

**PROF. JANUSZ  
HEITZMAN:**  
CZERPIEMY SIĘ  
Z RELACJI  
Z INNYMI  
LUDŹMI  
**str. 5**

**PROF. MAŁGORZATA  
JANAS-KOZIK:**  
SCHIZOFRENIA  
O WCZESNYM  
POCZĄTKU  
**str. 8**

**DR N. MED.  
RADOŚLAW TWORUS:**  
CZY ŻYJEMY  
JUŻ W STRESIE  
POURAZOWYM?  
**str. 12**

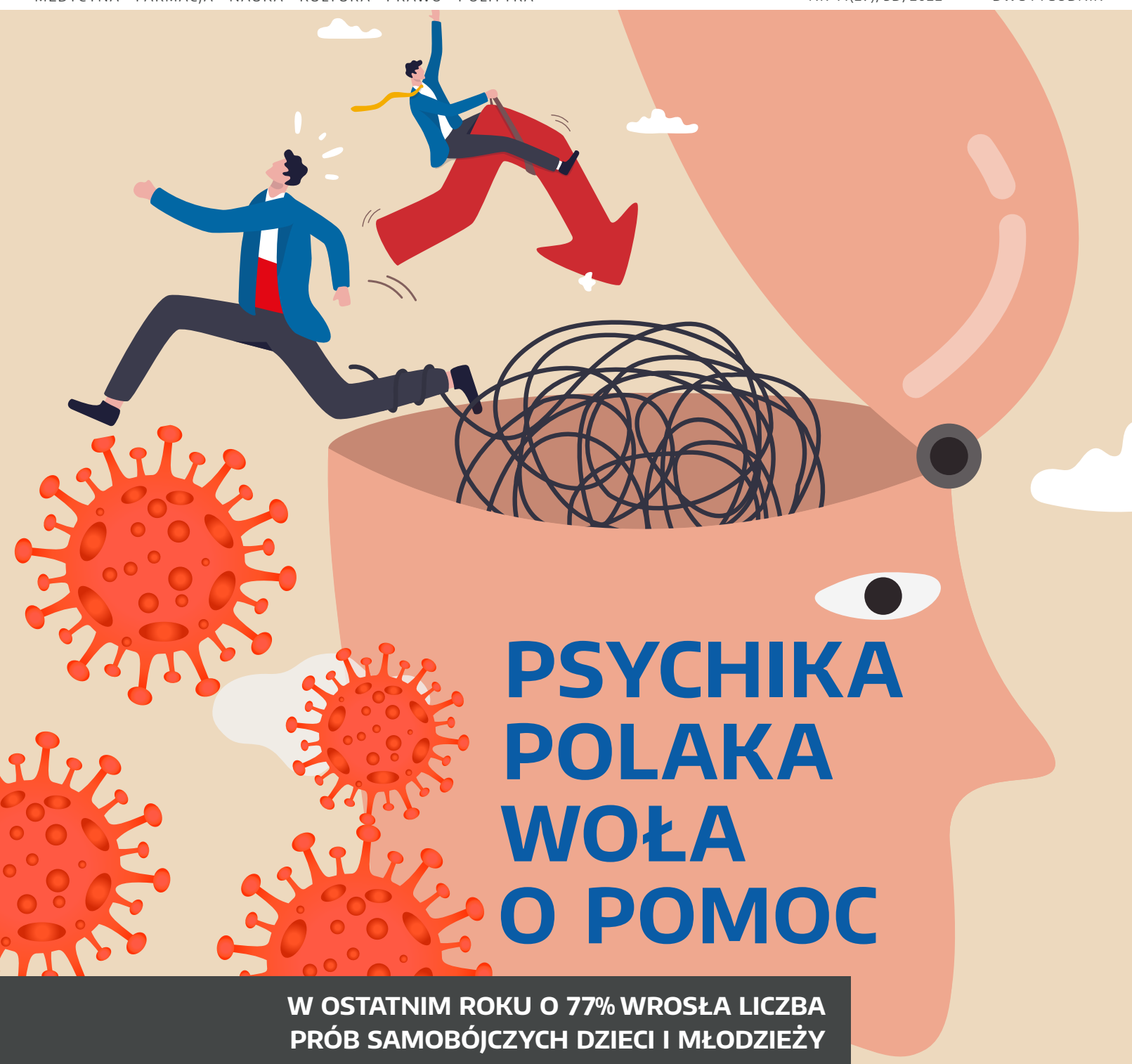
WYDANIE ELEKTRONICZNE

# ŚWIAT LEKARZA 3D

MEDYCyna • FARMACJA • NAUKA • KULTURA • PRAWO • POLITYKA

NR 11(27)/3D/2022

DWUTYGODNIK



**PSYCHIKA  
POLAKA  
WOŁA  
O POMOC**

**W OSTATNIM ROKU O 77% WROSŁA LICZBA  
PRÓB SAMOBÓJCZYCH DZIECI I MŁODZIEŻY**

# X ZJAZD – XXVI SYMPOZJUM POLSKIEGO TOWARZYSTWA ENDOKRYNOLOGII I DIABETOLOGII DZIECIĘCEJ



20-22 PAŹDZIERNIKA 2022  
RADISSON HOTELS & SUITES  
GDAŃSK

PATRONAT HONOROWY



WOJEWODA POMORSKI  
DARIUSZ DRELICH



MIECZYSLAW STRUK  
MARSZAŁEK  
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO



PATRONAT HONOROWY  
Prezydent  
Miasta Gdańska



PATRONAT HONOROWY  
REKTOR  
GDAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO



PATRONAT INSTYTUCJONALNY  
GDAŃSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

**UCK**

Uniwersyteckie  
Centrum Kliniczne

Przewodniczący Komitetu Naukowego:

**Prof. dr hab. n. med. Mieczysław Walczak**

Przewodniczący Zarządu Głównego PTEIDD

**Prof. dr hab. n. med. Małgorzata Myśliwiec**

Katedra i Klinika Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii,  
Gdański Uniwersytet Medyczny

## TEMATY WIODĄCE

- Leczenie hormonem wzrostu w okresie rozwojowym i w wieku dorosłym
- Nowoczesne terapie w cukrzycy oraz możliwości prewencji choroby i jej powikłań w populacji pediatrycznej i internistycznej
- Choroby tarczycy – spojrzenie pediatrii-endokrynologa i internisty-endokrynologa
- Zaburzenia determinacji płci, przedwczesne i opóźnione dojrzewanie płciowe
- Choroby rzadkie w okresie rozwojowym i w wieku dorosłym
- Hipercholesterolemia rodzinna – spojrzenie pediatrii i kardiologa
- Telemedycyna w endokrynologii i diabetologii

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE NA STRONACH  
PTEIDD.PL ORAZ GRUPAMEDICA.PL

**SERDECZNIE ZAPRASZAMY**



**Grupa Medica s.c.** ul. Wodna 25, lok. 2AU, 90-024 Łódź  
tel.: +48 42 630 01 88 e-mail: [biuro@grupamedica.pl](mailto:biuro@grupamedica.pl)  
Koordynator: **Agata Szczepaniak**  
tel.: +48 691 161 720 e-mail: [agata.szczepaniak@grupamedica.pl](mailto:agata.szczepaniak@grupamedica.pl)



FOT. TOMASZ URBANEK

# Leki bywają niezbędne, ale nie zmieniają naszego myślenia

Ociążenie stresem społecznym narasta. Jeszcze przed epidemią COVID-19 były różne czynniki stresowe, które nie zniknęły, tylko zeszły na dalszy plan. Potem pojawił się COVID, nadmiarowe zgony, na które nikt nie był przygotowany. Później – wojna w Ukrainie i poczucie zagrożenia, a obecnie także nowe zagrożenie ekonomiczne – inflacja. Wiele osób będzie przeżywało lęk przed utratą źródła utrzymania, i przed tym, że środki materialne, którymi dysponowali, nagle staną się niewystarczające. A człowiek chce funkcjonować w świecie, który jest dla niego bezpieczny.

Oczywiście, są osoby, które poradzą sobie w każdej sytuacji; część jednak sobie nie poradzi. Wbrew pozorom – dziś to nie osoby starsze są najbardziej zagrożone. Badania pokazują, że najbardziej zagrożone na utratę równowagi są osoby młode, od 20. do 35. roku życia. Młodsze pokolenie nie uczyło się relacji, które starsze pokolenie przeżyło i doświadczyło.

Jak sobie radzić? Nie chodzi tylko o branie leków, bo leki nie zmieniają naszego myślenia. Najważniejszą rzeczą są relacje z innymi ludźmi. Jesteśmy silniejsi, jeśli potrafimy czerpać siłę z relacji z drugim człowiekiem. Nie jesteśmy wtedy osamotnieni.

*Prof. dr hab. Janusz Heitzman, kierownik Kliniki Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, pełnomocnik ministra zdrowia ds. psychiatrii sądowej*

## PARTNERZY WYDANIA:







FOT. TOMASZ ADAMASZEK

**8 PROF. DR HAB. N. MED. JANUSZ HEITZMAN:** Brakuje edukacji wspierającej, która uczyłaby odnajdować w sobie mechanizmy, które świadczą o sile psychicznej, i rozwiązywać trudną sytuację.



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

**8 PROF. DR HAB. N. MED. MAŁGORZATA JANAS-KOZIK:** Jeżeli postawimy diagnozę schizofrenii, należy rozważyć wprowadzenie leczenia farmakologicznego. Staramy się również stosować leczenie pozafarmakologiczne.



