MAZOWIECKIE CENTRUM POLITYKI SPOŁECZNEJ

Mazowsze. serce Polski

Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi

Depresja – choroba XXI wieku

Magdalena Lipiak
Sabina Synowiec

Warszawa 23-24.11.2021

Cele szkolenia:

- Podniesienie kompetencji osób pracujących z osobami z zaburzeniami psychicznymi w zakresie budowania relacji, analizy sytuacji klienta, komunikacji interpersonalnej,
- Poszerzenie wiedzy i umiejętności na temat pracy socjalnej z osobą zaburzoną psychicznie oraz wybranych jednostek chorobowych, w tym z depresją,
- Pomoc w budowaniu bezpiecznej i konstruktywnej relacji z osobą z zaburzeniami psychicznymi.

Plan szkolenia:

- Zaburzenia psychiczne – definicja, główne objawy i przyczyny,
- Możliwości i ograniczenia pracy socjalnej z osobą zaburzoną psychicznie
- Wywiad z osobą z zaburzeniami psychicznymi lub z rodziną jako źródło:
  - informacji o funkcjonowaniu klienta w sferze zawodowej i osobistej
  - danych niezbędnych do opracowania form wsparcia
  - ocena nasilenia objawów osoby w kryzysie
- Podstawy komunikacji interpersonalnej w pracy socjalnej z osobą z zaburzeniami psychicznymi,
- Emocje i ich wpływ na komunikację,
- Sytuacje trudne i sposoby radzenia sobie z klientem,
- Decyzje o hospitalizacji – zasady regulujące umieszczenie w placówce,
- Depresja – główne objawy i przyczyny,
- Praktyczne aspekty kontaktu z osobą z depresją,
- Diagnoza zagrożeniem depresją – dostępne narzędzia, analiza i interpretacja,
- Analiza zasobów klienta w minimalizowaniu objawów i profilaktyce zaburzeń,
- Alternatywne spojrzenie na przyczyny depresji,
- Znaczenie terapeutyczne relacji w odniesieniu do osób z depresja i ich rodzin.

Zaburzenia psychiczne – definicja, główne objawy i przyczyny

Zdrowie psychiczne[1]

„Jest dynamicznym stanem wewnętrznej równowagi, która umożliwia osobom wykorzystywanie ich umiejętności w harmonii z uniwersalnymi wartościami społecznymi. Podstawowe umiejętności poznawcze i społeczne; zdolność rozpoznawania, wyrażania i modulowania własnych emocji, a także współczucia dla

[1] Galderisi S, Heinz A, Kastrup M i wsp. *Toward a new definition of mental health*. World Psychiatry 2015; 14: 231–233 za: Galderisi S, Heinz A, Kastrup M i wsp. *Propozycja nowej definicji zdrowia psychicznego* Psychiatria Polska 2017; 51 (3): 407–411

innych; elastyczność i zdolność radzenia sobie z niekorzystnymi zdarzeniami w życiu i pełnienia funkcji w rolach społecznych; a także harmonijny związek między ciałem a umysłem to istotne składniki zdrowia psychicznego, które przyczyniają się w różnym stopniu do stanu równowagi wewnętrznej".

Zaburzenia psychiczne[2]

„Wszelkie odstępstwa od stanu zdrowia psychicznego, przedmiot zainteresowania i kompetencji psychiatrii; mogą polegać na zmianie natężenia, tempa lub kolorytu prawidłowych czynności lub na pojawieniu się czynności zniekształconych bądź nowych, nie spotykanych w zwykłych warunkach; często towarzyszą temu: kryzys uznawanego dotąd systemu wartości, zakłócenia w pełnieniu należnych ról społ. I niezdolność do realistycznej oceny rzeczywistości. Zaburzenia psychiczne wiążą się z cierpieniem, którego czasem chory nie odczuwa; przyczyną zaburzeń psychicznych mogą być pierwotne lub wtórne deficyty i dysfunkcje mózgu (zaburzenia psychiczne somatogenne), wadliwie ukształtowana osobowość bądź urazy psychiczne (zaburzenia psychiczne psychogenne); w wielu zaburzeniach psychicznych przyczyny nie są dostatecznie poznane, choć prawdopodobnie wiążą się z cechami dziedzicznymi i hipotetyczną dysfunkcją układu nerwowego (zaburzenia psychiczne endogenne). Zaburzenia psychiczne wymagają pomocy, opieki lub leczenia; mogą stanowić przedmiot orzecznictwa ubezpieczeniowego (niezdolność do pracy, inwalidztwo) lub sądowego (niezdolność do czynności prawnych, niepoczytalność)".

Choroby psychiczne[3]

„Określenie obejmujące wszelkie zaburzenia psychiczne, które są przedmiotem zainteresowania psychiatrii ze względu na potrzebę ich leczenia; w węższym, tradycyjnym rozumieniu tylko część zaburzeń psychicznych, obejmująca psychozy (...).

Psychozy [gr.], zaburzenia psychotyczne, zaburzenia psychiczne, w których z przyczyn chorobowych występuje ograniczenie lub niezdolność do kryt., realistycznej oceny rzeczywistości. Do typowych zaburzeń psychotycznych są zaliczane psychozy: schizofreniczne, katatoniczne, urojeniowe, afektywne, jakościowe zaburzenia przytomności (majaczenie, splatanie, zamroczenie) oraz głębsze postaci zaburzeń amnestycznych i otępiennych; w wielu psychozach można wykazać somatyczne uwarunkowania przyczynowe, związane bezpośrednio lub

[2] Encyklopedia PWN, wersja online na dzień 07.11.2021r. Godz. 21.20; https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/psychiczne-zaburzenia;3964123.html

[3] Encyklopedia PWN, wersja online na dzień 07.11.2021r. godz. 21.31; https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/psychiczne-choroby;3964122.html, https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/psychozy;3964194.html

pośrednio z uszkodzeniem, dysfunkcją lub chorobą mózgu (psychozy somatogenne lub org.), w innych przyczyny pozostają nie znane".

choroby psychiczne

- określenie obejmujące wszelkie zaburzenia psychiczne, które są przedmiotem zainteresowania psychiatrii ze względu na potrzebę ich leczenia
- poziom zaburzeń jest na tyle głęboki, że w okresach nasilenia się choroby dochodzi do czasowego zniekształcenia oceny rzeczywistości i własnej osoby oraz znacznego ograniczenia zdolności kierowania własnym postępowaniem

