWIE ŻYCIA? Co można zmienić za pomocą takiej kampanii?

– Celem projektu jest ukazanie prawdziwego wizerunku osób chorujących psychicznie i uzupełnienie wiedzy osób zainteresowanych tematyką zdrowia psychicznego. Temat ten jest ciągle pomijany lub przedstawiany w fałszywym świetle. Często osoby chorujące psychicznie ukazywane są jako niebezpieczne i nieprzewidywalne. A jak mówią statystyki tylko ok. 4% chorujących psychicznie dokonuje zabójstwa, pozostali zabójcy (96%) to ludzie zdrowi psychicznie. Natomiast wiele osób po kryzysach psychicznych jest zagrożeniem dla samych siebie, gdyż jednym z objawów choroby psychicznej jest depresja.

– Z roku na rok coraz więcej Polaków zapada na zaburzenia psychiczne. Szacuje się, że problem ten dotyka aż 25% dorosłych. Czy obserwujecie Państwo tę tendencję także w codziennej pracy w Stowarzyszeniu?

– Chyba tak, przychodzi do nas coraz więcej głównie młodych ludzi. Dowiadują się o naszym stowarzyszeniu od lekarzy psychiatrów, psychologów, często oni sami lub ich rodziny znajdują naszą stronę internetową. Działamy już 12 lat, więc coraz więcej specjalistów wie o naszym istnieniu i przekazuje informację o naszej działalności swoim pacjentom.

– Polska wg badań OECD znajduje się w czołówce krajów o największym wskaźniku samobójstw. Co Pani zdaniem powinno zmienić się w polskim systemie modelu leczenia psychiatrycznego, aby w Polsce popełnianych było mniej samobójstw?

– Najważniejsza jest szybka diagnoza i leczenie, a więc szybki dostęp do lekarza psychiatry, psychologa czy psycho-terapeuty. Niestety taka droga szukania ratunku dla wielu jest niedostępna, zdarza się, że osoba potrzebująca pomocy czeka na wizytę czy terapię miesiąc i dłużej. A pomoc potrzebna jest natychmiast, bo za chwilę może być za późno. Również sami zainteresowani nie zawsze chcą przyznać, że potrzebują wizyty u specjalisty. Brak odpowiedniej edukacji i strach przed napiętnowaniem społecznym nie pozwala im skorzystać z porady np. lekarza psychiatry.





– **Jakie działania podejmuje Stowarzyszenie na rzecz swoich członków oraz szerzej – na rzecz środowiska osób z zaburzeniami psychicznymi?**

– Działamy wielokierunkowo: piszemy projekty, w których ujmujemy różnego rodzaju warsztaty terapeutyczne (np. warsztaty terapii grupowej i indywidualnej, muzyczne, komunikacyjne, biblioterapii, psychoedukacyjne, trening pamięci), zajęcia rozwijające zainteresowania (np. warsztaty języka angielskiego, informatyczne, taneczne, udział w wydarzeniach kulturalnych). Ważną rolę odgrywają spotkania i wyjazdy integracyjne: cotygodniowe spotkania klubowe, wigilijne, wielkanocne, Andrzejki, Walentynki, Zabawy Noworoczne, urodziny członków Stowarzyszenia, wycieczki, ogniska, pikniki, obozy letnie.

Prowadzimy również działania skierowane do różnych grup społecznych dotyczące edukacji na temat praw osób chorujących psychicznie, choroby psychicznej i kształtowania postaw obywatelskich (akceptacja, zrozumienie, przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu). Udzielamy wsparcia osobom po kryzysach psychicznych i ich rodzinom w trudnych sytuacjach życiowych. Członkowie Stowarzyszenia biorą również udział w szkoleniach i stażach aktywizujących zawodowo (doradztwo zawodowe, pomoc w poszukiwaniu pracy, staże zawodowe), w szkoleniach i konferencjach związanych z pozyskiwaniem środków na cele statutowe, dot. przepisów prawnych, przeciwdziałaniu wykluczeniu, a także – w promocji zdrowia psychicznego w mediach i wśród różnych grup społecznych oraz w spotkaniach z przedstawicielami władz lokalnych i państwowych na temat problemów osób chorujących psychicznie.

Ponadto Członkowie Stowarzyszenia korzystają z propozycji zaprzyjaźnionych organizacji i ośrodków zarówno lokalnych, jak i z terenu całego kraju (np.: debaty, szkolenia, konferencje, udział w szkoleniach i stażach zawodowych, rajdach, piknikach, zabawach). Organizacja wspiera również rodziny i opiekunów osób chorujących psychicznie poprzez prowadzenie grup wsparcia, spotkań integracyjnych, wykładów specjalistów.

Szeroka jest oferta zajęć organizowanych przez Stowarzyszenie przy wsparciu różnych instytucji i pracy wolontariuszy. Zrealizowaliśmy 22 projekty, na które pozyskaliśmy dotacje z Fundacji Batorego, FIO, PFRON, Urzędu Miejskiego, Urzędu Marszałkowskiego, Urzędu Wojewódzkiego, MOPR. Wsparcie finansowe daje możliwość utrzymania Stowarzyszenia, prowadzenia warsztatów terapeutycznych, zajęć rozwijających, integracyjnych, aktywizujących zawodowo, rekreacyjnych dla osób po kryzysach psychicznych, co jest podstawą w ich powrocie do zdrowia i pełnego życia w społeczeństwie.

– **Co do tej pory było Pani zdaniem największym sukcesem Stowarzyszenia?**

– Największym sukcesem Stowarzyszenia jest coraz lepsza kondycja jego członków, którzy m.in. dzięki udziałowi w różnych, warsztatach, zajęciach, szkoleniach, spotkaniach, pracach społecznych organizowanych przez „Więź” pokonują chorobę, odzyskują siły i chęć do życia.

– **Jakie rodzaje terapii prowadzone są w Stowarzyszeniu?**

– Staramy się wychodzić naprzeciw potrzebom naszych członków. Jeśli widzimy, że mają problemy z pamięcią ujmujemy



w projekcie trening pamięci, jeśli są tacy, którzy lubią sobie podyskutować, to mają warsztaty na temat kultury, dla tych którzy potrzebują indywidualnego wsparcia organizujemy warsztaty terapii indywidualnej, a jak są chętni do nauki języka angielskiego to jest również język angielski, nawet na 3 poziomach. Nauka języka angielskiego jest możliwa dzięki życzliwości Pani Małgosi Gajdy, współpracującej z nami od wielu lat, często na zasadach wolontariatu.

Wolontariusze, głównie z Uniwersytetu Szczecińskiego także mają swój wkład w urozmaicenie oferty zajęć prowadzonych w „Więzi”. Prowadzą spotkania klubowe, sportowe, integracyjne. Młode, radosne i otwarte osoby bardzo pozytywnie wpływają na samopoczucie naszych członków.

– **Czy jeśli ktoś podejrzewa, że bliska mu osoba cierpi na zaburzenia psychiczne, może także zwrócić się do Państwa po pomoc?**

– Jak najbardziej. Rodziny, które zaobserwowały niepokojące zachowania u swoich bliskich mogą uzyskać wsparcie poprzez rozmowę telefoniczną lub bezpośrednio przyjść na spotkanie do naszej siedziby. Dyżury członków Zarządu są w każdy wtorek i czwartek w godzinach 15 -19.

– **Życzę dalszych sukcesów. Dziękuję za rozmowę.**

*Rozmawiała Renata Laskowska*



**Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób Mniejszych Szans „WIEŹ”**

71-470 Szczecin ■ ul. Arkońska 17-18 ■ tel. 91 829 01 02 ■ e-mail: [wiez@wiez.org.pl](mailto:wiez@wiez.org.pl)



# MISTRZOWIE ŻYCIA

## prawdziwe historie osób z zaburzeniami psychicznymi

**T**rudno uwierzyć w to, że zmagają się z chorobami psychicznymi. Na co dzień żyją swoimi pasjami i zajęciami, są pełni energii i realizują się życiowo. Tylko czasem dopada ich zły nastrój, muszą się wtedy wyciszyć, wycofać, poddać intensywnemu leczeniu, aby mogli powrócić silniejsi i bogatsi o nowe doświadczenia. Liliana zajmuje się informatyką i maluje, Paulina prowadzi firmę i pasjonuje się muzyką, Krzysztof ma własny sklep internetowy i uwielbia podróże, Małgosia żyje malowaniem obrazów, a Marcelina ma wspaniałą rodzinę i jest spełnioną matką.

Wszyscy bohaterowie uważają, że wielką niesprawiedliwością jest postrzeganie osób po kryzysach psychicznych jako niebezpiecznych dla otoczenia. Zarówno ich doświadczenia, jak i ogólnodostępne statystyki wskazują na to, że zdecydowana większość chorujących jest wycofana i zamknięta w sobie, a nie agresywna i atakująca. Istnieje także wiele innych stereotypów na temat osób z zaburzeniami psychicznymi. Powszechnie uważa się, że to osoby o niskim

ilorazie inteligencji, niezdolne do podjęcia pracy umysłowej, tymczasem najczęściej jest wręcz odwrotnie, osoby te mają ponadprzeciętne IQ i wyróżniają się wyjątkową wrażliwością i zdolnościami w wybranych dziedzinach, często artystycznych, matematycznych, analitycznych.

Nie jest im łatwo. W codziennym życiu muszą ukrywać swoją chorobę, bo przyznanie się do niej oznaczałoby utratę znajomych czy pracy. Czasami nawet rodzina nie chce zaakceptować, że są chorzy i potrzebują wsparcia, ale jest jedno miejsce, w którym mogą być sobą, mają przyjaciół i spędzają z nimi wspólnie czas – Stowarzyszenie „Więź”. W „Więzi” mogą otwarcie rozmawiać o swoich problemach i otrzymać wsparcie, co daje im energię do bycia Mistrzami swojego Życia na co dzień, otwartymi na nowe wyzwania i czerpiącymi satysfakcję z każdej chwili. Poproszeni o wypowiedź na kilka tematów otworzyli się i opowiedzieli o sobie, swojej chorobie, relacjach z otoczeniem, życiu zawodowym.

### LILIANA

*„Najważniejszą i najtrudniejszą rzeczą jest przełamanie barier tkwiących w nas.”*

#### Parę słów o sobie samej

Mieszkam w Szczecinie samodzielnie i samotnie zarazem. Sama dbam o siebie. Jestem już w wieku emerytalnym więc na pracę zarobkową nie mam szans. Czas wypełniam realizacją swoich hobby i pracą w Stowarzyszeniu „Więź”. To, jak spędzam dzień, zależy od mojego samopoczucia. Staram się być cały czas zajęta. Moje hobby to głównie informatyka, ale też czasami maluję. Główne moje zajęcie to praca z komputerem. Mam dorosłą córkę, ale nie utrzymuję z nią kontaktów. Regularnie rozmawiam z ojcem przez Skype. Poza tym nie utrzymuję kontaktów ze swoją rodziną.

#### Moja choroba

Mam rozpoznaną schizofrenię. Moja choroba rozpoczęła się w wieku 33 lat właściwie nagle, ponieważ symptomy choroby rozwinęły się w ciągu 3-4 miesięcy. Były to urojenia z elementami manii. Poczulałam się wtedy, jakby świat mi się zawałił. Ukochany zawód, który wtedy wykonywałam, a o którym marzyłam od dzieciństwa, stał się dla mnie nieosiągalny. Z wykształcenia jestem lekarzem, udało mi się nawet zrobić specjalizację z anestezjologii. Niestety z takim rozpoznaniem nie mogłam już pracować w tej dziedzinie. Przez jakiś czas po kryzysie pracowałam w dawnym miejscu pracy, ale odsuwano mnie od wszystkiego. Choroba na swoim początku przewróciła moje dotychczasowe życie do góry nogami. Byłam wtedy w głębokiej depresji niezdolna do zmiany swojego losu. Wtedy opiekowała się mną i moją córeczką moja mama.



praca Liliany

Nie mogłam już wykonywać swojego zawodu, więc zmuszona zostałam do przekwalifikowania. Znalazłam w sobie siły, aby zmienić zawód i znaleźć nową pracę. Znalazłam też nowe hobby (informatyka), które zawładnęło mną całkowicie i dało mi dużo satysfakcji i zadowolenia z siebie. Komputer stał się moją pasją, a moją wiedzę o nim powiększałam coraz bardziej. Ktoś nazwał go moim przyjacielem. To prawda, bo zastąpił mi dawną, a już niedostępną pasję i pomógł wyjść mi z depresji. Zewnętrznie to się nic nie zmieniło, dbałam cały czas o linię i kondycję fizyczną. Ostatnio przytyłam, ale to już wiek swoje zrobił, metabolizm już nie ten.

Generalnie jeśli regularnie biorę leki psychotropowe, to choroba nie daje znaku o sobie. W ciągu 27 lat trwania choroby przebywałam trzykrotnie na oddziale zamkniętym i czterokrotnie na oddziale dziennym. Na co dzień funkcjonuję dobrze, sama dbam o siebie i to dobrze.



## Leczenie i terapia

Dostaję leki psychotropowe, ale nie poprzestaję na tym. Na początku swojej choroby długi czas byłam w depresji i przykro to stwierdzić, ale lekarze psychiatrzy nie potrafili mnie z niej wyciągnąć. Szukałam sama dróg poprawy i zaczęłam uprawiać sport, znalazłam hobby, zmieniłam zawód. Ponadto zmarła mi wtedy moja mama, która opiekowała się mną i to paradoksalnie wpłynęło na mnie dodatnio. Zmuszona zostałam do zajęcia się sobą i swoją kilkunastoletnią córką, sama pokonywałam swoje lęki. Dzięki temu depresja ustąpiła i znalazłam w sobie siłę do zmiany zawodu i pracy, w której źle się czułam. Bardzo ważne jest, aby czas w ciągu dnia mieć ciągle zajęty, nie ma nic gorszego jak minuty ciągnące się w nieskończoność.

Chcę powiedzieć, że choroba psychiczna nie musi oznaczać rezygnacji z pełnego i wartościowego życia czy utraty łączności z resztą świata. Najważniejszą i najtrudniejszą rzeczą jest przełamanie barier tkwiących w nas. Ale to się stanie bez zaangażowania nas samych i aktywnego włączenia się w proces leczenia i rehabilitacji. Psychiatra, psycholog mogą pomóc, lecz bez dobrej woli z naszej strony niczego nie osiągną. Leczenie farmakologiczne jest bardzo ważne, ale psychoterapia, pasja do czegoś, co daje poczucie radości i zadowolenia, aktywne życie, gimnastyka, techniki relaksacyjne itd. są bardzo ważnymi elementami w leczeniu chorób psychicznych.

## Relacje społeczne

Moja rodzina nie rozmawia ze mną o chorobie, jest to temat tabu, nie mogę więc na nich liczyć. Z sąsiadami nie utrzymuję kontaktów. Przyjaciół mam tylko w „Więzi”. Dzięki Stowarzyszeniu mam cel w życiu, praca w nim daje mi dużo satysfakcji i mam zajęcie. Tutaj czuję się swobodnie i jestem akceptowana taką, jaka jestem. Nie siedzę sama w domu, tylko wychodzę do



praca Lilianny

ludzi. Początkowo Stowarzyszenie „Więź” było dla mnie formą rehabilitacji poprzez udział w zajęciach. Z czasem jednak stan mój wyraźnie się poprawił i nie potrzebowałam już takiej formy terapii. Włączyłam się aktywnie w pracę nad organizacją Stowarzyszenia, pracę której nigdy nie brakuje. Czuję się przez to potrzebna i doceniana przez pozostałych członków.

## Moje życie zawodowe

Obecnie nie pracuję zarobkowo, starszej pani nie chcą już zatrudniać. Ale do 2008 roku pracowałam cały czas, nie obrażałam sobie życia bez pracy. Zajęcia miałam niezbyt inte-



praca Lilianny

resujące, ale nie ma co narzekać. Miałam czas zorganizowany, byłam wśród ludzi i dostawałam dodatkowy pieniądź do skromnej renty. Obecnie pracuję społecznie w Stowarzyszeniu „Więź”, nie ma z tego pieniędzy, ale jest to coś, co lubię i co daje mi dużo satysfakcji. Poza tym poszerzam swoje umiejętności z dziedziny IT, gdyż uczęszczam do szkoły policealnej Cosinus na kierunku informatyka. Ani choroba, ani zaawansowany wiek nie są przeszkodą w ciągłym doskonaleniu siebie.

Co do pracodawców, to pracę dostawałam w okresie choroby dzięki grupie inwalidzkiej, ale ukrywałam że choruję na schizofrenię. Uważam, że gdybym ujawniła swoją chorobę nie dostałabym pracy. Mimo, iż zatrudniana byłam jako osoba z grupą, nigdy nie miałam taryfy ulgowej, pracować musiałam tak samo jak osoby zdrowe. Pracodawcy traktują zatrudnianie osób niepełnosprawnych tylko jako dobry interes, a nie pomoc tym osobom.

Schorzenie psychiczne sprawia, że nie zawsze jesteśmy zdolni do podjęcia pracy na prawach osób zdrowych. Pracodawcy powinni uwzględniać nasze ograniczenia i potrzebę wsparcia nas w codziennych obowiązkach. Zdaję sobie sprawę, że jest to nierealne we współczesnych czasach, jeśli nie jest się w pełni zdolnym do pracy, to po prostu nie ma dla nas pracy. Nie chcą nas zatrudniać. Ostatnio pojawiła się oferta pracy przy tworzeniu stron internetowych. Pomyślałam że jest to coś dla mnie, coś, co bym chciała robić. Moje starania o to zatrudnienie jednak spełzły na niczym i nie wnioskuję co było tego przyczyną.

## Stereotypy dotyczące osób dotkniętych chorobami psychicznymi

W społeczeństwie jest ciągle dużo uprzedzeń do takich jak ja ludzi i przez to trochę czuję się jakbym była poza marginesem społecznym. Najgorszy stereotyp to taki, iż uważa się osoby chore psychicznie za niebezpieczne. Jak z tym walczyć? Edukować społeczeństwo.

## Porada Lilianny dla osób podejrzewających u siebie zaburzenia psychiczne

W razie podejrzewania u siebie choroby psychicznej należy oczywiście udać się do psychiatry i podjąć jak najszybciej leczenie lekami psychotropowymi. Ale najczęściej jest tak, że nie zdajemy sobie sprawy z choroby i wtedy jest duża rola rodziny.



## PAULINA

*„Choroba psychiczna to żaden wstyd, jest taka sama jak inne choroby na tym świecie i jeśli się ją odpowiednio leczy, to w niczym nie przeszkadza w życiu.”*

### Parę słów o sobie samej

Mam 28 lat. Mam chłopaka z którym często spędzam aktywnie czas. Na co dzień prowadzę własną firmę, a od września zaczynam zaoczną 2-letnią szkołę policealną. Mam wykształcenie średnie i ukończoną maturę. Interesuję się modą, urodą, sportem (w szczególności tenisem ziemnym, jazdą na rowerze, fitnesssem, pływaniem i siatkówką), muzyką różnego rodzaju, czytaniem książek, robieniem zdjęć oraz Internetem. Prowadzę również własnego bloga oraz założyłam niedawno ze znajomymi zespół muzyczny, do którego należę.

### Moja choroba

Choruję na schizofrenię paranoidalną. Moja choroba zaczęła się u mnie około 17 roku życia, kiedy podjęłam naukę w liceum. Choroba dała o sobie znać nagle. Zaczęłam mieć wtedy problemy z koncentracją, nauką oraz byłam trochę wycofana społecznie i miałam wąskie grono znajomych. Na początku zdiagnozowano u mnie borderline, później zaburzenia depresyjno-lękowe, aż w końcu po pierwszej wizycie w szpitalu psychiatrycznym – schizofrenię paranoidalną. Choroba nie zmieniła mojego charakteru oraz zachowania. Mam dużo znajomych również chorujących psychicznie i traktuję ich tak samo jak zdrowych ludzi. Z tym że ze zdrowymi ludźmi mam



praca Małgosi

większy problem z nawiązaniem głębszych relacji i wstydę się im mówić o swojej chorobie.

### Leczenie i terapia

Jestem leczona farmakologicznie oraz uczęszczam na różne zajęcia dodatkowe typu biblioterapia, muzykoterapia oraz spotkania z wolontariuszkami w pewnym stowarzyszeniu dla osób po kryzysach psychicznych. Na poprawę mojego stanu zdrowia wpływa również na pewno kontakt z najbliższymi mi osobami – rodziną, chłopakiem, przyjaciółmi (których mam teraz dużo więcej), ponieważ są oni dla mnie ogromnym wsparciem i lubię z nimi przebywać. Na łagodzenie objawów choroby najczęściej pomaga mi muzyka – od słuchania jej przez tworzenie i śpiewanie swoich własnych piosenek oraz pisanie swoich książek. To mi daje ogromną satysfakcję i poczucie spełnienia. Ruch i sport również mają duży wpływ na moje samopoczucie – kiedy tylko pływam, jeżdżę na rowerze, uprawiam fitness bądź gram w tenisa, schodzi ze mnie stres i całe napięcie oraz wyzwalają się w moim organizmie naturalne endorfiny – hormony szczęścia.