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

**12 DR N. MED. RADOŚLAW TWORUS:** Te kilka minut, kiedy alianci lądują na plaży w Normandii, to kumulacja ogromu bodźców traumatycznych. Latające w powietrzu ręce i nogi, huk strzałów, ból, strach, przerażenie. Nie można tego porównać z jedzeniem chipsów przed telewizorem, w którym pokazują nam wojnę w Ukrainie.

## KONDYCJA PSYCHICZNA POLAKÓW

- 5** Prof. dr hab. n. med. Janusz Heitzman: Jesteśmy silniejsi, gdy czerpiemy siłę z relacji z drugim człowiekiem

## SCHIZOFRENIA

- 8** Prof. dr hab. n. med. Małgorzata Janas-Kozik: Schizofrenia o wczesnym początku – polskie standardy nie ustępują europejskim
- 8** Prof. dr hab. n. med. Janusz Heitzman: Można i trzeba rozpocząć leczenie schizofrenii o wczesnym początku

## ZESPÓŁ STRESU POURAZOWEGO

- 12** Dr n. med. Radosław Tworus: Żeby nastąpił stres pourazowy, musi wystąpić doświadczenie traumatyczne

## DEPRESJA

- 15** Psyche woła o pomoc
- 16** Samobójstwa nastolatków i reforma psychiatrii dzieci i młodzieży
- 18** Nie pozwól dziecku wylogować się z życia



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

**17 DR N. MED. ALEKSANDRA LEWANDOWSKA:** Jednym z podstawowych założeń reformy jest budowa sieci ośrodków, w których nie pracowaliby lekarze, ale psycholodzy, psychoterapeuci i terapeuci środowiskowi.

## ŚWIAT LEKARZA 3D

Nr 11/2022 (27)

Wydanie elektroniczne/ Dwutygodnik

WYDAWCA: **PAWEŁ KRUS**  
pawel.krus@mediatv.com.plREDAKTOR PROWADZĄCA ŚWIAT LEKARZA 3D:  
**KATARZYNA PINKOSZ**  
katarzyna.pinkosz@mediatv.com.plZESPÓŁ:  
**MACIEJ PINKOSZ, SZYMON GAJEWSKI**REDAKTOR NACZELNY ŚWIAT LEKARZA:  
**PROF. DR HAB. N. MED. WALDEMAR WIERZBA**  
waldemar.wierzba@mediatv.com.plZ-CIA RED. NACZ. ŚWIAT LEKARZA:  
**ANNA ROGALA**  
anna.rogala@mediatv.com.plDYREKTOR BIURA REKLAMY:  
**MARIUSZ SŁOMKA**  
mariusz.slomka@mediatv.com.plSTUDIO GRAFICZNE:  
**ANNA STĘPNIAK**  
studio@mediatv.com.plPRENUMERATA:  
swiat-lekarza@swiatlekarza.plZARZĄD:  
**JOANNA SIERPIŃSKA** – PREZES  
joanna.sierpinska@mediatv.com.plADRES WYDAWCY I REDAKCJI:  
Media TV Plus Sp. z o.o.  
ul. Tarczyńska 5/9 lok. 36, 02-025, Warszawa  
tel. (22) 626 88 68, fax (22) 622 98 34  
**www.swiatlekarza.pl**

Wydawca nie ponosi odpowiedzialności za treść i formę reklam, prezentacji produktów ani tekstów promocyjnych. Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania i redagowania nadesłanych tekstów.

COPYRIGHT © MEDIA TV PLUS SP. Z O.O.  
ZDJĘCIA: © Depositphotos / NA OKŁADCE:  
Tomasz Adamaszek, archiwum prywatne

MAGAZYN WYŁĄCZNIE DLA LEKARZY

## Jesteśmy silniejsi, gdy czerpiemy siłę z relacji z drugim człowiekiem

**Z PROF. DR. HAB. N. MED. JANUSZEM HEITZMANEM,**  
KIEROWNIKIEM KLINIKI PSYCHIATRII SĄDOWEJ INSTYTUTU  
PSYCHIATRII I NEUROLOGII, WICEPREZESEM POLSKIEGO  
TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO, PEŁNOMOCNIKIEM  
MINISTRA ZDROWIA DS. PSYCHIATRII SĄDOWEJ,  
ROZMAWIA KATARZYNA PINKOSZ. ➤

FOT. TOMASZ ADAMASZEK

➤ ***Jak ocenia Pan kondycję psychiczną Polaków w okresie takiej niepewności, w jakiej jesteśmy po raz pierwszy od wielu lat: po dwóch latach pandemii COVID-19, po pół roku wojny na Ukrainie. Jak ta sytuacja odbija się na naszym zdrowiu psychicznym?***

Widać to przede wszystkim w bezpośrednich rozmowach, które toczyliśmy, gdy każdy mówi, że jest gorzej niż było i bardzo przeżywa to, co się dzieje. Obciążenie stresem społecznym, stresem życia codziennego nie maleje, tylko narasta. Zaczęło się od epidemii COVID-19, jednak już wcześniej były różne czynniki stresowe, które nie zniknęły, tylko zeszły na dalszy plan. Pojawił się COVID, nadmiarowe zgony, na które nikt nie był przygotowany. Zmiany w życiu społecznym, zawodowym, w nauczaniu spowodowały, że liczba stresorów zaczęła przerastać możliwości poradzenia sobie z nimi.

Obecnie pojawiło się nowe zagrożenie ekonomiczne – inflacja sięgająca kilkunastu procent może powodować, że wiele osób będzie przeżywało poczucie zagrożenia egzystencjalnego, lęk przed utratą źródła utrzymania, przed tym, że środki materialne, którymi dysponowali, nagle staną się niewystarczające. Druga rzecz to zagrożenia zdrowotne związane choćby z zagrożeniem COVID-19, które nadal istnieje. Codziennie słyszymy, że chorych jest coraz więcej. Mają stosunkowo łagodniejsze stany, jednak zagrożenie nadal istnieje. Pojawia się też zagrożenie polityczne związane z wojną, z niepewnością i utratą zaufania do bezpiecznego świata. Coraz częściej mówi się, że wisi na włosku wojna nuklearna. Pojawiają się pytania, czy my, jako społeczeństwo, będziemy umieli poradzić sobie w różnych trudnych sytuacjach, czy nie zostaniemy zaatakowani, czy nasza władza dobrze rządzi i potrafi zjednać sojuszników a nie ich tracić... To są stresory polityczne.

Człowiek chce funkcjonować w świecie, który jest dla niego bezpieczny. Jeżeli cały czas słyszymy, że jesteśmy otoczeni wrogami – wrogiem są Niemcy, Unia Europejska, Rosja atakująca Ukrainę – to zaczynamy myśleć, że jesteśmy bezbronni, a władza nie daje nam poczucia bezpieczeństwa, że nasze dzieci będą dobrze się rozwijały, zarobione pieniądze nie stracą z dnia na dzień swojej wartości, że bezpiecznie można wziąć kredyt i wybudować dom, że można bezpiecznie wyjechać na wakacje. Te wszystkie stresory trafiają na niewykształcone mechanizmy obronne.

Wydaje mi się, że nasza psychika jest niestety coraz słabsza.

***Jaka jest przyczyna tego, że mamy słabszą psychikę?***

Po pierwsze brakuje edukacji wspierającej, która sięgałaby do źródła problemu, uczyłaby odnajdować w sobie mechanizmy, które świadczą o sile psychicznej, i rozwiązać trudną sytuację. Trzeba zdać się na kogoś i mu wierzyć, ale człowiek nie jest do końca ufny. Czytanie gazet i oglądanie programów telewizyjnych nie sprawi, że będziemy czuć się bezpiecznie. Nikt z nas nie funkcjonuje w wymiarze jednego programu telewizyjnego czy jednej opcji, tylko w rzeczywistości wielowymiarowej. Docierają do nas informacje z różnych stron: z jednej strony słyszymy, że będzie dobrze, a z drugiej, że będzie kryzys energetyczny i nie będzie czym w piecu napalić, bo zabraknie węgla.

Bardzo ważna jest edukacja wspierająca siłę psychiki; uczenie, w jaki sposób rozwiązywać problem, jak szukać w sobie siły, a nie tylko siedzieć i martwić się. Nie została wykształcona aktywność i umiejętność dawania sobie rady w trudnej sytuacji. Jesteśmy bardziej „skazani” na bierność i oczekiwanie pomocy od innych niż na znajdowanie sił w sobie, aby radzić sobie w trudnych sytuacjach. Przyczyniła się do tego epidemia COVID-19, niestabilność polityczna, wojna na Ukrainie – u wielu osób obrazki z telewizji wznecają paniczne lęki. Inną rzeczą jest przemęczenie psychiczne. Nasz mózg jest zmęczony. Gdy bolą nas nogi, to siadamy, i po jakimś czasie znów możemy wstać i iść. Mózg nie boli, ale jest przemęczony, cierpi. Przemęczenie mózgu daje o sobie znać bezradnością, niemożnością rozwiązywania trudnych sytuacji.

***Najważniejszą rzeczą są relacje z innymi ludźmi. One pomagają. Jesteśmy silniejsi, jeśli potrafimy czerpać siłę z relacji z drugim człowiekiem. Nie jesteśmy wtedy osamotnieni, zmniejsza się poziom naszej bezradności.***

Oczywiście, poziomy bezradności są różne – są osoby mniej bezradne, jednak według mnie zwiększył się odsetek osób, u których rośnie poziom wewnętrznej bezradności i zubożenia. Ludzie mówią, że i tak nie mają na nic wpływu. Mogą tylko mieć zaufanie do państwa, że stworzy mechanizmy obronne. Dla jednych osób jest to wystarczające, ale dla innych nie:





FOT. TOMASZ ADAMASZEK

reagują depresją, chorobą psychiczną, zaburzeniami snu, psychozami, myślami samobójczymi, samobójstwami. Czują się tak zagrożeni, że aż bezradni.