Zaburzenia z grupy schizofrenii

Zaburzenia nastroju, czyli afektywne

Przyczyny zaburzeń psychicznych na podstawie depresji:[4]

- **biologiczne**, czyli uwarunkowane genetyczne, nieprawidłowe działanie neuroprzekaźników w mózgu czy zaburzenia regulacji hormonalnej w organizmie,
- **psychologiczne** jak m.in. niska samoocena, brak poczucia bezpieczeństwa, nieumiejętność radzenia sobie ze stresującymi sytuacjami, słabe umiejętności społeczne,
- **środowiskowe** – w tym trudna sytuacja rodzinna, zła sytuacja materialna, alkohol, przemoc, problemy w nauce, bullying, pracoholizm, brak czasu dla dziecka, nieadekwatne oczekiwania.

W chorobie afektywnej dwubiegunowej dużą rolę odgrywa m.in. czynnik genetyczny, w depresji – poziom serotoniny, ważna jest również struktura układu nerwowego – urazy, nowotwory, zmiany patologiczne, ciąża – alkohol, narkotyki, nawet niektóre długotrwale przyjmowane leki. Trudne zdarzenia życiowe to przede wszystkim śmierć bliskiej osoby, ale także m.in. utrata pracy, zmiana miejsca zamieszkania, rozwód, utrata ciąży, trauma (wypadek, gwałt), stres przewlekły. Z uwagi na wydarzenia związane z pandemią coraz większą uwagę zwraca się obecnie również na czynniki środowiskowe, w tym na długotrwałą izolację. Najtrudniejsze jest **spiętrzenie wyżej wspomnianych czynników.**

[4] *Poradnik metodyczny ze scenariuszami zajęć dla nauczycieli szkół ponadpodstawowych oraz klas 7-8 szkół Podstawowych* Forum Przeciw Depresji s. 9

Możliwości i ograniczenia pracy socjalnej z osobą zaburzoną psychicznie

Trudności w kontakcie z osobą z zaburzeniami psychicznymi mogą mieć różne źródła (z praktyki terapeuty):

Po stronie pracownika	Po stronie klienta	Po stronie rodziny	Inne
Nastawienia i przekonania dotyczące chorób psychicznych Słabe kompetencje miękkie (komunikacja, zarządzanie emocjami, radzenie sobie ze stresem, świadomość własnych emocji, inteligencja emocjonalna) Temperament i cechy osobowości Brak pokory(!)	Zniekształcona ocena sytuacji własnej, otaczającej rzeczywistości, ale także proponowanego wsparcia Obecność objawów, szczególnie lęku i objawów somatycznych utrudniających podejmowanie decyzji i wdrażanie ustaleń planu pomocy Zaburzony obraz choroby, a w zasadzie jej braku skutkujący odwlekaniem działań terapeutycznych Lęk przed hospitalizacją może sprzyjać ukrywaniu informacji o swoim stanie	Bagatelizowanie, niezauważanie lub ukrywanie problemu Wstyd, obawa przed oceną innych, lęk Chęć przejęcia kontroli, pozbawianie samodzielności lub pozostawienie bez wsparcia	Niewystarczająca komunikacja pomiędzy podmiotami dającymi wsparcie na poziomie różnych instytucji Organizacja pracy placówki nie zabezpieczająca odpowiednich warunków Zarządzanie placówką nie uwzględniające potrzeby szkoleń i wsparcia własnych pracowników (superwizji, lokal, itp.)

Wywiad z osobą z zaburzeniami psychicznymi lub z rodziną jako źródło informacji – moduł ćwiczeniowy

Wczesne wykrywanie depresji[5]

Kontakt z klientem
* rozmowa
* obserwacja
* narzędzia przesiewowe

Objawy depresji
* czy są myśli samobójcze?
* czy były objawy hipomanii?
* jakie jest nasilenie objawów?
* czy jest to pierwszorazowe?
* czy są objawy psychotyczne?

Brak objawów depresji ale czynniki ryzyka
* Niebieska Karta
* sąd
* prokuratura
* psychoedukacja
* terapia
* programy profilaktyczne
* ustalenie wizyty kontrolnej

* psychoterapia
* leczenie psychiatryczne
* poprawa po 2-4 tygodniach
* hospitalizacja

Podstawy komunikacji interpersonalnej w pracy socjalnej z osobą z zaburzeniami psychicznymi

Wskazówki do pracy z klientem z zaburzeniami psychicznymi nastawione na budowanie bezpiecznej relacji

(z doświadczeń psychoterapeutów, pracowników pomocy społecznej i innych osób zajmujących się wsparciem w kryzysie):

- **Zaakceptuj osobę, która się do Ciebie zgłasza, na tyle na ile jest to możliwe** - znając historię klienta zapanuj nad nastawieniem negatywnym i etykietowaniem. Otwórz się na znalezienie innego punktu widzenia jego problemów. Akceptacja pomoże Ci znaleźć inną perspektywę,
- **Powstrzymaj się od ocen** – zaogniają sytuację. Ze względu na zniekształcenia w spostrzeganiu rzeczywistości, wysoki poziom lęku, któremu towarzyszy poczucie niezrozumienia mogą wpłynąć na pogorszenie współpracy, a w konsekwencji - zerwanie relacji,

[5] *Rekomendacje w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji*. Rekomendacje opracowane w ramach realizacji Programu zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020, finansowanego przez Ministra Zdrowia. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie 2018; 2: 53–54

