

INFORMATOR

O ZABURZENIACH I CHOROBAH PSYCHICZNYCH
ORAZ O POMOCY MEDYCZNEJ
DOSTĘPNEJ W WOJEWÓDZTWIE ZACHODNIOPOMORSKIM



Pomorze
Zachodnie

**Urząd Marszałkowski
Województwa Zachodniopomorskiego w Szczecinie**

Wydział Współpracy Społecznej
70-540 Szczecin, ul. Korsarzy 34
Tel. + 48 91 48 07 208

Opracowanie graficzne, skład:

Tomasz Stasionis

Druk:

„Drucker” Drukarnia Adam Stec, Ustowo 40d

Opracowanie merytoryczne:

dr Karolina Korwin - Piotrowska

Powielanie i przedruk tekstów zamieszczonych w publikacji
nie podlega ograniczeniom pod warunkiem podania źródła.

Wydanie Informatora sfinansowano ze środków
Województwa Zachodniopomorskiego
ujętych w budżecie w 2021 roku

SPIS TEMATÓW:

1. Zdrowie psychiczne, zaburzenia psychiczne, systemy diagnostyczne.....	2
2. Otępienia, majaczenie i inne zaburzenia wywołane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu.....	3
3. Zaburzenia psychiczne w przebiegu chorób somatycznych	6
4. Schizofrenia.....	7
5. Zaburzenia nastroju – zaburzenia depresyjne, maniakalne	9
6. Zaburzenia lękowe, nerwicowe	11
7. Zaburzenia stresowe, adaptacyjne, PTSD	13
8. Zaburzenia osobowości.....	15
9. Niepełnosprawność intelektualna	17
10. Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych.....	19
11. Uzależnienia behawioralne	22
12. Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się w dzieciństwie.....	23
13. Samobójstwa i samouszkodzenia	24
14. Stany nagłe w psychiatrii.....	27
15. Modele leczenia psychiatrycznego w Polsce	29
16. Modele i zasady prowadzenia terapii uzależnień.....	31
17. Zagadnienia prawne dotyczące leczenia psychiatrycznego bez zgody pacjenta.....	37
18. Zagadnienia prawne dotyczące terapii uzależnień	38
19. Osoby z zaburzeniami psychicznymi a rynek pracy	39
20. Świadczenia pomocy społecznej dla osób chorych lub niepełnosprawnych psychicznie	42
21. Organizacje pozarządowe świadczące pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi	46
22. Centrum Zdrowia Psychicznego.....	49
23. Sars-Cov-19 – opieka psychiatryczna i psychologiczna w dobie pandemii.....	50
24. Adresy jednostek ochrony zdrowia świadczących pomoc psychiatryczną	52
25. Adresy Domów Pomocy Społecznej	58
26. Wykaz Warsztatów Terapii Zajęciowej w województwie zachodniopomorskim - na podstawie danych opublikowanych przez Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych (aktualizacja 27.02.2017 r).	65
27. Adresy Środowiskowych Domów Samopomocy, Powiatowych Ośrodków Wsparcia dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi.....	68
28. Adresy Zakładów Pielęgnacyjno – Opiekuńczych:	74
29. Bibliografia.....	74

1. ZDROWIE PSYCHICZNE, ZABURZENIA PSYCHICZNE, SYSTEMY DIAGNOSTYCZNE

Zdrowie psychiczne jest jednym z podstawowych zasobów człowieka. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określa zdrowie nie tylko jako całkowity brak choroby czy kalectwa – ale także stan pełnego dobrostanu – fizycznego, umysłowego i społecznego.

Martin Seligman, jeden z twórców tzw. psychologii pozytywnej uważa, że istnieją wyznaczniki optymalnego życia – i do nich należą:

- pozytywne nastawienie do siebie,
- wzrost i rozwój osobisty,
- autonomia,
- adekwatne postrzeganie rzeczywistości,
- poczucie kompetencji,
- pozytywne relacje z innymi.