### ***Jak sobie z tym poradzić?***

Poza naturalnymi mechanizmami obronnymi, niezależnymi od naszej woli, są też mechanizmy tkwiące w każdym człowieku. Zależą od potencjału genetycznego, biochemicznego. Są osoby, które poradzą sobie w każdej sytuacji; część jednak sobie nie poradzi. Z drugiej strony mózg ma naturalną tendencję, żeby dochodzić do siebie po sytuacjach trudnych, jak mówi przysłowiowe zdanie: „co Cię nie zabije, to Cię wzmocni”. Sposób radzenia sobie w trudnych sytuacjach jest w dużej mierze uwarunkowany genetycznie. 90 proc. osób radzi sobie z trudną sytuacją, ale pozostałych 10 proc. ma depresję, lęki; nie znajdzie w swoim organizmie mechanizmów naprawczych, które zadziałają jak naciśnięcie guzika.

Jak sobie radzić? Nie chodzi tylko o branie leków, bo leki nie zmieniają naszego myślenia. Najważniejszą rzeczą są relacje z innymi ludźmi. One pomagają. Jesteśmy silniejsi, jeśli potrafimy czerpać siłę z relacji z drugim człowiekiem. Nie jesteśmy wtedy osamotnieni, zmniejsza się poziom naszej bezradności.

### ***Jakie grupy społeczne są dziś najbardziej zagrożone? Osoby starsze?***

Wbrew pozorom – to nie osoby starsze są najbardziej zagrożone. Badania pokazują, że najbardziej zagrożone na utratę równowagi są osoby młode, od 20. do 35. roku życia.

### ***Dlaczego tak się dzieje?***

Mają wszystko; to pokolenie cyfrowe, które nie uczyło się relacji, jakich starsze pokolenie doświadczyło. Gdy było bombardowanie lub inna, trudna sytuacja, ludzie skupiali się, rozmawiali ze sobą, byli razem. A dziś młody człowiek włącza komputer. On nie doznaje, nie przeżywa tych emocji, których doświadczały starsze osoby. Emocja kojarzy się dla niego z emotką: radość to uśmiechnięte słoneczko, a smutek to smutne słoneczko.

A przecież od wysłania uśmiechniętego słoneczka nie poprawi się czyjś stan psychiczny. Rzeczywistość wirtualna nie pomaga. Emotka nie jest stanem psychiki, to tylko zewnętrzna ekspresja naszego stanu, niezwiązana z relacją. Dlatego mówi się o samotności w sieci. Jest wiele pozytywnych aspektów cyfryzacji, ale też można przez nią wiele stracić. Niestety, pokazuje to, że nasze bezpieczeństwo i równowaga psychiczna będzie w gorszej kondycji. ■



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

# Polskie standardy leczenia nie ustępują europejskim

ROZMOWA Z **PROF. DR. HAB. N. MED. MAŁGORZATĄ JANAS-KOZIK**,  
KIEROWNIK KATEDRY I ODDZIAŁU  
KLINICZNEGO PSYCHIATRII I  
PSYCHOTERAPII WIEKU ROZWOJOWEGO  
ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO  
W KATOWICACH.

## Można i trzeba rozpocząć **leczenie schizofrenii o wczesnym początku**

ROZMOWA Z **PROF. DR. HAB. N. MED. JANUSZEM HEITZMANEM**,  
KIEROWNIKIEM KLINIKI PSYCHIATRII  
SĄDOWEJ INSTYTUTU PSYCHIATRII  
I NEUROLOGII, WICEPREZESEM  
POLSKIEGO TOWARZYSTWA  
PSYCHIATRYCZNEGO,  
PEŁNOMOCNIKIEM MINISTRA  
ZDROWIA DS. PSYCHIATRII SĄDOWEJ.

### *Co charakteryzuje schizofrenię o wczesnym i bardzo wczesnym początku?*

Schizofrenia o wczesnym początku dotyczy dzieci i młodzieży przed 18. rokiem życia. Jeśli występują objawy psychotyczne przed 13. rokiem życia, to mówimy o schizofrenii o bardzo wczesnym początku. Obraz kliniczny choroby różni się od psychozy w wieku dojrzałym, powyżej 20. roku życia.

### *Jakie są te różnice, jeśli chodzi o obraz kliniczny?*

Objawy w okresie dojrzewania są nietypowe, uwagę otoczenia zwracają zaburzenia zachowania. Występują zachowania buntownicze, konfliktowe; w ich



### **Czy rozpoznawanie schizofrenii u dzieci i młodzieży stanowi duży problem?**

Nie użyłabym terminu „schizofrenia” w odniesieniu do dzieci i młodzieży – możemy powiedzieć o pierwszym epizodzie psychiatrycznym. Nie jest to olbrzymi problem, każdy szanujący się specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży powinien umieć stawiać diagnozę zaburzenia psychiatrycznego. Zresztą trudno stygmatyzować dziecko przy pierwszym epizodzie i pisać od razu: schizofrenia. Nie wiemy, jaki będzie efekt tego pierwszego epizodu: czy faktycznie będzie to zaburzenie psychiatryczne z objawami schizofrenii, a w efekcie schizofrenia, czy raczej okaże się, że jest to zaburzenie afektywne dwubiegunowe z objawami psychiatrycznymi. A może się okazać w efekcie, że będzie to zaburzenie schizoafektywne.

### **Wiek pacjenta ma duże znaczenie: inne są objawy u dzieci, inne u młodzieży, inne u dorosłych...**

U dzieci praktycznie w ogóle nie stawiamy takiego rozpoznania. Przed 13. rokiem życia mówi się o schizofrenii o bardzo wczesnym początku, ale to są setne procenta. W swojej prawie 30-letniej praktyce mogę takie przypadki policzyć na palcach jednej ręki. Natomiast schizofrenia o wczesnym początku występuje między 13. a 17. rokiem życia. To już jest gros pierwszych epizo-

dów. Okres dorastania jest bowiem takim okresem, kiedy – jeśli cokolwiek ma się dzieć – to właśnie w tym momencie. To newralgiczny wiek. Wtedy stawianych jest część diagnoz. Należy pamiętać, że populacyjnie liczba osób chorujących na schizofrenię, jest stała: to ok. 1 proc. populacji. Trzy-cztery razy więcej jest zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, jednak akurat z tym wszyscy mamy duży problem diagnostyczny.

### **Jakie są nowe rekomendacje dotyczące postępowania zarówno diagnostycznego, jak i terapeutycznego u dzieci i młodzieży?**

Rekomendacje zostały ściśle określone przez zespół ekspertów, ukazały się już w wersji drukowanej w „Psychiatrii Polskiej”. Są właściwie takie same, jak dla dorosłych, to znaczy: zawsze w pierwszym epizodzie psychiatrycznym musimy zrobić badanie neuroobrazowe. Co najmniej tomografię komputerową głowy, aby wykluczyć jakikolwiek proces rozrostowy, ewentualnie wadę rozwojową ośrodkowego układu nerwowego, bo ona może być niema. Dopiero z biegiem lat występujące objawy mogą również to sugerować.

Po drugie, zawsze należy popatrzeć całościowo na pacjenta, czyli odnieść objawy do jego wieku rozwojowego i wieku metrykalnego. Osoba z niepełnosprawno-



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

ści są zaburzenia myślenia, halucynacje, których dziecko nie jest w stanie zinterpretować; nie rozumie, że jest to anomalia. Miałem pacjenta, który przyznał, że już wcześniej słyszał głosy, ale nic o tym nie mówił, traktował to jak coś naturalnego. Nie był w stanie różnicować objawów psychiatrycznych. Jego percepcja rzeczywistości była jednak odmienna, już pojawiały się fantazjowania, nielogiczne i nieadekwatne wypowiedzi. Tego typu wypowiedzi rodzice zwykle biorą na karb przekory, złego zachowania, szczególnego indywidualizmu. Zwrócić uwagę może pogorszenie wyników w szkole. Nauczyciele często nie rozumieją problemu, nie są oni jednak też specjalistami, żeby diagnozować psychozę; nauczyciel często myśli, że dziecko źle się zachowuje, wygłupia, tymczasem może to być początek psychozy. Każde tego typu zachowanie powinno budzić niepokój.

Inne objawy, które mogą się pojawić: dziecko przestaje się myć, ubiera się w sposób chaotyczny, traci naturalny kontakt z rodzeństwem, z kolegami, pojawiają się gwałtowne wybuchy agresji. Pamiętam przypadek 17-latkę, który z siekierą biegał za ojcem; trzeba było wzywać policję. Mogą też pojawić się takie objawy, jak smutek, obniżenie nastroju, stany lękowe, szczególna podejrzliwość, nieufność w stosunku do rodziców, agresja. Młodzi ludzie często interpretują rzeczywistość w kategoriach baśniowych, funkcjonują jak w filmie czy serialu, który oglądali w telewizji.

Im dziecko jest starsze, tym bardziej objawy schizofrenii przypominają te, które występują w wieku dorosłym: urojenia, halucynacje, uskokomyślne, które dowodzą, że tok myślenia jest przerywany.

- ściami intelektualną będzie prezentowała takie objawy kliniczne, na jakie ją będzie stać: intelektualnie.