### Relacje społeczne

Rodzina od zawsze mnie wspiera w zmaganiach z chorobą, zwłaszcza rodzice. To oni zawsze szukali dla mnie jak najlepszych lekarzy psychiatrów i byli za mną bez względu na wszystko. To wsparcie było i jest dla mnie bardzo ważne, samemu na pewno ciężiej byłoby sobie poradzić z chorobą psychiczną. Tylko niektóre osoby z mojej rodziny wiedzą o chorobie, tak samo znajomi również niektórzy, ponieważ zdrowym znajomym bałabym się o tym powiedzieć, nie jestem pewna z jaką reakcją bym się spotkała. Chorzy znajomi natomiast wiedzą o wszystkim i mnie traktują tak samo jak innych. Moja rodzina natomiast przyjęła informację o chorobie zupełnie normalnie, ponieważ mam bardzo tolerancyjną i wyrozumiałą rodzinę.

Tuż po zachorowaniu w mojej relacji z otoczeniem zmieniło się to, że byłam bardziej wycofana, mniej aktywna i miałam różnego rodzaju lęki, ciężiej mi było funkcjonować w społeczeństwie. Obecnie jestem w fazie remisji i moje relacje z otoczeniem oraz funkcjonowanie w społeczeństwie jest bardzo dobre i aktywne. Przynależność do stowarzyszenia „Więź” daje mi duże wsparcie, ponieważ przede wszystkim poznałam tam wspianiałych ludzi, których uważam za moich przyjaciół



praca Małgosi



i mogę się przy nich czuć swobodnie nie wstydząc się choroby. Wszyscy są bardzo serdeczni, tolerancyjni, inteligentni, z poczuciem humoru, otwarci na drugą osobę oraz na pewno wrażliwi, ponieważ choroby psychiczne najczęściej dotyczą osoby szczególnie wrażliwe. Poza tym członkostwo w „Więzi” pozwala mi na to, by zawsze spędzić ciekawie czas na różnego rodzaju zajęciach, pogłębiać swoją wiedzę na temat psychiki człowieka oraz rozwijać swoje umiejętności. W „Więzi” nigdy się nie nudzę :).

## Moje życie zawodowe

Obecnie posiadam własną firmę, którą prowadzę z pomocą Ojca. Lubię moją pracę, ale dopiero się wdrażam w to, co robię, ponieważ jeszcze nie znam się na biznesie aż tak bardzo. Jestem sama sobie szefem. Według mnie na rynku powinno być więcej ofert pracy dla osób chorujących bądź po kryzysach psychicznych, ponieważ są to naprawdę zdolne i wartościowe osoby. Poza tym renta również mogłaby być nieco wyższa. Najbardziej chciałabym pracować jako kosmetyczka, ponieważ interesuję się makijażem i różnego rodzaju zabiegami upiększającymi, dlatego też wydaje mi się, że w tym zawodzie mogłabym się najlepiej sprawdzić. Na początku chciałabym pracować u kogoś w gabinecie, a później jakbym miała na to wystarczającą ilość finansów – chciałabym otworzyć własny gabinet kosmetyczny.

## Stereotypy dotyczące osób dotkniętych chorobami psychicznymi

Wydaje mi się, że funkcjonuje taki stereotyp, według którego osoba chora psychicznie jest niebezpieczna dla otoczenia. Prawda jest taka, że dotyczy to może 5-10% przypadków. Wszystkie osoby chorujące psychicznie, które znam są wręcz bardzo łagodne i wydaje mi się, że jest więcej agresywnych ludzi zdrowych niż tych chorujących. Najbardziej krzywdzącym jednak stereotypem jest to, że osoby chorujące psychicznie są upośledzone umysłowo lub mają niższy wskaźnik inteligencji. Wydaje mi się że jest wręcz na odwrót – większość osób chorujących ma IQ powyżej przeciętnej oraz szczególne, wybitne uzdolnienia w określonych kierunkach – muzyczne, pisarskie, matematyczne, taneczne, malarskie itp. Aby walczyć z takimi stereotypami i mitami powinno się bardziej uświadamiać zdrowych ludzi na temat chorób i kryzysów psychicznych w telewizji, gazetach i radiu.



praca Liliany



praca Liliany

## Porada Pauliny dla osób podejrzewających u siebie zaburzenia psychiczne

Na pewno taka osoba najpierw powinna się udać do lekarza psychiatry, żeby dokładnie postawił diagnozę. Z psychiatrą można rozmawiać jak z najlepszym przyjacielem, więc na pewno po rozmowie dobierze odpowiednią diagnozę. Następnie po wizycie trzeba stosować się do zaleceń lekarza i brać leki, jakie nam wypisał. Jeśli podejrzewa się u siebie zaburzenia psychiczne, nie powinno się buntować przeciwko lekarzowi, tylko go słuchać oraz powinno się szczerze o tym porozmawiać z najbliższymi nam osobami. Choroba psychiczna to żaden wstyd, jest taka sama jak inne choroby na tym świecie i jeśli się ją odpowiednio leczy, to w niczym nie przeszkadza w życiu.

## KRZYSZTOF

„Najważniejsze to wierzyć, że będzie lepiej.”

## Parę słów o sobie samym

Mam 31 lat, jestem z wykształcenia ekonomistą, mam dziewczynę i póki co mieszkamy z rodzicami. Nie mam jeszcze dzieci. Na co dzień prowadzę własny sklep internetowy oraz za niedługo zaczynam pracę jako analityk rynku TFI. Moim hobby jest sport, podróże, filmy, neuronauki.

## Moja choroba

Choruję na schizofrenię paranoidalną. Choroba rozpoczęła się nagle podczas mojej pracy w Warszawie na stanowisku analityka rynku TFI. Pierwsze symptomy to było poczucie owładnięcia przez pracowników z mojej poprzedniej pracy. Teraz choroba jest raczej pod kontrolą, mam dobrego lekarza, bardzo rzadko mam nawroty, jedynie w dużym stresie. Na początku choroba spowodowała, że byłem obojętny, wycofany i zaniedbany, ale z czasem przyszła poprawa i jestem obecnie bardziej aktywny, zadbany i chętny do życia.





## Leczenie i terapia

Jestem leczony farmakologicznie, do tego dochodzą różne terapie aktywizujące w Stowarzyszeniu „Więź”, w tym biblioterapia i wcześniej muzykoterapia. Wydaje mi się, że na poprawę mojego stanu zdrowia wpływa pozytywne otoczenie, dziewczyna, realizacja zawodowa i hobbystyczna. Słucham lekarza i biorę regularnie leki, co wpływa na zmniejszenie ilości nawrotów. Ruch i sport poprawiają samopoczucie, ale te aktywności wymagałyby regularności, z czym jeszcze walczę.

## Relacje społeczne

Najbliższa rodzina raczej ignoruje problem, wręcz wypierają go, ukrywają, nie czuję wsparcia, może poza tatą. Przydałoby mi się wsparcie, w kwestii dotarcia do mnie od strony psychologicznej ze strony rodziców i najbliższej rodziny. Nie wszyscy znajomi wiedzą, że choruję, większości nie odważyłem się powiedzieć, chociaż te osoby, którym powiedziałem zareagowały normalnie, ze zrozumieniem. Dużo się nie zmieniło na chwilę obecną, bo teraz radzę sobie dobrze, wcześniej wstydziłem się swojej choroby i unikałem znajomych. Przynależność do „Więzi” daje wsparcie, w sensie takim, że jest mi różnie w chorobie, no i zajęcia są ciekawe. Dzięki „Więzi” nie choruję już tak bardzo na to, co pomyślą sobie inni, jak im powiem, że choruję.

## Moje życie zawodowe

Pracuję zawodowo, na ten moment, nie różnię się pod tym względem od osób zdrowych. Praca daje mi dużą samorealizację i działa na mnie terapeutycznie. Jestem całkiem zadowolony z siebie. Co do pracodawcy, to się niedługo okaże, bo idę do pracy 8 sierpnia. Moją potrzebą jako pracownika jest to, żeby zminimalizować poczucie stresu w pracy i traktować mnie normalnie. Osoby po kryzysach psychicznych powinny rzadziej spotykać się z tak zwaną stygmatyzacją, co wymaga



praca Małgosi

edukacji pracodawców pod tym kątem. Praca jako analityk rynków kapitałowych, to praca, w której chciałbym pracować najbardziej i to się spełnia. Mam umysł analityczny i interesuję się inwestycjami, dlatego myślę, że się sprawdzę.

## Stereotypy dotyczące osób dotkniętych chorobami psychicznymi

Najbardziej popularne mity to takie, że chorzy psychicznie są niebezpieczni dla społeczeństwa i często zabijają. To oczywiście nieprawda, ale wciąż wiele osób tak myśli. Myślę, że prawdziwe statystyki powinno się podawać w telewizji i Internecie pod artykułami o chorych kryminalistach.

## Porada Krzysztofa dla osób podejrzewających u siebie zaburzenia psychiczne

Powinni stosować się do zaleceń lekarza i nie buntować się, ani nie wypierać choroby. Powinni wierzyć, że będzie lepiej, wiara ma bardzo duże znaczenie.



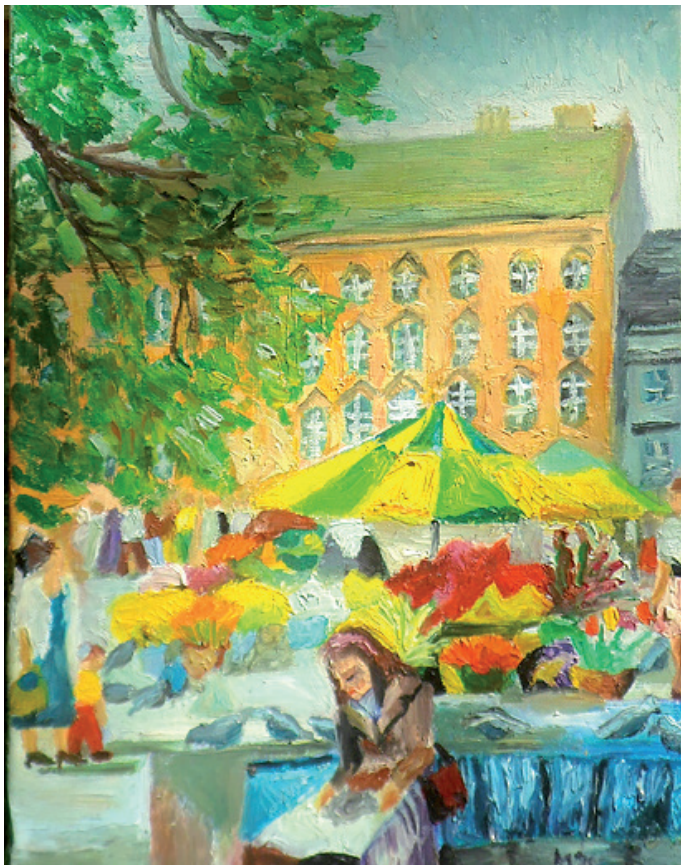
praca Małgosi

## MAŁGOSIA

„Wciąż istnieje brak tolerancji dla inności.”

## Parę słów o sobie samej

Zajmuję się malowaniem obrazów. Skończyłam pomaturalną szkołę Top Art na kierunku animator kultury. Moim hobby jest uprawianie sportu, taniec oraz jazda na rowerze. Lubię spędzać czas aktywnie, chodzić na spacer, jeździć na rowerze. Mam 28 lat. Nie mam własnej rodziny, mieszkam z rodzicami.



prace Małgosi

## Moja choroba

Choruję na schizofrenię. Zachorowałam w jedenastym roku życia. Od najmłodszych lat miałam problemy z nawiązywaniem kontaktów z rówieśnikami. Już w przedszkolu czułam odtrącenie. Późno mówiłam i dlatego kontakty były trudniejsze. Choroba rozwijała się stopniowo. Bałam się otoczenia, zamykałam się w domu, słyszałam głosy. W wieku 11 lat po raz pierwszy przebywałam w szpitalu, a później aż do ukończenia liceum miałam nauczanie indywidualne. Mieszkam w małym mieście, stąd wszyscy mnie znają. Nie miałam w moim mieście nigdy znajomych, chociaż o nich zabiegałam. Wciąż odczuwałam wyobcowanie. Dopiero wyjazd do szkoły Top Art w Szczecinie, a przede wszystkim Stowarzyszenie „Więź” spowodowały, że odnalazłam swoje miejsce w życiu.

## Leczenie i terapia

Przebywałam w wieku dorosłym w szpitalu, uczęszczałam na zajęcia dzienne zarówno w Szczecinie w szpitalu jak i w Warszawie. Był to rodzaj terapii. Najważniejszą terapią jest Stowarzyszenie „Więź” w Szczecinie. Odnalazłam tu prawdziwych przyjaciół, są to osoby bardzo mi bliskie, z którymi bardzo lubię spędzać czas. Cenię obozy rehabilitacyjne organizowane przez Panią Prezes Mariolę Kapuścińską. Uczą one bycia w grupie, radzenia sobie w wielu sprawach bez rodziny. Na moją kondycję psychiczną mają ogromny wpływ ruch i sport.

## Relacje społeczne

Moja rodzina jest ogromnym wsparciem w chorobie. Nie wyobrażam sobie jak byłoby bez niej. Mogę zawsze liczyć na wsparcie moich rodziców. Pocieszają mnie w chwilach słabszych i doceniają to, co robię. Cieszą się razem ze mną moimi małymi sukcesami. Stowarzyszenie „Więź” jest dla mnie bardzo ważne. Tu odczuwam spokój i zrozumienie. Nie muszę grać, jestem sobą. Wcześniej myślałam, że jestem dziwna i dlatego nie mam kolegów. W „Więzi” odnalazłam to, czego wcześniej nie miałam: ludzi bardzo drogiego, wartościowych, wrażliwych i delikatnych. Jesteśmy jak jedna rodzina, wspieramy się i cieszymy z sukcesów kolegów. Nie rywalizujemy, lecz się wspieramy i cieszymy, kiedy innym się coś dobrego uda.

## Moje życie zawodowe

Obecnie w ramach wolontariatu prowadzę zajęcia w bibliotece. Jest to bardzo ciekawe zajęcie. W sierpniu odbędę kurs, który zagwarantuje mi płatny staż w bibliotece. Dzięki Pani Prezes Marioli Kapuścińskiej już po raz drugi będę mogła podjąć pracę w ramach płatnego stażu. Jest to dla mnie bardzo ważne. Czuję się spełniona, nie siedzę w domu, lecz wychodzę do pracy, którą lubię. Pracodawca spełnia moje oczekiwania, panuje dobra atmosfera, co ułatwia współpracę. Uważam, że ludzie po kryzysach psychicznych powinni mieć pracę. Najgorsze w życiu, zwłaszcza dla ludzi młodych jest brak zajęć. Chciałabym pracować z dziećmi, uczyć sztuki malarskiej. Chciałabym przekazywać dzieciom wiedzę, którą posiadam.

## Stereotypy dotyczące osób dotkniętych chorobami psychicznymi

Niestety, wciąż istnieje brak tolerancji dla inności. Ludzie chorujący na schizofrenię są równie wartościowi jak zdrowi. Są bardzo delikatni, wrażliwi, uczciwi i mają wielkie serca. Należy walczyć z ich dyskryminacją poprzez telewizję, Internet, spotkania.



praca Małgosi

### Porada Małgosi dla osób podejrzewających u siebie zaburzenia psychiczne

Nie można się zamykać, o swoich problemach należy powiedzieć najbliższemu. Pomocne są grupy wsparcia, stowarzyszenia, w których można się odnaleźć. Takim stowarzyszeniem, które zrzesza ludzi z zaburzeniami psychicznymi jest „Więź” w Szczecinie. Najgorsza w tej chorobie jest samotność.

## MARCELINA

*„Trzeba robić to, co w danej chwili jest dla nas ważne.”*

### Parę słów o sobie samej

Jestem mamą i córką. Mam 50 lat i od zawsze jestem na rencie. Jestem wysoka, mam brązowe oczy i długie brunatne włosy. Na co dzień prowadzę trzyosobowy dom, zajmuję się córką i mamą, robię zakupy, opłaty, obiady, kolacje, sprzątam mieszkanie. W miarę możliwości spotykam się też z przyjaciółkami, chodzę do „Więzi”. Moje hobby to słuchanie muzyki i oglądanie dobrych filmów. Lubię chodzić na Wały Chrobrego i do Parku Kasprowicza na spacer.

### Moja choroba

Choruję na przewlekłą schizofrenię paranoidalną. Mam długie depresje, klóczę się wtedy i jestem agresywna słownie, albo jestem smutna i leżę, nie wychodzę w ogóle z domu albo boję się wykąpać. Jestem zamknięta w sobie i samotna, chociaż mam córkę i mamę. Moja choroba dała o sobie znać nagle. Kryzysy trwają długo, idę wtedy na trzymiesięczne leczenie do szpitala psychiatrycznego. Choroba bardzo na mnie wpłynęła, bo przytyłam i wszystko sprawia mi trudność, a zwłaszcza jak mam donieść do domu coś ciężkiego. Czuję się źle z moim wyglądem i wagą ponad 100 kg.

### Leczenie i terapia

Całe życie jestem leczona farmakologicznie. Chodzę na terapię do „Więzi”, uczę się tu języka angielskiego, biorę udział w muzykoterapii i spotkaniach klubowych. Na poprawę mojego stanu zdrowia wpływa dobry humor, muzyka, dobre relacje z córką i mamą – ich uśmiech i ciepłe słowa.

### Relacje społeczne

Moi przyjaciele to przeważnie osoby z grona chorujących, więc mam wielkie wsparcie i dobre relacje z nimi. Moi znajomi są wobec mnie w porządku i nigdy się nie odwrócili, chociaż czasami nie traktowałam ich zbyt dobrze. Moja najbliższa rodzina bardzo przeżywała moje zachowanie podczas depresji. Nawet mój tata widząc mnie na łóżku w szpitalu i nic nie mówiąc po prostu zaczął płakać po raz pierwszy w życiu, a mama starała się mnie odwiedzać i przynosić mi potrzebne rzeczy, ubrania, jedzenie, papierosy.

### Moje życie zawodowe

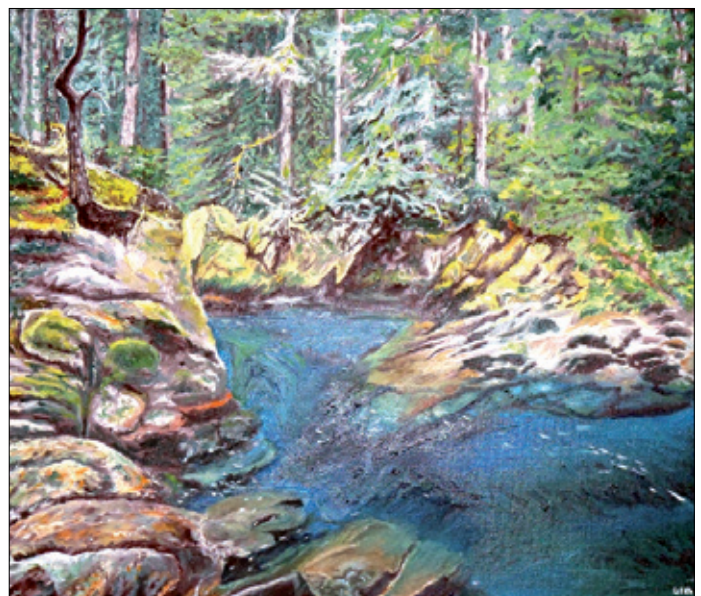
Nie pracuję zawodowo. Myślę, że mogłabym pracować w biurze w swoim zawodzie, który zdobyłam w szkole średniej – liceum zawodowym o profilu administracyjno-biurowym.

### Stereotypy dotyczące osób dotkniętych chorobami psychicznymi

Najbardziej krzywdzące jest to, jak nas przezywają – wariatka, szurnięta, czubek albo psychiczna. Jestem bardzo wrażliwa i nie chcę, żeby te oceny mnie zaszufladkowały tak nisko. Zajmuję się osobą na wózku inwalidzkim, jest to praca pełna poświęcenia i wielkiej miłości do niej, bo jest to moja córka. Bardzo ją kocham i chcę dla niej jak najlepiej.

### Porada Marceliny dla osób podejrzewających u siebie zaburzenia psychiczne

Radzę innym, żeby nie poddawali się swoim złym nastrojom, przyjmowali regularnie leki oraz spędzali miło czas ze swoimi przyjaciółmi i rodziną. Trzeba robić to, co w danej chwili jest dla nas ważne. Często śmiać się i żartować. Życie jest ciężkie, więc bierzmy je na poważnie i kochajmy je.



praca Liliany

# ZABURZENIA PSYCHICZNE

## – objawy, przyczyny, leczenie

Zaburzenia psychiczne to schorzenia, które są trudne do jednoznacznego sklasyfikowania. Dopiero w 1975 roku na konferencji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w ramach Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) ustanowiono „Klasyfikację zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania”, która obowiązuje do dnia dzisiejszego w wersji wielokrotnie aktualizowanej. Z reguły postawienie właściwej diagnozy sprawia lekarzom psychiatrom wiele trudności, gdyż objawów choroby jest najczęściej wiele, a jedne z nich mogą tłumić lub przykrywać inne, przez co do postawienia właściwej diagnozy potrzebny jest dłuższy czas obserwacji pacjenta oraz duża skrupulatność przy jej przeprowadzaniu.