Przeciwieństwem opisanego powyżej dobrostanu psychicznego jest **zaburzenie psychiczne**. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje takie zaburzenie jako zespół objawów obejmujących zniekształcenia myśli, emocji, zachowań i relacji z innymi. Zaburzenia psychiczne zazwyczaj są związane ze znacznym cierpieniem lub niepełnosprawnością także w sferach społecznych, zawodowych, osobistych lub innych – równie ważnych.

Warto wspomnieć, że takie zaburzenia nigdy nie były łatwe do zdefiniowania. W przeszłości ich powstawanie przypisywano działaniu sił nadprzyrodzonych, magii lub czarów. Dużo czasu zajęło zrozumienie, że choroby te są schorzeniami mózgu i umysłu.

Aby uprościć i ujednoczyć analizowanie tych chorób powstały standardy i definicje dotyczące diagnozowania. W Europie obowiązującym narzędziem służącym do tego celu jest Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD-11. Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychiczych DSM-5.

2. OTĘPIENIA, MAJACZENIE I INNE ZABURZENIA WYWOŁANE USZKODZENIEM LUB DYSFUNKCJĄ MÓZGU

Otępienie – zespół objawów spowodowanych chorobą mózgu, najczęściej przewlekłą i postępującą.

Istotą otępienia są zaburzenia funkcji poznawczych, takich jak: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, wystawianie się, zdolność uczenia się i ocena. Zazwyczaj towarzyszą temu: obniżenie kontroli emocji i kontroli impulsów, zaburzenia zachowania i motywacji. Niekorzystnym zmianom ulegają także podstawowe aktywności życiowe chorego, takie jak dbanie o higienę osobistą, ubieranie się, spożywanie posiłków itp.

Rozpowszechnienie otępień wzrasta wraz z wiekiem – w grupie osób powyżej 80rż wynosi aż 20%. Najczęstszą przyczyną otępień w podeszłym wieku jest choroba Alzheimera (30-70% przypadków), otępienie naczyniopochodne (15-30%), a także otępienie z ciałami Levy’ego i otępienie czołowo – skroniowe.

Podział otępień ze względu na ich etiologię przedstawia tabela 2.1

Tabela 2.1

OTĘPIENIA	
Otępienia pierwotnie zwyrodnieniowe	Otępienia wtórne – konsekwencja przebytych schorzeń mózgu
Choroba Alzheimera	Otępienie poudarowe
Otępienie z ciałami Levy’ego	Otępienie w przebiegu chorób infekcyjnych układu nerwowego – np w przebiegu AIDS,
Choroba Parkinsona	w chorobie Creutzfelda-Jakoba
Pląsawica Huntingtona	Otępienie jako następstwo urazów głowy,
Choroba Wilsona	guzów mózgu, nadużywania alkoholu
Otępienie czołowo – skroniowe	

Otępienie odwracalne – występuje u ok 10-15% pacjentów, może być wywołane kiłą układu nerwowego, niedotlenieniem, niedoborem wit B12, niedoczynnością tarczycy, zatruciem tlenkiem węgla itp.

Należy pamiętać, że nie każde osłabienie pamięci to otępienie. Istnieje szereg schorzeń, w których mogą występować objawy pogorszenia niektórych funkcji poznawczych, do tej grupy zaliczamy choroby neurozwyrodnieniowe, choroby psychiczne, zaburzenia ogólnoustrojowe – np. choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, choroby układowe, zaburzenia endokrynologiczne, hematologiczne itp.

Warto także wspomnieć, że wraz upływem lat nasz mózg podlega fizjologicznemu starzeniu – wówczas maleje możliwość uczenia się nowego materiału, procesy myślowe ulegają zwolnieniu, zmniejsza się pojemność uwagi i odporność na dystraktory, natomiast dobrze zachowana jest pamięć wydarzeń dawnych. Takie zmiany nie zakłócają poważnie funkcjonowania człowieka w społeczeństwie.