Po trzecie, obowiązują nas te same zasady, czyli bardzo dokładny wywiad rodzinny dotyczący całego okresu ciąży-porodowego, wywiadu rozwojowego z kamieniami milowymi i dotyczącego chorób przebytych u dziecka, hospitalizacji, ale również wywiad rodzinny dotyczący jakichkolwiek chorób występujących w rodzinie, zarówno przewlekłych chorób somatycznych, jak chorób psychiatrycznych. I schizofrenia bowiem, i choroba afektywna dwubiegunowa mają duży komponent biologiczny. Zawsze powinniśmy zwrócić uwagę, czy w tle, na początku nie stoi któreś z zaburzeń neurorozwojowych. Bardzo dobrym przykładem jest zaburzenie ze spektrum autyzmu. Wszyscy wiemy, że to nie jest choroba; to pewna „uroda” w moim rozumieniu. 70-80% pacjentów w okresie adolescencji na skutek trudności, deficytów społecznych, prezentuje objawy dekompensacji psychotycznej.

Jeżeli postawimy diagnozę kliniczną schizofrenii, absolutnie należy rozważyć wprowadzenie leczenia farmakologicznego. Zasady są bardzo jasne: staramy się, oprócz leczenia farmakologicznego, stosować również pozafarmakologiczne.

### ***Bardzo ważna jest psychoedukacja...***

Tak. Należy powiedzieć, prostymi słowami, o chorobie, o tym, jakie mogą być objawy, żeby zdjąć poczucie winy

– i z młodego człowieka, i z jego opiekunów, którzy zgłaszają się z dzieckiem do psychiatry. Należy zawsze powiedzieć o możliwości leczenia pozafarmakologicznego, czyli o stosowaniu wsparcia psychologicznego poprzez psychoterapię. Może nie w ostrej fazie choroby, ale później na pewno.

Kolejna kwestia: należy uspokoić i młodego człowieka, i rodziców, co będzie dalej z nauką w szkole. Są różne rozwiązania na kontynuowanie nauki szkolnej i dostosowanie wymagań do możliwości dziecka.

### ***Jak wygląda leczenie farmakologiczne?***

Wprowadzamy neuroleptyk: najlepiej drugiej generacji, taki, który ma rejestrację poniżej 18. roku życia. Są trzy, które mają rejestrację, i są z grupy neuroleptyków drugiej generacji. Natomiast korzystamy z pełnego panelu neuroleptyków, biorąc pod uwagę wiedzę opartą o praktykę lekarską oraz wiedzę, którą mamy, jako eksperci, praktycy.

Leczenie pierwszego epizodu oznacza utrzymanie leczenia przez dwa lata. Pierwsze pół roku: w takiej dawce leku, w przypadku której pacjent odpowiedział na leczenie. Później można zmniejszać dawkę, bardzo powoli, do najniższej skutecznej. Jeżeli objawy nie powrócą w ciągu dwóch lat, to biorąc pod uwagę obraz kliniczny i wszystkie czynniki dodatkowe, można myśleć o powolnej redukcji dawki bądź nawet o odstawieniu stopniowo leku.

- ***Nietypowe objawy oznaczają, że schizofrenia nie zawsze jest zauważona i czasem myłona z objawami buntu okresu dojrzewania?***

Nie zawsze pierwsze objawy są zauważone, często wydaje się, że są to zaburzenia zachowania, trudne dojrzewanie, gdyż nie zawsze są eksponowane halucynacje słuchowe, wzrokowe, urojenia.

Jeśli coraz trudniej jest nam porozumieć się z dzieckiem, to zawsze wymaga to przyjrzenia się, w czym tkwi problem. Dziecko może uciekać z domu, pić alkohol, stosować narkotyki. Innym problemem są samouszkodzenia – zaczyna wrywać sobie włosy, bić głową w ścianę – to bardzo niepokojące, ponieważ w tle mogą być myśli samobójcze czy nawet próby samobójcze. Dlatego tak ważna jest szybka identyfikacja schizofrenii o wczesnym początku – może to uratować życie dziecka.

### ***Jak często występuje schizofrenia o wczesnym lub bardzo wczesnym początku?***

To rzadka choroba, u dzieci jest to 1 przypadek na 10 tys.

### ***Czy w tak wczesnym okresie można rozpocząć leczenie? Jest to konieczne czy lepiej poczekać?***

Można i trzeba rozpocząć leczenie. Przede wszystkim potrzebne jest jednak dokładne postawienie diagnozy, gdyż nie możemy popełnić błędu w drugą stronę – zdiagnozować schizofrenię o wczesnym początku u dziecka, które ma tylko zaburzenia zachowania. Przyczyny tego typu niepokojących zachowań mogą być różne: np. przemoc w rodzinie, wykorzystywanie dziecka, które reaguje zaburzeniami zachowania na trudną sytuację. Nie można wszystkich zaburzeń zachowania traktować, jakby były wstępem do schizofrenii o wczesnym początku, ale też nie można ich bagatelizować, uważając, że dziecko z tego wyrośnie. To bardzo niebezpieczne.

### ***Są leki, które można stosować poniżej 18. roku życia?***

Tak, leczenie jest możliwe i konieczne. Każda psychoza u dziecka, również schizofrenia o wczesnym początku sama nie przejdzie i nie ustąpi po podawaniu hydroksyzyny. Konieczne jest stosowanie neuroleptyków, najlepiej tych najnowszej generacji dopuszczonych do

Jeżeli w trakcie tych dwóch lat wystąpi zaostrzenie epizodu, pogorszenie funkcjonowania, to leczenie wydłużamy do okresu pięciu lat. Oczywiście, jeżeli uzyskamy remisję – funkcjonalną lub objawową – jest to wskazaniem do równoczesnej kontynuacji psychoterapii bądź wsparcia psychologicznego. W zależności od wieku pacjenta i tego, jak rodzina radzi sobie z problemem, wsparcie psychologiczne może dotyczyć tylko młodego pacjenta lub pacjenta i całej rodziny.

***Wsparcie rodziny, bliskich, środowiska, wsparcie psychologiczne to niezwykle istotna sprawa, która ma też wpływ na efekty leczenia. Czy w tym zakresie są nadal pewne zaniedbania, czy też jesteśmy na dobrej drodze?***

Jeżeli choruje jeden członek rodziny, to choruje cała rodzina. Psychiatrzy dziecięco-młodzieżowi powinni mieć tego świadomość. Na wizytę nie przychodzi sam nastolatek. Zawsze przychodzi przynajmniej z jednym opiekunem. Wizyta powinna być podzielona na rozmowę indywidualną z pacjentem, potem z rodzicem, a następnie – na część wspólną, by wyjaśnić problemy, wątpliwości. Nie ma innej możliwości pracy z człowiekiem w okresie dorastania.

Chciałabym podkreślić, że polskie standardy leczenia absolutnie nie są gorsze niż standardy europejskie, nie ustępują im. Mamy dostęp do wszystkich leków psychiatrycznych. Nie wszystkie są refundowane, jednak te

leki, które są zarejestrowane, są sukcesywnie wpisywane na listę leków refundowanych. Widzimy tu dużą przychyłność Ministerstwa Zdrowia.

***Czy to, z jakimi bodźcami muszą się zmagać dziś młodzi ludzie, również problemy związane z pandemią, ma duży wpływ na zdrowie psychiczne?***

Pandemia spowodowała, że mamy o ok. 30 proc. więcej pacjentów. To nie są tylko zaburzenia afektywne, psychotyczne. Dużo się na ten temat pisze w literaturze medycznej. Obserwacje są takie: jeżeli przed pandemią rodzina była funkcjonalna i dawała oparcie dziecku, to bardzo dobrze poradziła sobie z pandemią, ze wszystkimi jej skutkami, głównie z nieprzewidywalnością, wyrwaniem życia do góry nogami, z dnia na dzień. Trzeba było w nowej rzeczywistości znaleźć nowe standardy postępowania, ustalić nową hierarchię. Natomiast rodzina dysfunkcyjna przed pandemią „posypała się”.

Drugi problem: część pacjentów, którzy już korzystali z pomocy psychiatrycznej, z różnych przyczyn na początku pandemii miała gorszy dostęp do pomocy psychiatrycznej, choć Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia wprowadziły możliwość porad online.

Wzrosła też liczba zaburzeń lękowych, zaburzeń afektywnych, w tym depresyjnych, zaburzeń tzw. stresu pourazowego. Część badaczy uważa, że to jest specyficzny postcovidowy zespół stresu pourazowego.

*Rozmawiała: Anna Kopras-Fijołek*

stosowania przed 18. rokiem życia. Tu konieczne jest zachowanie ostrożności, odpowiedni dobór dawki leku, by nie doszło do ujawnienia się objawów niepożądanych. Przed 13. rokiem życia unikamy stosowania jakichkolwiek leków psychotropowych; można je stosować tylko wtedy, jeśli zaburzenia są bardzo silnie wyrażone, dochodzi do samouszkodzeń, nawet istnieje ryzyko samobójstwa.

Zależy nam na tym, żeby była jak największa możliwość stosowania skutecznej farmakoterapii już u dzieci przed 18. rokiem życia. Są prowadzone badania kliniczne leków w tych grupach wiekowych i są dopuszczone leki do stosowania – jednym z nowszych leków jest lurasidon: w Polsce już jest możliwość jego stosowania u dzieci i młodzieży przed 18. rokiem życia.

***U młodego człowieka, także u dziecka, lepiej zastosować leki niż czekać?***

Oczywiście, żeby nie doprowadzić do tragedii. Poza tym nieleczona schizofrenia niszczy mózg. Jednak przed włączeniem leczenia konieczne jest dobre zdiagnozowanie. Podobne zachowania mogą świadczyć o ADHD,

autyzmie. Mogą pojawiać się u dziecka reaktywne zmiany psychotyczne na skutek szczególnych przeżyć, zaburzenia depresyjne, nawet ciężkie, ale też zaburzenia zachowania związane z symulowaniem objawów. Dziecko może reagować w różny sposób na pojawiające się trudności, może też nieświadomie symulować objawy, mieć zespół natręctw.