- **Dotrzymaj tajemnicy, bądź dyskretny** – dzielenie się swoimi bardzo osobistymi trudnościami z osobami „obcymi" jest już dostatecznie trudne dla osób z problemem choroby psychicznej, tym bardziej że dotyczy najczęściej także innych osób w rodzinie. Ujawnienie tych informacji w środowisku może być czynnikiem zrywającym relację, zaufanie do pracowników ale także do instytucji zostaje podważone,
- **Zadbaj o bezpieczeństwo rozmowy –** pomieszczenie, w którym rozmawiasz; możliwość kontaktu jeden na jeden, bez obecności innych osób słuchających,
- **Wzmacniaj i szanuj wszelkie przejawy samodzielności w podejmowaniu decyzji i samostanowienia o sobie** (poza przypadkami ubezwłasnowolnienia). Pamiętaj, ze pomimo choroby rozmawiasz z osoba dorosłą, która ma swoje prawa i obowiązki; nie musi się zgodzić na to co proponujesz; może mieć odmienne zdanie,
- **Staraj się zachować obiektywizm w ocenie sytuacji klienta** – choć to trudne, spróbuj zdystansować się od zdobytych wcześniej informacji nieformalnych (od współpracowników, sąsiadów klienta, itp.). Potraktuj klienta jak „czysta kartę", wyrób sobie swoja opinię o jego trudnościach, problemach, ale także mocnych stronach, dopiero potem zbierz inne informacje i stwórz całościowy obraz klienta,
- **Bądź świadom/a swoich emocji, myśli i przekonań na temat podopiecznego, z którym pracujesz.** Im więcej pojawia się w Tobie emocji skrajnych, tym większe prawdopodobieństwo popełnienia błędu. Możesz zaangażować się nadmiernie lub odwrotnie uznasz, że klient sobie świetnie radzi, a to nie musi być zgodne ze stanem faktycznym. Bądź wrażliwy/a na stosowanie technik manipulacyjnych wobec siebie, ale zastanów się, czy może także Ty może je stosujesz...
- **Bądź uważna/bądź uważny** – nie istnieje jeden wzór rozmowy, jeden sposób nawiązania kontaktu.

Masz bliskich lub znajomych z chorobą psychiczną? Co możesz zrobić?

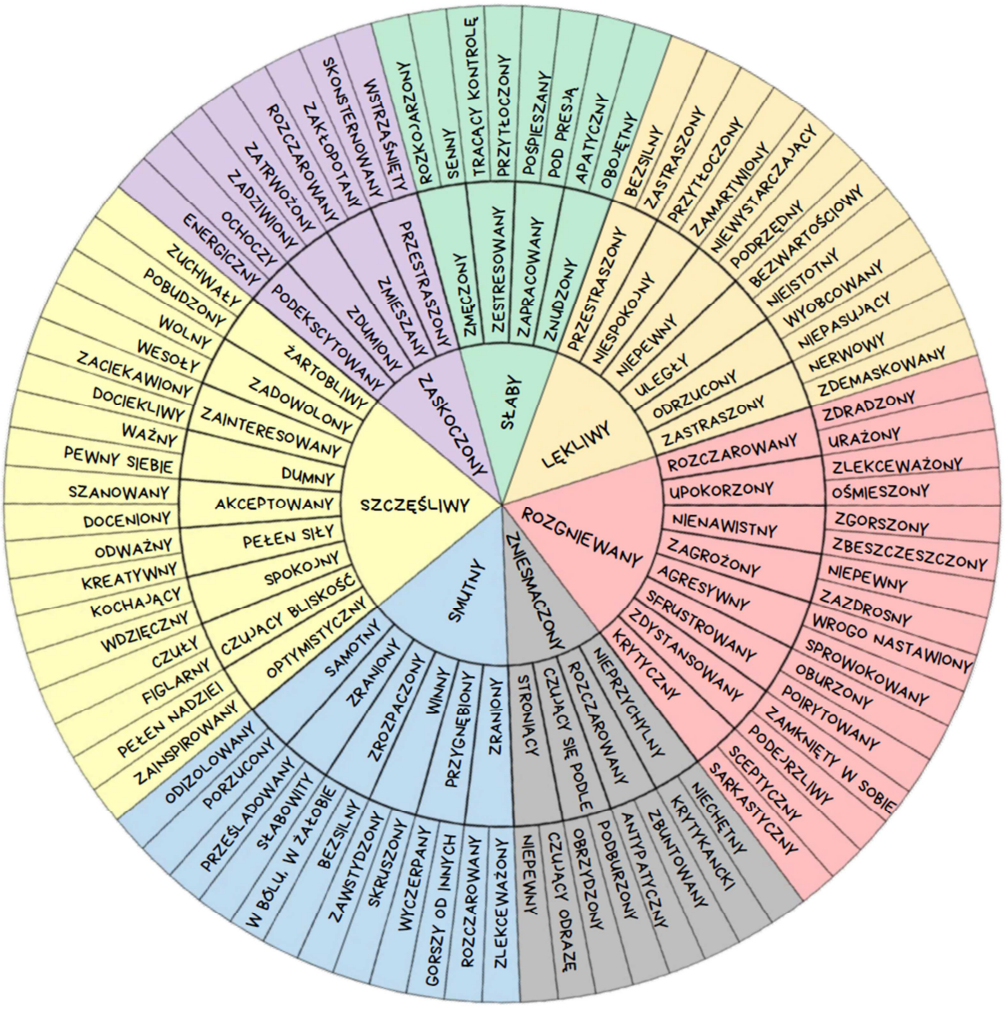
- **Utrzymuj kontakt,** nie zrywaj znajomości!
- **Otwórz się na inność** – inny poziom wrażliwości, lęku, odczuwania, widzenia świata,
- **Traktuj z szacunkiem**,
- **Daj czas** na oswojenie się,
- Odmowę, wycofanie a czasami silne pobudzenie **traktuj jako sygnał gorszego samopoczucia**, nie ataku, fochów czy odrzucenia,
- Zaniedbania w higienie przyjmuj jak objaw, o którym **warto delikatnie porozmawiać,**
- **Nie obrażaj się**,

- **Nie wstydź się osób z chorobami psychicznymi**
- **Stwarzaj poczucie bezpieczeństwa -** mów i zachowuj się spokojnie, uprzedzaj o zmianach,
- Weź pod uwagę możliwość niedokładnego wykonywania czynności **w okresie gorszego samopoczucia,**
- **Mów dorosłym o problemach**, nie trzymaj ich w tajemnicy,
- **Nie obwiniaj się** o problemy swoich przyjaciół i rodziny,
- **Zadbaj też o siebie! Pomagaj na tyle, na ile możesz.**

Emocje i ich wpływ na komunikację

Koło uczuć Kaitlin Robbs – nazwij uczucia aby odzyskać kontrolę[6]

Koło uczuć pokazuje relacje między podstawowymi/pierwotnymi uczuciami oraz uczuciami podrzędnymi/pochodnymi. Prawidłowe wykorzystanie koła pomoże odpowiedzieć na pytanie „Jak się czuję?" aby nazwać, a przez to oswoić i w efekcie opanować emocje.