Diagnozę otępienia stawia zazwyczaj lekarz neurolog lub psychiatra. Lekarz rodzinny może przeprowadzić wstępne badanie przy użyciu skali Mini-Mental State Examination.

Kryteria diagnostyczne otępienia przedstawia tabela 2.2

Tabela 2.2

Osłabienie pamięci	<p>1. Stopień łagodny – utrata pamięci zakłócająca codzienne czynności, ale nie uniemożliwiająca samodzielne funkcjonowanie. Pacjent ma trudności z przypominaniem sobie gdzie pozostawił określone przedmioty, nie pamięta o dacie umówionego spotkania lub o czym rozmawiał ostatnio z członkami rodziny.</p> <p>2. Stopień umiarkowany – utrata pamięci zdecydowanie ogranicza samodzielne życie. Pacjent pamięta jedynie informacje dobrze utrwalone, nie jest w stanie przyswoić sobie nowych wiadomości. Nie potrafi przypomnieć sobie podstawowych faktów dotyczących aktualnej sytuacji, nazwisk osób, ani tego co właśnie robił.</p> <p>3. Stopień ciężki – pacjent zachowuje jedynie fragmenty nabytych wcześniej informacji. Nie rozpoznaje nawet bliskich krewnych.</p>
Zaburzenia innych funkcji poznawczych	<p>Pogorszenie myślenia logicznego, wnioskowania, formułowania własnych sądów. Zaburzone jest planowanie czynności, organizowanie aktywności oraz ogólne przetwarzanie informacji. Pacjentowi coraz trudniej przychodzi wykonywanie zwykłych domowych obowiązków, nie potrafi posługiwać się pieniędzmi lub samodzielnie zrobić zakupów. W fazie zaawansowanej choroby, osłabienie zdolności poznawczych prowadzi do prawie całkowitego braku zrozumiałego myślenia.</p>
Pogorszenie kontroli emocjonalnej i/lub zmiana zachowań społecznych	<p>Występują poniższe objawy – pojedynczo lub w konfiguracjach:</p> <ul style="list-style-type: none"> - chwiejność emocjonalna, - drażliwość, - apatia, - prymitywizacja zachowań społecznych.

Leczenie farmakologiczne otępienia polega przede wszystkim na spowolnieniu progresji choroby oraz łagodzeniu jej objawów. Ważną funkcję pełni terapia zmierzająca do mobilizacji chorego do wysiłku intelektualnego. Polega głównie na ćwiczeniu i usprawnianiu funkcji poznawczych a także utrzymaniu aktywności na płaszczyźnie osobistej, społecznej i rodzinnej.

Diagnostyką i terapią zaburzeń pamięci zajmują się poradnie leczenia zaburzeń pamięci – poniżej wybrane poradnie:

EuroMedis – Ośrodek Terapii Zaburzeń Pamięci – ul. Powstańców Wielkopolskich 33a, 70-111 Szczecin; tel: 91-818-21-41

Poradnia Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Pamięci – ul. Poczтовая 41, 70-356 Szczecin; tel: 91-439-02-46

Wybrane porady dla opiekunów:

1. Zapisz choremu na karteczce jego imię i nazwisko, a także adres i numer telefonu do Ciebie – niech ją zawsze nosi przy sobie.
2. Jeżeli wychodzisz z domu zostaw choremu w widocznym miejscu kartkę z informacją dokąd wychodzisz i kiedy wrócisz.
3. W widocznym miejscu umieść kalendarz, skreślaj dni które minęły – to ułatwi pacjentowi orientację w czasie.