***Bardzo trudno jest zdiagnozować schizofrenię u dziecka?***

Postawienie diagnozy jest procesem; to nie jest tak, że przychodzi dziecko do psychiatry, który po godzinnej rozmowie z dzieckiem i rodzicami jest w stanie postawić diagnozę. Diagnozowanie jest procesem dynamicznym. Nawet jeśli podejmujemy środki zaradcze, by zapobiegać agresji, samouszkodzeniom, to nie od razu zaczynamy stosować leki, tylko najpierw staramy się dziecko obserwować, szukać psychologicznych przyczyn, które mogą doprowadzić do takiej sytuacji. Dopiero później zaczynamy stosować leki i obserwujemy ich efekty.

*Rozmawiała: Katarzyna Pinkosz*





FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

Z **DR. N. MED. RADOŚŁAWEM  
TWORUSEM**, KIEROWNIKIEM  
KLINIKI PSYCHIATRII  
I STRESU BOJOWEGO  
I PSYCHOTRAUMATOLOGII  
CENTRALNEGO SZPITALA  
KLINICZNEGO MON (WOJSKOWY  
INSTYTUT MEDYCZNY)  
W WARSZAWIE, ROZMAWIA  
ELŻBIETA BOREK.

# Żeby nastąpił stres pourazowy, musi wystąpić doświadczenie traumatyczne

## *Czy wojna w Ukrainie może być przyczyną stresu pourazowego w polskim społeczeństwie?*

Nie. Stres pourazowy nie jest synonimem stresu szeroko rozumianego. Stres to zjawisko fizjologiczne, które towarzyszy nam wszystkim. Jest potrzebny i niejednokrotnie ratuje nasze życie w różnych trudnych sytuacjach. To coś, co mobilizuje do działania, zwiększa naszą pamięć, koncentrację, poprawia aktywność naszych receptorów i pomaga nam uciec, gdy goni nas pies albo podjąć walkę, gdy dzieje się coś bardzo złego, a ucieczka jest niemożliwa. Jednak żyjąc w długotrwałym stresie możemy mieć różne problemy adaptacyjne w pracy, szkole, w małżeństwie, związane z rozводом, chorobą, stratą bliskiej osoby itd. Ale to na pewno nie jest stres, który wywołuje zaburzenia stresowe pourazowe.

## *Zatem czym jest stres pourazowy?*

Zespół stresu pourazowego (post-traumatic stress disorder, PTSD) jest zespołem objawów psychopatologicznych, które są następstwem doświadczenia nagłego zagrożenia życia i zdrowia własnego lub „tylko” bycia świadkiem. Takie sytuacje generuje pole walki, ale również np. atak terrorystyczny, klęska żywiołowa, poważny wypadek komunikacyjny lub wypadek w pracy, doświadczenie przemocy fizycznej np. podczas napadu oraz przemocy seksualnej. Oczywiście mówimy o udziale bezpośrednim, a sytuacja taka musi wywoływać bardzo silne

negatywne emocje, często wręcz określane jako emocje ekstremalne – ekstremalny strach, przerażenie, poczucie bezradności, doznania dysocjacyjne.

Mitem jest, że każde nagłe zdarzenie wywołujące silny stres, powoduje PTSD. W większości przypadków objawy ustępują, a osoba, która doświadczyła traumatycznego zdarzenia, powraca do normalnego funkcjonowania. Jedynie u pewnej grupy reakcje stresowe przybierają na sile, ale pamiętajmy, że czas wystąpienia objawów i przebieg choroby jest cechą indywidualną. Objawy mogą pojawić się nagle, stopniowo lub pojawiają się i znikają w czasie. Czasami uwiadamiają się pozornie znikąd, w tzw. pełnym zdrowiu. W innych przypadkach są wywołane przez coś, co przypomina autentyczne wydarzenie traumatyczne, np. hałas, obraz, pewne słowa czy specyficzne zapachy.

## *Nawet jeśli będziemy świadkiem dramatycznego wypadku drogowego i wywoła to w nas szok i stres, to nie musi to oznaczać, że jesteśmy w stresie pourazowym?*

Oczywiście że nie. Wypadki komunikacyjne, pożar, powódź, utonięcie, napaść na ulicy, drastyczna szczególnie dla kobiet, gdy jest o podłożu seksualnym, to sytuacje traumatyczne coraz częściej zdarzające się w XXI wieku, jednak nie każda osoba, która doświadczyła takiej trudnej sytuacji lub była jej świadkiem będzie miała zespół

stresu pourazowego. A już na pewno nie skutkuje stresem pourazowym obserwowanie w telewizji informacji o wojnie, atakach terrorystycznych, napadach i gwałtach.

Należy również pamiętać, że u większości uczestników tych ekstremalnych zdarzeń, o jakich mówiliśmy wcześniej, nawet jeśli wystąpią jakieś objawy zaburzeń snu, nastroju, lęków, wspomnień zdarzenia traumatycznego, to po jakimś czasie objawy ustępują, a osoba, która doświadczyła traumatycznego zdarzenia, powraca do normalnego funkcjonowania.

### **Czy Ukraińcy, którzy uciekli przed wojną w jej początkach, doświadczyli stresu pourazowego?**

Mamy tu kilka tzw. warstw problemowych. Ci Ukraińcy, którzy uciekali przed wojną, nim ona na dobre się zaczęła, uciekali przed czymś, czego się bali, ale czego bezpośrednio nie doświadczyli. Jeśli podczas pobytu w Polsce wystąpią u tej grupy jakieś problemy zdrowia psychicznego, to raczej nie będzie to PTSD. Problemy w tej grupie, to najczęściej różne formy tzw. zaburzeń adaptacyjnych. Wg. kryteriów ICD-10 – związanych z koniecznością zaadaptowania się w nowym miejscu, w nowej kulturze, w nowej rzeczywistości religijnej, związane z brakiem kontaktów z bliskimi, z informacjami napływającymi z Ukrainy itp. Oczywiście u podłoża tych zaburzeń też leży stres, ale nie jest to stres, mogący skutkować zaburzeniami stresowymi pourazowymi.

### **Będą kolejne grupy uciekinierów, a na koniec żołnierze, którzy uczestniczyli w wojnie i w walkach.**

Ta grupa rzeczywiście może cierpieć na stres pourazowy. Uczestniczenie w wojnie, w walkach, w ekstremalnych zdarzeniach traumatycznych, związanych z działaniami wojsk nieprzyjaciela na okupowanym terenie, takich jak opisywane przez media akty przemocy, gwałtów, czy nawet ludobójstwa, może skutkować PTSD. W ogóle, żeby mówić o stresie pourazowym musimy przeżyć doświadczenie ekstremalne. To jest ogrom bodźców, dziejących się w bardzo małej jednostce czasu. Nasz mózg zostaje poddany ekstremalnej próbie przyjęcia ich, przetworzenia i wytworzenia odpowiedniej reakcji, która ma uratować nasze życie i zdrowie lub życie i zdrowie osób, które są z nami lub obok nas. A czasu na to przyjęcie, przetworzenie i reakcję jest bardzo mało, a błąd może być kosztowny. W trudnych sytuacjach każdy z nas ratuje siebie, ale też jesteśmy odpowiedzialni za naszych bliskich, nasze dzieci, naszych kolegów, co jest charakterystyczne dla żołnierzy. Ale sytuacja ekstremalna potrafi nas jed-

noczyć i wtedy nawet osoby obce, zaczynają współpracować, wspierać się, czuć się za siebie odpowiedzialnymi, a to zwiększa stres. Ta sytuacja ekstremalna, kiedy nasz mózg przyjmuje dane, przetwarza je i przygotowuje odpowiedź, jest jak wprowadzanie danych do komputera – jeśli będziemy chcieli szybko wprowadzić i przetworzyć dużo danych, to komputer się „zawiesi”. Człowiek w takiej sytuacji też może tak zareagować i nazywamy to dysocjacją, która jest pierwszym poważnym czynnikiem, mogącym skutkować PTSD. Dysocjacja to obrona naszego organizmu przed przyjmowaniem i przetwarzaniem kolejnych bodźców; świadczy jednoznacznie o tym, że sytuacja nas przerosła. Dysk komputera można sformatować, z mózgiem człowieka tak się nie da. Te wszystkie trudne, traumatyczne informacje w nim zostały i nawet, jak jesteśmy przekonani, że nic nie pamiętamy, to one są i po jakimś czasie nasz mózg zaczyna je przetwarzać, co może skutkować PTSD.

### **Dlaczego po przeżyciu podobnych doświadczeń, uczestniczeniu w tych samych wydarzeniach, jedni ludzie zapominają i żyją dalej, a inni przeżywają stres pourazowy?**

Każdy ma pewien indywidualny poziom podatności na choroby. Mieliśmy kilka fal pandemii COVID-19, ludzie umierali, nawet zaszczepieni i niemający innych obciążeń. Byli też tacy, którzy nie byli zaszczepieni, nie przestrzegali żadnego reżimu sanitarnego, a nie zachorowali. Organizm ma własne, indywidualne systemy obrony przed czynnikami szkodliwymi; systemy samonaprawy. To powoduje, że czas wystąpienia objawów i przebieg

***Ciąg zdarzeń traumatycznych, które mogą skutkować PTSD, pokazany jest w filmie „Szeregowiec Rayan”. Te kilka minut, kiedy alianci lądują na plaży „Omaha” w Normandii, to jest kumulacja ogromu bodźców traumatycznych. Latające w powietrzu ręce i nogi, huk strzałów, ból, strach, przerażenie, bezpośrednie zagrożenie życia. Nie można tego nijak porównać z jedzeniem chipsów przed telewizorem, w którym pokazują nam wojnę w Ukrainie, a oglądający komentuje: „Straszne rzeczy tam się dzieją”.***

choroby jest cechą indywidualną. Objawy mogą pojawić się nagle, stopniowo, lub pojawiają się i znikają w czasie. Czasami uwidaczniają się pozornie znikąd, w tzw. pełnym zdrowiu. W innych przypadkach są wywołane przez coś, co przypomina autentyczne wydarzenie traumatyczne, np. hałas, obraz, pewne słowa czy specyficzne zapachy.