Poniżej zostały przedstawione podstawowe informacje o najczęściej spotykanych zaburzeniach psychicznych – depresji, schizofrenii, chorobie afektywnej dwubiegunowej oraz o osobowości borderline. Świadomie pominięta została jeszcze jedna popularna grupa schorzeń – nerwice, głównie z uwagi na cienką granicę dzielącą normę od zaburzenia wymagającego leczenia psychiatrycznego. Warto zapoznać się z informacjami na temat tych chorób, gdyż mogą one dotknąć każdego z nas, bliską nam osobę czy osamotnioną sąsiadkę. Najczęściej tylko ktoś z zewnątrz jest w stanie ocenić czy stan chorego mieści się w granicach normy, dlatego tak ważna jest pomoc drugiego człowieka. W przypadku, gdy masz podejrzenie, że na zaburzenie psychiczne cierpi osoba z Twojego otoczenia, koniecznie skieruj ją do specjalisty. Nakłonienie jej do leczenia nie będzie z pewnością łatwym zadaniem, ale jedyną szansą na jej skuteczną pomoc. Na końcu tej publikacji znajdziesz bazę teledresową miejsc, w których można znaleźć wsparcie.

### DEPRESJA

Na świecie rocznie odnotowywanych jest ponad 850 tys. przypadków śmierci spowodowanych depresją. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że w roku 2020 depresja będzie drugą na liście najczęstszych przyczyn zgonów (już dziś zajmuje drugie miejsce w grupie wiekowej 15 – 44 lata). Na świecie na zaburzenie to cierpi prawie 150 mln osób, a prawdopodobieństwo zachorowania na nie rośnie z każdym kolejnym pokoleniem.

Zgodnie ze statystykami ryzyko wystąpienia depresji w ciągu życia człowieka szacowane jest na więcej niż 10 proc. U kobiet jest ono ponad dwukrotnie wyższe niż u mężczyzn. Te szacunki opierają się na stwierdzonych przypadkach choroby, a postawić diagnozę można komuś, kto zgłasza się do lekarza, istnieje jeszcze z pewnością duża grupa osób cierpiących w domowych zaciszach. Zaburzenie to częściej dotyka kobiety niż mężczyzn, ale kobiety według statystyk rzadziej dopuszczają się prób samobójczych.

Jednocześnie trzeba zaznaczyć, że depresja jest w dzisiejszych czasach słowem nadużywanym, nierzadko zastępuje takie określenia jak melancholia, smutek czy przygnębienie. W niniejszej publikacji depresja rozumiana jest jako choroba z zespołem charakterystycznych objawów, dla których typowa jest tzw. triada depresji Becka, czyli występowanie negatywnych myśli w trzech obszarach: myślenie o sobie, myślenie o świecie, myślenie o przyszłości.

### OBJAWY I PRZEBIEG

Depresja, podobnie jak pozostałe zaburzenia psychiczne, nie jest chorobą jednorodną, zarówno względem przyczyn, jak i obrazu klinicznego. Dlatego metody leczenia dla każdej osoby dotkniętej tym schorzeniem muszą być dobierane indywidualnie. Depresja może mieć różne podłoże i przebieg, dlatego trudno dokładnie sklasyfikować jej rodzaje.

#### KLASYFIKACJA DEPRESJI

**W ramach najbardziej podstawowego podziału wyróżnia się:**

- **depresję reaktywną** – pojawia się w odpowiedzi na niekorzystne wydarzenie życiowe, trwa krócej, ma mniejsze nasilenie, dobre efekty daje psychoterapia i wsparcie innych osób,
- **depresję endogenną** – pojawia się w związku z niekorzystnym wydarzeniem życiowym, ale i bez takiego związku, osiąga duże nasilenie, trwa przez wiele miesięcy, powraca kilkakrotnie w ciągu życia, wymaga zawsze leczenia farmakologicznego, czasem też szpitalnego,
- **depresję maskowaną** – jej obraz znacznie odbiega od powszechnych postaci tych zaburzeń i może sugerować występowanie innej choroby, główne objawy są nietypowe dla depresji, np. bóle głowy, problemy z pamięcią, zaparcia, zespół jelita drażliwego.



Ponadto w zależności od przyczyny choroby mówi się o depresji poporodowej, depresji sezonowej (sezonowym zaburzeniu afektywnym), depresji nerwicowej (dystymii), depresji schizofrenicznej, depresji o podłożu farmakologicznym, depresji o podłożu uzależnieniowym.

Depresja poporodowa, zwana potocznie „baby blues” dotyka ok. 30 proc. kobiet i wiąże się z nagłymi zmianami w wydzielaniu hormonów po urodzeniu dziecka. Depresja sezonowa to zaburzenie pojawiające się w określonych porach roku, najczęściej jesienią i zimą, a mijające w okresie wiosny i lata. Natomiast depresja nerwicowa charakteryzuje się przewlekłym obniżeniem nastroju, ale ma łagodniejszy przebieg. Depresja schizofreniczna występuje w przebiegu schizofrenii, bezpośrednio po wystąpieniu psychozy schizofrenicznej. Przyczyną depresji o podłożu farmakologicznym jest efekt uboczny zażywania niektórych leków np. nasercowych, przeciwgrzybiczych, wybranych antybiotyków, steroidów. Depresja o podłożu uzależnieniowym pojawia się w przypadku nadużywania leków lub alkoholu.

Poza podaną klasyfikacją wyodrębnia się także stopnie nasilenia przebiegu depresji – łagodny (nie zaburza całkowicie funkcjonowania osoby), umiarkowany (oznacza nasilenie objawów, sprawia trudności w codziennym życiu), ciężki (chory wyraźnie cierpi, ma niską samoocenę i poczucie winy, myśli samobójcze, objawy somatyczne), przewlekły (zaburzenia nawracające).

Rodzajów depresji jest zatem wiele, jednak według „Klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania” ujętej w ICD-10 do rozpoznania tego zaburzenia muszą zostać rozpoznane dwa z trzech poniższych objawów występujące w okresie co najmniej dwóch tygodni:

- obniżony nastrój,
- brak lub utrata zdolności odczuwania przyjemności (anhedonia) oraz utrata zainteresowań,
- osłabienie wytrzymałości lub zdecydowanie mniejsza ilość energii.

Dodatkowo według klasyfikacji ICD-10 muszą występować dwa lub większa liczba z listy poniższych objawów: zaburzenia koncentracji uwagi, niska samoocena i poczucie winy, zdecydowany pesymizm, myśli samobójcze, zachowania autoagresywne, zaburzenia apetytu i zmiana masy ciała, pobudzenie lub spowolnienie psychoruchowe, zaburzenia snu (bezsennność lub nadmierna sennność).

Symptomy depresji mogą być też inne, jak na przykład u dorosłych – agresywne zachowania, brak zainteresowania sprawami bliskich, pracoholizm, uzależnienie od alkoholu i leków, seksoholizm, zaś u dzieci – pogorszenie wyników w nauce, unikanie kontaktów z rówieśnikami, płaczliwość, rozdrażnienie, bóle głowy, bóle brzucha.

Istotne jest, aby umieć rozróżnić negatywne uczucia, które pojawiają się i znikają, od długotrwałego złego stanu, w którym pojawiają się złość, irytacja, lęk czy poczucie beznadziei. Nie zawsze jednak osoba z depresją jest w stanie racjonalnie ocenić swoje zachowania.

## PRZYCZYNY

Przyczyny tego schorzenia są obiektem wielu badań i spekulacji, a prawda jest taka, że nie są dokładnie poznane. Można wydzielić trzy podstawowe modele powstawania depresji: biologiczny, psychodynamiczny i poznawczo-behawioralny.



Według modelu biologicznego jako przyczynę powstawania zaburzeń depresyjnych uznawany jest niedobór amin biogennych – występujący u danej osoby zbyt niski poziom noradrenaliny oraz serotoniny. Powodem mogą być także zaburzenia w funkcjonowaniu mózgu – u osób z nadmierną aktywnością płata czołowego prawej półkuli (np. po udarze) lub u osób z niedoczynnością lewego płata czołowego, u których obserwuje się przytępienie emocjonalne i obniżenie motywacji. Ponadto stany depresyjne mogą powodować sezonowe niedobory światła słonecznego oraz zaburzenia hormonalne występujące np. w niedoczynności tarczycy, w stanach silnego stresu, u kobiet po porodzie, u mężczyzn z niskim poziomem testosteronu.

W modelu psychodynamicznym głównej przyczyny powstania depresji upatruje się w konkretnych typach osobowości – kierujących się w swoim postępowaniu zewnętrznymi źródłami samooceny (najważniejsze jest co ludzie o mnie pomyślą), wyróżniających się bezradnością w osiągnięciu swoich, najczęściej nieosiągalnych celów. Natomiast model poznawczo-behawioralny za główny powód powstania zaburzenia uznaje konkretne zachowania i myśli, a leczenie w tym przypadku głównie opiera się na nauce zupełnie nowych umiejętności.

Depresja może mieć także podłożo genetyczne – ostatnie badania przeprowadzone przez naukowców z uniwersytetu w Yale udowodniły, że istnieje gen odpowiedzialny za powstawanie depresji. Według statystyk posiadanie w rodzinie osoby chorej na depresję zwiększa ryzyko wystąpienia choroby od 2 do 5 razy. Często przyczyną tego schorzenia są także silne, niekorzystne wydarzenia życiowe takie jak śmierć bliskiej osoby, zawód miłosny, niepowodzenia w pracy czy szkole, rozwód, choroba, przemoc seksualna.



## GRUPY OSÓB PODATNE NA WYSTĄPIENIE DEPRESJI

Zdaniem ekspertów istnieją grupy osób szczególnie podatne na wystąpienie depresji, są to:

- ✗ osoby z przypadkami chorych na depresję w rodzinie,
- ✗ osoby, które nie zaznały w dzieciństwie wiele czułości, przeżyły wstrząs psychiczny lub były ofiarą molestowania seksualnego,
- ✗ osoby nadwrażliwe, u których depresja może ujawnić się wskutek silnego przeżycia, w wyjątkowych przypadkach nawet optymistycznego,
- ✗ kobiety przed i po menopauzie oraz mężczyźni po czterdziestym roku życia, u których spada poziom hormonów – estrogenów i testosteronu,
- ✗ seniorzy po sześćdziesiątym roku życia, którzy często zapadają na choroby przewlekłe, czują się osamotnione i bezradne.

## LECZENIE

Zapadnięcie na depresję nie zawsze oznacza konieczność leczenia przez lekarza psychiatrę. Przyjmuje się, że u osób z łagodniejszymi objawami wystarczająca może być indywidualnie dobrana psychoterapia. Granica pomiędzy zwykłym życiowym smutkiem a przypadkiem, w którym przynębionej i bezradnej osobie musi pomóc psycholog lub psychiatra, jest z reguły bardzo cienka. Zdarza się to najczęściej w chwili wystąpienia w życiu człowieka nagłych trudnych sytuacji – śmierci kogoś bliskiego, zawodu miłowanego, niespodziewanej utraty pracy. Przykładem może być przedłużający się stan żałoby, w którym ogarnięta smutkiem osoba może czasem wymagać jedynie pomocy psychologa, a w niektórych – już leczenia psychiatrycznego.

Trwające długo życiowe niepowodzenia u osób o cechach osobowości predysponujących do wystąpienia depresji, mogą do tej choroby doprowadzić. W takich przypadkach początkowo wystarczającą metodą leczenia może być psychoterapia, jednak gdy ich stan ulegnie pogorszeniu, niezbędnym może okazać się leczenie psychiatryczne.

W leczeniu depresji wykorzystuje się: leki przeciwdepresyjne, psychoterapię, fototerapię, niektóre leki neuroleptyczne (Flupentisol, Sulpiryd, Lewomepromazyna), elektrowstrząsy oraz deprywację snu. Należy pamiętać, że leczenie lekami zaczyna przynosić efekty dopiero po kilku dniach, a nawet tygodniach i wymagana jest dłuższa kuracja. Leczenie farmakolo-

giczne dobierane jest indywidualnie i nastawione na to, aby skutecznie zapobiec nawrotom choroby. Pod żadnym pozorem nie wolno odstawiać przepisanych przez lekarza leków, ani zmieniać wskazanych dawek.

Leczenie depresji elektrowstrząsami pomimo swojej skuteczności jest stosowane bardzo rzadko, wyłącznie do leczenia bardzo głębokiej depresji, głównie z powodu licznych skutków ubocznych, w tym zaburzeń pamięci. Fototerapia to nic innego jak leczenie światłem w postaci naświetlań, jest skuteczną metodą przede wszystkim w leczeniu depresji sezonowej. Jeszcze inną metodą jest deprywacja snu, czyli terapia, w której zmniejsza się pacjentowi ilość snu. Badania dowodzą, że jego brak, zwłaszcza w drugiej połowie nocy, może pomóc w poprawianiu nastroju w czasie depresji. Działanie wspierające w leczeniu ma także niewątpliwie zdrowa dieta, bogata w kwasy omega-3 oraz witamin z grupy B.

W trakcie leczenia i zapobiegania nawrotom choroby należy także pamiętać o aktywności fizycznej, która jest naturalnym skutecznym środkiem walki z depresją. Istnieją dowody naukowe

na to, że podczas wykonywania ćwiczeń wzrasta wydzielanie się endorfin oraz serotoniny. Endorfiny zmniejszają odczuwanie bólu i wywołują uczucie błogostanu. Natomiast serotonina odpowiada za poczucie zadowolenia, reguluje sen, apetyt, temperaturę ciała i ciśnienie krwi. Według naukowców najbardziej skuteczne w przypadku zaburzeń depresyjnych są ćwiczenia aerobowe, rozciągające oraz stretching, gdyż w ich przypadku nie jest ważna intensywność wysiłku, lecz sama aktywność. Przy czym ważne jest, aby wykonywać je systematycznie.

Jakie są szanse na pozbycie się depresji na zawsze? Wiele osób po jednym lub nawet kilku epizodach choroby wychodzi z niej, nawet z pomocą samej psychoterapii, jednak w części przypadków wymagane jest leczenie farmakolo-

giczne długo po zakończeniu objawów, aby móc skutecznie zapobiec jej nawrotom.

## WARTO PRZECZYTAĆ

„Osobisty przewodnik po depresji” Tomasz Jastrun

„Jutro wszędzie słońce. Jak przetrwać depresję” Gayle Rosselini, Mark Worden

„Depresja. Poradnik medyczny” Kwame McKenzie

„Depresja” Keith Kramlinger

„Depresja nie jest przeznaczeniem” Bernd Neumann, Detlef Dietrich

„W PUŁAPCE MYŚLI. Jak skutecznie poradzić sobie z depresją, stresem i lękiem” Steven C. Hayes, Spencer Smith

„Pokonaj depresję, zanim ona pokona ciebie” Robert L. Leahy

„Uwolnić się z depresji” Jesse H. Wright, Laura W. McCray

## ZNANE OSOBY, KTÓRE CHOROWAŁY NA DEPRESJĘ

**Justyna Kowalczyk** – polska biegaczka narciarska, mistrzyni i multimedalistka olimpijska oraz mistrzostw świata

**Billy Joel** – amerykański piosenkarz, muzyk rockowy i kompozytor muzyki popularnej i poważnej

**Owen Wilson** – amerykański aktor, scenarzysta i producent filmowy

**Kora Jackowska** – polska wokalistka rockowa i autorka tekstów

**Jolanta Fraszyńska** – polska aktorka filmowa i teatralna

**Edward Stachura** – polski poeta, prozaik, pieśniarz i tłumacz

**Heath Ledger** – australijski aktor i reżyser

**Edyta Bartosiewicz** – polska wokalistka, autorka tekstów i piosenek

**Kazik Staszewski** – polski muzyk, wokalista, saksofonista, autor tekstów i aranżer

**Danuta Stenka** – polska aktorka teatralna, filmowa i radiowa

**J.K. Rowling** – angielska pisarka, autorka serii o Harrym Potterze



## SCHIZOFRENIA

Każdy z nas słyszał coś na temat schizofrenii, jednak niewiele osób wie, co naprawdę kryje się pod tym pojęciem. Schorzenie to najczęściej kojarzy się źle i przedstawiane jest w taki sposób, że wydaje się być chorobą znacznie bardziej przerażającą niż jest w rzeczywistości. W rzeczywistości schizofrenia może być uleczalna i tylko w bardzo rzadkich przypadkach prowadzi do wystąpienia zachowań agresywnych. Faktem, który potęguje przekonanie o tym, że osoby chorujące na to zaburzenie są niebezpieczne, jest to, że wielu przestępców, aby uniknąć kary, stara się powołać na swoją chorobę umysłową. Sporej części z nich to kłamstwo się niestety udaje, co wpływa na powstawanie negatywnego wizerunku chorych w społeczeństwie.

Termin schizofrenia został stworzony przez szwajcarskiego psychiatrę Eugena Bleulera i powstał w wyniku połączenia dwóch greckich słów – schisis (rozszczeniać) i phren (umysł), co łącznie oznacza „rozszczenie umysłu”, nie mające żadnego związku z „rozszczeniem jaźni” będącym całkowicie innym zaburzeniem. Jednakże z powodu błędnej interpretacji nazwy choroby wciąż kojarzona jest ona powszechnie z występowaniem wielu osobowości, co jest krzywdzącym nieporozumieniem. Tymczasem według obowiązujących w psychiatrii kryteriów diagnostycznych podstawowym objawem schizofrenii jest rozszczepienie pomiędzy myśleniem, zachowaniem, emocjami, motywacją i ekspresją emocji przejawiające się niedostosowaniem do danej sytuacji zachowań i treści wypowiedzi pacjenta.

Schizofrenia dotyka 2% polskiego społeczeństwa, rozpoczyna się z reguły u młodych ludzi – w przypadku mężczyzn zwykle między 15 – 25 rokiem życia, a kobiet – w wieku 25-35 lat. Objawy choroby są bardzo różne – u niektórych osób początek jest ostry, a u innych – powolny. Dlatego, tak naprawdę, pod pojęciem schizofrenii kryje się grupa zaburzeń o różnym obrazie i przebiegu, nazywana psychozami schizofrenicznymi. Każdy chorujący musi znaleźć swoją drogę do poprawy stanu zdrowia. Więcej o życiu ze schizofrenią można dowiedzieć się z wartego polecenia filmu „Piękny umysł” Rona Howarda, nakręconego na podstawie biograficznej książki Sylvii Nasar o tym samym tytule opowiadającej o wybitnym matematyku Johnie Nash’u.

### OBJAWY I PRZEBIEG

Schizofrenia może objawić się dwojako – nagle lub skrycie, kiedy choroba rozwija się z miesiąca na miesiąc i w pełni daje o sobie znać w postaci nagłego zaostrzenia. Podłożem choroby jest poczucie wszechogarniającej pustki. Przyjmuje się, że na obraz schizofrenii nakładają się:

– **objawy pozytywne** (wytwórcze) – urojenia, niezwykle myśli, podejrzliwość, omamy (halucynacje) słuchowe, węchowe, smakowe, dotykowe, rzadko – wzrokowe, złudzenia (iluzje) w postaci błędnej interpretacji rzeczywistych bodźców,

– **objawy negatywne** (ubytkowe) – zblednięcie emocji (trudności w przeżywaniu i wyrażaniu własnych uczuć, problemy z empatią), zmniejszenie motywacji do działania lub obniżenie energii życiowej, zubożenie emocjonalne prowadzące do utraty dotychczasowych zainteresowań, poczucia niskiej wartości, niechęć do mówienia,

– **objawy afektywne** – zaburzenia nastroju, szczególnie o podłożu depresyjnym,

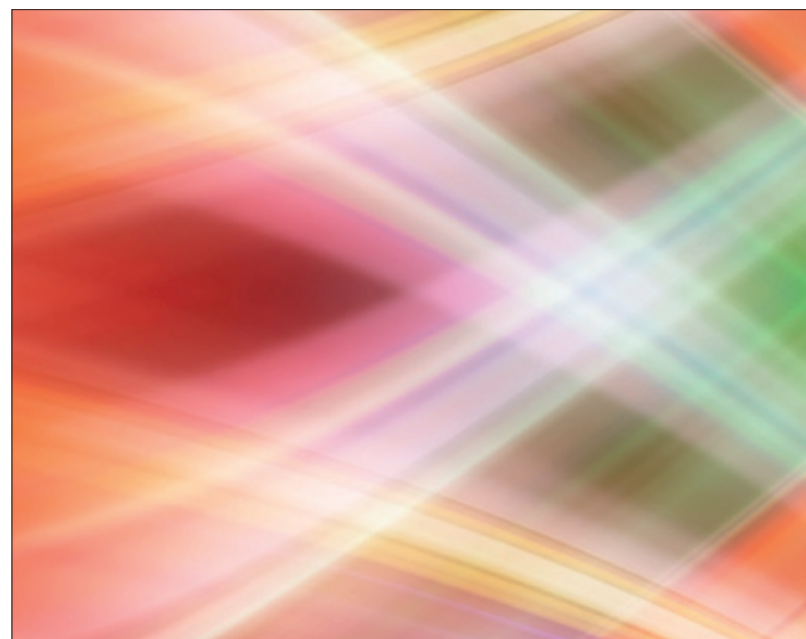
– **objawy kognitywne** – trudności w sferze poznawczej, takie jak zaburzenia koncentracji uwagi, zaburzenia pamięci,

– **objawy dezorganizacji** – formalne zaburzenia myślenia (kłopoty z jasnym myśleniem, zrozumieniem innych ludzi), dezorganizacja zachowania (dziwne gesty, pobudzenie lub spowolnienie ruchowe).