[6] https://streskiler.pl/mapa-emocji-i-kolo-uczuc-powiedz-co-naprawde-czujesz/ Stres Kiler blog
Twórca: Magdalena Grzeszyk http://robslink.com/SAS/democd82/emotion_word_wheel.htm

Jak odczytać informacje z koła? Zacznij od najmniejszego okręgu (od podstawowego uczucia). Następnie przejdź do kół zewnętrznych (kieruj się tym samym co w okręgu podstawowym kolorem), by uzyskać bardziej szczegółowe odpowiedzi. Nazwij. Oswój. Zaakceptuj i opanuj. I pamiętaj – jesteśmy tylko ludźmi...

Sytuacje trudne i sposoby radzenia sobie z klientem

Co możemy zrobić aby nasza komunikacja była bardziej precyzyjna?

Gdy jesteśmy nadawcami komunikatu tj. my mówimy:

- Używaj słów jak najbardziej jednoznacznych. Na przykład kiedy mówisz, że coś powinno być zrobione - szybko doprecyzuj w jakim terminie musi to być wykonane,
- Podawaj przykłady konkretnych zachowań; kiedy na przykład mówisz, że ktoś zachowuje się nieodpowiedzialnie - podaj przykład konkretnego zachowania lub słów, które uważasz za nieodpowiedzialne,
- Jeśli używasz słów bardzo wieloznacznych np. „tolerancja", „przyjaźń" czy „duża samodzielność" sprawdź czy Ty i Twój rozmówca tak samo rozumiecie dane pojęcie. To pomoże zaoszczędzić nieporozumień i konfliktów w przyszłości.

Gdy jesteśmy odbiorcami komunikatu tj. my słuchamy

- Słuchaj aktywnie,
- Stosuj klaryfikację,
- W przypadku gdy brakuje ci informacji zadawaj pytania doprecyzowujące (patrz część dotycząca pytań).

Aktywne słuchanie

Słyszenie to bierny proces odbioru tego, co nam mówi nasz rozmówca. Jednak efektywna komunikacja wymaga czegoś więcej - wymaga naszego zaangażowania. Jednym z narzędzi zwiększenia zaangażowania osoby słuchającej jest aktywne słuchanie, które oznacza nasz aktywny udział, wysiłek włożony z naszej strony w celu zrozumienia naszego rozmówcy.

Klaryfikacja

Klaryfikacja to narzędzie skutecznej komunikacji służące lepszemu zrozumieniu naszego rozmówcy. Ta technika wymaga podsumowania w kilku słowach tego, co powiedział rozmówca, uściślenia faktów, dopytania o szczegóły. Dzięki niej upewniamy się, czy dobrze interpretujemy słowa naszego rozmówcy, unikamy nieporozumień.

Możemy klaryfikować wypowiedzi naszego rozmówcy za pomocą poniższych zwrotów, po których prezentujemy naszą interpretację słów rozmówcy:

- Jeśli dobrze cię rozumiem....
- A więc uważasz, że...
- Chciałabym się upewnić, czy na pewno chodzi ci o....
- Pozwól, że sprawdzę czy dobrze Cię zrozumiałem...

Przykład:
„Sam już nie wiem co mam robić. Myślę o tym żeby kontynuować naukę, ale nie wiem czy dam sobie radę. Poza tym nie wiem na co się zdecydować. Interesuje się komputerami, ale żeby zostać informatykiem trzeba strasznie dużo się uczyć. A poza tym ja lubię kontakt z ludźmi, lubię jak coś się dzieje. Nie wytrzymałbym 8 godzin przed komputerem. No wiem…"

Klaryfikacja:
„Jeśli dobrze Cię rozumiem to uważasz, że praca informatyka nie jest dla Ciebie?".

Dzięki klaryfikacji możemy sprawdzić czy dobrze zrozumieliśmy naszego rozmówcę, czy dobrze interpretujemy jego słowa. W przypadku gdy nasz rozmówca miał coś innego na myśli zawsze może doprecyzować swój komunikat jak w przykładzie poniżej:

„Niezupełnie. Myślę, że praca informatyka byłaby i ciekawa, i dobrze płatna, tylko boję się, że brakowało by mi kontaktu z ludźmi. No i nie wiem czy sobie poradzę na studiach".

Pytania
Każdy z nas w codziennej komunikacji stosuje mnóstwo pytań, nie zastanawiając się nad ich skutecznością. Pytania mają przede wszystkim dostarczać potrzebnych informacji. A jednak często w odpowiedzi na nasze pytania otrzymujemy niewystarczające lub nieodpowiednie informacje. Kto jest za to odpowiedzialny? Być może nasz rozmówca niezbyt uważnie nas słuchał? Czasami to prawda, jednak równie często jest to wynikiem nieodpowiedniego pytania. Informacje jakie uzyskujemy zależą od pytania, jakie zadamy.

Wszystkie pytania możemy podzielić na pytania otwarte i pytania zamknięte

Pytania otwarte – pytania typu: „Co Ci się podobało?", „Co o tym sądzisz?", „Jakie jest Twoje zdanie?", „Czego potrzebujesz, by to zrobić na czas?". Odpowiedzi na takie pytania zazwyczaj wymagają dłuższej wypowiedzi.

Pytania zamknięte - pytania typu: „Czy Ci się podobało?", „Czy to jest już zrobione?", „Czy potrzebujesz innego programu graficznego, by zrobić to na czas?". Zazwyczaj na takie pytania możemy odpowiedzieć jednym zdaniem lub nawet jednym słowem.

Zarówno pytania otwarte jak i zamknięte mają swoje zalety i wady. Lepiej sprawdzają się w określonych sytuacjach, w innych gorzej. Dlatego warto wiedzieć w jakich sytuacjach stosować pytania otwarte, a w jakich pytania zamknięte.