- ***Jest w społeczeństwie takie zjawisko, jak nadrozpoznowalność. Teraz, kiedy ktoś ma trudną sytuację w pracy, odczuwa lęk i nie może spać, to uważa się, że ma stres pourazowy...***

Jeśli mówi to pacjent, to OK, pacjent może powiedzieć wszystko; jeśli mówi tak specjalista z jakiejś dziedziny, to mnie to niepokoi, ale jeśli psycholog, psychoterapeuta, psychiatra, to bardzo niepokojące, bo oznacza niewiedzę bądź nieusystematyzowaną wiedzę.

### ***Kiedy zatem możemy mówić o stresie pourazowym?***

Trzeba brać pod uwagę kilka czynników, wpływających na rozpoznanie zaburzenia stresowego pourazowego. Po pierwsze i najważniejsze, to zdarzenie traumatyczne. Po drugie – zespół objawów, układających się w trzy wiązki objawowe oraz czas ich trwania. Po trzecie – czas, jaki upłynął od zdarzenia do wystąpienia objawów, o czym bardzo często się zapomina. Kryterialnie wyróżnia się tzw. ostre PTSD, kiedy czas wystąpienia objawów jest krótszy niż trzy miesiące; przewlekłe – jeśli czas trwania objawów wynosi trzy miesiące lub dłużej; z początkiem opóźnionym: jeżeli początek objawów następuje co najmniej sześć miesięcy po zadziałaniu stresora. Czasem ludzie, którzy przeżyją prawdziwą traumę, przez jakiś czas nie zdają sobie z tego sprawy. Nie musi to być wojna, może być „zwykły” udział w wypadku drogowym. Zapach paliwa, krzyki ludzi, komendy strażaków, widok rannych i zabitych itd. Nie wszystkie te bodźce i informacje pozostają w naszej pamięci – przynajmniej tak nam się wydaje. Pozornie litościwa pamięć odsuwa je od nas na jakiś czas, ale one są w naszym mózgu i ulegają przetwarzaniu poza naszą kontrolą. To jest kwintesencją powstawania stresu pourazowego – ogrom bodźców, których nasz organizm nie jest w stanie przetworzyć. Idealny ciąg zdarzeń traumatycznych, które mogą skutkować PTSD, pokazany jest w filmie „Szeregowiec Ryan”. Te kilka minut, kiedy alianci lądują na plaży „Omaha” w Normandii, to jest kumulacja ogromu bodźców traumatycznych. Latające w powietrzu ręce i nogi, huk strzałów, ból, strach, przerażenie, bezpośrednie zagrożenie życia. Nie można tego nijak porównać z jedzeniem chipsów przed telewizorem, w którym pokazują nam wojnę w Ukrainie, a oglądający komentuje: „Straszne rzeczy tam się dzieją”. To nie ma nic wspólnego ze stresem pourazowym. Żeby nastąpił stres pourazowy, musi wystąpić doświadczenie traumatyczne. Problem w tym, że trauma się zdevaluowała. Wszyscy mają traumę. Jak chomik zdechnie, to jest trauma, kot zachoruje – trauma. Nie chcę ujmować niczego przeżywaniu takiego zdarzenia, jak strata bliskiego stworzenia, ale trzeba szukać właściwego określenia i znać miarę.

### ***Mimo podobnych doświadczeń nie każdy przeżywa stres pourazowy. Kto zatem mu podlega?***

Zakłada się, że to zaburzenie dotyczy ok. 30 proc. uczestników zdarzeń traumatycznych, pozostali z takich zdarzeń wychodzą bez objawów tego zaburzenia. Objawy PTSD zazwyczaj nie pojawiają się następnego dnia, ale najczęściej po ok. miesiącu od zdarzenia. Jest trauma, po kilku tygodniach od traumy mogą wystąpić objawy. Czyli wtedy, kiedy właściwie powinniśmy już zapomnieć o całej historii. Mówi się potocznie, że czas leczy rany. A tu odwrotnie. Ale nie wszystkie objawy, nawet ostre, są PTSD. Muszą być zgodne z kryteriami – zarówno WHO jak i Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Muszą wystąpić wyraźne trzy wiązki objawowe.

Pierwsza wiązka to ponowne przeżywanie zdarzenia traumatycznego, która nie polega na tym, że przy grillu opowiadam sąsiadom o moim wypadku komunikacyjnym, tylko mocno, emocjonalnie przeżywam tamte zdarzenia i tak naprawdę nie mogę o tym opowiadać. Obrazy wracają w postaci intruzji, czyli uporczywych, natrętnych myśli, wdzierających się do głowy i przypominających tamto zdarzenie. W postaci mimowolnych retrospekcji, czyli powrotów do analizowania tamtego zdarzenia, czy flashbacków – szybkiego pokazu slajdów w głowie, dotyczących tamtej sytuacji oraz koszmarnych snów dotyczących zdarzenia traumatycznego. Nie jesteśmy w stanie tego powstrzymać. Ponowne przeżywanie to nie tylko obrazy, ale również emocje takie same jak te, które mieliśmy w chwili zdarzenia. Ktoś, kto naprawdę to przeżywa, jest przerażony, spocony, ma kołatanie serca, bo aktywizuje się układ вегетативный, który odpowiada za lękowe przeżywanie. Nie może o tym opowiadać.

Druga wiązka to unikanie wszystkiego, co może potencjalnie przypomnieć przeżytą traumę. Unikanie miejsc, sytuacji, osób. Taka osoba niechętnie wychodzi z domu, nie chce chodzić do sklepu, na spacer, przebywa na długim zwolnieniu z pracy, ale nie dlatego, że na działce uprawia pomidory, tylko po prostu nie chce kontaktu z ludźmi. Nie uczestniczy w życiu rodziny, siedzi samotnie w pokoju, niby słuchając radia lub samotnie przed telewizorem i nawet kanałów nie przerzuca.

Trzecia wiązka pobudzenia, kiedy spokojny zazwyczaj człowiek staje się nadpobudliwy, drażliwy, wszystko mu przeszkadza, drażni go muzyka, denerwują dzieci, poszukuje doznań ekstremalnych jak np. szybka jazda na motocyklu. Może zacząć sięgać po alkohol, żeby rozładować narastające napięcie, bywa agresywny wobec rodziny czy obcych.

### ***Jak pomóc takiej osobie, kiedy jest to nasz syn, mąż, ojciec, dziadek?***

Najlepiej powstrzymajmy się od pocieszania i dawania dobrych rad. Powinniśmy towarzyszyć tej osobie, a będąc z nią blisko możemy zasugerować wizytę u psychologa. ■



# Psyche woła o pomoc



Niemal 2 na 3 dorosłe osoby twierdzą, że mają minimum jeden z możliwych objawów depresji, trwający co najmniej 14 dni. Najczęściej występujące objawy to uczucie zmęczenia i braku energii. Kolejne objawy to obniżenie nastroju, zaburzenia snu, osłabienie koncentracji i uwagi, pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości, niska samoocena i mała wiara w siebie, brak przyjemności z wykonywanych czynności, które wcześniej były lubiane (badania UCE RESEARCH i SYNO Poland dla platformy ePsycholodzy.pl, luty 2022).

Wciąż wiele osób, zwłaszcza z mniejszych miejscowości, wstydzi się iść do psychologa lub psychiatry, z obawy przed „etykietowaniem”.

Pomiędzy rokiem 2021 a 2020 o 77% wzrosła liczba prób samobójczych u dzieci i młodzieży, a o 19% – liczba samobójstw. Próby samobójcze podejmują już dzieci w wieku poniżej 6 lat.

Za przyczyny podejmowanych prób samobójczych w tej grupie wiekowej poniżej 18. roku życia najczęściej odpowiadają problemy w relacjach rodzinnych i rówieśniczych, problemy szkolne; zawód uczuciowy, brak poczucia sensu życia.

# Samobójstwa nastolatków i reforma psychiatrii dzieci i młodzieży

*Według danych KG Policji, w 2021 r. w Polsce dokonano 5201 samobójstw (w 2020 r. 5165). Najczęściej odbierają sobie życie osoby w wieku 55-59 lat. Sześć razy częściej giną w ten sposób mężczyźni niż kobiety. Niepokoi bardzo duży wzrost liczby prób samobójczych i samobójstw wśród dzieci i młodzieży poniżej 18 lat. O 77 proc. wzrosła liczba prób samobójczych, a o 19 proc. liczba samobójstw w tej grupie wiekowej.*

**W**ponad 50% przypadków nie udało ustalić się przyczyn prób samobójczych i samobójstw wśród dzieci i młodzieży. Wśród najczęstszych motywów wskazano zaburzenia/ problemy psychiczne, zawody uczuciowe oraz konflikty rodzinne (w tym przemoc). Wśród młodzieży groźne jest naśladowanie zachowań autoagresywnych, w tym samookaleczeń ciała, które istotnie zwiększają ryzyko wystąpienia samobójstwa.



