

# Zaburzenia psychiczne i ich leczenie. Do kogo i po jaką pomoc można się zwrócić?

Mgr Katarzyna Klasa

Kiedy dochodzimy do wniosku, że przestajemy sobie efektywnie radzić w codziennych sytuacjach w związku z naszym sposobem ich przeżywania, lękiem, trudnościami w relacjach z innymi, z różnorodnymi objawami somatycznymi, których nie potwierdzają zwyczajowe badania lekarskie, czy innymi trudnościami psychicznymi, pojawia się pytanie „co dalej?”. Oczywiście możliwe jest, że zalecenie konsultacji z lekarzem psychiatrą lub z psychologiem otrzymamy od innego specjalisty, np. lekarza rodzinnego czy kardiologa. W takim wypadku lekarz zlecający konsultację ze specjalistą z zakresu zaburzeń zdrowia psychicznego zazwyczaj informuje też do jakiej placówki można się zgłosić.

Pomysł zwrócenia się o pomoc do psychiatry lub psychologa może pojawić się również ze strony innych osób – rodziny czy przyjaciół, niekiedy z powołaniem się na czyjeś dobre doświadczenia. Przypomnieć należy, że obecnie w Polsce nie jest wymagane formalne skierowanie do lekarza psychiatry – każda ubezpieczona osoba pragnąca zasięgnąć porady może zwrócić się o nią z własnej inicjatywy, warto zatem wiedzieć jakie możliwości są nam dostępne.

## Co to jest zaburzenie psychiczne?

Dokonując pewnego uproszczenia na potrzeby niniejszego artykułu, można przyjąć, że w obszarze zaburzeń zdrowia psychicznego osób dorosłych, wyróżnić można następujące grupy:

- **Zaburzenia nerwicowe** – ich charakterystycznym objawem jest lęk, mogący przybierać różne formy: podenerwowania, niepokoju, lęku przed określonymi miejscami, sytuacjami czy obiektami (jazdą komunikacją miejską, sytuacjami związanymi z przebywaniem w grupie innych osób, pajakami), napadów paniki, przekonania o chorobie, której lekarze nie potrafią zdiagnozować. Lękowi towarzyszą różnorodne dolegliwości tzw. czynnościowe, niebędące skutkiem uszkodzenia określonych narządów czy układów ciała, jak bóle głowy, dolegliwości ze strony układu krążenia, biegunki, zaburzenia równowagi, inne zaburzenia przeżywania, np. w postaci natrętnych myśli, trudności z koncentracją, oraz zaburzenia zachowania, jak unikanie samodzielnego wychodzenia z domu, wybuchy złości, czy czynności natrętne, przybierające postać np. czasochłonnego, wielokrotnego mycia rąk. Objawy wystę-

pujące w zaburzeniach nerwicowych nie różnią się jakościowo od „przeciętnych, codziennych przeżyć” osób zdrowych, jednak odmienne jest ich nasilenie. Osoby cierpiące na zaburzenia z tej grupy zdają sobie sprawę, że ich zachowanie, sposób przeżywania są inne, przysparzają problemów i cierpienia. Podobne objawy występować mogą u osób, które doświadczyły silnego stresu – związanego np. z uczestnictwem w wypadku (tzw. zaburzenia związane ze stresem).

- **Zaburzenia osobowości** – ich zasadniczym przejawem jest uogólniony, wiążący się z trudnościami w codziennym funkcjonowaniu, sposób przeżywania świata i siebie oraz tworzenia i utrzymywania relacji z innymi ludźmi. Zazwyczaj rozpoznać można je już w okresie dorastania. Osoby cierpiące na zaburzenia osobowości niekiedy odczuwają ich konsekwencje w mniejszym stopniu niż ich otoczenie, stąd bywa, że inicjatywa leczenia pochodzi właśnie od innych, dostrzegających np. nadmierną zależność, wycofywanie się z kontaktów, zmienność uczuć, wybuchowość czy niestabilność samooceny danej jednostki.