4. Pozostawiaj przedmioty użytku codziennego (gazety, pilot do telewizora, okulary, kaptcie) w dotychczasowych miejscach, nie zmieniaj ich ułożenia.
5. Nie wprowadzaj zmian w otoczeniu pacjenta – znany mu rozkład mebli powoduje odczucie bezpieczeństwa.
6. Uporządkuj i pozbądź się z mieszkania zbędnych przedmiotów, o które pacjent może się potknąć i przewrócić, np: zlikwiduj dywaniki i chodniki, usuń z podłogi kable elektryczne i przedłużacze, wyciągnij klucz z zamka w pokoju chorego (żeby nie mógł się zamknąć od środka).
7. Zabezpiecz lekarstwa chorego.
8. Środki owadobójcze, żrące i mocne detergenty trzymaj poza zasięgiem chorego.
9. W ubraniach i obuwiu chorego zamień guziki i sznurowadła na rzepy.
10. Stymuluj pamięć chorego poprzez wspólne oglądanie zdjęć, wspomnianie dawnych wydarzeń lub oglądanie dobrze znanych filmów.

ZESPÓŁ STRESU OPIEKUNA (zespół wypalenia) – zespół objawów świadczących o emocjonalnym, fizycznym i psychicznym wyczerpaniu, pojawiających się w przebiegu długotrwałej opieki nad osobą z otępieniem. Do podstawowych symptomów zaliczamy: stan chronicznego zmęczenia, bezsensowność, brak apetytu, drażliwość, wybuchowość, dolegliwości bólowe, problemy z koncentracją, poczucie winy, odczucie pustki, obniżony nastrój. Najczęściej jest to konsekwencją funkcjonowania w stanie przewlekłego napięcia, któremu przeważnie towarzyszy przypisywanie sobie nadmiernej odpowiedzialności za stan chorego, zaniedbywanie własnych potrzeb, brak czasu na wypoczynek i regenerację.

Wsparcie dla opiekunów osób z chorobami otępiennymi oferują m.in. specjalnie do tego celu utworzone stowarzyszenia. Jednym z nich jest Cogito.

Cogito. Stowarzyszenie na Rzecz Propagowania i Rozwoju Wiedzy o Zaburzeniach Pamięci i Chorobach Otępiennych – ul. Powstańców Wielkopolskich 33, 70-111 Szczecin; tel.: 91-819-22-00.

Ponadto można liczyć także na pomoc ze strony instytucji państwowych:

- ZUS – pomoc w ramach świadczeń rentowych, emerytalnych oraz zasiłku opiekuńczego.
- Miejskie/Gminne Ośrodki Pomocy Społecznej – możliwość uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego, opiekuńczego, jednorazowej lub okresowej zapomogi, dofinansowania do zakupu niezbędnego sprzętu – np łóżka, wózka inwalidzkiego; dopłaty do dostosowania łazienki.
- NFZ – korzystanie z bezpłatnych porad lub wizyt lekarskich, częściowa lub całkowita refundacja leków, leczenie sanatoryjne, zabiegi rehabilitacyjne, opieka pielęgniarska, refundacja środków medycznych i sprzętu rehabilitacyjnego.
- PFRON – realizacja programów i projektów, których celem jest zwiększenie aktywizacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych.
- US – ulgi podatkowe – np wydatki na rehabilitację.

W przypadku gdy rodzina nie ma możliwości sprawowania opieki nad osobą z otępieniem, istnieje opcja umieszczenia chorego w Domu Pomocy Społecznej lub Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym.

Jeśli pacjent nie wyraża zgody, w szczególnym przypadkach, może się to odbyć bez jego zgody:

1. Jeżeli chory został wcześniej ubezwłasnowolniony – decyzję o umieszczeniu go w placówce podejmuje jako opiekun prawny.
2. Wg art. 39 Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego – kierownik lub dyrektor ośrodka pomocy społecznej/szpitala może wystąpić do Sądu z wnioskiem o umieszczenie chorego w placówce opiekuńczej.

3. ZABURZENIA PSYCHICZNE W PRZEBIEGU CHORÓB SOMATYCZNYCH

Jest to zróżnicowana grupa schorzeń psychicznych – których przyczyną nie jest zaburzenie w obrębie układu nerwowego, ale inna, ogólnoustrojowa choroba, uraz lub związki chemiczne. Zaburzenia psychiczne mogą maskować chorobę somatyczną, wpływać na jej przebieg, ale także pełnić rolę „zwiastunów” - czyli wyprzedzać wystąpienie symptomów fizykalnych. Niezwykle istotne jest wobec tego prowadzenie dokładnej diagnostyki i szybkie zastosowanie odpowiedniego leczenia, co powoduje ustąpienie objawów – w tym również psychicznych.