Ważne jest, aby jak najwcześniej zauważyć rozwijającą się u bliskiej osoby chorobę. Schizofrenia daje pewne sygnały, które powinny zwrócić uwagę otoczenia na zmiany zachodzące w zachowaniu i wizerunku zewnętrznym danej osoby.

### WCZESNE OBJAWY OSTRZEGAWCZE SCHIZOFRENII

- **zmiany nastroju** – nastroje depresyjne, utrata zdolności do płaczu lub nadmierna skłonność do płaczu, wybuchy śmiechu bez przyczyny lub utrata zdolności do doznawania pozytywnych uczuć
- **doznania zmysłowe** – słyszenie głosów, wrażliwość na dźwięki lub światło
- **zmiany w aktywności** – nadmierna aktywność lub jej brak, nadmierna lub niemal całkowita senność
- **zmiany w relacjach społecznych** – unikanie sytuacji społecznych, rezygnowanie z aktywności życiowej, utrata chęci do podtrzymywania znajomości, dziwne wypowiedzi w trakcie rozmowy
- **zmiany w relacjach rodzinnych** – prowokowanie ciągłych kłótni, unikanie kontaktów
- **zmiany w funkcjonowaniu szkolnym lub zawodowym** – problemy z koncentracją, spadek poziomu osiągnięć w nauce
- **zmiany w zachowaniu** – przyjmowanie dziwnych pozycji ciała, długotrwałe wpatrywanie się, pojawienie się szczególnych przekonań religijnych, sięganie po substancje odurzające
- **zmiany w wyglądzie** – zmiana sposobu ubierania się, zmniejszenie dbałości o higienę





Wyróżnia się różne postacie schizofrenii, niekiedy w swych objawach bardzo różniące się między sobą: **schizofrenię paranoidalną** (słabsze objawy negatywne, obecne liczne urojenia i omamy, rokowanie różne), **schizofrenię hebefreniczną** (zarysowany rozpad osobowości, utrata uczuciowości wyższej, omamy i urojenia nie są na pierwszym planie, rokowanie niekorzystne), **schizofrenię katatoniczną** (spadek aktywności, aż do utraty (katatonii) lub pobudzenie, rokowanie dobre), **schizofrenię prostą** (powolny początek, przewlekłe objawy negatywne, powolne wypadanie z ról społecznych), **schizofrenię rezydualną** (pozostałość po przebytych epizodach psychotycznym z mniej nasilonymi objawami), **schizofrenię nieodróżnioną** (objawy są na tyle niespecyficzne, że trudno zaklasyfikować chorobę do któregoś z powyższych typów choroby).

W przebiegu choroby występują zasadniczo trzy okresy: zaostrzenia (objawy, zwykle pozytywne są nasilone), stabilizacji (kiedy dochodzi do stopniowego zmniejszania objawów, a chory powraca do normalnego życia), remisji (objawy występują w niewielkim stopniu albo nie występują wcale).

Schizofrenia może mieć przebieg:

– **łagodny** – pacjent ma niewielkie objawy lub nie ma ich w ogóle, wystąpiły maksymalnie dwa epizody schizofrenii do 45 roku życia,

– **średni** – pacjent miał kilka epizodów schizofrenii przed 45 rokiem życia, zwykle w okresie stresu, ma umiarkowane objawy pomiędzy epizodami,

– **ciężki** – nawroty choroby występują często, nawet co kilka miesięcy, w okresie remisji występują objawy wyraźnie utrudniające pacjentowi codzienne życie, chory może mieć dodatkowe problemy psychiczne (np. uzależnienie od alkoholu lub narkotyków) lub somatyczne (np. choroby serca lub nerek).

## PRZYCZYNY

Schizofrenia ciągle fascynuje lekarzy psychiatrów, oraz badaczy. Nie ma roku, aby nie powstała

nowa teoria na temat przyczyn powstawania tego schorzenia. Mają one niewątpliwie złożony charakter, chociaż wiadomo, że podstawową z nich są zmiany w obrębie niektórych części mózgu polegające na nadmiernym wydzielaniu jednego z neuroprzekazników – dopaminy, przy jednoczesnym spadku występowania tej substancji w innych jego częściach. Zbyt duża ilość dopaminy może zakłócać sposób, w jaki czujemy i odbieramy wrażenia docierające ze świata zewnętrznego, a co za tym idzie prowadzi do wystąpienia objawów pozytywnych (patrz powyżej). Z drugiej strony zbyt mała ilość dopaminy może spowodować pojawienie się stanów apatii, dezorientacji, poczucia osamotnienia oraz ciągłego zmęczenia – czyli objawów negatywnych.

## CZYNNIKI SPRZYJAJĄCE SCHIZOFRENII

**Początek choroby wiąże się prawdopodobnie z oddziaływaniem pomiędzy różnymi czynnikami, do których należą:**

- **choroba w rodzinie** – ryzyko zachorowania w populacji wynosi około 1%, w przypadku, gdy jeden z rodziców jest chory wzrasta dziewięciokrotnie i wynosi 9%; ryzyko to jest podwyższone także wtedy, gdy dziecko chorego rodzica zostało adoptowane przez rodzinę, w której choroba nie występuje; należy jednak zauważyć, że nie jest to choroba dziedziczna, jeśli nawet oboje rodzice chorują na schizofrenię, szansa na posiadanie przez nich zdrowych dzieci wynosi ciągle aż 60 proc.,
- **dorastanie w centrum dużego miasta,**
- **używanie narkotyków,**
- **ciężkie przeżycia,**
- **niektóre choroby zakaźne.**

## LECZENIE

Współcześnie schizofrenia leczona jest głównie za pomocą leków przeciwpsychotycznych, których dawkowanie jest stopniowo zmniejszane. W związku z tym,

że środki te zaczynają działać dopiero po upływie co najmniej tygodnia, do stwierdzenia skuteczności ich działania potrzebne są około cztery tygodnie. Niestety, ale klasyczne leki przeciwpsychotyczne niosą za sobą liczne skutki uboczne, takie jak senność, zawroty głowy, sztywność mięśni, drżenie kończyn, negatywny wpływ na metabolizm, co w efekcie zwiększa ryzyko wystąpienia otyłości, cukrzycy oraz chorób serca. Regularne przyjmowanie zapisanych leków znacznie zmniejsza ryzyko szybkiego nawrotu choroby.

Osoby chorujące na schizofrenię znajdują się w ciężkiej sytuacji, ponieważ leczenie ich schorzenia trwa z reguły latami i jest żmudne, dlatego często odstawiają leki. Po dłuższym czasie nieprzyjmowania medykamentów dochodzi najczę-

## ZNANE OSOBY, KTÓRE CHOROWAŁY NA SCHIZOFRENIĘ

**John Forbes Nash** – amerykański matematyk i ekonomista, laureat nagrody Nobla w dziedzinie ekonomii

**Wacław Niżyński** – rosyjski tancerz i choreograf polskiego pochodzenia, jeden z najwybitniejszych tancerzy baletu XX w.

**Georg Hegel** – niemiecki filozof, twórca nowoczesnego systemu idealistycznego

**Immanuel Kant** – niemiecki filozof oświeceniowy, twórca filozofii krytycznej

**August Strindberg** – szwedzki pisarz, poeta, malarz i fotograf

**Alfred Kubin** – austriacki rysownik, grafik, litograf, malarz oraz pisarz

**Tom Harrell** – amerykański trębacz i kompozytor jazzowy

**Magik (właściwie Piotr Łuszcz)** – polski raper i producent muzyczny





ściej do przedłużającego się pobytu w szpitalu. Rozwiązaniem tych problemów mogą być leki nowych generacji podawane w formie zastrzyków wykonywanych raz na kilka tygodni.

Oczywiście obok leczenia farmakologicznego stosowane są także inne, uzupełniające formy pomocy, takie jak:

- terapia poznawczo-behawioralna, która pomaga w zmianie niezdrowych schematów myślenia,
- terapia rodzin, która obejmuje także osoby bliskie i ma na celu zmniejszenie poziomu stresu i skrajnych emocji,
- grupy wsparcia, kluby pacjentów i warsztaty terapii zajęciowej,
- pomoc chorym w codziennych czynnościach życiowych,
- psychoedukacja dla chorych i ich rodzin w zakresie samej choroby.

W procesie leczenia ogromną rolę do spełnienia mają opiekunowie osób cierpiących na schizofrenię. Trzeba pamiętać o tym, że zajmowanie się chorą osobą jest zajęciem trudnym i frustrującym, ale może być zajęciem twórczym. Pomaganie komuś w odbudowie swojego życia daje przecież głęboką satysfakcję osobistą.

Szansę na wyleczenie się z choroby ma ok. 25% chorych, ciągle nawracające objawy choroby dotyczą tylko 10 % pacjentów, a u 50% występują okresy dłuższych remisji przeplatane zdarzającymi się od czasu do czasu nawrotami. Ważne jest, aby w przypadku występowania niepokojących objawów chorey zgłosił się jak najszybciej na konsultację do lekarza psychiatry. Im wcześniej zostanie postawiona diagnoza, tym większe są szanse na poprawę jego stanu.

### WARTO PRZECZYTAĆ

- „Życie ze schizofrenią” Kim T. Mueser, Susan Gingerich
- „Byłam po drugiej stronie lustra” Arnhild Lauveng
- „ODNALEŹĆ DROGĘ. Poradnik dla wszystkich dotkniętych przez schizofrenię” Elgie R., Byrne P.
- „Możesz pomóc. Poradnik dla rodzin pacjentów chorych na schizofrenię i zaburzenia schizotypowe” Bogdan de Barbaro, Krystyna Ostoja-Zawadzka, Andrzej Cechnicki
- „Schizofrenia. Moja droga przez szaleństwo” Elyn Saks
- „Schizofrenia” Antoni Kępiński
- „Jak żyć ze schizofrenią?” Andrzej Czernikiewicz
- „Piękny umysł” Sylvia Nasar

## CHOROBA AFEKTYWNA DWUBIEGUNOWA

Choroba afektywna dwubiegunowa (ChAD) nazywana też chorobą maniako-depresyjną, chorobą bipolarną lub w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 – zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, dotyka około 2 procent Polaków, czyli ok. 800 tys. osób. Nieużywane już historyczne nazwy tego zaburzenia to psychoza maniako-depresyjna i cyklofrenia. ChAD charakteryzuje się naprzemiennym występowaniem stanów depresji i nadmiernej aktywności (mania), stąd określenie „choroba dwubiegunowa”. Pomiędzy tymi fazami najczęściej obserwuje się okresy remisji, czyli poprawy stanu chorego. ChAD może mieć bardzo różny przebieg i rozwijać się nieco inaczej u każdego z pacjentów. Według psychiatrów każdy przypadek choroby bipolarnej jest na tyle indywidualny, że splątanie objawów często dopiero po latach prowadzi do postawienia trafnej diagnozy.

Schorzenie to dotyka głównie ludzi młodych – szacuje się, że ok. 30% wszystkich chorych, zaczyna się przed 13 rokiem życia. Jednak z uwagi na mało nasilone objawy umykają one często diagnozie, natomiast u niektórych dzieci mogą ujawniać się bardzo wyraźnie. Ważne jest, aby w czas podjąć odpowiednie kroki, gdyż nieleczona ChAD może całkowicie zrujnować życie młodej osobie, a dobrze dobrane leki pozwolą jej na dobre funkcjonowanie. Wbrew pozorom choroba bipolarna często występuje u osób o silnej konstrukcji psychicznej, które będąc podporą dla innych w pewnym momencie uginają się pod przytłaczającym je ciężarem.

Choroba bipolarna występuje 2-3-krotnie częściej u pisarzy, poetów, malarzy, muzyków, aktorów i innych artystów, co potwierdziła analiza biografii znanych twórców w powiązaniu z występowaniem zaburzeń psychicznych u nich i w ich rodzinach. Dlatego o ChAD mówi się w ostatnich latach coraz częściej także za sprawą znanych osób, takich jak Mel Gibson czy Jean-Claude Van Damme, które ujawniły, że cierpią na to schorzenie. Jednak ciągle słyszy się o niej za mało, a szersze rozpowszechnianie informacji na jej temat mogłoby z pewnością pomóc niejednej osobie w znalezieniu przyczyny swoich nietypowych zachowań przynosząc ulgę.

### OBJAWY I PRZEBIEG

Typowymi zwiastunami choroby są: poczucie niskiej wartości, pogorszenie pamięci i koncentracji, zaburzenie snu, utrata apetytu lub odwrotnie – nadmierne objadanie się, będące z reguły wyrazem głębokiego niepokoju. ChAD zwykle zaczyna się od epizodu depresji, który następnie przechodzi w manię, choć rzadko zdarza się, że jako pierwsza występuje mania. Nasilenie objawów chorobowych w okresach zaostrzenia może znacznie się różnić i dawać dolegliwości łagodne, ale także bardzo ciężkie. W niektórych przypadkach stany depresyjne pojawiają się w okresie jesienno-zimowym, a manii – wiosną lub latem. Dlatego wielu chorych, przez cały okres trwania choroby, nie wymaga leczenia w szpitalu. Cechą wspólną wszystkich chorych jest naprzemiennie występowanie skrajnych stanów depresji oraz manii (hipomanii).

Wśród przypadków choroby bipolarnej można wyróżnić kilka jej głównych typów:

- **zaburzenie afektywne typu I** – z ciężkim przebiegiem choroby o dużym lub bardzo dużym nasileniu obu biegunów – depresji i manii, przy czym pełnoobjawowe stany maniako-depresyjne wymagają często leczenia szpitalnego; okresy manii wynoszą od 2 tyg. do 5 miesięcy, a depresji od 4 do 9 miesięcy, przy czym okresy depresji są kilkakrotnie dłuższe od faz manii; pomiędzy dwoma „biegunami” występują remisje, czyli okresy bez objawów, które trwają od kilku miesięcy do kilku lat,
- **zaburzenie afektywne typu II** – depresje mogą być ciężkie, ale fazy manii są zawsze łagodne (hipomanie) i krótkotrwałe (do 3 tyg.), ponadto występują też wyraźne okresy remisji; u części chorujących ChAD typu II może przekształcić się w ChAD z szybką zmianą faz,
- **ChAD z szybką zmianą faz** – w ciągu roku występują minimum cztery okresy depresji lub manii, przy czym fazy te są przeplatane bardzo krótkimi okresami remisji, bądź zmieniają się bezpośrednio po sobie,



## FAZY choroby afektywnej dwubiegunowej

### Faza depresji

Stan ten nie różni się często od stanu depresyjnego opisanego już wcześniej w części tej publikacji poświęconej depresji. Pacjent jest przepełniony smutkiem, ma negatywne nastawienie do wszystkiego, jest apatyczny, często zmęczony i nie ma energii do robienia czegokolwiek, nie potrafi też cieszyć się z tego, co wcześniej sprawiało mu przyjemność.

### Zespół hipomaniakalny (inaczej faza łagodniejszej manii)

Jest to druga faza ChAD, która jest stanem odwrotnym w stosunku do depresji. Chory bez wyraźnego powodu jest w bardzo radosnym nastroju, potrzebuje bardzo mało snu i ma mnóstwo energii. Z łatwością nawiązuje też kontakty, mówi często szybko i nie słucha, podejmuje szybkie, nieprzemysłane decyzje.

W tej fazie chory ma dobre samopoczucie psychiczne i fizyczne, wręcz z reguły wyjątkową sprawność intelektualną i kreatywność, osiąga wtedy sukcesy w pracy i nauce.

### Faza manii

Jest to stan „nakręcenia”, często bez żadnych hamulców. Chory ma wysoką samoocenę i nie zwraca uwagi na zdanie innych, zmniejsza się także jego zdolność do racjonalnego myślenia, jego zachowania stają się chaotyczne, podejmuje też lekkomyślne decyzje np. zaciąga kredyt na zakup ekskluzywnego samochodu, chociaż go na to nie stać. Nie ma żadnych oporów i niczego się nie boi, dlatego w ciężkich przypadkach osoby w fazie manii są przekonane o swojej wyjątkowości i ważnej misji, którą mają do spełnienia.

- **ChAD z bardzo szybką zmianą faz** – naprzemienne fazy depresji i manii trwają od kilku dni do kilku tygodni,
- **ChAD z okołodobową zmianą faz** – oba bieguny choroby ujawniają się, nieraz kilkakrotnie, w okresie 24–48 godz.

Trzeba o tym pamiętać, że istnieje ponadto wiele innych przypadków zaburzeń dwubiegunowych, nie dających się zaklasyfikować do żadnego z powyższych typów, dlatego w latach osiemdziesiątych został stworzony jeden termin dla tej grupy zaburzeń „spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej”.

ChAD trwa z reguły przez całe życie i cechuje się częstymi nawrotami – statystycznie w ciągu 10 lat od postawienia diagnozy u chorego występują cztery epizody choroby. Ciężko jest oszacować szanse na skuteczne leczenie chorych na chorobę bipolarną z uwagi na różne objawy, a co za tym idzie – trudności w trafnym doborze środków farmakologicznych. W przypadku osób, u których ChAD przyjęła nasiloną postać dochodzi często do ich wyłączenia społecznego. Jednak w przypadku podjęcia i kontynuowania leczenia osoba dotknięta chorobą z reguły jest w stanie kontrolować swój stan na tyle, aby osiągnąć wieloletnie remisje lub nawroty choroby występujące znacznie rzadziej i z łagodniejszymi objawami. Warto wiedzieć, że według badań aż 30 proc. chorych nadużywa alkoholu, 16 proc. – pali marihuanę, a ok. 10 proc. – sięga po inne substancje stymulujące, takie jak amfetamina. Chory próbuje w ten sposób ukoić swoje cierpienie. W takich przypadkach ważne jest, aby leczyć także uzależnienia.

Skuteczne leczenie pozwala chorym na pełny powrót do życia rodzinnego i zawodowego. Jednakże należy pamiętać o tym, że w grupie tej istnieje duże ryzyko wystąpienia prób

samobójczych z uwagi na następujące po stanach manii stany depresyjne, które są tym bardziej dotkliwe, gdyż następują po okresach euforii i dobrego samopoczucia chorego. Według różnych danych próby samobójcze podejmuje od 15 do 50 proc. chorych.

## PRZYCZYNY

Dokładnie nie wiadomo co powoduje wystąpienie choroby bipolarnej. Badania pokazują, że znaczenie mają na pewno predyspozycje genetyczne, jednak nie jest to równoznaczne z tym, że osoba mająca w rodzinie osobę chorą na ChAD jest skazana na to zaburzenie.

Tak więc oprócz czynników biologicznych istotną rolę z pewnością odgrywają także czynniki środowiskowe – choroba ujawnia się często w wyniku niekorzystnych wydarzeń lub życia w ciągłym stresie, z małą ilością snu, z brakiem stabilnego rytmu dobowego.

Pewne jest, że choroba wynika z zaburzeń neurochemicznych mózgu i ściśle wiąże się z funkcjonowaniem ośrodkowych regulatorów napeędu, nastroju oraz innych, związanych z nimi funkcji, takich jak sposób myślenia, emocjonalność, odporność na stres, sen. Wiadomo, że w przebiegu ChAD funkcjonowanie tych ośrodków nie jest prawidłowe, jednakże nie jest dobrze poznana istota tych zaburzeń. Stąd też zostało ogłoszonych już wiele hipotez dotyczących przyczyn powstania tego schorzenia.

## HIPOTEZY DOTYCZĄCE PRZYCZYNY POWSTAWANIA CHOROBY BIPOLARNEJ

- ▶ ChAD powstaje w wyniku niewłaściwego poziomu jednego z neuroprzekaźników – serotoniny, noradrenaliny, dopaminy.
- ▶ Nieistotne są poziomy tych neuroprzekaźników, tylko stan równowagi pomiędzy nimi, a w przypadku jego braku powstaje choroba bipolarna.
- ▶ Podłożem choroby jest wrażliwość komórek nerwowych na neuroprzekaźniki.

Na chwilę obecną za najbardziej prawdopodobną hipotezę uznawana jest teoria łącząca uwarunkowania genetyczne i środowiskowe.