Pytania otwarte warto stosować gdy:

- Potrzebujemy dużo informacji,
- Chcemy się zorientować w problemie,
- Nie chcemy sugerować naszemu rozmówcy odpowiedzi,
- Budujemy kontakt z naszym rozmówcą (np. gdy jest to początek naszej znajomości).

Pytania zamknięte warto stosować gdy:

- Chcemy by osoba, której zadajemy pytanie **wybrała pomiędzy dwiema opcjami** np. „Czy Twoim zdaniem powinienem mu powiedzieć prawdę?",
- Mamy do czynienia z **bardzo gadatliwym rozmówcą**. Kiedy nasz rozmówca mówi bardzo dużo i robi dużą ilość dygresji, przeskakując z jednego tematu na drugi - możemy sprowadzać go na właściwy tor rozmowy zadając mu pytania zamknięte,
- Musimy uzyskać informacje **od bardzo nierozmownej osoby**. Czasami jest tak, że na pytania otwarte nie uzyskujemy od naszego rozmówcy odpowiedzi lub brzmi ona: „Nie wiem". Możemy ją wtedy zachęcić do przekazania informacji, zaczynając od pytań zamkniętych - to stworzy bazę podstawowych informacji, da naszemu rozmówcy wytyczne co do informacji jakich potrzebujemy oraz pozwoli poczuć się bezpieczniej i swobodniej,
- Szukamy **gdzie został popełniony błąd** w danej procedurze. Zadając pytania zamknięte i otwarte możemy prześledzić całą procedurę i wykryć moment, w którym został zrobiony błąd. Na przykład „Czy przed uruchomieniem maszyny sprawdziliście zabezpieczenie elektryczne?".

Krytyka

Traktowanie krytyki jako opinii, a nie jako zagrożenia dla naszej samooceny jest podstawą do asertywnej reakcji na krytykę.

KRYTYKA TO OPINIA, A NIE PRAWDA OBJAWIONA!

Sytuacja kiedy spotykamy się z krytyczną opinią na swój temat, z którą możemy się po prostu zgodzić lub nie, jest bardzo prostą sytuacją. Rzeczywistość bywa jednak

często bardziej skomplikowana i niejednoznaczna. Jak możemy asertywnie zareagować na krytykę?

Rodzaje krytyki:
Krytyka częściowo słuszna, ale zbyt uogólniona:
Często występuje w postaci zwrotów „Ty zawsze…" lub „Ty nigdy…".

Przykład:
„Znowu nie posprzątałaś chociaż Cię o to prosiłam. Nigdy nie robisz tego co obiecujesz!".
Asertywna reakcja będzie polegała tutaj na weryfikacji faktów i ustaleniu tego co faktycznie może podlegać krytyce a co jest nadmiernym uogólnieniem.

Przykład odpowiedzi:
„To prawda, obiecałam, że posprzątam i tego nie zrobiłam. Zupełnie o tym zapomniałam. Przepraszam. Jednak to nieprawda, że nigdy nie robię tego do czego się zobowiążę. Choć niestety czasami mi się to zdarza".
Dzięki takiej reakcji możemy odnieść się do konkretnego zachowania. Jeśli uznamy to za konieczne - przeprosić za nie, a jednocześnie oddzielić nasze zachowanie od uogólnionej oceny naszej osoby, która prowokuje nas do obrony, co z kolei często kończy się konfliktem.

Krytyka oceniająca osobę a nie zachowanie:
W tym przypadku ocena pojedynczego zachowania jest rozszerzana na ogólną ocenę osoby.

Przykład:
„Znowu nie posprzątałaś chociaż Cię o to prosiłam. Jesteś nieodpowiedzialna!".
Asertywna reakcja będzie w tym przypadku polegała na oddzieleniu oceny zachowania od oceny osoby.

Przykład odpowiedzi:
„To prawda obiecałam, że posprzątam i tego nie zrobiłam. Zupełnie o tym zapomniałam. Przepraszam. Nie zgadzam się jednak z tym, że jestem nieodpowiedzialna".

Krytyka wyrażona w agresywny, raniący sposób:

Przykład:
„Jak Pani mogła zapomnieć tego zrobić? Trzeba być albo idiotą, który nie pamięta o swoich obowiązkach albo nieodpowiedzialnym leniem, który nie wywiązuje się ze swoich obowiązków".

W tym przypadku asertywna reakcja będzie polegała na oddzieleniu treści krytyki, z którą możemy się zgodzić lub nie, od sposobu w jaki dana osoba nas krytykuje.

Przykład odpowiedzi:
"Rzeczywiście zapomniałam tego zrobić – mój błąd. Jednak nie oznacza to, że może Pani na mnie krzyczeć i obrażać mnie".
W tym ostatnim przypadku szczególnie niebezpieczne jest to, że agresywna krytyka wywołuje w nas (niemal automatycznie) negatywne emocje i agresję. Niezwykle ważne jest, aby spróbować się w tym momencie powstrzymać od agresywnych zachowań. Agresywna odpowiedź prowokuje jeszcze bardziej agresywną reakcję drugiej strony, co szybko nakręca spiralę konfliktu.

Decyzje o hospitalizacji – zasady regulujące umieszczenie w placówce

Skierowanie w trybie pilnym do lekarza psychiatry:[7]

- Deklarowanie myśli samobójczych, dotyczących samookaleczenia,
- Odmowa lub znaczne ograniczenie przyjmowania posiłków lub płynów,
- Duże nasilenie objawów depresyjnych, upośledzające codzienne funkcjonowanie,
- Podejrzenie depresji psychotycznej,
- Podejrzenie choroby afektywnej dwubiegunowej.

Myśli i próby samobójcze (w oparciu o C-SSRS Columbia University w przekładzie Barbary Remberk dla POZ z uwzględnieniem systemu triage)[8]

- Pragnienie śmierci (nie dam rady dłużej),
- Myśli samobójcze (chcę to zakończyć, chciałbym umrzeć),
- Aktywny plan i zamiar (jak i kiedy to zrobię),
- Zachowania samobójcze (list pożegnalny, zakup tabletek, rozdawanie rzeczy).