- **Zaburzenia odżywiania** – charakteryzują się specyficzną postawą wobec jedzenia i niezwykle zachowaniami z nim związanymi. Najczęściej mówimy tu o anoreksji psychicznej i bulimii psychicznej. W anoreksji ograniczanie ilości czy wręcz odmawianie sobie pokarmu, prowadzi do znacznego spadku masy ciała a w ślad za tym szeregu zaburzeń jego funkcjonowania, od zaburzeń hormonalnych (wiązących się m.in. u kobiet z zanikiem miesiączki, u mężczyzn z zanikiem popędu seksualnego) aż po skrajne wyniszczenie i śmierć. Niebezpiecznym zaburzeniem jest także bulimia, w której z kolei występują epizody napadowego najadania się i wymiotowania, łączone niekiedy ze stosowaniem środków przeczyszczających lub odwadniających i intensywnych ćwiczeń fizycznych. Zachowaniom tym towarzyszy często wstyd i poczucie wstrętu do siebie, co paradoksalnie sprzyja zgłaszaniu się osób chorujących na bulimię po pomoc, w odróżnieniu od chorujących na anoreksję – odczuwających satysfakcję z odmawiania sobie jedzenia.

- **Zaburzenia afektywne** – w tej grupie zaburzeń zakłóceniu ulega przede wszystkim stan emocjonalny chorych. W zaburzeniu depresyjnym (które należy odróżnić od rozumianej potocznie „depresji”, czyli smutku) nastrój chorych ulega znacznemu obniżeniu, dominującym przeżyciem jest poczucie bardzo głębokiego, nieuzasadnionego smutku i beznadziei w odniesieniu do siebie, przyszłości, całego świata - chorym „nie chce się żyć”. Towarzyszące objawy obejmować mogą m.in. zaburzenia snu, utratę apetytu, męczliwość. W chorobie afektywnej dwubiegunowej okresy depresji przeplatają się z okresami tzw. manii – podwyż-

szzonego nastroju, energii, bezkrytyczności wobec swoich działań, prowadzących np. do niebezpiecznych zachowań seksualnych lub związanych z podejmowaniem ryzyka finansowego.

- **Zaburzenia psychotyczne** – zaburzenia z tej grupy charakteryzują się objawami w sposób jakościowy odmiennymi od przeżywania i sposobu doświadczania rzeczywistości przez osoby zdrowe, wyraźnie upośledzającymi funkcjonowanie. Chorzy nie mają poczucia choroby, zdolności do krytycznego spojrzenia „z dystansu” na swój sposób myślenia, wnioskowania czy postrzegania rzeczywistości, np. przekonania, że inni ludzie są wrogo nastawieni lub że nie jest możliwe kierowanie czyimiś myślami.

- **Uzależnienie od substancji psychoaktywnych (i ich nadużywanie)**, najczęściej dotyczące alkoholu i narkotyków stwierdzamy gdy motywacja do ich używania i ilość przyjmowanej substancji oznaczają obecność uzależnienia psychicznego (potrzeba napicia się, zaprzeczanie problemowi) i fizycznego („głód”, nieprzyjemne objawy odstawienne).

Powtórzyć należy, że przegląd ten jest oczywiście znacząco uproszczony, w każdej z wymienionych grup zaburzeń można mówić o spektrum głębokości czy rozległości zakłócenia, wyróżnia się podtypy, zespoły objawów, zespoły mieszane. Celem nie jest tu jednak dokładne ich omówienie, a jedynie danie Czytelnikowi możliwości zorientowania się co do zakresu zaburzeń, z jakimi można mieć do czynienia w szeroko pojętym obszarze zdrowia psychicznego.

W tym miejscu nadchodzi czas na dokonanie jeszcze jednej „klasyfikacji”, tym razem dotyczącej osób leczących te różne zaburzenia. Jak rozumieć specyfikę działania różnych specjalistów? Czym różnią się między sobą, a w czym są do siebie podobni psychiatrzy, psycholodzy i psychoterapeuci? Do kogo i po co można się zwrócić, czego oczekiwać?