## LECZENIE

ChAD ma charakter przewlekły im wcześniej zostanie postawiona trafna diagnoza i zastosowane odpowiednie leczenie farmakologiczne, tym większa jest szansa pacjenta na zatrzymanie nawrotów choroby. Leczenie można rozpocząć w każdej fazie choroby: depresji, manii lub remisji. Leczenie ma zasadniczo dwa główne cele – złagodzenie skutków danego epizodu chorobowego (depresji lub manii) oraz zapobieganie nawrotom choroby. Trudniejsze jest osiągnięcie drugiego z nich – pacjentom ciężko jest systematycznie przyjmować leki przede wszystkim w okresach manii. Dlatego w okresie remisji niezwykle ważna jest współpraca pacjenta z lekarzem oraz poszerzanie wiedzy na temat choroby i podjęcie psychoterapii, co pomoże zrozumieć własne emocje. Regularne przyjmowanie leków zmniejsza ryzyko nawrotu choroby aż o kilkadziesiąt procent. Niezwykle ważne jest wychwytywanie objawów zwiastujących nadejście choroby, które w zależności od typu schorzenia mogą być różne.



## ZNANE OSOBY KTÓRE CHOROWAŁY NA CHOROBE AFEKTYWNA DWUBIEGUNOWA

**Zbigniew Herbert** – polski poeta, eseista i dramaturg  
**Jerzy Kosiński** – polsko-amerykański pisarz  
**George Gordon Byron** – jeden z najbardziej znanych angielskich poetów i dramaturgów  
**Vincent van Gogh** – jeden z najsłynniejszych malarzy wszechczasów  
**Virginia Woolf** – angielska pisarka i feministka  
**Edgar Allan Poe** – amerykański poeta, nowelista, krytyk literacki i redaktor  
**Robert Schumann** – niemiecki kompozytor i krytyk muzyczny  
**Kurt Cobain** – amerykański wokalista, gitarzysta, kompozytor i autor tekstów  
**Mel Gibson** – australijsko-amerykański aktor, reżyser i producent filmowy  
**Jim Carrey** – kanadyjsko-amerykański aktor i komik  
**Jean-Claude Van Damme** – belgijski aktor, scenarzysta, producent i reżyser kina akcji

Preparaty stosowane w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej modyfikują i normalizują zmiany biochemiczne i strukturalne w mózgu, umożliwiając przez to właściwe komunikowanie się komórek nerwowych. Najważniejszą grupą leków stosowanych w terapii ChAD są leki normotymiczne (stabilizatory nastroju), które mogą korzystnie działać zarówno na manię, jak i na depresję. Stosowane są zarówno w okresie rzutów choroby jak też w profilaktyce nawrotów. W farmakoterapii zapisywane są także leki przeciwdepresyjne, neuroleptyczne (w przypadku manii), przeciwłękowe i nasenne. Intensywna kuracja trwa kilka miesięcy, jednak stabilizatory nastroju trzeba brać stale. Pod żadnym pozorem chory nie może przerywać leczenia, bo to daje dużą szansę na nawrót choroby. Należy zauważyć, że obecnie stosowane farmaceutyki nowszej generacji nie wpływają na funkcje poznawcze, jednakże na początku niektórzy pacjenci mogą odczuwać niepokój. W takiej sytuacji lekarz zapisuje leki uspokajające.

Jedną z najważniejszych metod wspomagających leczenie farmakologiczne jest psychoedukacja, czyli wiedza na temat ChAD, która oswoja chorobę, uczy jak rozpoznawać symptomy nawrotów, uświadamia, kiedy należy zgłosić się do lekarza. Na chorobę bipolarną zapadają ludzie młodzi, którym wiedza o chorobie pozwoli na odpowiednie zorganizowanie swojego życia tak, aby mogli prowadzić w miarę możliwości ustabilizowane życie. Pomocna w tym zakresie jest także niewątpliwie psychoterapia, która polega na indywidualnej rozmowie i analizie problemów pacjenta. Przy czym należy zdawać sobie sprawę, że pomoc psychologiczna może być korzystna dla wielu osób, jednak nie jest ona podstawowym leczeniem i nie stanowi alternatywy dla leczenia farmakologicznego. Niezwykle ważna jest także psychoedukacja w rodzinach pacjentów. Bliscy żyjący z chorym na co dzień muszą wiedzieć jak postępować z nim w przypadku depresji i manii, powinni wiedzieć jak rozpoznać objawy choroby, aby móc odpowiednio zareagować.

Rezultaty leczenia ChAD są u wielu osób dobre i bardzo dobre, dzięki leczeniu mogą oni funkcjonować w społeczeństwie prawie normalnie, jednakże nie mogą leczenia przerywać na własną rękę. Trzeba też pamiętać o tym, że cierpiąc z powodu ChAD powinno się szczególnie dbać o swoją higienę psychiczną



– zachować równowagę między życiem rodzinnym, pracą i odpoczynkiem, opanować techniki relaksacyjne i inne sposoby radzenia sobie ze stresem, który sprzyja nawrotom choroby.

### WARTO PRZECZYTAĆ

„Zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Podręcznik pacjenta”  
 Ramirez Basco Monica  
 „Niespokojny umysł” Kay Redfield Jamison  
 „Oblicza choroby maniako-depresyjnej” Janusz Rybakowski  
 „Poradnik dla chorujących dla cierpiących na chorobę afektywną dwubiegunową i ch rodzin” Maciej Żerdziński  
 „Listy do Bliskich - Depresja/Mania” Łukasz Święcicki  
 „Z podniesioną głową” Ryszard Drzazgowski  
 „Z pierwszej ręki” Robert W.  
 „Choroba afektywna dwubiegunowa – etiologia i leczenie”  
 Jorg Walden, Heinz Grunze  
 „Na dwóch biegunach” Anna Kacprzyk

## OSOBOWOŚĆ BORDERLINE

Osoba z osobowością borderline myśli i postrzega siebie i świat w sposób, który nie pozwala jej cieszyć się życiem. Targające nią emocje są silne i skrajne, wpływają na każdą sferę jej życia. Kiedy zaczyna szukać pomocy słyszy różne diagnozy – nerwica, depresja, zaburzenia odżywiania, choroba afektywna dwubiegunowa. Dopiero po wielu wizytach u specjalistów okazuje się, że problem leży w sposobie zachowania i odbiorze świata, jej emocjach i poglądach, ona po prostu taka jest.

Zaburzenie osobowości typu borderline (ang. *borderline personality disorder*, w skrócie BPD) jest też nazywane pogranicznym zaburzeniem osobowości, a w klasyfikacji chorób ICD-10 zostało określone jako osobowość chwiejnie emocjonalnie. Według badań osobowość ta dotyczy ok. 1–2 % społeczeństwa, przy czym aż w 70–75% – kobiet.

BPD jest definiowana jako osobowość znajdująca się na pograniczu nerwicy i psychozy – osoba nie odrywa się od rzeczywistości, ale nie rozumie otaczającego ją świata. Występują u niej niestabilność, impulsywność, problemy z tożsamością, akceptacją samej siebie, skłonności do autoagresji. W związku z tym u ludzi z osobowością pogra-



niczną z reguły występują też inne schorzenia takie jak zaburzenia nerwicowe, depresja, uzależnienia od substancji psychoaktywnych, zaburzenia odżywiania.

Zaburzenie to nie jest często diagnozowane, specjaliści zostawiają je dla najtrudniejszych pacjentów, przez co nie usłyszymy w mediach o znanych osobach przyznających się do BPD. Tymczasem problemy istniejące w osobowości pogranicznej można rozwiązać indywidualnie dobraną terapią.

## CECHY OSOBOWOŚCI POGRANICZNEJ

BPD daje o sobie znać zwykle we wczesnej młodości lub dorosłości, zwykle po 20 roku życia i należy je wyraźnie odróżnić od choroby afektywnej dwubiegunowej, depresji oraz innych zaburzeń osobowości, takich jak osobowość niedojrzała czy antisocjalna czy też stres pourazowy po przebytej traumie (w przypadkach np. ofiar przemocy seksualnej lub fizycznej). Niestety osobowość pograniczna bardzo często jest błędnie diagnozowana.

### CECHY OSOBOWOŚCI BORDERLINE

Według klasyfikacji ICD-10 cechy osób z BPD to:

- niejasności dotyczące obrazu własnej osoby
- brak precyzyjnych celów i preferencji (również seksualnych)
- angażowanie się w intensywne, niestabilne związki prowadzące do kryzysów emocjonalnych
- próby uniknięcia potencjalnego porzucenia
- groźby lub działania samobójcze i samouszkodzające
- stałe uczucie pustki wewnętrznej

W przypadku wystąpienia przynajmniej trzech cech z powyższej listy diagnozuje się u danego pacjenta osobowość pograniczną.

Oprócz wymienionych powyżej cech należy jeszcze wymienić: skłonności do wywoływania konfliktów, działania lekkomyślne, niekontrolowane wybuchy złości i huśtawki nastrojów oraz brak samozadowolenia. Osoby dotknięte BPD skarżą się na brak sensu w życiu, poczucie krzywdy i gniewu. Z reguły mają też problemy z radzeniem sobie z lękami i ciągłym niepokojem. Charakterystyczne dla nich są nagłe nieuzasadnione wybuchy złości. Boją się odrzucenia i nie potrafią stworzyć trwałych związków, które w ich przypadku są krótkie i intensywne, czasem też toksyczne, głównie na skutek zbyt wygórowanych oczekiwań względem partnera oraz zbyt zaborczych zachowań. Osoby te mogą czuć złość i rozpacz z powodu nawet krótkiej rozłąki z ludźmi, z którymi czują się związane.

Postrzeganie zarówno siebie, jak i swoich bliskich, jest często skrajnie pozytywne lub negatywne i potrafi szybko się zmieniać. Osoby te widzą świat w biało-czarnych barwach, ktoś, kto w danej chwili sprawia im radość jest postrzegany jako wspólny człowiek, jeśli za chwilę zaś powie coś nawet lekko niemiłego, w ułamku sekundy staje się wrogiem. Jest to cecha, która najwyraźniej odróżnia BPD od innych zaburzeń osobowości.

Inną cechą osób z BPD jest ich impulsywność, która prowadzi często do lekkomyślnego wydawania pieniędzy, przygodnych kontaktów seksualnych, nadużywania narkotyków i alkoholu. Osoby te często dokonują też często samookaleczeń i próbują odebrać sobie życie (ok. 80% chorych), co daje



im pozorne poczucie kontroli nad własnymi emocjami lub jest próbą ukarania samego siebie. Sam dotknięty BPD, jak i jego najbliżsi uważają, że taki jest od zawsze. Oczekuje bezwzględnej akceptacji i uznaje swoje problemy za naturalne.

Nie ma pojedynczego testu, który pomaga w rozpoznaniu BPD, dlatego diagnoza jest trudna. Tym bardziej, że z osobowością pograniczną współwystępują często inne zaburzenia, takie jak: zaburzenia afektywne, zaburzenia odżywiania, depresja, uzależnienia od alkoholu i substancji psychoaktywnych, zaburzenia lękowe. Na szczęście cechy osobowości pogranicznej blakną wraz z wiekiem, zwłaszcza w przypadku korzystania z psychoterapii, osoby dotknięte BPD w większości przypadków po prostu wyrastają ze swoich problemów.

## PRZYCZYNY

Przeprowadzone badania nad pracą mózgu osób z BPD pokazują różnice w funkcjonowaniu i budowie tego organu u ludzi z pogranicznym zaburzeniem osobowości oraz zdrowych. Niektóre z badań sugerują, że u osób tych obszary mózgu zaangażowane w reakcje emocjonalne stają się nadmiernie aktywne podczas wykonywania zadań odbieranych jako negatywne. Jednocześnie osoby z BPD wykazują mniejszą aktywność w obszarach mózgu, które są odpowiedzialne za kontrolowanie emocji i agresywne impulsy.

Większość naukowców stoi na stanowisku, że w procesie powstawania BPD udział mają zarówno czynniki genetyczne, jak i środowiskowe. Przeprowadzone testy nad bliźniętami dotkniętymi osobowością pograniczną pokazują, że choroba jest silnie dziedziczna. Wiadomo też, że człowiek swoje cechy osobowości i temperament otrzymuje w genach.

Z drugiej strony czynniki społeczne czy kulturowe mogą zwiększyć ryzyko wystąpienia BPD. Marsha Linehan, psycholog zajmująca się osobowością pograniczną, odkryła, że osoby cierpiące na to zaburzenie wychowywały się w unieważniających środowiskach. Takie środowisko uczy dziecko, że jego emocje, myśli, doznania są błędne, paranoiczne, dziwne i nie-naturalne. Próba kompleksowego ujęcia przyczyn choroby jest całościowy model Linehan, według którego za rozwinięcie się osobowości typu borderline odpowiedzialne jest dziedziczenie oraz doświadczenia. Żeby mogło powstać zaburzenie, muszą zostać przekazane genetycznie pewne cechy powodujące tzw. podatność na chorobę. Jednak cechy te nie będą podłożem do powstania zaburzenia, jeśli osoba obdarzona nimi będzie wychowywać się w bezpiecznym, wspierającym środowisku. Teorię tę potwierdza fakt – aż 76% kobiet z BPD było ofiarą molestowania seksualnego.



## LECZENIE

Dobre rezultaty daje leczenie osobowości borderline poprzez psychoterapię, natomiast leczenie farmakologiczne jest stosowane jedynie w celu zmniejszenia nasilenia konkretnych objawów tego zaburzenia, takich jak lęk, depresja, zmiany nastroju. Najczęściej pacjentowi zapisuje się stabilizatory nastroju lub małe dawki leków przeciwpsychotycznych. Z uwagi na tendencje tych osób do uzależnień nie są wskazane leki uspokajające.

Za najskuteczniejszą metodę psychoterapeutyczną uznaje się psychoterapię psychoanalityczną. Bardzo dobre rezultaty przynosi również terapia dialektyczno-behawioralna wywodząca się z nurtu terapii poznawczo-behawioralnej. Pacjent z BPD musi na początku nauczyć się kontrolowania swoich emocji oraz wytrzymałości na cierpienie. Pozwoli to psychoterapeucie na nawiązanie z nim głębszej relacji. Osoby z osobowością pograniczną odróżniają się od siebie bardzo odmiennymi cechami. Niektóre z nich źródła swoich trudności upatrują w samym sobie, inne obwiniają cały świat, dlatego terapia ma zawsze charakter bardzo indywidualny, tym bardziej, że zmiany muszą ulec zachowania wbudowane w osobowość człowieka. Terapeuta musi być cierpliwy i tolerancyjny a do pacjenta podchodzić z dużym zrozumieniem, aby terapia mogła zakończyć się sukcesem.

### RODZAJE PSYCHOTERAPII STOSOWANE W LECZENIU OSOBOWOŚCI BORDERLINE

- terapia poznawczo-behawioralna
- terapia dialektyczno-behawioralna
- terapia oparta na mentalizacji
- terapia skoncentrowana na przeniesieniu
- terapia schematów

Dobrym pomysłem jest korzystanie z terapii przez rodziny osób z BPD. Życie pod jednym dachem z osobą z osobowością

### ZNANE OSOBY Z OSOBOWOŚCIĄ BORDERLINE:

**Marilyn Monroe** – amerykańska modelka i aktorka filmowa, gwiazda filmowa, legenda światowego kina; istnieje wiele teorii mówiących o tym, że miała BPD.

**Księżna Diana** – członkini brytyjskiej rodziny królewskiej, pierwsza żona Karola, księcia Walii; wiele faktów z jej życia wskazuje na to, że cierpiała na BPD.

**Marsha Linehan** – amerykańska psycholog, która sama u siebie zdiagnozowała osobowość borderline i stworzyła program leczenia tego schorzenia

pograniczną jest z reguły bardzo stresujące, a członkowie rodziny mogą nieświadomie działać w sposób pogarszający objawy zaburzenia.

BPD to, podobnie jak inne zaburzenia osobowości, wymaga wieloletniej psychoterapii. Według badań borderline osiąga apogeum ok. 25 roku życia, by stopniowo wyciszać się. Tylko 25% pacjentów po 40 roku życia dalej wykazuje objawy, chociaż pewne cechy pozostają do końca życia.

### WARTO PRZECZYTAĆ

„Uratuj mnie. Opowieść o złym życiu i dobrym psychoterapeucie”  
Reiland Rachel

„Zaburzenie osobowości z pogranicza. Terapia poznawczo-behawioralna”  
Marsha Linehan

„Zaburzenia z Pogranicza. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne”  
Eda Goldstein

„Młody bóg z pętlą na szyi. Psychiatrik” Anka Mrówczyńska

„Borderline. Jak żyć z osobą o skrajnych emocjach” Paul Mason,  
Randi Kregger

„Gwiazdy. O trudnym szczęściu bycia sławnym” Bandelow Borwin

„Zaburzenia z pogranicza: modele kliniczne i techniki terapeutyczne”  
Eda Goldstein

Renata Laskowska

#### Materiały wykorzystane przez autorkę do opracowania tekstów:

„Depresja” Keith Kramlinger, „Jutro wszędzie słońce. Jak przetrwać depresję” Gayle Rosselini, Mark Worden, „ODNALEŹĆ DROGĘ. Poradnik dla wszystkich dotkniętych przez schizofrenię” Elgie R., Byrne P., „Jak żyć ze schizofrenią?” Andrzej Czernikiewicz, „Oblicza choroby maniako-depresyjnej” Janusz Rybakowski, „Poradnik dla chorujących dla cierpiących na chorobę afektywną dwubiegunową i ich rodzin” Maciej Żerdziński, „Zaburzenie osobowości z pogranicza. Terapia poznawczo-behawioralna” Marsha Linehan

<http://online.synapsis.pl/Jak-rozpoznać-depresję/>

<http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/125-depresja.html>

<http://depresja.net.pl/>

<http://pokonaccien.pl/depresja.html>

<http://www.depresja.pl/>

<http://www.zaburzeniapsychiczne.pl/>

<http://www.wieciestem.us.edu.pl/obalamy-mity-schizofrenia>

<http://polki.pl/zdrowie/psychologia,schizofrenia-i-jej-postacie,10325890,artykul.html>

<http://psychiatria.mp.pl/choroby/78549,schizofrenia>

[http://drogodosiebie.pl/schizofrenia/o\\_chorobie/objawy/jak\\_wyglada\\_swiat\\_osoby\\_chorej\\_na\\_schizofrenie/](http://drogodosiebie.pl/schizofrenia/o_chorobie/objawy/jak_wyglada_swiat_osoby_chorej_na_schizofrenie/)

<http://mam-efke.pl>

<http://polki.pl/zdrowie/psychologia,po-czym-poznac-schizofrenie,10367207,artykul.html>

[http://www.poradnikzdrowie.pl/psychologia/choroby-psychiczne/choroba-afektywna-dwubiegunowa-chad-od-apatii-po-euforie\\_42397.html](http://www.poradnikzdrowie.pl/psychologia/choroby-psychiczne/choroba-afektywna-dwubiegunowa-chad-od-apatii-po-euforie_42397.html)

<http://chorobaafektywnadwubiegunowa.pl/index.php/podstawowe>

<http://chad.mam-efke.pl/>

<http://online.synapsis.pl/Choroba-afektywna-dwubiegunowa-ChAD-podstawowe-informacje/Choroba-afektywna-dwubiegunowa-przebieg.html>

<http://online.synapsis.pl/Choroba-afektywna-dwubiegunowa-ChAD-podstawowe-informacje/Choroby-afektywne-terminologia.html>

<http://emocje.pro/tag/bpd/>

<http://psychoterapia.ws/zaburzenie-osobowosci-z-pogranicza/>

<http://www.dwubiegunowa.net.pl/2015/07/14/osobowosc-borderline/>

[http://psychiatria.mp.pl/zaburzenia\\_osobowosci/74280,osobowosc-borderline-informacje-ogolne](http://psychiatria.mp.pl/zaburzenia_osobowosci/74280,osobowosc-borderline-informacje-ogolne)

[http://psychiatria.mp.pl/zaburzenia\\_osobowosci/77329,osobowosc-borderline-ujecie-psychoanalityczne](http://psychiatria.mp.pl/zaburzenia_osobowosci/77329,osobowosc-borderline-ujecie-psychoanalityczne)

<http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/135-zdrowie-i-choroba/1499-zaburzenia-osobowosci-z-pogranicza-borderline-joanna-krawczyk.html>

<http://psychika.com.pl/borderline>

<http://emocje.pro/mozg-borderline-neuralna-burza-w-zaburzeniu-osobowosci-z-pogranicza/>

<http://polki.pl/zdrowie/psychologia,borderline-cechy-i-zachowania-liczenie,10416574,artykul.html>



# FAKTY I MITY DOTYCZĄCE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

## FAKTY

Wciąż niewiele osób w naszym społeczeństwie wyróżnia się wiedzą o chorobach psychicznych, są one najczęściej tematem tabu, a osoby nimi dotknięte – ludźmi wzbudzającymi w swoim otoczeniu lęk i dystans. Dlatego, aby przełamać te bariery, poniżej prezentujemy w telegraficznym skrócie garść faktów o tych coraz bardziej rozpowszechnionych schorzeniach.

*Czy wiesz, że...:*

▲ Choroba psychiczna nie jest tożsama z upośledzeniem umysłowym. Obie grupy schorzeń całkowicie różnią się od siebie – upośledzenie umysłowe charakteryzuje się ograniczeniem funkcjonowania intelektualnego, tymczasem poziom inteligencji wśród osób chorych psychicznie jest zróżnicowany tak samo, jak u osób zdrowych.