FOT. © DEPOSITPHOTOS



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

**DR N. MED.  
ALEKSANDRA  
LEWANDOWSKA,**  
KONSULTANT KRAJOWA  
W DZIEDZINIE  
PSYCHIATRII DZIECI  
I MŁODZIEŻY,  
ORDYNATOR ODDZIAŁU  
PSYCHIATRYCZNEGO  
DLA DZIECI  
W SPECJALISTYCZNYM  
PSYCHIATRYCZNYM  
ZESPOLE OPIEKI  
ZDROWOTNEJ W ŁODZI:

W związku z potrzebą pilnych zmian w ochronie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, Ministerstwo Zdrowia zajmuje się wdrażaniem reformy, której celem jest stworzenie ogólnokrajowego, kompleksowego systemu zapewniającego wsparcie pacjentom niepełnoletnim doświadczającym zaburzeń psychicznych oraz ich rodzinom. Celem reformy jest m.in. zapewnienie wszystkim dzieciom i młodzieży w kraju właściwej opieki psychiatrycznej poprzez wyrównywanie różnic pomiędzy poszczególnymi regionami oraz zapobieganie nadmiernemu obciążeniu oddziałów psychiatrycznych poprzez rozwój pomocy dla pacjen-

tów z zaburzeniami psychicznymi na pozostałych poziomach referencyjnych.

Nowy model ochrony zdrowia psychicznego pacjentów niepełnoletnich jest wynikiem prac działającego od lutego 2018 r. Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Obecnie monitoruje on wprowadzane zmiany oraz przygotowuje rekomendacje dotyczące poprawy opieki nad dziećmi i młodzieżą w lecznictwie psychiatrycznym.

Jednym z podstawowych założeń reformy jest budowa sieci ośrodków, w których nie pracowaliby lekarze, ale psycholodzy, psychoterapeuci i terapeuci środowiskowi. Są to ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży, nazywane I stopniem referencyjnym. Obecnie działa ich w Polsce już blisko 340, a docelowo ma ich być co najmniej 400. Pacjenci mogą skorzystać z oferty tych ośrodków bez skierowania lekarskiego. Takie ośrodki będą udzielać pomocy tym dzieciom, które nie potrzebują diagnozy psychiatrycznej lub farmakoterapii. W przypadku wielu zaburzeń psychicznych, pojawiających się w dzieciństwie, można bowiem udzielić skutecznej pomocy za pomocą takich interwencji jak psychoterapia indywidualna i grupowa, terapia rodzinna czy praca z grupą rówieśniczą. Warunkiem jest wczesna reakcja na pojawiające się problemy. Pozwala to nie dopuścić do pogorszenia stanu zdrowia psychicznego pacjenta i uniknąć hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym, która jest często trudnym doświadczeniem dla młodej osoby.

Pierwsze ośrodki I stopnia referencyjnego zostały uruchomio-

ne 1 kwietnia 2020 roku. Ministerstwo Zdrowia planuje, żeby docelowo w każdym powiecie lub grupie powiatów funkcjonował taki ośrodek pierwszego stopnia referencyjnego. Gęsta sieć placówek umożliwi pracownikom współpracę ze środowiskiem lokalnym – zwłaszcza placówkami oświatowymi. Współpraca ze szkołami i poradniami pedagogiczno-psychologicznymi działającymi w ramach resortu oświaty jest bardzo istotna dla zapewnienia skutecznej i kompleksowej opieki.

Poza ośrodkami pierwszego poziomu, działać będą także ośrodki drugiego poziomu (Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży), gdzie zapewniona będzie opieka lekarska, a pacjenci wymagający intensywniejszych oddziaływań będą mogli skorzystać ze świadczeń w ramach oddziału dziennego. Jeden taki ośrodek obejmowałby wsparciem kilka sąsiadujących ze sobą powiatów. Aktualnie na tym poziomie działa 66 poradni, a także 46 poradni z oddziałem dziennym. Ich liczba docelowo powinna się jeszcze niemal podwoić.

Na trzecim, najwyższym, poziomie referencyjności funkcjonować będą ośrodki wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej. W takich ośrodkach pomoc znajdą pacjenci wymagający najbardziej specjalistycznej pomocy, w tym w szczególności osoby w stanie zagrożenia życia i zdrowia, przyjmowani w trybie nagłym. Ze względu na bezpieczeństwo pacjentów konieczne jest, aby w każdym województwie funkcjonował co najmniej jeden taki ośrodek. Obecnie jest ich 25.

Oprac. KP. (źródło: <https://zapobiegajmysamobojstwom.pl>)



# Nie pozwól dziecku wylogować się z życia

*Zakończył się cykl szkoleń online dla pracowników placówek oświaty oraz rodziców realizowanych w ramach ogólnopolskiej kampanii społeczno-edukacyjnej Forum Przeciw Depresji. Tegoroczna edycja kampanii przebiegała pod hasłem „Nastoletnia depresja. Życie w trybie online/ offline – nie pozwól dziecku wylogować się z życia” i dotyczyła kwestii związanych z prewencją kryzysów wśród dzieci i młodzieży.*

Kryzysy w obszarze zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży zdarzają się coraz częściej. Szacuje się, że stany i zaburzenia depresyjne występują u ok. 2% dzieci i aż u ok. 20% młodzieży. Statystyki rosną, bo to wciąż bardzo trudny temat zwłaszcza dla rodziców, którzy często nie potrafią sobie z nimi poradzić, nie uważają ich, bądź je bagatelizują, usprawiedliwiając objawy depresji dorastaniem, młodzieńczym buntem czy introwertycznym charakterem dziecka. Brak zrozumienia, odpowiedniego wsparcia, a często opieki psychologicznej w dzieciństwie i okresie dojrzewania wpływają nie tylko na bieżące funkcjonowanie dzieci, ale mogą skutkować w przyszłości dużymi problemami, utrudniając choćby budowanie relacji międzyludzkich czy poczucia własnej wartości. To dlatego tak ważne jest, by w porę dostrzec objawy depresji i zacząć im przeciwdziałać.



FOT. © DEPOSITPHOTOS

## FORUM PRZECIW DEPRESJI

jest kampanią społeczno-edukacyjną, organizowaną przy okazji Ogólnopolskiego Dnia Walki z Depresją, począwszy od 2007 r. Celem kampanii Forum Przeciw Depresji jest budowanie świadomości społecznej na temat depresji jako poważnej choroby, wymagającej wsparcia specjalisty oraz realna pomoc na rzecz osób chorych na depresję.

Patronatu merytorycznego tegorocznej kampanii udzieliło – podobnie jak w ubiegłych latach – Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, a w tym roku do grona patronów merytorycznych dołączyło także Polskie Towarzystwo Suicydologiczne.

Partnerami kampanii są: platforma Życie Warte Jest Rozmowy, porozmawiajmy.edu.pl, Fundacja Edukacji Społecznej, Nastoletni Azyl, IT MATTERS, To Be oraz kampania Twarze Depresji.

Dotychczas działaniami edukacyjnymi kampania objęła ponad 17 500 osób, a z bezpłatnych konsultacji skorzystało blisko 6 000 osób. Przez cały rok działa strona internetowa [www.forumprzeciwdepresji.pl](http://www.forumprzeciwdepresji.pl) oraz fanpage na Facebooku <https://www.facebook.com/ForumPrzeciwDepresji>, gdzie na bieżąco umieszczane są wszelkie informacje o Kampanii.

## KONSEKWENCJE DEPRESJI: SMUTEK, LĘK, ALKOHOL, OKALECZENIA

– Depresja, także u nastolatków, to przewlekłe, często nawracające, niełatwe w leczeniu zaburzenie, które niestety czasami może prowadzić do śmierci. Depresja sprawia, że młody człowiek ma mało energii, siły i chęci, aby realizować obowiązki dnia codziennego: szkolne czy domowe. To powoduje pojawianie się i piętrzenie różnych trudności, np. nieobecności w szkole, obniżenie ocen, zagrożenie niezdaniem do następnej klasy, izolowanie się od innych i pogorszenie relacji z otoczeniem. Objawy depresji powodują ogromne, wewnętrzne cierpienie – smutek, lęk, napięcie, złość, żal itd. Dlatego młodzi ludzie – chcąc sobie pomóc – zaczynają szukać sposobów, jak je zagłuszyć i znajdują ulgę, zapomnienie, chwilową poprawę nastroju w alkoholu, dopalaczach, narkotykach. W podobnym celu kaleczą swoje ciało, długimi godzinami przesiadując przed komputerem, podejmują ryzykowne zachowania. Jednak najważniejszą – bo nieodwracalną – konsekwencją depresji mogą być zachowania samobójcze, kiedy młody człowiek cierpi tak silnie, że przestaje wierzyć w sens życia, zaczyna wyobrażać sobie swoją śmierć, szuka sposobu, jak można się zabić, podejmuje próbę samobójczą. Nie możemy zapominać o tym zagrożeniu – podkreśla Małgorzata Łuba, psycholożka, trenerka, certyfikowana suicydolożka, prelegentka szkoleń realizowanych w ramach kampanii Forum Przeciw Depresji.