## **Psychiatra, psycholog, psychoterapeuta?**

Zdarza się, że sam dźwięk słów „spotkanie z psychiatrą” wywołuje niechęć lub lęk - także lęk przed możliwą reakcją otoczenia na informację, że miało się do czynienia z psychiatrą. W związku z rosnącą świadomością społeczną jest to zjawisko coraz rzadsze, niemniej jednak między innymi z takich powodów część osób preferuje spotkania z psychologiem, jako specjalistą niekojarzącym się „tak bezpośrednio” z chorobą i z jej leczeniem.

Tymczasem jedynie lekarz psychiatra ma wystarczającą wiedzę pozwalającą na ocenę stanu psychicznego, ryzyka zagrożenia samobójstwem czy wreszcie przepisanie leków oddziałujących na funkcjonowanie układu nerwowego. Takiego prawa nie ma ani psycholog ani psychoterapeuta niebędący lekarzem (choć zdarza się oczywiście, że leki np. uspokajające

zleca i przepisuje lekarz rodzinny, w takim wypadku należy poinformować o tym psychiatrę a w żadnym wypadku nie zażywać leków bez konsultacji lekarskiej, np. „pożyczanych”). Pamiętać należy, że w zaburzeniach psychotycznych i afektywnych farmakoterapia jest niezbędna, a w innych może być okresowo bardzo pomocna. Także współpraca pacjenta i lekarza w kwestii dopasowania konkretnego leku i dawki jest nie tylko konieczna, ale – co paradoksalnie bywa „zapominane” – możliwa!

Z kolei wyłącznie psycholodzy uprawnieni są do wykonywania, a przede wszystkim interpretowania wyników testów psychologicznych (np. testów inteligencji i kwestionariuszy osobowości), często stanowiących dodatkowe źródło informacji przy formułowaniu diagnozy i planu leczenia. Mogą oni udzielać różnych form pomocy i wsparcia psychologicznego, w tym tzw. interwencji kryzysowej w przypadku wydarzeń nagłych, stanowiących źródło silnego stresu. Pomoc psychologiczna może polegać na bardziej bezpośrednim udzieleniu rady co do rozwiązania danego problemu, wsparcia osoby poszukującej pomocy w znalezieniu rozwiązania, krótko mówiąc – przyniesieniu ulgi, zwykle w sposób szybki, związany z wysłuchaniem, zrozumieniem itp. W tym miejscu dochodzimy do kwestii będącej zresztą punktem sporów i kontrowersji, czyli różnic pomiędzy pomocą psychologiczną a psychoterapią, rozumianą jako dziedzina ściśle medyczna, czyli zajmująca się jedynie leczeniem zaburzeń zdrowia psychicznego, a niekiedy szerzej (niepoprawnie), jako oddziaływanie „zwiększające potencjał”, prowadzące do „rozwoju” jednostki (tu wpisuje się również modny od niedawna coaching).

Zanim jednak przejdziemy do wyjaśnień dotyczących psychoterapeutów i psychoterapii, wspomnieć warto o psychologach klinicznych, czyli specjalistach z zakresu psychologii klinicznej. Są to osoby, które po zakończeniu pięcioletnich studiów psychologicznych odbyły kilkuletnie specjalistyczne szkolenie w obszarze klinicznych zastosowań psychologii (np. w dziedzinie psychiatrii lub neuropsychologii), zakończone egzaminem państwowym. W związku z istnieniem tej wyodrębnionej wśród psychologów grupy specjalistów, warto zwrócić uwagę czy psycholog, do którego udajemy się po poradę ma takie właśnie uprawnienia, czy też skończył „ścieżkę specjalizacyjną” z psychologii klinicznej wyłącznie w ramach podstawowych studiów wyższych – jako jedną z możliwych.