▲ Choroby psychiczne mają przewlekły charakter, ale są możliwe do wyleczenia, poza tym większość osób osiąga znaczną poprawę swojego stanu zdrowia i może realizować się życiowo.

▲ Według statystyk zaledwie 44% dorosłych z widocznymi objawami zaburzeń psychicznych oraz mniej niż 20% dzieci i młodzieży jest objęta leczeniem.

▲ Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznaje depresję za jeden z największych problemów na świecie – choruje na nią 350 mln ludzi na świecie, czyli więcej niż na nadciśnienie!

▲ Amerykańskie badania wykazały, że osoby urodzone po 1975 roku życia są narażone na zachorowanie na nią aż dwukrotnie bardziej niż ich dziadkowie.

▲ Depresja bardzo często dotyka młodzież – średnia wieku osób u których zaobserwowano początki depresji w latach 60-tych wynosiła 30 lat, dziś – zaledwie 15.

▲ Depresja aż dwukrotnie częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn, dodatkowo kobiety chorują z reguły przewlekłe.

▲ Ryzyko zachorowania na depresję wzrasta po 65 roku życia.

▲ WHO szacuje, że w 2020 roku życia depresja stanie się drugą najpoważniejszą przyczyną niepełnosprawności populacji naszego globu.

▲ W latach 1995–2005 ilość sprzedanych w Polsce leków antydepresyjnych wzrosła aż dziesięciokrotnie.

▲ Osoby cierpiące na schizofrenię nie mają „rozszczerzonej osobowości”. Ich zachowania mogą czasem wydawać się nieracjonalne, jednak nie oznacza to przemiany w kogoś innego, które obserwowane jest w przebiegu osobowości mnogiej będącej całkowicie innym, rzadko występującym zaburzeniem.

▲ Schizofrenia nie jest spowodowana przez złych rodziców, do jej wystąpienia przyczynia się wiele czynników: biologicznych, środowiskowych oraz kulturowych, zaś dokładny mechanizm powstawania choroby nie jest dokładnie poznany.

▲ Osoby chorujące na schizofrenię bardzo często wykazują uzdolnienia matematyczne lub artystyczne, co potwierdzają liczne badania.

## MITY

W naszym społeczeństwie funkcjonuje wiele krzywdzących stereotypów dotyczących osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, które powodują jeszcze większe zamykanie się chorujących przed światem.

### MIT 1: Chorujący na zaburzenia psychiczne są niebezpieczni dla otoczenia.

Nieprawda:

Stereotyp o niebezpieczeństwie osób chorujących psychicznie jest bardzo powszechny i dodatkowo wzmacniany w filmach, gdzie pojęcia takie jak schizofrenia, psychopatia, choroba psychiczna czy morderca są praktycznie jednoznaczne. W tych produkcjach niebezpiecznym przestępcom przypisuje się najczęściej chorobą psychiczną. Tymczasem według doniesień Polskiej Agencji Prasowej naukowcy wyliczyli, że w krajach rozwiniętych w populacji 14 mln osób występuje jeden przypadek morderstwa dokonanego przez osobę dotkniętą schizofrenią w ciągu roku. Dodatkowo zazwyczaj osoby dokonujące tych zabójstw są bezdomne lub nigdy nie poddały się leczeniu. Zdecydowanie częściej zdarza się, że to właśnie chorujący są ofiarami przestępstw!

### MIT 2: Leki w leczeniu zaburzeń psychicznych nie są niezbędne można poradzić sobie bez nich.

Nieprawda:

Niestety obecnie nie są znane skuteczne sposoby leczenia większości zaburzeń psychicznych bez użycia środków farmakologicznych. Wynika to z faktu, że w mózgach większości chorych zachodzą niewłaściwe procesy chemiczne, które skutecznie uregulować można stosując leki. Ponadto przyczyny większości zaburzeń psychicznych nie są do końca znane, a leki podawane pacjentom pomagają zwalczyć objawy choroby i ułatwić im w ten sposób życie.

### MIT 3: Osoby z zaburzeniami psychicznymi nie są zdolne do pracy zawodowej i nie powinny pracować.

Nieprawda:

Ludzie dotknięci zaburzeniami psychicznymi są tak samo wydajni, jak inni pracownicy. Według statystyk zaburzenia psychiczne dotyczą aż 25% społeczeństwa, dlatego istnieje duża szansa, że kontaktujesz się na co dzień zawodowo z chorującymi na nie, w części z tymi nieświadomymi. Osoby te często nie wyróżniają się spośród pracowników, gdyż z powodu powszechnej nietolerancji społecznej zmuszone są do ukrywania faktu, że są chore.

### MIT 4: Dzieci nie mają problemów ze zdrowiem psychicznym.

Nieprawda:

Według badań - aż połowa zaburzeń psychicznych objawia się zanim człowiek ukończy 14 lat, a trzy czwarte z nich rozpoczyna się przed 24 rokiem życia. Niestety leczonych jest mniej niż 20% młodych osób potrzebujących terapii. Dlatego niezwykle ważne jest konsultowanie przez rodziców wszelkich niepokojących objawów występujących u dziecka ze specjalistą.



# Jak przekonać osobę z zaburzeniami psychicznymi do podjęcia leczenia?

**O**soby dotknięte zaburzeniami psychicznymi wbrew obiegowym opiniom często zdają sobie sprawę ze swojego stanu, jednak z reguły zanim zgłoszą się do specjalisty, same próbują rozwiązywać swoje problemy. Dzieje się tak przede wszystkim dlatego, że przyznanie się do choroby psychicznej jest powszechnie nieakceptowane społecznie, co zwłaszcza w małych miejscowościach stygmatyzuje chorego, prowadzi najczęściej do utraty przez niego pracy i zerwania więzi przez innych ludzi z jego otoczenia. Ważną rolę do spełnienia mają jego bliscy, którzy powinni umiejętnie zmotywować go do wizyty u specjalisty. Ale jak wypełnić to trudne zadanie?

– W przypadku wystąpienia zaburzeń psychicznych ważne jest jak najszybsze zgłoszenie się do psychiatry, gdyż im szybszy kontakt ze specjalistą, tym szybsze postawienie diagnozy, a tym samym szybsze podjęcie leczenia – mówi Ireneusz Mikołajewicz, lekarz psychiatra z 25-letnim doświadczeniem zawodowym. Pacjenci zgłaszający się po raz pierwszy do psychiatry zazwyczaj robią to z własnej inicjatywy, co nie znaczy, że zgłaszają się chętnie. Najpierw próbują rozwiązywać swoje problemy emocjonalne sami, gdy ich sposoby radzenia sobie z emocjami przestają być skuteczne szukają pomocy u specjalisty – dodaje doktor Mikołajewicz. Rola rodziny i przyjaciół polega na tym, aby maksymalnie skrócić czas pomiędzy wystąpieniem niepokojących objawów a wizytą u specjalisty.

– Najczęstszą przyczyną niechęci chorych do podjęcia leczenia i kontaktu z psychiatrą są negatywne stereotypy dotyczące osób zgłaszających się do psychiatry, lęk przed negatywną oceną ze strony otoczenia, obawy, wstyd przed mówieniem o sobie w gabinecie, często o rzeczach dla pacjenta niełatwych – wymienia doktor Mikołajewicz. Inne powody trudności w podjęciu decyzji o zgłoszeniu się do specjalisty to: lęk przed szpitalem psychiatrycznym, przyjmowaniem leków psychotropowych czy też indywidualne cechy charakteru danej osoby, która już przed wystąpieniem choroby nie słuchała zdania innych osób. Przyczyna może także niestety tkwić w samych bliskich chorego, którzy przekonują przy użyciu niewłaściwych technik i metod przynoszących dokładnie odwrotny skutek. W niektórych przypadkach sam charakter zaburzenia bardzo utrudnia nakłonienie do leczenia. Ma to miejsce zwłaszcza w przypadkach, gdy chory ma urojenia prowadzące do utraty kontaktu z rzeczywistością, przekonanie o własnej sile i wielkości, wówczas postrzega swoje zachowanie jako mieszczące się w granicach normy i nie widzi potrzeby korzystania z pomocy specjalisty.

Jak w takim razie rozmawiać z chorym? – Należy być szczerym podczas przekonywania osoby do podjęcia leczenia, ale też taktownym szanując jej wrażliwość, godność, pamiętając o szeroko pojętym dobru pacjenta – mówi doktor Mikołajewicz. Wszelkie próby oszukiwania chorego, np. mówienia mu, że idzie na wizytę do psychologa, gdy w rzeczywistości jest to psychiatra, nie prowadzą do rozwiązania tej trudnej sytuacji. Okłamana osoba rozgoryczona zachowaniem bliskich straci całkowicie zaufanie, a to ono jest podstawą sukcesu w walce z chorobą. Słowa typu „weź się w garść”, czy „musisz się leczyć” – zazwyczaj nie działają – bardziej będą odbierane jako brak zrozumienia danej osoby lub atak na nią, zdecydowanie lepiej powiedzieć danej osobie, że zauważamy

coś w jej zachowaniu, co nas niepokoi i ewentualnie zaproponować jakąś swoją pomoc przy czym niekoniecznie od razu umówić wizytę u psychiatry – to też zależy od tego, jak bardzo niepokojące są zachowania danej osoby – twierdzi doktor Mikołajewicz.

Trudno jest przedstawić zestaw uniwersalnych wskazówek dla przekonujących, gdyż sposób postępowania będzie wyglądać odmiennie w różnych sytuacjach – inaczej, gdy zachowanie pacjenta grozi życiu lub zdrowiu pacjenta czy innych osób, a inaczej, gdy pacjent źle funkcjonuje, cierpi z tego powodu, ale nie podejmuje działań, które mogłyby to zmienić, a jeszcze inaczej gdy pacjent zupełnie nie dostrzega u siebie zaburzeń psychicznych – wyjaśnia. – Najlepiej będzie jak osoby bliskie skontaktują się z psychiatrą, aby uzyskać informację, jak można postępować w tej konkretnej sytuacji. Dzięki wskazówkom fachowca mają większe szanse na powodzenie, jednak nie zawsze podjęte działania zakończą się sukcesem. Chory może nie słuchać argumentów z powodu trudnych relacji między członkami rodziny, które często wynikają z długotrwałego, narastającego miesiącami czy latami konfliktu – Wtedy można szukać wsparcia prosząc o pomoc w rozmowie z pacjentem osobę, wobec której ma większe zaufanie – poleca doktor Mikołajewicz.

W ostateczności, kiedy zawiodły wszelkie możliwe sposoby przekonania chorej osoby do podjęcia leczenia, rodzina ma możliwość skorzystania z drogi oficjalnej. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego przewiduje szczególne sytuacje, w których o podjęciu leczenia chorego może zdecydować inna osoba, a nie on sam. Zgodnie z Art. 29 Ustawy „do szpitala psychiatrycznego może być przyjęta, bez jej zgody, osoba chora psychicznie, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego bądź która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia”. O potrzebie przyjęcia do szpitala tej osoby orzeka sąd opiekuńczy na wniosek rodziny, przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej opiekę nad chorym. Do wniosku dołącza się opinię psychiatry o stanie zdrowia osoby chorej. W przypadkach, gdy nie można uzyskać takiej opinii, ponieważ np. chory za wszelką cenę unika kontaktu z psychiatrą, sąd może zarządzić przeprowadzenie badania osoby we własnym zakresie. Sąd może wydać decyzję o leczeniu w szpitalu wbrew woli chorego. Często są wahania i rozterki rodziny w takiej sytuacji, obawy czy w ten sposób nie skrzywdzi się tej osoby, lecz z drugiej strony niepodjęcie leczenia może doprowadzić do tragedii, warto więc korzystać z takiej możliwości – lecz oczywiście z dużą rozważą – przestrzega doktor Mikołajewicz.

*Ireneusz Mikołajewicz – jest lekarzem psychiatrą z 25-letnim stażem zawodowym, od dwudziestu lat pracuje w Poradni Zdrowia Psychicznego w Szczecinie. Stale doskonali swój warsztat zawodowy, a jego zainteresowania dotyczą głównie psychoterapii, od dwóch lat jest certyfikowanym psychoterapeutą poznawczo-behawioralnym poddając swoją pracę stałej superwizji.*

Renata Laskowska



# Psychoterapia jako skuteczna metoda leczenia zaburzeń psychicznych

**P**sychotherapia wykorzystywana jest obecnie jako jedna z podstawowych metod leczenia wielu chorób psychicznych. Stanowi ona podstawę terapeutyczną w przypadku zaburzeń osobowości bądź średnich i lżejszych odmian depresji. Bliska relacja pacjenta z terapeutą pozwala na osiągnięcie dobrych efektów leczenia, jednakże ważna jest motywacja chorego oraz jego wiara w zasadność tej metody.

XX wiek przyniósł światu potężne wsparcie w leczeniu chorób psychicznych jakim okazała się być farmakologia. Dzięki temu rokowania dotyczące zdrowienia w takich zaburzeniach jak schizofrenia czy depresja zaczęły być lepsze. W wielkiej psychopatologicznej kategorii tzw. psychoz do teraz to właśnie leki są podstawą planu terapeutycznego.



Jednak pod koniec XIX wieku pewien wiedeński uczyony, lekarz neurolog z wykształcenia, Sigmund Freud, rozpoczął leczenie „słowem” w stosunku do pacjentów z ówczesną diagnozą hysterii. Freud postanowił rozszyfrować symptom pacjenta, rozkodować jego nieświadome znaczenie nie inaczej jak poprzez język, tj. rozmowę właśnie oraz tzw. relację terapeutyczną. W ten sposób narodziła się metoda znana dotychczas w swojej specyficznej odmianie jako psychoanaliza. Otwierając tym samym drogę ku powstaniu kilku ważnych nurtów odpowiedzialnych za leczenie psychologiczne, które można zebrać pod wspólnym mianownikiem psychoterapii, tj. procesu terapeutycznego o charakterze indywidualnym lub grupowym, opartym na odpowiednio – za sprawą specyficznych dla danego podejścia technik – prowadzonej rozmowie między jej uczestnikami (pacjentem oraz terapeutą) oraz ich przymierzu.

Psychoterapia aktualnie posiada wiele odłamów oraz szkół idących w coraz to ściślejszą specjalizację leczenia poszczególnych zaburzeń; wydaje się być ona podstawą terapeutyczną np.

w leczeniu zaburzeń osobowości bądź średnich i lżejszych odmian depresji. Przy aktualnym statusie wiedzy neurobiologicznej, psychotherapia ma silne dowody wskazujące na jej leczniczy aspekt poprzez uzyskiwanie przez pacjenta w trakcie terapii odpowiednich, zazwyczaj pomалу lecz trwale zachodzących, zmian w strukturach mózgowych. Dzięki temu współczesna nauka wreszcie może obserwować i pomалу rozumieć zmiany zachodzące w pacjencie w trakcie procesu terapii.

Pomijając ważne kwestie naukowe oraz ich biologiczne, obserwowalne konotacje z psychotherapią, należy wspomnieć o jej istotnej roli w nadawaniu znaczenia psychicznych przeżyć pacjenta oraz ich rozumieniu. Relacja z terapeutą odbywająca się poprzez rozmowę upodmiotawia osobę opowiadającą/leczącą się. Wciąż pozostaje blisko freudowskiego rozumienia problemu zaburzeń psychicznych – symptom (zwany współcześnie objawem) ma swój sens częstokroć wymykający się werbalizacji. Objaw winien stać się ponownie słowem naznaczonym sensem.

Istnieją różne nurty psychotherapii: psychotherapia psychodynamiczna, psychotherapia behawioralno-poznawcza, psychotherapia humanistyczno-egzystencjalna czy psychotherapia systemowa. Każdy z nich ma swoją własną specyfikę wraz z aparatem techniczno-teoretycznym stosowanym w pracy z danym pacjentem.

Najważniejszym elementem oraz wspólnym dla podanych wyżej nurtów pozostaje relacja terapeutyczna, w której w wyniku dialogu między pacjentem a terapeutą powinno dojść do procesu zdrowienia. Nie mniej jednak ważna jest motywacja chorego oraz jego wiara w zasadność metody terapeutycznej. Psychotherapia to wymagająca, długoterminowa forma leczenia, niejednokrotnie frustrująca dotychczasowe wyobrażenia i przekonania pacjenta o sobie. Stąd mitem jest, że powinna być ona miła, unikać deprivacji oraz przynosić natychmiastową ulgę. Psychotherapia bywa długa, żmudna, męcząca i wymaga systematyczności. Wytrwałym pacjentom przynosi jednak dobre owoce, często przy tym dając im również ważne oraz intymne doświadczenie życiowe.

Tytus Kaleta

*Autor artykułu jest absolwentem psychologii na Wydziale Humanistycznym Uniwersytetu Szczecińskiego, ciągle szkoli się w Krakowskim Centrum Psychodynamicznym, jest również członkiem nadzwyczajnym Polskiego Towarzystwa Psychotherapii Psychodynamicznej. Doświadczenie zawodowe zdobywał podczas staży oraz wolontariatu w placówkach takich jak hospicjum, Stowarzyszenie „Więź” czy oddział psychiatryczny. Aktualnie pracuje jako psycholog/psychotherapeuta na Oddziale Psychiatrycznym Opiekuńczo-Lecznym w NZOZ "Zdroje" w Szczecinie, jest w trakcie specjalizacji klinicznej. Prowadzi także warsztaty terapeutyczne w Stowarzyszeniu „Więź”. Swoją pracę poddaje regularnej superwizji specjalistom z zakresu psychotherapii psychodynamicznej.*





# Zatrudnianie osób po kryzysach psychicznych – dwie strony medalu

Osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne nie są pracownikami drugiej kategorii, a z reguły wręcz odwrotnie – angażują się w pracę o wiele bardziej niż ich zdrowi koledzy, poza tym wyróżniają się często starannością i kreatywnością. Muszą tylko dostać szansę na zatrudnienie, a wciąż niewielu zachodniopomorskich pracodawców reaguje na nie pozytywnie, dlatego rezygnują z aktywności zawodowej i zamykają się w domach. Okazuje się, że czasem wystarczy rozmowa z przedstawicielem przedsiębiorstwa i spotkanie z kandydatem, by przekonać go do powierzenia pracy osobie po kryzysie psychicznym. Takie możliwości dają projekty dofinansowane z UE i innych źródeł zewnętrznych, a ich realizacja pokazuje jak niewiele trzeba, aby z jednej strony – pomóc osobom chorym, z drugiej – dać rynkowi pracy wartościowych pracowników.

O tym, że nie jest łatwo znaleźć pracodawców zainteresowanych zatrudnieniem osób po kryzysach psychicznych przekonany jest dr Jakub Szpon, właściciel firmy Centrum Usług Szkoleniowo-Doradczych Jakub Szpon (CUSD, [www.cusd.pl](http://www.cusd.pl)), który wspólnie ze Stowarzyszeniem Rodzin i Opiekunów Osób Chorych Psychiczenie "RODZINA" zrealizował w latach 2013-2015 dwa projekty współfinansowane ze środków unijnych w ramach EFS, nakierowane na aktywizację zawodową tych osób. – *Generalnie istnieje dość duża bariera u przedsiębiorców w zakresie zatrudniania osób niepełnosprawnych. Jednakże w normalnej rozmowie często udaje się na poziomie ogólnym, zmienić nastawienie przedsiębiorcy i po wskazaniu wielu zalet tego rozwiązania są oni skłonni podjąć próbę i nawiązać stosunek pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi. Pracodawcy potrzebują pozytywnych doświadczeń czy choćby zapoznania się z dobrymi praktykami. Jest bardzo duża szansa na zmianę ich sposobu myślenia.* Jak wynika z doświadczeń dr Szpona w zakresie zatrudniania osób chorych psychicznie – Bardzo często okazuje się, że są to osoby bardzo zaangażowane w wykonywanie swoich obowiązków, sumienne i rzetelne. Jednakże, aby taki pracownik poczuł się dobrze w swojej nowej roli, pracodawca musi zapewnić w firmie odpowiednie warunki. – *Ważne jest aby stworzyć właściwy „klimat” w przedsiębiorstwie, aby pracownik czuł się w miarę komfortowo. Dobra współpraca i budowanie zdrowych relacji wydają się tutaj kluczem do sukcesu* – dodaje właściciel CUSD.

Z drugiej strony medalu znajdują się chorzy, którzy najczęściej mają poczucie niższej wartości i bezradności w życiu społecznym i zawodowym. Według badania przeprowadzonego w Polsce w 2009 r. przez agencję badawczą TNS Pentor odsetek osób niepełnosprawnych psychicznie nigdy niepracujących wynosił 37% i był on najwyższy spośród badanych grup osób niepełnosprawnych, jednocześnie aż 62% z nich odrzucała możliwość podjęcia zatrudnienia. – *Dobrze, że jest wiele organizacji które pomagają im znaleźć się na rynku pracy i funkcjonować społecznie. Dzięki tego typu podmiotom, łatwiej było nam dotrzeć do osób które mogły wziąć udział w projektach* – mówi dr Szpon. Uczestnicy realizowanych przez CUSD projektów mieli mnóstwo obaw, co do podjęcia zatrudnienia. Jednak, kie-



dy tylko dowiadrywali się, że zostaną objęci szerokim wsparciem i otrzymają szansę na pracę, chcieli wziąć udział w projektach i ostatecznie we wszystkich procesach rekrutacyjnych zgłaszało się więcej chętnych niż było dostępnych miejsc.