Depresja – główne objawy i przyczyny

Depresja[9]

„[łac.], *med. w psychiatrii termin wieloznaczny oznaczający: podstawowy objaw zespołu depresyjnego, tj. depresyjny nastrój, sam zespół depresyjny oraz zaburzenia*

[7] *Rekomendacje w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji.* Rekomendacje opracowane w ramach realizacji Programu zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020, finansowanego przez Ministra Zdrowia. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie 2018; 1: 28.

[8] *Rekomendacje w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji.* Rekomendacje opracowane w ramach realizacji Programu zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020, finansowanego przez Ministra Zdrowia. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie 2018; 2: 50–51.

[9] Encyklopedia PWN, wersja online - 11.11.2021r; https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/depresja;3891882.html

(choroby) przejawiające się objawami depresyjnymi; częste jest też współwystępowanie charakterystycznych objawów somatycznych (m.in. skrócenie snu, obniżenie łaknienia i libido, spadek masy ciała). Depresja jest częstym zaburzeniem; może mieć charakter depresji egzogennych (depresje objawowe, somatogenne) — dominują przyczyny związane bezpośrednio z różnymi chorobami (np. choroby układu krążenia, dokrewnego, nerwowego, choroby zakaźne, metaboliczne) lub stanami somatycznymi (m.in. niedoborami pokarmowymi, niepożądanym działaniem niektórych leków); przyczyny depresji endogennych (depresje w przebiegu chorób afektywnych) nie są w pełni poznane, lecz za dominujące uważa się uwarunkowania biol. z udziałem czynników dziedzicznych i nabytych; depresje mogą wystąpić jednorazowo (epizod depresyjny), powtarzać się z różną częstością (depresja nawracająca) lub trwać przewlekle (depresja przewlekła); depresja nawracająca przybiera u niektórych chorych postać nawrotów powtarzających się regularnie w określonej porze roku (depresja sezonowa); leczenie depresji wymaga działań wielokierunkowych: psychoterapii, stosowania leków przeciwdepresyjnych oraz leczenia wyzwalających depresję chorób i stanów somatycznych".

Czynniki ryzyka depresji[10]

Wśród najczęstszych chorób sprzyjających rozwojowi depresji należy wymienić:

- stan po udarze mózgu; otępienia; choroba Parkinsona,
- schorzenia układu sercowo-naczyniowego z zawałem i/lub niewydolnością mięśnia sercowego,
- nowotwór,
- choroby endokrynologiczne, zwłaszcza niedoczynność tarczycy; cukrzyca,
- schorzenia układu oddechowego (POCHP, zespół bezdechu sennego),
- schyłkowa niewydolność nerek,
- niedobory witamin (witamina B12, kwas foliowy, witamina D),
- choroby narządu ruchu, z przewlekłym bólem i niesprawnością.

„Na rozwój depresji u dziecka może mieć również wpływ:[11]

- nadużywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych przez członków rodziny,
- przewlekła choroba któregoś z rodziców, innego członka rodziny lub samego dziecka,

[10] *Rekomendacje w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji.* Rekomendacje opracowane w ramach realizacji Programu zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020, finansowanego przez Ministra Zdrowia. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie 2018; 1: 9-10

[11] *Poradnik metodyczny ze scenariuszami zajęć dla nauczycieli szkół ponadpodstawowych oraz klas 7-8 szkół Podstawowych* Forum Przeciw Depresji s. 9

- utrata ukochanej bliskiej osoby spowodowana śmiercią lub np. rozwodem rodziców,
- sytuacje psychicznego, fizycznego lub seksualnego wykorzystywania przez opiekunów; przemoc w rodzinie,
- przewlekły konflikt małżeński rodziców,
- zaniedbanie; brak zainteresowania,
- wrogość i emocjonalne odrzucenie, nadmierne kontrolowanie przez rodziców,
- obarczanie dziecka zbyt dużą, przerastającą jego możliwości odpowiedzialnością,
- trudna sytuacja materialna oraz społeczna izolacja rodziny."

Największym zagrożeniem związanym z depresją jest samobójstwo. Według dostępnych danych w 2020 roku w Polsce **5165** osoby popełniły samobójstwo, z czego **105** przypadków to osoby w wieku do 18 r.ż.[12]

Praktyczne aspekty kontaktu z osobą z depresją

Błędy / zniekształcenia myślowe charakterystyczne dla depresji:[13]

- **Czarne okulary** (selektywna uwaga) – skupiamy się tylko na negatywnych aspektach sytuacji, pomijając te pozytywne,
- **Myślenie czarno-białe** - postrzeganie wydarzeń w ujęciu „zero-jedynkowym". Często współwystępuje z wypowiedziami typu „zawsze", „wszystko", „każdy", „nigdy", co nie jest zgodne z prawdą,
- **Myślenie katastroficzne** – skupianie się na mało prawdopodobnym, najgorszym scenariuszu zdarzeń,
- **Wnioskowanie na podstawie emocji** – silne emocje przesłaniają nam sposób, w jaki myślimy i spostrzegamy. „Widzimy w czarnych barwach, bo źle się czujemy",
- **Wyolbrzymianie/umniejszanie** – wyolbrzymianie błędów, słabości, zagrożeń, umniejszanie sukcesów, zalet, możliwości,
- **Odrzucanie pozytywów** – pomijanie i ignorowanie pozytywnych doświadczeń czy sukcesów, podważanie ich,
- **Czytanie myśli** – zakładanie, ż inni źle o nas myślą i negatywnie oceniają,
- **Przepowiadanie przyszłości** – przewidywanie złych rezultatów zdarzeń bez faktycznych ku temu przesłanek. Zakładanie porażki,

[12] https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html

[13] *Rekomendacje w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji.* Rekomendacje opracowane w ramach realizacji Programu zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020, finansowanego przez Ministra Zdrowia. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie 2018; 3: 60-62.

- **Nadmierne uogólnianie** (nadmierna generalizacja) – nadmierne uogólnianie i wyciąganie daleko idących wniosków na podstawie jednego wydarzenia,
- **Personalizacja / obwinianie** – branie odpowiedzialności za zdarzenia, na które nasz wpływ jest znikomy,
- **Stwierdzenia typu „muszę i powinienem”** – stawianie sobie nadmiernych wymagań, których nie jest się w stanie spełnić.