Psychoterapeuta to specjalista zazwyczaj mający podstawowe wykształcenie medyczne (typowo w zakresie psychiatrii) lub psychologiczne (choć niekoniecznie jest psychologiem klinicznym), przy czym dopuszczalne są też inne, np. pedagogiczne. W Polsce regulują obecnie te kwestie zasady przyjęte przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Polskie Towarzystwo Psychologiczne i Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej (trwa-

ją też zaawansowane prace nad ustawą o innych zawodach medycznych, w tym o zawodzie psychoterapeuty). Te trzy krajowe Towarzystwa prowadzą szkolenia podyplomowe w zakresie psychoterapii (zwykle czteroletnie) i egzaminy, uprawniające do uzyskania certyfikatów psychoterapeuty, uznawanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Wymienione Towarzystwa prowadzą również listy rekomendowanych przez siebie psychoterapeutów, będące gwarancją jakości ich usług, przestrzegania zasad etycznych czy w końcu możliwości zwrócenia się z prośbą o interwencję ze strony Towarzystwa w przypadku wątpliwości związanych ze współpracą czy skargą na terapeutę. Zgodnie z aktualnymi przepisami, na liście terapeutów rekomendowanych dla NFZ mogą znaleźć się osoby posiadające odpowiedni certyfikat psychoterapeuty i osoby po drugim roku kształcenia podyplomowego, poddające swoją pracę regularnej superwizji, czyli konsultujące ją z uprawnionym do tego terapeutą (posiadającym odrębny certyfikat superwizora psychoterapii). Listy rekomendowanych psychoterapeutów i superwizorów dostępne są na stronach internetowych wymienionych Towarzystw.

## **Co to jest psychoterapia?**

Czym jest i na czym polega psychoterapia? Jak wspomniano wyżej, jest to leczenie zaburzeń zdrowia psychicznego za pomocą oddziaływań psychospołecznych, w niektórych rodzajach zaburzeń będące metodą wiodącą (np. w zaburzeniach nerwicowych), w innych wspomagającą, niejako równoległą do leczenia farmakologicznego (np. w zaburzeniach depresyjnych). Mówiąc o psychoterapii należy z jednej strony zarysować podstawowe „szkoły” (podejścia teoretyczne) i charakterystyczne metody pracy, a z drugiej także warunki, w jakich psychoterapia może się odbywać.

Do podstawowych, najważniejszych nurtów teoretycznych w psychoterapii należą obecnie podejście psychodynamiczne, poznawczo-behawioralne i systemowe. W podejściu psychodynamicznym akcent położony jest na to, czego nie jesteśmy świadomi, a co może być przyczyną obecnych problemów, np. „zapomniane” doświadczenia z dzieciństwa lub nieakceptowane emocje czy potrzeby. W pracy terapeutycznej wykorzystuje się więc analizę skojarzeń, symboliczne znaczenie objawów (np. lęku przed jazdą samochodem), analizę snów. W podejściu poznawczo-behawioralnym za przyczyny zaburzeń uznaje się rozmaite zakłócenia myślenia wpływające na stan emocjonalny i zachowanie, w tym tzw. myśli automatyczne (np. „jestem beznadziejny”), błędy myślenia w rodzaju nadmiernej generalizacji („nigdy nic mi się nie udaje”) czy myślenie w kategoriach „wszystko albo nic”. Typowe metody

pracy terapeutycznej obejmują naukę identyfikowania i podważania myśli automatycznych, dysfunkcyjnych założeń i przekonań. Z drugiej – „behawioralnej” – strony, przyjmuje się, że objawy zaburzenia pojawić mogły się jako rezultat nauczenia się zachowania „dezadaptacyjnego” (lub nienauczenia się „adaptacyjnego”) zatem przedmiotem zainteresowania jest określone zachowanie, np. unikanie kontaktów z innymi lub niemożność przebywania w pobliżu pająka. Techniki behawioralne to m.in. desensytyzacja (stopniowe oduczanie lęku przed daną sytuacją lub przedmiotem), treningi relaksacyjne ale także łagodzące objawy stawianie pacjenta w sytuacji wywołującej lęk („przeuczanie”).