W ramach obu zrealizowanych przez firmę projektów – „Terapia Pracą – program kompleksowego rozwoju i aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi” oraz „Droga do sukcesu! Rehabilitacja społeczno-zawodowa osób po kryzysach psychicznych” zostało udzielone kompleksowe wsparcie łącznie 62 osobom. Skorzystały one z indywidualnych konsultacji z doradcą zawodowym, szkoleń miękkich (szukanie pracy, warsztaty umiejętności społecznych) oraz zawodowych, płatnego 3-miesięcznego stażu, jak również – pomocy w poszukiwaniu zatrudnienia. Oba projekty zakończyły się pełnym sukcesem, a części z uczestników udało się znaleźć pracę. Dr Szpon sam zdecydował się na zatrudnienie jednego z nich – *Dzięki projektom poznałem wiele osób niepełnosprawnych i w moim przekonaniu są to osoby inteligentne i zdolne do efektywnej pracy. W mojej firmie obecnie zatrudniam na umowę o pracę taką osobę, Bartek jest młodym, inteligentnym człowiekiem, studiującym w Poznaniu, a przy tym bardzo dobrym pracownikiem.*

Co jeszcze o zatrudnianiu osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi sądzi dr Szpon, który sam jest zachodniopomorskim pracodawcą? – *Moje doświadczenia z pracą z tymi osobami są pozytywne – mówi. – Jednak nie byłoby ich, gdyby nie realizowane celowo projekty. Bez nich wiele osób nie miało szans na zafunkcjonowanie w społeczeństwie, a podkreślam, że bardzo często są to potencjalnie dobrzy pracownicy. Do dziś wielu z nich pracuje, buduje potencjał przedsiębiorstw, co tylko potwierdza, że takie działania były, są i będą nadal potrzebne. Inicjatywy dotyczące zarówno aktywizacji zawodowej osób po kryzysach psychicznych, jak również zmiany wizerunku tych osób w oczach pracodawców, powinny być szeroko wspierane ze środków publicznych. Tym bardziej, że w Polsce na zaburzenia psychiczne cierpi już 8 mln dorosłych w wieku od 18 do 64 lat, a z każdym rokiem ich liczba rośnie.*

Renata Laskowska

# TEST POMIARU DEPRESJI Lenore Radloff

Podejrzewasz u siebie objawy depresji? Wykonaj krótki test, który orientacyjnie wskaże, czy możesz cierpieć na to bardzo powszechne schorzenie. Jest to test CES-D opracowany przez amerykańskie Centrum Badania Epidemiologii Depresji (ang. Center for Epidemiologic Studies Depression) będący jednym z najpopularniejszych

testów przesiewowych pozwalających określić stan psychiki pacjenta, jego autorką jest Lenore Radloff ze stanowego uniwersytetu w Utah (USA). Pamiętaj, że poniższy test nie jest diagnozą i w żaden sposób nie zastąpi wizyty u specjalisty, która jest niezbędna do stwierdzenia choroby i udzielenia właściwej pomocy!

Czy jesteś gotowy?

Odnieś się do stanu Twojego umysłu w okresie ostatniego tygodnia i zaznacz najbardziej pasujące odpowiedzi.

## 1. Przejmowałem się rzeczami, którymi zwykle się nie przejmuję.

- Rzadko lub wcale (mniej niż jeden dzień) – 0 pkt.
- Czasami (1–2 dni) – 1 pkt.
- Od czasu do czasu lub umiarkowaną ilość czasu (3–4 dni) – 2 pkt.
- Większość czasu lub przez cały czas (5–7 dni) – 3 pkt.

## 2. Nie chciało mi się jeść, miałem słaby apetyt.

- Rzadko lub wcale (mniej niż jeden dzień) – 0 pkt.
- Czasami (1–2 dni) – 1 pkt.
- Od czasu do czasu lub umiarkowaną ilość czasu (3–4 dni) – 2 pkt.
- Większość czasu lub przez cały czas (5–7 dni) – 3 pkt.

## 3. Czułem, że nie potrafię otrząsnąć się z przygnębienia mimo pomocy ze strony rodziny i przyjaciół.

- Rzadko lub wcale (mniej niż jeden dzień) – 0 pkt.
- Czasami (1–2 dni) – 1 pkt.
- Od czasu do czasu lub umiarkowaną ilość czasu (3–4 dni) – 2 pkt.
- Większość czasu lub przez cały czas (5–7 dni) – 3 pkt.

## 4. Czułem, że nie jestem tak dobry jak inni.

- Rzadko lub wcale (mniej niż jeden dzień) – 0 pkt.
- Czasami (1–2 dni) – 1 pkt.
- Od czasu do czasu lub umiarkowaną ilość czasu (3–4 dni) – 2 pkt.
- Większość czasu lub przez cały czas (5–7 dni) – 3 pkt.

## 5. Miałem trudności w skupieniu się na tym, co robię.

- Rzadko lub wcale (mniej niż jeden dzień) – 0 pkt.
- Czasami (1–2 dni) – 1 pkt.
- Od czasu do czasu lub umiarkowaną ilość czasu (3–4 dni) – 2 pkt.
- Większość czasu lub przez cały czas (5–7 dni) – 3 pkt.

## 6. Czułem się przybity.

- Rzadko lub wcale (mniej niż jeden dzień) – 0 pkt.
- Czasami (1–2 dni) – 1 pkt.
- Od czasu do czasu lub umiarkowaną ilość czasu (3–4 dni) – 2 pkt.
- Większość czasu lub przez cały czas (5–7 dni) – 3 pkt.

## 7. Czułem, że wszystko, co robię, jest trudne.

- Rzadko lub wcale (mniej niż jeden dzień) – 0 pkt.
- Czasami (1–2 dni) – 1 pkt.
- Od czasu do czasu lub umiarkowaną ilość czasu (3–4 dni) – 2 pkt.
- Większość czasu lub przez cały czas (5–7 dni) – 3 pkt.

## 8. Odczuwałem brak nadziei na przyszłość.

- Rzadko lub wcale (mniej niż jeden dzień) – 0 pkt.
- Czasami (1–2 dni) – 1 pkt.
- Od czasu do czasu lub umiarkowaną ilość czasu (3–4 dni) – 2 pkt.
- Większość czasu lub przez cały czas (5–7 dni) – 3 pkt.

## 9. Miałem wrażenie, że moje życie jest porażką.

- Rzadko lub wcale (mniej niż jeden dzień) – 0 pkt.
- Czasami (1–2 dni) – 1 pkt.
- Od czasu do czasu lub umiarkowaną ilość czasu (3–4 dni) – 2 pkt.
- Większość czasu lub przez cały czas (5–7 dni) – 3 pkt.



### 10. Czułem lęk.

- Rzadko lub wcale (mniej niż jeden dzień) – 0 pkt.
- Czasami (1–2 dni) – 1 pkt.
- Od czasu do czasu lub umiarkowaną ilość czasu (3–4 dni) – 2 pkt.
- Większość czasu lub przez cały czas (5–7 dni) – 3 pkt.

### 11. Mój sen był niespokojny.

- Rzadko lub wcale (mniej niż jeden dzień) – 0 pkt.
- Czasami (1–2 dni) – 1 pkt.
- Od czasu do czasu lub umiarkowaną ilość czasu (3–4 dni) – 2 pkt.
- Większość czasu lub przez cały czas (5–7 dni) – 3 pkt.

### 12. Czułem się nieszczęśliwy.

- Rzadko lub wcale (mniej niż jeden dzień) – 0 pkt.
- Czasami (1–2 dni) – 1 pkt.
- Od czasu do czasu lub umiarkowaną ilość czasu (3–4 dni) – 2 pkt.
- Większość czasu lub przez cały czas (5–7 dni) – 3 pkt.

### 13. Rozmawiałem mniej niż zwykle.

- Rzadko lub wcale (mniej niż jeden dzień) – 0 pkt.
- Czasami (1–2 dni) – 1 pkt.
- Od czasu do czasu lub umiarkowaną ilość czasu (3–4 dni) – 2 pkt.
- Większość czasu lub przez cały czas (5–7 dni) – 3 pkt.

### 14. Czułem się samotny.

- Rzadko lub wcale (mniej niż jeden dzień) – 0 pkt.
- Czasami (1–2 dni) – 1 pkt.
- Od czasu do czasu lub umiarkowaną ilość czasu (3–4 dni) – 2 pkt.
- Większość czasu lub przez cały czas (5–7 dni) – 3 pkt.

### 15. Ludzie byli niemili.

- Rzadko lub wcale (mniej niż jeden dzień) – 0 pkt.
- Czasami (1–2 dni) – 1 pkt.
- Od czasu do czasu lub umiarkowaną ilość czasu (3–4 dni) – 2 pkt.
- Większość czasu lub przez cały czas (5–7 dni) – 3 pkt.

### 16. Nie cieszyłem się życiem.

- Rzadko lub wcale (mniej niż jeden dzień) – 0 pkt.
- Czasami (1–2 dni) – 1 pkt.
- Od czasu do czasu lub umiarkowaną ilość czasu (3–4 dni) – 2 pkt.
- Większość czasu lub przez cały czas (5–7 dni) – 3 pkt.

### 17. Często chciało mi się płakać.

- Rzadko lub wcale (mniej niż jeden dzień) – 0 pkt.
- Czasami (1–2 dni) – 1 pkt.
- Od czasu do czasu lub umiarkowaną ilość czasu (3–4 dni) – 2 pkt.
- Większość czasu lub przez cały czas (5–7 dni) – 3 pkt.

### 18. Czułem smutek.

- Rzadko lub wcale (mniej niż jeden dzień) – 0 pkt.
- Czasami (1–2 dni) – 1 pkt.
- Od czasu do czasu lub umiarkowaną ilość czasu (3–4 dni) – 2 pkt.
- Większość czasu lub przez cały czas (5–7 dni) – 3 pkt.

### 19. Wydawało mi się, że ludzie mnie nie lubią.

- Rzadko lub wcale (mniej niż jeden dzień) – 0 pkt.
- Czasami (1–2 dni) – 1 pkt.
- Od czasu do czasu lub umiarkowaną ilość czasu (3–4 dni) – 2 pkt.
- Większość czasu lub przez cały czas (5–7 dni) – 3 pkt.

### 20. Nie mogłem „zebrać się w sobie”.

- Rzadko lub wcale (mniej niż jeden dzień) – 0 pkt.
- Czasami (1–2 dni) – 1 pkt.
- Od czasu do czasu lub umiarkowaną ilość czasu (3–4 dni) – 2 pkt.
- Większość czasu lub przez cały czas (5–7 dni) – 3 pkt.



## WYNIKI TESTU

Teraz zsumuj punkty za powyższe odpowiedzi i odczytaj interpretację uzyskanego wyniku.

0–9 pkt.:

Prawdopodobnie nie masz depresji.

10–15 pkt.:

Możesz przechodzić łagodną depresję.

16–24 pkt.:

Przechodzisz umiarkowaną depresję.

Rozważ poważnie konsultację u specjalisty.

Ponad 24 pkt.:

Prawdopodobnie cierpisz na silną depresję.

Szukaj jak najszybszej pomocy specjalisty.

Jeśli masz myśli samobójcze, to niezależnie od wyniku testu jak najszybciej zgłoś się po pomoc, listę miejsc, które udzielają wsparcia znajdziesz na końcu tej publikacji.



# Kampania MISTRZOWIE ŻYCIA

**Stowarzyszenie „Więź” realizuje kampanię MISTRZOWIE ŻYCIA, która powstała z potrzeby zmiany wizerunku osób po kryzysach psychicznych w oczach społeczeństwa. Stygmatyzacja osób chorujących na zaburzenia psychiczne jest w naszym województwie wszechobecna głównie z powodu braku wiedzy mieszkańców o objawach tych chorób, ich przebiegu i możliwościach leczenia. Choroby te budzą powszechny lęk i całkowity brak zaufania do osób chorujących, krzywdząc je tym samym w sposób bezwzględny. Tymczasem rzeczywistość jest zupełnie inna!**

W 2010 r. w województwie zachodniopomorskim w poradniach zdrowia psychicznego leczono 41 355 osób, w tym 38 249 osób - z powodu zaburzeń psychicznych. Jednocześnie w latach 2001 - 2010 liczba leczonych w poradniach zdrowia psychicznego wzrosła o 30,8%. Do statystyk tych należy jeszcze z pewnością doliczyć grupę osób leczących się prywatnie oraz tych niezdiagnozowanych, cierpiących w domowych zaciszach. Schorzenia te stanowią zatem poważny problem społeczny.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi znajdują się w o wiele trudniejszej sytuacji od innych chorujących przewlekłe. Specyfika tych schorzeń, wielość i niewyraźność objawów oraz często niejasna i trudna do rozpoznania przyczyna ich powstania oraz potrzeba często wieloletniej terapii sprawiają, iż osoby te są najczęściej wykluczane poza nawias życia społecznego. Upředzenia wobec chorujących na zaburzenia psychiczne i przesady na ich temat utrwały się przez wiele pokoleń. Społeczeństwo, pracodawcy i media podtrzymują ich stereotypowy sposób postrzegania, jako osób niebezpiecznych, agresywnych i niezdolnych do efektywnej pracy. W odpowiedzi na te problemy istniejące w województwie zachodniopomorskim powstała kampania MISTRZOWIE ŻYCIA, której głównym CELEM jest:

Podniesienie poziomu wiedzy i świadomości mieszkańców województwa zachodniopomorskiego w zakresie chorób związanych z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałanie dyskryminacji i wzrost akceptacji społecznej dla osób dotkniętych tymi chorobami poprzez wielokanałową kampanię promocyjną rozpowszechniającą informacje o objawach chorób, ich przebiegu, następstwach i możliwościach leczenia zaburzeń psychicznych.

Kampania promuje dobre praktyki poprzez przedstawienie prawdziwych historii osób z zaburzeniami psychicznymi, które pomimo choroby świetnie funkcjonują w społeczeństwie, są aktywne, realizują się życiowo, mają swoje pasje. W jej ramach będzie szerzona wiedza na temat zaburzeń psychicznych poprzez wypowiedzi ekspertów, artykuły i informacje o objawach tych schorzeń, ich przebiegu, następstwach i możliwościach leczenia.

W ramach kampanii przeprowadzona zostanie akcja na portalu społecznościowym Facebook na profilu Stowarzyszenia oraz na jego stronie www. Ponadto zostanie opublikowanych pięć artykułów sponsorowanych na portalach internetowych o zasięgu regionalnym i lokalnym. Wydany także zostanie Biuletyn, opracowane i wydrukowane zostaną także ulotki

i plakaty promujące całe przedsięwzięcie. Wszystkie materiały stworzone w ramach kampanii zostaną rozkolportowane po województwie zachodniopomorskim. Zostaną także zorganizowane trzy stoiska informacyjno-edukacyjne dotyczące zaburzeń psychicznych podczas imprez adresowanych do mieszkańców województwa zachodniopomorskiego, na których dyżur będzie pełnił psycholog, a ekspert zaprezentuje krótką prelekcję dotyczącą tej tematyki. Ponadto w okresie sierpień – listopad 2016r. prowadzony będzie Punkt Konsultacyjny dla osób potrzebujących wsparcia lub poszukujących informacji o zaburzeniach psychicznych, gdzie dyżury będzie pełnił ekspert. Informacje prasowe o całej kampanii będą rozsyłane po mediach i instytucjach z obszaru Pomorza Zachodniego.

Dzięki realizowanej kampanii wzrośnie poziom wiedzy mieszkańców województwa zachodniopomorskiego na temat objawów zaburzeń psychicznych, ich przebiegu, następstw i możliwości leczenia. Zwiększy się także świadomość społeczeństwa



w odniesieniu do sytuacji życiowej osób dotkniętych tymi schorzeniami, a jednocześnie zmniejszy lęk zdrowych mieszkańców przed kontaktami z chorującymi. Ponadto prowadzone w ramach kampanii działania spowodują wzrost poziomu akceptacji społecznej oraz liczby pozytywnych i otwartych postaw względem cierpiących na zaburzenia psychiczne, co przełoży się z pewnością na mniej stereotypowe i stygmatyzujące myślenie o nich.

Kampania MISTRZOWIE ŻYCIA realizowana jest przez Stowarzyszenie „Więź” w okresie: 15.07.2016–15.12.2016 r. w ramach zadania publicznego w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym w 2016 roku p.n. „MISTRZOWIE ŻYCIA – kampania informacyjno-edukacyjna na rzecz zwiększenia akceptacji i przeciwdziałania dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi” współfinansowanego z budżetu Województwa Zachodniopomorskiego oraz budżetu Gminy Miasto Szczecin.

**Serdecznie zapraszamy do zapoznania się z materiałami publikowanymi w ramach kampanii, odwiedzania naszego profilu na FB i strony www, korzystania z bezpłatnych konsultacji eksperta oraz aktywnego włączania się w naszą misję!**