## ŻYCIE WARTO JEST ROZMOWY

– Pamiętajmy o tym, że młodzi ludzie, z racji swego wieku, nie mają jeszcze doświadczenia w wychodzeniu z kryzysów – dopiero się

tę uczą, poznają świat, rozeznają, co można zrobić, gdy pojawia się w życiu większy problem; bardzo często myślą sobie, że sytuacja, w której się znajdują, jest nieodwracalna, nigdy się nie zmieni, nigdy już nie będzie lepiej, że zawsze będą odczuwać to, co odczuwają, że zawsze będą cierpieć i że te problemy, z którym przychodzi im się właśnie mierzyć są nierozwiązywalne. Charakterystyczne dla tej grupy wiekowej jest koncentrowanie się na trudnościach, bez myślenia o rozwią-

zaniach konstruktywnych, a nie takich, które by szkodziły ich zdrowiu, czy wręcz zagrażały życiu. Apeluję do dorosłych: rodziców, dziadków, opiekunów, ale też nauczycieli: obserwujcie dzieci, a jeśli zauważycie coś niepokojącego: rozmawiajcie z nimi, nie zostawiajcie ich z problemami, bo sami najzwyczajniej w świecie sobie z nimi nie poradzą – podkreśla Jolanta Palma, interwent kryzysowy, suicydolożka, prelegentka szkoleń realizowanych w ramach kampanii Forum Przeciw Depresji.

### Rekomendacje dotyczące informowania o zachowaniach samobójczych

Kiedy informujesz o zachowaniach samobójczych w **PRAWIDŁOWY SPOSÓB**, zwiększasz szansę na to, że osoby w kryzysie lub w trudnej sytuacji sięgną po pomoc.

**Przygotowany przez Ciebie materiał ma MOC – może uratować komuś życie!**

**Niewłaściwy sposób przedstawiania zachowań samobójczych w mediach zwiększa ryzyko naśladownictwa wśród podatnych osób, dlatego:**

- **NIE PODAWAJ** w tytule, leadzie, na okładce, grafice sensacyjnych i dramatycznych określeń dotyczących zachowań samobójczych (np. epidemia czy fala samobójstw).
- **NIE ZAMIESZCZAJ** fotografii, materiałów wideo oraz **NIE OPISUJ** metody, miejsca samobójstwa lub próby samobójczej.
- **NIE PUBLIKUJ** fotografii, materiałów wideo, imienia, wieku osoby, która odebrała sobie życie lub podjęła próbę samobójczą, a także całości lub części listu pożegnania.
- **NIE PRZEDSTAWIAJ** ofiar samobójstwa lub osób po próbie samobójczej w idealizujący i gloryfikujący sposób.
- **NIE WSKAZUJ** motywów i domniemyanych przyczyn (szczególnie **NIE KONCENTRUJ** się na pojedynczej przyczynie) oraz **NIE OSKARŻAJ** i **NIE SZUKAJ** winnych.
- **NIE PRZEDSTAWIAJ** samobójstwa lub próby samobójczej jako sposobu rozwiązania problemów lub uzyskania ulgi i zakończenia cierpienia.
- **NIE POPULARYZUJ** stron internetowych i forów, filmów, wyzwań internetowych oraz publikacji, które normalizują zachowania samobójcze, opisują metody, przebieg próby samobójczej lub samobójstwa.
- **NIE UŻYWAJ** lekceważących i obraźliwych określeń w stosunku do osób po próbie samobójczej oraz osób z problemami psychicznymi.
- **WSKAZUJ**, gdzie i w jaki sposób można uzyskać pomoc.
- **POKAZUJ** możliwości poradzenia sobie z problemami i uzyskania pomocy przez osoby z konkretnych grup ryzyka.
- **PODAWAJ** przykłady osób, które poradziły sobie z kryzysem psychicznym i myślami samobójczymi.
- **WYJAŚNIAJ** funkcjonowanie instytucji, które prowadzą działania na rzecz zdrowia psychicznego.
- **INFORMUJ**, jak rozpoznać sygnały ostrzegawcze kryzysu samobójczego i jak udzielić pierwszej pomocy emocjonalnej.
- **USZANUJ** prywatność bliskich ofiar samobójstwa oraz osób po próbie samobójczej.
- **WYŁĄCZAJ** lub **MODERUJ** komentarze pod publikacjami na temat zachowań samobójczych.
- **NAWIĄŻ** stałą współpracę z ekspertami Biura ds. Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym IPiN.
- **KORZYSTAJ** z rzetelnych źródeł wiedzy i danych dotyczących zachowań samobójczych (KGP, GUS).
- **POWOŁUJ SIĘ** na badania naukowe prowadzone przez renomowane ośrodki.
- **PRZEKAZUJ** wiedzę o zachowaniach samobójczych bez powielania mitów na ich temat.



➤ – Trwająca ponad dwa lata pandemia nasiliła wśród młodych ludzi bardzo wiele objawów i kryzysów w obszarze zdrowia psychicznego, z konsekwencjami których przyjdzie nam się mierzyć jeszcze długo. Edukacja odbywająca się w trybie zdalnym wraz z ograniczeniem aktywności towarzysko-rówieśniczej często wywoływała wśród uczniów poczucie izolacji, ale w innych przypadkach, uwalniała dzieci i nastolatki od konieczności codziennego mierzenia się ze stresem, ocenianiem i krytyką w szkole, dając możliwość dalszego ukrywania swoich kryzysów. Powrót do szkół okazał się trudny zarówno dla tych, którzy przez cały ten okres tęsknili za kolegami i koleżankami, jak i dla tych, dla których był to czas wytchnienia od bolesnej codzienności. O tym, jak bardzo poważny jest to problem, świadczą policyjne statystyki dotyczące podejmowanych przez dzieci i młodzież prób samobójczych oraz zachowań samobójczych zakończonych śmiercią. O ile problem drastycznego wzrostu liczby samobójstw jest znacznie bardziej złożony, o tyle pandemia bez wątpienia stała się katalizatorem zachowań autoagresywnych wśród dzieci i młodzieży – wyjaśnia Lucyna Kicińska, pedagog, suicydolożka, terapeutka narracyjna, koordynatorka strefy pomocy platformy „Życie warto jest rozmowy”, członkini Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego oraz Zespołu Roboczego ds. Prewencji Samobójstw i Depresji przy Radzie ds. Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, prelegentka szkoleń realizowanych w ramach kampanii Forum Przeciw Depresji.

Pandemia spowodowała przeniesienie w znacznej mierze życia społecznego i edukacji w tryb zdalny i hybrydowy, co przyczyniło się do pojawienia się m.in. poczucia osamotnienia i wyobcowania

dzieci i młodzieży. Chcąc pomóc w rozwiązaniu tych problemów, organizatorzy kampanii Forum Przeciw Depresji już po raz kolejny zorganizowali cykl szkoleń dla rodziców oraz pracowników oświaty. Liczba osób, która wzięła udział w spotkaniach świadczy, że problem depresji wśród młodych ludzi jest ogromny, pocieszającym jest jednak fakt, że wielu dorosłych nie bagatelizuje tego,

szuka pomocy i narzędzi, które podpowiedzą, w jaki sposób należy podchodzić do problemu, jak rozmawiać z dziećmi i gdzie szukać pomocy.

### SZKOLENIA DLA PRACOWNIKÓW OŚWIATY I RODZICÓW

W ciągu dwóch miesięcy organizatorzy kampanii umożliwili osobom zainteresowanym uczestnic-





two w ośmiu szkoleniach (pięciu dla pracowników oświaty i trzech dla rodziców) oraz otwartym webinarze, organizowanym w Ogólnopolskim Dniu Walki z Depresją, w ramach Dnia Otwartego Forum Przeciw Depresji. Łącznie z oferowanych spotkań skorzystało prawie 2000 osób, w tym nauczyciele, pedagodzy, psychologowie, dyrektorzy szkół, rodzice. Najliczniej reprezentowane były szkoły podstawowe,

z których udział w szkoleniach wzięło niemal 584 osób. Ze szkół ponadpodstawowych przeszkolono prawie 200 pracowników.

– Jestem bardzo podbudowana faktem, że szkolenia cieszyły się tak dużym zainteresowaniem. Bazując na wiedzy, jaką zostaliśmy wzbogaceni, organizując szkolenia dla grona pedagogicznego w roku ubiegłym, w tegorocznej odsłonie kampanii poszerzyliśmy naszą

oferę o spotkania dedykowane rodzicom. Duża frekwencja świadczy o tym, że depresja to poważny problem wśród młodych ludzi, na który są uwrażliwieni ich najbliżsi, szukający wiedzy, pomocy czy też konkretnych narzędzi, by wesprzeć osoby chore w walce z tą chorobą – podkreśla Ewa Ciepałowicz z Serwera Polska, organizatorka kampanii Forum Przeciw Depresji. ■

## Gdzie szukać pomocy:

Jeśli przeżywasz trudności i myślisz o odebraniu sobie życia lub chcesz pomóc osobie zagrożonej samobójstwem pamiętaj, że możesz skorzystać z bezpłatnych numerów pomocowych:

**800 70 2222**

CAŁODOBOWY

Centrum Wsparcia dla osób dorosłych w kryzysie psychicznym

**800 12 12 12**

CAŁODOBOWY

Dziecięcy Telefon Zaufania Rzecznika Praw Dziecka

**116 111**

CAŁODOBOWY

Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży

**116 123**

codziennie od 14:00 do 22:00

Telefon wsparcia emocjonalnego dla dorosłych

**112**

Numer alarmowy w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia

Inne numery telefonów pomocowych znajdziesz na stronach:

[www.zapobiegajmysamobojstwom.pl](http://www.zapobiegajmysamobojstwom.pl)

[www.zwjr.pl/bezplatne-numery-pomocowe](http://www.zwjr.pl/bezplatne-numery-pomocowe)

[www.pokonackryzys.pl](http://www.pokonackryzys.pl)



FOT. © DEPOSITPHOTOS

Reklama w wersji  
tylko dla lekarzy