W podejściu systemowym zakłada się, że zaburzenie pojawiające się u danej osoby stanowi wyraz zaburzenia całej rodziny czy pary. W terapii uczestniczy więc nie jedna osoba ale mieszkająca razem rodzina (każda osoba uczestnicząca w sesji terapii systemowej ma czas na wypowiedź na podejmowane tematy). Pod kątem trudności prezentowanych przez osobę przejawiającą dane zaburzenie zdrowia psychicznego analizowana jest struktura rodziny, zasady w niej panujące, historia rodziny i doświadczenia z życia rodziny (także wcześniejszych pokoleń). Terapeuci systemowi są bardziej dyrektywni niż terapeuci pracujący w nurcie psychodynamicznym, np. wskazują zachowania od jakich rodzina (para) ma się powstrzymać, zadania jakie ma do wykonania.

W praktyce psychoterapeuci, zwłaszcza ci bardziej doświadczeni, stosują różne, łączone opisane wyżej sposoby rozumienia pacjentów i metody pracy, dostosowywane do indywidualnej problematyki każdej z leczonych przez siebie osób.

Po zorientowaniu się „jaki rodzaj”, pora na pytanie „jaka forma”. W jakich warunkach może odbywać się psychoterapia? Przede wszystkim możemy mówić tu o psychoterapii w ramach relacji indywidualnej, tj. psychoterapeuta – pacjent, lub w ramach terapii grupowej, gdzie psychoterapeuta pracuje z grupą pacjentów, jednocześnie wzajemnie pomagających sobie w leczeniu. Obie te formy mają swoje zalety, wskazania ale także przeciwwskazania. Terapia indywidualna może być wskazana jeśli zgłaszający się do leczenia pacjent ma szczególne problemy w tworzeniu relacji z innymi – wówczas relacja z terapeutą, pojawiające się w niej trudności, mogą być przedmiotem pracy i punktem odniesienia do zrozumienia problemów w innych relacjach w życiu pacjenta. Z drugiej strony, dla innych pacjentów z trudnościami w funkcjonowaniu społecznym bardziej odpowiednia będzie terapia grupowa, w której będą mieli możliwość bycia w relacjach z innymi osobami z grupy (a nie tylko terapeutą), nabywania doświadczeń, wprowadzania zmian do swojego zachowania, postrzegania innych itp. W związku z tym niekiedy pojawia się dylemat polegający na tym, że osoba najbardziej

potrzebująca terapii właśnie grupowej, może mieć potencjalnie największe trudności w zdecydowaniu się na nią, np. z powodu silnego lęku przed oceną ze strony innych lub trudności w znoszeniu napięcia. Stąd proces kwalifikacji do leczenia jest zazwyczaj rozciągnięty w czasie, obejmuje więcej niż jedno spotkanie, pozwalając możliwie najlepiej zastanowić się z jakiej formy psychoterapii dana osoba będzie mogła skorzystać w największym stopniu.

Wybór formy psychoterapii zależy też od czasu jakim dysponuje pacjent. Podkreślić należy, że psychoterapia jest procesem trwającym określony czas (potrzebny do uzyskania ustalonych na początku celów leczenia) i w sposób regularny, z zachowaniem niezbędnej częstotliwości, w zależności od rodzaju problemów (zaburzenia) mogącym trwać od kilku-kilkunastu sesji (terapia rodzin, terapia indywidualna w podejściu poznawczo-behawioralnym, do kilku lat (psychodynamiczna terapia indywidualna). Terapia indywidualna w zależności od podejścia, w jakim jest prowadzona, może mieć różną częstotliwość, sięgającą od jednej do kilku sesji tygodniowo (niekiedy pod koniec leczenia stosowane jest zmniejszanie częstotliwości spotkań).

Terapia ambulatoryjna może mieć postać terapii grupowej, gdzie grupa spotyka się raz - dwa razy w tygodniu, jest zatem stosunkowo mało intensywna, co może być odpowiednie dla osób niemogących z różnych względów, np. pracy zawodowej lub opieki nad dziećmi, pozwolić sobie na uczestniczenie w leczeniu odbywającym się z większą częstotliwością. Grupy pracujące w warunkach ambulatoryjnych niekiedy są grupami zamkniętymi, tzn. wszystkie osoby rozpoczynają w nich i kończą terapię w tym samym czasie.