# GDZIE MOŻNA UZYSKAĆ POMOC?

## Poradnie zdrowia psychicznego w województwie zachodniopomorskim

- **Białogard**, Centrum Dializa sp. z o.o., ul. Chopina 29, tel. 94 311 37 74, 94 311 37 02
  - **Choszczno**, ISPL Lek. Med. Elżbieta Przybylska-Małoszuk, ul. Niedziałkowskiego 4a, tel. 95 765 87 51
  - **Darłowo**, NSZOZ „No” S.C. Bożena, Mariusz Hrymniak, ul. Skłodowskiej 32, tel. 59 810 22 41
  - **Dębno**, NZOZ „Lekarzy Specjalistów” S.C., ul. Kościuszki 17, tel. 95 760 23 52
  - **Drawsko Pomorskie**, Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „OVA - MED”, ul. Piłsudskiego 43/1, tel. 94 363 59 26
  - **Drawsko Pomorskie**, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ZDROWIE” Sp. z o.o., ul. Obrońców Westerplatte 1A, tel. 94 363 22 92
  - **Goleniów**, ISPL - Tomasz Matłowski, ul. Poczтовая 43, tel. 91 407 32 44
  - **Goleniów**, Ośrodek Psychoterapii i Szkoleń „Pracownia” Mgr Monika Zbiśławska, ul. Partyzantów 11, tel. 606 99 39 94
  - **Gryfice**, SPZZOZ, ul. Niechorska 27, tel. 91 384 20 61 wew. 226
  - **Gryfino**, NZOZ „Chrobry”, ul. Bolesława Chrobrego 52, tel. 91 404 58 88
  - **Gryfino**, NZOZ „Intermed” Sp. z o.o., ul. Niepodległości 28, tel. 91 416 20 41, 91 416 20 15
  - **Gryfino**, Euromedica Centrum Medyczne, Dębce 11, tel. 605 558 022
  - **Kamień Pomorski**, ISPL – Tomasz Matłowski ul. Mickiewicza 39a, tel. 05 558 022, 91 382 09 19
  - **Kołobrzeg**, Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SPZOZ, ul. Jedności Narodowej 86/88, tel. 94 357 24 62, 94 351 96 71
  - **Kołobrzeg**, Poradnia Zdrowia Psychicznego Beata i Dariusz Borkowscy Spółka Partnerska, ul. Kupiecka 5a, tel. 94 353 18 11 w.21
  - **Kołobrzeg**, Przychodnia Rodzinna VIO-ZAL Zaleska Violetta, ul. Kupiecka 5a-5b, tel. 94 35 216 21
  - **Kołobrzeg**, Regionalny Szpital, ul. Łopuskiego 31, tel. 94 353 02 53
  - **Koszalin**, Medison Sp. z o.o., ul. Zwycięstwa 119, tel. 94 348 90 06
  - **Koszalin**, NZOZ Przychodnia Clinika, ul. Okulickiego 24a, tel. 94 340 70 83, 602 661 651
  - **Koszalin**, Psychiatryczny NZOZ S.C., ul. Monte Cassino 13, tel. 94 342 53 15
  - **Koszalin**, Samodzielny Publiczny ZOZ MSW, ul. Szpitalna 2, tel. 94 347 16 06
  - **Koszalin**, ZOZ „PANACEUM” S.C. Grażyna i Paweł Stanisławscy, ul. Kubusia Puchatka 15, tel. 94 341 26 15
  - **Łobez**, NZOZ „Intermed” Sp. z o.o., ul. Niepodległości 66, tel. 91 852 42 91
  - **Myślibórz**, NZOZ Przychodnia im. Jana Pawła II Sp. z o.o., ul. Ogrodowa 9, tel. 95 747 20 71, 95 747 20 72
  - **Nowogard**, NZOZ „Sanus” S.C., ul. Kościuszki 36, tel. 91 392 69 60
  - **Police**, SP Szpital Kliniczny Nr 1 Im. Prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM, ul. Siedlecka 2, tel. 91 425 69 34, 91 425 38 78
  - **Police**, Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Policach, Poradnia Psychiatryczna, ul. Siedlecka 2, tel. 91 425 30 00
  - **Pyrzyce**, NZOZ Przemysław Jarosiński Gabinet Psychiatryczno-Odwykowy, ul. Stargardzka 32, tel. 91 570 47 87
  - **Sławno**, Medison Sp. z o.o., ul. Konopnickiej 4, tel. 59 810 74 90
  - **Sławno**, NSZOZ „No” S.C. Bożena, Mariusz Hrymniak, ul. Chełmońskiego 9, tel. 59 810 22 41
  - **Sławno**, NZOZ Ars Medica, ul. Koszalińska 4, tel. 59 810 58 55
  - **Stargard**, ISPL Eligiusz Stamirowski, Os. Zachód A 17, tel. 608 638 243
  - **Stargard**, NZOZ „Ginea 1”, ul. Mickiewicza 20a, tel. 91 83 45 234
  - **Stargard**, NZOZ „MEDIS” A. Rybkiewicz Przychodnia Lekarsko-Stomatologiczna, ul. Wojska Polskiego 24, tel. 91 577 26 00
  - **Stargard**, Ośrodek Psychoterapii i Szkoleń „Pracownia” Mgr Monika Zbiśławska, ul. Gdańska 4, tel. 606 993 994, 91 487 35 86
  - **Stargard**, Przychodnia Specjalistyczna Nr 1, ul. Słowackiego 11/2, tel. 91 578 24 04
  - **Stargard**, Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SPZOZ, Al. Żołnierza 37, tel. 261 45 13 26, 261 45 13 28
  - **Stargard**, WOMP, ul. Mickiewicza 18, tel. 91 578 56 16, 91 834 27 44
- SZCZECIN**
- 109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ, ul. Ks. Piotra Skargi 9-11, tel. 261 45 55 82
  - Nasz Doktor, ul. Dubois 27, tel. 91 814 02 52
  - Centrum medyczne Euromedis, Al. Powstańców Wlkp. 33A, tel. 91 818 21 41
  - Centrum Zdrowia Psychicznego „Staromłyńska” Bogumiła Miazgowska, ul. Staromłyńska 21/26, tel. 91 489 35 89
  - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Dom Lekarski, ul. Rydla 37, tel. 91 464 50 36
  - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Centrum Medycyny – STOMED” S.C., ul. Ledóchowskiego 19, tel. 602 823 483
  - NZOZ Zachodniopomorski Instytut Psychoterapii, ul. Królowej Korony Polskiej 26/1a, tel. 91 422 60 60
  - NSZOZ „Prawobrzeże-Medyk”, ul. Napierskiego 6c, tel. 91 464 38 34
  - Prywatny Ośrodek Medyczny POLAMED, Poradnia zdrowia psychicznego, ul. Zaciszna 4a, tel. 91 423 62 15
  - Przychodnia Portowa, ul. Energetyków 2, tel. 91 441 21 00
  - SP Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM, ul. Broniewskiego 24, tel. 91 454 06 53
  - Specjalistyczne Gabinety Lekarskie „PROMED”, ul. Wieniawskiego 36, tel. 91 487 88 13
  - SPSZOZ - Zdroje, ul. Mączna 4, tel. 91 880 62 21
  - SPSZOZ - Zdroje, ul. Żołnierska 55, tel. 91 434 41 38
  - SP ZOZ Szkół Wyższych, ul. Bohaterów Warszawy 51, tel. 91 449 45 34, 91 449 44 22
  - WOMP, ul. 3-Go Maja 25-27, tel. 91 471 11 66, 91 471 33 66, 91 488 05 01
  - WOMP, ul. Bolesława Śmiałego 33, tel. 91 434 92 00
  - SP ZOZ MSWiA w Szczecinie, ul. Ks. Piotra Skargi 16, tel. 91 422 27 68
  - Spółdzielnia Pracy Lekarzy Specjalistów „MEDICUS”, ul. Zwycięstwa 1, tel. 91 434 54 13
  - Centrum Zdrowia Psychicznego Solution, ul. 28 Lutego 3, tel. 534 90 77 30
  - **Szczecinek**, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej PEOZET, ul. Karlińska 15, tel. 94 372 55 55
  - **Szczecinek**, NZOZ „Salus”, ul. Kościuszki 38c, tel. 94 372 34 13
  - **Szczecinek**, Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SPZOZ, ul. Polna 24, tel. 94 374 39 11
  - **Świdwin**, Przychodnia Rodzinna VIO-ZAL Zaleska Violetta, ul. Kupiecka 5a-5b, tel. 94 35 216 21, 883 06 86 56
  - **Świnoujście**, SPZOZ Szpital Miejski im. Jana Garduły, ul. Mieszka I 7, wejście od strony Jana z Kolna 12, tel. 91 32 67 316
  - **Świnoujście**, Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SPZOZ, ul. Bohaterów Września 6, tel. 604 069 128, 91 888 68 03



- **Wałcz**, 107 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ, ul. Kołobrzaska 44, tel. 261 47 28 39
- **Wałcz**, Poradnia Zdrowia Psychicznego J. Mołęda, H. Łżyk, ul. Kościuszkowców 10, tel. 67 387 37 21
- **Złocieniec**, Przychodnia Zdrowia, ul. Piłsudskiego 17, tel. 94 367 28 72

### Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży w województwie zachodniopomorskim

- **Koszalin**, NZOZ „Monada”, Al. Monte Cassino 13, tel. 94 341 77 27
- **Stargard**, Ośrodek Psychoterapii i Szkoleń „Pracownia”, ul. Gdańska 4, tel. 91 487 35 86
- **Szczecin**, SPSZOZ - Zdroje, ul. Mączna 4, tel. 91 880 62 21
- **Szczecin**, NZOZ Zachodniopomorski Instytut Psychoterapii, ul. Królowej Korony Polskiej 26/1a, tel. 91 422 60 60

### Leczenie Środowiskowe (domowe) w województwie zachodniopomorskim

- **Koszalin**, Medison Sp. z o.o., ul. Zwycięstwa 119, tel. 94 348 90 06, 666 028 185
- **Sławno**, NZOZ Ars Medica, ul. Koszalińska 4, tel. 59 810 58 55
- **Stargard**, Ośrodek Psychoterapii i Szkoleń „Pracownia” Mgr Monika Zbiśławska, ul. Gdańska 4, tel. 606 993 994, 91 487 35 86
- **Szczecin**, NZOZ Poradnia Zdrowia Psychicznego, ul. Staromłyńska 21, tel. 91 489 35 89
- **Szczecin**, SP Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM, ul. Broniewskiego 24, tel. 91 454 07 01

### Poradnie psychologiczne w województwie zachodniopomorskim

- **Koszalin**, Centrum Psychoterapii i Leczenia Uzależnień Anon - Irena Śliwińska, ul. Monte Cassino 13, tel. 94 343 07 48
- **Sławno**, NS ZOZ „No” S.C. Bożena, Mariusz Hrymniak, ul. Chełmońskiego 9, tel. 59 810 22 41
- **Szczecin**, NZOZ „Meditest. Diagnostyka Medyczna”, ul. Bronisławy 14d, tel. 91 812 27 44
- **Szczecin**, Centrum Zdrowia Psychicznego „Staromłyńska” Bogumiła Miazgowska, ul. Staromłyńska 21, tel. 91 489 35 89
- **Szczecinek**, Centrum Rehabilitacyjno Medyczne Reha Medica, ul. Kościuszki 57, tel. 94 372 14 51
- **Wałcz**, 107 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ, ul. Kołobrzaska 44, tel. 261 47 28 39

### Psychiatryczne izby przyjęć w województwie zachodniopomorskim

- **Gryfice**, SPZOZ, ul. Niechorska 27, tel. 91 384 20 61 w. 245

- **Kołobrzeg**, Regionalny Szpital, ul. Łopuskiego 33, tel. 94 353 03 33
- **Koszalin**, Medison Sp. z o.o., ul. Sarzyńska 9, tel. 94 347 07 54
- **Szczecin**, SPSZOZ - Zdroje, ul. Mączna 4, tel. 91 88 06 218
- **Szczecin**, SP Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM, ul. Broniewskiego 24/26, tel. 91 454 06 53
- **Szczecinek**, NZOZ „Salus”, ul. Kościuszki 38c, tel. 94 372 34 13

### Organizacje pozarządowe z obszaru województwa zachodniopomorskiego realizujące zadania w zakresie wsparcia osób chorych na zaburzenia psychiczne, ich rodzin i opiekunów

- **Fundacja Zdrowia Psychicznego i Psychoterapii Drzwi Otwarte**, ul. Juliusza Słowackiego 13a lok. 10, 78-449 **Borne Sulinowo**, kom. 534 907 730, [http://psychoterapiaszczecinek.com/FUNDA-CJA\\_OTWARTE\\_DRZWI.html](http://psychoterapiaszczecinek.com/FUNDA-CJA_OTWARTE_DRZWI.html), e-mail: [psychoterapia.szczecinek@gmail.com](mailto:psychoterapia.szczecinek@gmail.com)
- **Stowarzyszenie Użytkowników Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej oraz Ich Rodzin i Przyjaciół „FENIKS” w Kołobrzegu**, ul. Warszawska 15, 78-100 **Kołobrzeg**, tel. 94 351 80 62, kom. 601 543 013, lub 94 352 83 61, w.312, [www.feniks.kolobrzeg.pl](http://www.feniks.kolobrzeg.pl), e-mail: [fenikskg@op.pl](mailto:fenikskg@op.pl)
- **MŁODZI-MŁODYM STOWARZYSZENIE PROFILAKTYKI I TERAPII**, ul. Zwycięstwa 168, III piętro, 75-900 **Koszalin**, tel./fax 94 340 35 22, 511 325 712, [www.mlodzi-mlodym.koszalin.pl](http://www.mlodzi-mlodym.koszalin.pl), e-mail: [stowmm@gmail.com](mailto:stowmm@gmail.com)
- **Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych Ich Rodzin i Przyjaciół PRZYSTAŃ**, ul. W. Andersa 24, I piętro, 75-626 **Koszalin**, tel. 502 678 096, 533 980 940, [www.przystan-koszalin.pl](http://www.przystan-koszalin.pl), e-mail: [przystankoszalin@wp.pl](mailto:przystankoszalin@wp.pl)
- **Stowarzyszenie na Rzecz Harmonii Społecznej**, ul. Bankowa 11 FGH/5, 72-009 **Police**, tel. 782 453 881, <http://www.harmoniaspoleczna.org/>, e-mail: [stowarzyszenie@harmoniaspoleczna.org](mailto:stowarzyszenie@harmoniaspoleczna.org)
- **Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób Mniejszych Szans „WIEŻ”**, ul. Arkońska 17-18, 71-470 **Szczecin**, tel. 91 829 01 02, [www.wiez.org.pl](http://www.wiez.org.pl), e-mail: [wiez@wiez.org.pl](mailto:wiez@wiez.org.pl)
- **Stowarzyszenie Rodzin i Opiekunów Osób Chorych Psychiczenie RODZINA**, al. Bohaterów Warszawy 27, 70-340 **Szczecin**, tel. 798 397 932, [www.stowarzyszenierodzina.blogspot.com](http://www.stowarzyszenierodzina.blogspot.com), e-mail: [stowrodzina@poczta.onet.pl](mailto:stowrodzina@poczta.onet.pl)
- **Stowarzyszenie na Rzecz Propagowania i Rozwoju Wiedzy o Zaburzeniach Pamięci i Chorobach Otepiennych „Cogito”**, al. Powstańców Wielkopolskich 33a, 70-111 **Szczecin**, tel. 91 819 22 00, 515 989 922, [www.alzheimer.szczecin.pl](http://www.alzheimer.szczecin.pl), e-mail: [info@alzheimer.szczecin.pl](mailto:info@alzheimer.szczecin.pl)

- **Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Psychiczną i Intelektualną „Przyjazny Dom”**, ul. Nowomiejska 4, 78-600 **Wałcz**, tel. 67 258 94 75, [www.sds.walcz.pl](http://www.sds.walcz.pl), e-mail: [przyjaznydomwalcz@op.pl](mailto:przyjaznydomwalcz@op.pl)
- **Szचेциńskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera i innymi Rodzajami Otepienia „Jaskółka”**, ul. Witkiewicza 64, 71-125 **Szczecin**, tel. 512 352 294, 512 383 400, e-mail: [alzheimer.jaskolka@wp.pl](mailto:alzheimer.jaskolka@wp.pl)

### Porady telefoniczne

- **Telefoniczna Pierwsza Pomoc Psychologiczna** **22 425 98 48** (opłata zgodnie z cennikiem Twojego operatora telefonicznego), pn. - pt. godz. 17.00-20.00, sob. godz. 15.00-17.00
- **Antydepresyjny Telefon Zaufania Centrum ITAKA** **22 654 40 41**, pn., czw. godz. 17.00-20.00
- **Antydepresyjny Telefon Forum Przeciw Depresji** **22 594 91 00**, śr., czw. godz. 17.00-19.00
- **Infolinia przeznaczona dla osób z problemami psychicznymi lub ich rodzin** **22 885 84 83**
- **Młodzieżowy Telefon Zaufania** **192 88**
- **Bezpłatny telefon zaufania dla dzieci i młodzieży** **116 111**
- **Szचेциńskie Telefon Zaufania „Anonimowy Przyjaciel”** **91 813 63 63**, pn. - pt. godz. 17.00-20.00
- **Telefon Zaufania dla Osób Dorosłych w Krzysie Emocjonalnym** **116 123**, pn. - pt. godz. 14.00-22.00
- **Telefon Stowarzyszenia Aktywnie Przeciwko Depresji** **22 843 18 75**, śr. godz. 16.00-17.00
- **Bezpłatna linia wsparcia dla osób po stracie bliskich** **800 108 108**, pn. - pt. godz. 14.00-20.00

### Gdzie można znaleźć więcej informacji i porad dotyczących zaburzeń psychicznych?

- <http://psychiatria.mp.pl/>
- <http://www.psychiatria.pl/>
- <http://online.synapsis.pl/>
- <http://www.psychologia.edu.pl>
- <http://www.zaburzeniapsychiczne.pl/>
- <http://emocje.pro/>
- <http://mam-efke.pl/>
- <http://psychika.com.pl/>
- <http://drogadosiebie.pl/choroby-duszy/>
- <http://www.depresja.org/>
- <http://forumprzeciwdepresji.pl/>
- <http://www.depresjaza.pl/>
- <http://www.depresja.ws/>
- <http://www.depresja.info.pl/>
- <http://www.stopdepresji.pl/>
- <http://pokonaccien.pl/>
- <http://www.dwubiegunowa.net.pl/>
- <http://bipolarisorder.fora.pl/>
- <https://tacyjakja.pl>
- <http://www.nerwica.com/>



Poniżej prezentujemy wybrane utwory Mariusza, członka naszego Stowarzyszenia. Jest on młodym artystą, który napisał już ponad 140 wierszy. Więcej utworów z dorobku Mariusza można znaleźć na jego autorskim blogu: [mariusz86r.blog.pl](http://mariusz86r.blog.pl)

## W Krainie Optymizmu

Gdzieś w dalekiej krainie  
Wylania się droga  
Droga nadziei, miłości,  
I wesołości  
Smutek zabija nie zważając wcale,  
Topi beznadzieje  
Płynie okazale  
Czasem też leci nad tą piękną krainą  
Krainą zwaną mym życiem  
  
Ląduje jak ptak, i daje mi znak  
Że bardzo kocham te życie  
  
Na drodze mego życia znajduję  
Piękny przepis  
Oto jego składniki :  
-wiele miłości,  
-wiele radości,  
-2 łyżki nadziei  
Do tego dużą szczyptę optymizmu,  
I żadnego pesymizmu!  
Do tego mnóstwo pozytywnych emocji,  
I uczuć witaminowych,  
Spełniania marzeń nawet tych kolorowych.  
Teraz to wszystko wstrząsnąć,  
I mocno zamieszać.  
Włożyć do rozgrzanego gorącego piekarnika

Naszych pozytywnych przeżyć,  
Piec w temperaturze ok. 200 stopni C.  
Spożywać przez całe życie.

A na swej drodze:  
Chcieć dotykać chmur niebiańskich,  
Pić zawsze nieziemską ambrozię,  
Zakopać wszelkie ludzkie animozje !

Lecę beztrudno jak kolorowy motyl  
Jak łodzią pod cudownym niebem,  
Patrzę obserwuję,  
Piękno życia wypatruję,  
I stale zdążam do Ciebie:-)

W pięknej aurze  
Poukładanego schematu,  
Stanu porządku mych rzeczy  
Cieszę się jak budząca się  
Do życia Wiosna  
Niezwykle Radosna,  
Niezwykle Miłosna

Idę do ogrodu - kwiaty, pąki, trawa  
Widzę wiatr im bije brawa ! ;-)

Gdzieś w dalekim zachwyście  
Wylania się radość.

Piję życia nektar ambrozji tej radości,  
I częstuję nimi chętnie  
Swych przyjaciół, i miłych mych gości.

Gdzieś w dalekiej krainie,  
Gdzieś w dalekiej życia gęstwinie  
Znajduję swoją przystań  
I przepis na me życie  
Pijam spożyty posiłek na życie  
Szkłanką wody do połowy pełną

Napojony tą wodą lecę nad tą piękną krainą  
Tam są ogrody, wody, łąki, strumyki, ruczaje  
...gęstwiny...

Uśmiech losu mnie spotyka  
Robię więc szczęśliwe miny  
To wszystko siłę mi zawsze daje  
Sprawę sobie z tego bardzo mocno  
Zdaję

Bo Szczęście jest blisko -  
Na drodze nadziei, miłości,  
Wesołości, w Krainie Optymizmu  
Czasem Marzenia się spełniają -  
I nasze życie codzienne cudownie odmieniają  
Myśl pozytywnie - nie negatywnie:-)  
Powodzenia w spełnianiu marzeń

## Chwile

Chwile początku, i chwile końca  
Spójrz...  
Ułamki, sekundy, momenty;  
Chwile jak iskry pięknych,  
i smutnych momentów  
są jak ogromne kamienie naszych nadziei  
Toczących się w dół z górki życia  
.... w jednej chwili.  
Wzrok mnie – nie myli!,  
Rejestruję piękno chwili.  
Iskra jednej chwili może powodować  
zarówno szczęście, jak i nieszczęście.  
  
- Jak wykorzystać dobrze nasze chwile, by z nami ich  
iskry były częściej miłe ?-  
Chwila – jako słodycz, – osładza moje życie  
tu i teraz!  
Chcę ją dobrze przeżyć – mówię sobie nieraz.  
Chwila – jako gorycz – jest wredna jak cykuta,  
oceniam że z uczuć wszelkich jest ostro wyzwuta!  
Widzę dalej leci z górki  
piękna radość wszelka,  
Dla mnie to wiosna życia,  
i chwila bardzo wielka :)  
  
Zobacz ...  
Chwila to strzał,

Chwila to pstryk,  
Momentów lik – a czasem bzik,  
co turla się w kik ;)

Popatrz ...  
Na polu chwili,  
i z górki życia  
Toczy się chwila  
Ta do przeżycia.  
Toczy się chwila  
jedna w rodzaju –  
szybka, ulotna, lecz nie samotna ;) :  
Szybko jest grana-  
-jak piłka nożna -  
Niespodziewana,  
lecz rozmyślana :)  
Tak więc...  
Pstryk, strzał, klik -  
Chwila ucieka od Ciebie w mig!

A Ty...  
Zatrzymaj ją w locie,  
i zwolnij tempo, bo jest  
Jak kadr w jakimś filmie,  
nie daj jej sępom!

Przeżyj ją raz, raz jeszcze raz,

Póki wciąż jeszcze na to masz czas!  
Niech ożyją znów chwil wspomnienia,  
Niech ciągle u Ciebie życie się zmienia!

Zmieniaj swe życie,  
Spełniaj marzenia,  
Korzystaj z pięknych chwil  
do zatracenia!  
.....  
Zakochaj się w chwili,  
Zakochaj w marzeniach.  
Uwierz że dobrze wykorzystasz chwile,  
że zawsze będziesz w swym duchu, i w sile!

Pokochoj swe chwile, i żyj bardzo mile  
Bo chwile szybko uciekają –  
- i tak jak się z nami witają,  
tak szybko niestety żegnają!

### Moje podsumowanie:

Życie to jedna, wielka, ale piękna chwila  
składająca się z wielu małych chwil,  
płynących szybciej niż rzeka Nil.

Nie zmarnujmy życia, bo wiele w nim jest  
ścieżek, pięknych momentów,  
i chwil do przebycia!

**Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół  
Osób Mniejszych Szans "Więź"**  
ul. Arkońska 17-18, 71-470 Szczecin  
tel. 91 829 01 02  
e-mail: [wiez@wiez.org.pl](mailto:wiez@wiez.org.pl)  
[www.wiez.org.pl](http://www.wiez.org.pl)  
[www.facebook.com/WiezSzczecin/](https://www.facebook.com/WiezSzczecin/)  
KRS: 0000185565

Godziny otwarcia biura:  
wtorki i czwartki w godz. 15.00–19.00



**Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół  
Osób Mniejszych Szans „WIEŹ”**

**BEZPŁATNE KONSULTACJE  
TERAPIA ZAJĘCIOWA  
POMOC I WSPARCIE  
dla osób po kryzysach psychicznych  
oraz ich rodzin**