Diagnoza zagrożeniem depresją – dostępne narzędzia, analiza i interpretacja[14]

GERIATRYCZNA SKALA OCENY DEPRESJI (wersja 15-punktowa wg Yesavage'a)

Proszę ocenić swoje samopoczucie w ciągu ostatnich 2 tygodni, zakreślając właściwą odpowiedź:

1. Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pan/i zadowolony/a?
TAK / **NIE**

2. Czy zmniejszyły się Pana/Pani zainteresowania lub aktywność (liczba zajęć)?
TAK / NIE

3. Czy ma Pan/i uczucie, że Pana/Pani życie jest puste?
TAK / NIE

4. Czy często czuje się Pan/i znudzony/znudzona?
TAK / NIE

5. Czy zwykle jest Pan/i w dobrym nastroju?
TAK / **NIE**

6. Czy obawia się Pan/i, że może mu/jej się przydarzyć coś złego?
TAK / NIE

7. Czy przez większość czasu czuje się Pan/i szczęśliwy/szczęśliwa?
TAK / **NIE**

8. Czy często czuje się Pan/i bezradny/bezradna?
TAK / NIE

9. Czy zamiast wyjść wieczorem z domu, woli Pan/i w nim pozostać?
TAK / NIE

10. Czy uważa Pan/i, że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni?
TAK / NIE

11. Czy uważa Pan/i, że wspaniale jest żyć?
TAK / **NIE**

12. Czy czuje się Pan/i gorszy/gorsza od innych ludzi?
TAK / NIE

163

[14] *Rekomendacje w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji.* Rekomendacje opracowane w ramach realizacji Programu zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020, finansowanego przez Ministra Zdrowia. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie 2018; 2, 5, 6: 49, 52, 131-132, 163-164.

13. Czy czuje się Pan/i pełen/pełna energii?
TAK / **NIE**

14. Czy uważa Pan/i, że sytuacja jest beznadziejna?
TAK / NIE

15. Czy myśli Pan/i, że większość ludzi jest lepsza niż Pan/i?
TAK / NIE

Za każdą odpowiedź wytłuszczoną przyznajemy 1 punkt.

Liczba punktów _____ /15
Interpretacja: 0-5 bez depresji; 6-10 depresja umiarkowana; 11-15 depresja głęboka

164

KWESTIONARIUSZ EPDS – EDYNBURSKA SKALA DEPRESJI POPORODOWEJ*

Zakreśl odpowiedź charakteryzującą twoje samopoczucie w ciągu ostatnich 7 dni

1. Byłam zdolna do radości i dostrzegania radosnych stron życia
- tak często jak zazwyczaj (0 punktów)
- trochę rzadziej niż zwykle (1 punkt)
- zdecydowanie rzadziej niż zwykle (2 punkty)
- zupełnie nie byłam zdolna do radości (3 punkty)

2. Patrzyłam w przyszłość z nadzieją
- tak jak zawsze (0 punktów)
- rzadziej niż zawsze (1 punkt)
- zdecydowanie rzadziej niż zwykle (2 punkty)
- nie potrafiłam patrzeć w przyszłość z nadzieją (3 punkty)

3. Obwiniałam się niepotrzebnie, gdy coś mi się nie udawało
- tak, w większości przypadków (3 punkty)
- tak, czasami (2 punkty)
- rzadko (1 punkt)
- wcale (0 punktów)

4. Bez istotnej przyczyny odczuwałam lęk i niepokój.
- zupełnie nie (0 punktów)
- raczej nie (1 punkt)
- czasami (2 punkty)
- tak, bardzo często (3 punkty)

5. Czułam się przestraszona i wpadałam w panikę bez większych powodów
- tak, często (3 punkty)
- czasami (2 punkty)
- nie, raczej nie (1 punkt)
- nie, nigdy (0 punktów)

6. Wydarzenia przerastały mnie
- tak, prawie wcale nie dawałam sobie rady (3 punkty)
- czasami nie radziłam sobie tak dobrze jak zwykle (2 punkty)
- przez większość czasu radziłam sobie dobrze (1 punkt)
- radziłam sobie tak dobrze jak zwykle (0 punktów)

7. Czułam się tak nieszczęśliwa, że nie mogłam spać w nocy
- tak, przez większość czasu (3 punkty)
- tak czasami (2 punkty)
- rzadko (1 punkt)
- nie, wcale nie (0 punktów)

8. Czułam się samotna i nieszczęśliwa
- tak, przez większość czasu (3 punkty)
- tak, dość często (2 punkty)
- niezbyt często (1 punkt)
- nie, wcale nie (0 punktów)

9. Czułam się tak nieszczęśliwa, że płakałam
- tak, przez większość czasu (3 punkty)
- tak, dość często (2 punkty)
- tylko sporadycznie (1 punkt)
- nie, wcale nie (0 punktów)

131

10. Zdarzało się, że myślałam o zrobieniu sobie krzywdy
- tak, dość często (3 punkty)
- czasami (2 punkty)
- bardzo rzadko (1 punkt)
- nigdy (0 punktów)

** Źródło: Borysewicz K., Edynburska skala depresji poporodowej, Postępy Psychiatrii i Neurologii, 2000, 9: 71-77, na podstawie Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry, 150, 782 -786*

Wszystkie badane otrzymują skalę do wypełnienia bez wyszczególnionych punktów umieszczonych przy każdej z możliwych odpowiedzi. W przypadku uzyskania wyniku 12 lub więcej punktów kobieta powinna skorzystać z konsultacji psychologa, psychiatry lub lekarza innej specjalności. Konieczne jest również zwrócenie uwagi na kobiety, które ujawniły myśli o zrobieniu sobie krzywdy (minimum 1 punkt w pytaniu nr 10), nawet jeśli ich ogólny wynik punktacji uzyskanej w badaniu jest niski.