Leczenie psychoterapią grupową odbywające się w warunkach szpitalnych oddziałów dziennych (czyli takich, na których pacjenci przebywają kilka godzin dziennie, mieszkając w swoich domach, mając możliwość np. kontynuowania pracy i innych aktywności) jest zwykle bardziej intensywne, grupy spotykają się nawet przez 5 dni w tygodniu na kilka sesji dziennie (oczywiście sesje mogą mieć różną długość, zazwyczaj wynosi ona około godziny). Jakkolwiek mogą być to grupy zamknięte, częściej w oddziałach dziennych spotykamy grupy otwarte, których skład zmienia się stopniowo w miarę kończenia terapii przez kolejne osoby. Daje to zarówno doświadczenie stałości, jak i możliwość nabywania nowych doświadczeń z nowymi współpacjentami i w zmieniających się warunkach.

Psychoterapii grupowej ambulatoryjnej i w oddziałach dziennych może towarzyszyć równoległa, zintegrowana z grupową, terapia indywidualna, stanowiąca dodatkową „okazję” do przepracowywania określonych problemów.

Psychoterapia indywidualna i grupowa może odbywać się również w ramach oddziałów stacjonarnych. Oddział stacjonarny może być najlepszym rozwiązaniem dla pacjentów, których leczenie w warunkach ambulatoryjnych czy na oddziałach dziennych mogłoby wiązać się ze zbyt dużym zagrożeniem czyli m.in. dla osób z nasilonymi tendencjami samobójczymi, w głębokich zaburzeniach osobowości, również mogących wiązać się z bardzo silnymi tendencjami autoagresywnymi czy impulsywnością, dla pacjentów których terapia wymaga szpitalnej opieki całodobowej np. w przypadku zaawansowanej anoreksji (konieczność monitorowania ogólnego stanu zdrowia), ostrych zaburzeń afektywnych i psychotycznych.

## **Wskazania?**

Czy można zatem mówić o jednoznacznych wskazaniach dotyczących określonego rodzaju psychoterapii w zależności od rodzaju zaburzenia? Wydaje się, że możliwe jest sformułowanie kilku wskazówek. Podejście poznawczo-behawioralne jest obecnie najbardziej rozwijającym się nurtem, pierwotnie stosowanym w leczeniu depresji, a obecnie także innych zaburzeń, m.in. nerwicowych, osobowości, odżywiania, w terapii par i terapii rodzinnej. Terapia w nurcie psychodynamicznym tradycyjnie stosowana jest w przypadku zaburzeń nerwicowych (również tych z komponentą depresyjną), niektórych zaburzeń osobowości, może być efektywna także w przypadku zaburzeń odżywiania. Podejście systemowe jest wskazane w przypadku leczenia dzieci i pacjentów nastoletnich (np. z zaburzeniami odżywiania), a także w przypadku różnorodnych trudności w relacjach partnerskich czy szerzej – rodzinnych. Powszechnie przyjmuje się, że osoby uzależnione należy leczyć w pierwszym rzędzie psychoterapią uzależnień, najczęściej prowadzoną w osobnych wyspecjalizowanych ośrodkach.

Wskazówki te wydają się jednocześnie dość klarowne, jak i niejednoznaczne. Wynika to z faktu, iż jakkolwiek na świecie prowadzone są liczne badania próbujące określić jakiego typu psychoterapia jest najbardziej efektywna w jakiego typu zaburzeniach, wydaje się, że nie doprowadzą one do precyzyjnych, ostatecznych wniosków. Nie można zapominać, że w przypadku każdego pacjenta w grę wchodzi nie tylko „rodzaj zaburzenia”, ale również indywidualna historia życia, obecne warunki życiowe i plany na przyszłość (np. zamiar zmiany pracy kolidujący z leczeniem w proponowanym wymiarze, toczący się rozwód, warunki bytowe). Warto więc jeszcze raz podkreślić, że jednym z celów wstępnych spotkań z potencjalnym przyszłym terapeutą lub personelem kwalifikującym do leczenia w danej placówce jest



ustalenie nie tylko rozpoznania, ale także i tej kwestii – jaka forma terapii będzie najbardziej skuteczna i odpowiadająca możliwościom i potrzebom leczenia danej osoby.