132

Tabela 6. *Narzędzie oceny ryzyka samobójstwa: wersja dla nastolatków* (Kutcher i wsp., 2007)

Narzędzie oceny ryzyka samobójstwa: wersja dla nastolatków (Tool for Assessment of Suicide Risk: Adolescent Version, TASR-A)		
Imię i Nazwisko:	**Karta pacjenta nr:**	
Indywidualny profil ryzyka (proszę zaznaczyć TAK NIE)	**TAK**	**NIE**
Mężczyzna		
Historia samobójstw w rodzinie		
Choroby psychiczne		
Nadużywanie substancji odurzających		
Słabe wsparcie społeczne/problemowe otoczenie		
Profil symptomów ryzyka (proszę zaznaczyć TAK NIE)	**TAK**	**NIE**
Symptomy depresyjne		
Symptomy psychotyczne		
Poczucie beznadziejności/bezwartościowości		
Anhedonia (brak zdolności odczuwania przyjemności)		
Gniew/impulsywność		
Profil ryzyka z wywiadu (proszę zaznaczyć TAK NIE)	**TAK**	**NIE**
Ideacje samobójcze		
Zamiar samobójstwa		
Plan samobójstwa		
Dostęp do środków mogących spowodować śmierć		
Wcześniejsze zachowania samobójcze		
Aktualne problemy wydają się nierozwiązywalne		
Halucynacje imperatywne (nakazu) samobójstwa/zabójstwa		
Niedawne zażywanie substancji odurzających		
6-punktowa skala KADS, wynik:		
Poziom ryzyka natychmiastowego samobójstwa		
Wysoki		
Średni		
Niski		
Dyspozycja		
Ocena dokonana przez:	**Data:**	
© Stan Kutcher and Sonia Chehil (2007)		

52

Tabela 4. *Skala depresji Kutchera dla młodzieży (Kutcher Adolescent Depression Scale)* (LeBlanc i wsp., 2002; Mojs i wsp., 2015)

Jakie miałeś/miałaś najczęściej odczucia w zeszłym tygodniu?			
1. Smutek, ponury nastrój, przygnębienie, depresję, ogólne zniechęcenie.			
a) prawie nigdy	b) dość często	c) przeważnie	d) zawsze
2. Brak wiary w siebie, złe samopoczucie, poczucie bezużyteczności i beznadziejności; wrażenie, że rozczarowujesz innych lub, że nie jesteś dobrym człowiekiem.			
a) prawie nigdy	b) dość często	c) przeważnie	d) zawsze
3. Wyczerpanie fizyczne, zmęczenie, brak energii, brak motywacji; poczucie, że nie radzisz sobie ze sprawami, które dotąd nie sprawiały ci kłopotów; chęć odpoczynku lub pozostania w łóżku.			
a) prawie nigdy	b) dość często	c) przeważnie	d) zawsze
4. Poczucie, że życie jest ciężkie; brak dobrego samopoczucia w sytuacjach, w których wcześniej zwykle czułeś/czułaś się dobrze; brak przyjemności w sytuacjach, w których dotąd odczuwałeś/odczuwałaś szczęście.			
a) prawie nigdy	b) dość często	c) przeważnie	d) zawsze
5. Uczucie zmartwienia, zdenerwowania, paniki, napięcia, poirytowania, niepokoju.			
a) prawie nigdy	b) dość często	c) przeważnie	d) zawsze
6. Myśli, plany albo czyny związane z samobójstwem lub samookaleczeniem.			
a) prawie nigdy	b) dość często	c) przeważnie	d) zawsze

Zrozumieć depresję – przydatne linki You Tube;

„Depresja" (twórca YT EMCE, film otrzymał nagrodę Grand Video Awards 2021 w kategorii edukacja, nauka i technika)
https://www.youtube.com/watch?v=rhcCR1swvi4

„Czym jest depresja" – wykład Helen M. Farrell dla TEDed (twórca YT TED-ed, animacja Artrake Studio, możliwe polskie napisy)
https://www.youtube.com/watch?v=z-IR48Mb3W0

Życie z depresją (twórca YT KAT NAPIORKOWSKA)
https://www.youtube.com/watch?v=EJ_S5Rjt_iI

„Depresja - Wielu z nas ma swojego *czarnego psa"* (twórca YT RoS, polska wersja filmu „I had a black dog, his name was depression" opublikowana przez WHO)
https://www.youtube.com/watch?v=d6_8eLGW9hg

Spot kampanii społecznej "NieObecni. Nasze zdrowie psychiczne" (twórca YT TVP3 Opole)
https://www.youtube.com/watch?v=EJ_S5Rjt_iI

Gdzie szukać pomocy?

- Rodzice i opiekunowie
- Poradnie psychologiczno-pedagogiczne

- Poradnie zdrowia psychicznego
- Telefony zaufania i interwencyjne
- Fundacje i stowarzyszenia zajmujące się tematyką zdrowia psychicznego
- Informacja na stronach Urzędu Marszałkowskiego i Urzędów Miast w zakładce „zdrowie", „programy profilaktyczne", „trzeci sektor"
- Grupa wsparcia osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego TROP (doradcy telefoniczni tel. 22 614 1649 w dni robocze 17.00-19.00)
- Wystawa prac osób po kryzysie http://bit.ly/APS_TROPsztuki_wystawa_2021
- www.wspieramypokryzysie.pl
- www.czasnaporozumienie.pl
- życie warte jest rozmowy https://zwjr.pl/
- www.forumprzeciwdepresji.pl
- www.facebook.com/ForumPrzeciwDepresji
- www.depresja.org
- www.zobaczznikam.pl
- www.zobaczjestem.pl
- www.twarzedepresji.pl

Materiały źródłowe – bibliografia

- Galderisi S, Heinz A, Kastrup M i wsp. *Toward a new definition of mental health*. World Psychiatry 2015; 14: 231–233 za: Galderisi S, Heinz A, Kastrup M i wsp. *Propozycja nowej definicji zdrowia psychicznego* Psychiatria Polska 2017; 51 (3): 407–411
- Poradnik metodyczny ze scenariuszami zajęć dla nauczycieli szkół ponadpodstawowych oraz klas 7-8 szkół Podstawowych Forum Przeciw Depresji;
- Rekomendacje w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji. Rekomendacje opracowane w ramach realizacji Programu zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020, finansowanego przez Ministra Zdrowia. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie 2018;
- https://streskiler.pl/mapa-emocji-i-kolo-uczuc-powiedz-co-naprawde-czujesz/ Stres Kiler blog Twórca: Magdalena Grzeszyk http://robslink.com/SAS/democd82/emotion_word_wheel.htm
- www.pwn.pl
- https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html