Poniżej zostaną wymienione najczęstsze schorzenia somatyczne, w przebiegu których mogą wystąpić zaburzenia psychiczne.

ZABURZENIA DEPRESYJNE NA PODŁOŻU SOMATYCZNYM

Są najczęściej występującą grupą zaburzeń psychicznych w chorobach somatycznych.

- Choroba niedokrwienna serca – po zawale mięśnia sercowego zaburzenia depresyjne występują u 25% pacjentów, natomiast po operacjach typu by-pass – już u około 70% chorych.
- Niedoczynność tarczycy – częstotliwość zaburzeń depresyjnych to aż połowa osób chorych, stąd diagnostykę depresji powinno się zaczynać od oznaczenia stężenia hormonów tarczycy. Cechą charakterystyczną (poza smutkiem) jest ogólne spowolnienie, brak energii do czegokolwiek oraz trudności z codziennymi obowiązkami.
- Przewlekłe zespoły bólowe powodują obniżenie nastroju u około 60% pacjentów, często z towarzyszącym rozdrażnieniem.
- Zaburzenia czynności nadnerczy – zarówno nadczynność kory nadnerczy (zespół Cushinga), jak i niedoczynność kory nadnerczy (choroba Addisona – cisawica) mogą przebiegać z zaburzeniami depresyjnymi.
- Choroby nowotworowe – zespoły depresyjne mogą występować w nowotworach każdego narządu, jednak szczególnie często dotyczą: raka trzustki (ponad 50% pacjentów), gardła, jelita grubego, narządów płciowych oraz żołądka.
- Cukrzyca – występuje u około 1/3 pacjentów i w sposób istotny wpływa na przebieg cukrzycy, jej leczenie, powikłania i rokowanie.
- Zaburzenia hormonalne u kobiet – przyjmuje się, że około 25% kobiet w ciągu całego życia ma zaburzenia depresyjne związane z zaburzeniami depresyjnymi. Spośród nich najczęstsze są:
 - zaburzenia przedmiesiączkowe,
 - depresje okresu ciąży i poporodowe,
 - zaburzenia nastroju związane z okresem menopauzalnym.

ZABURZENIA LĘKOWE NA PODŁOŻU SOMATYCZNYM

Zaburzenia lękowe mogą mieć postać:

- Lęku napadowego – wtedy występują w:
 - stanach zagrożenia życia – takich jak zawał mięśnia sercowego, udar, ostra niewydolność krążenia, zaburzenia rytmu serca itp.,
 - ostrych zespołach bólowych,
 - zaburzeniach czynności tarczycy i nadnerczy.

Jednym z najczęściej spotykanych przyczyn jest wypadanie płątka zastawki mitralnej, która występuje u 10% populacji. Równie częstym wyzwalaczem napadów lęku są epizody hipoglikemii.

- Lęku uogólnionego – w tym przypadku towarzyszą wielu chorobom przewlekłym, przede wszystkim nowotworowym, chorobom serca i układu oddechowego (ze szczególnym uwzględnieniem POChP).

ZABURZENIA UROJENIOWE (PODOBNE DO SCHIZOFRENII) NA PODŁOŻU SOMATYCZNYM

Zaburzenia te charakteryzują się nawracającymi urojeniami, którym mogą towarzyszyć halucynacje. Objawy i przebieg mogą być podobne do schizofrenii. Najczęściej występują w przebiegu:

1. Zaburzeń endokrynnych – takich jak: niedoczynność tarczycy, zespół Cushinga oraz choroba Addisona.
2. Chorób autoimmunizacyjnych – zwłaszcza w przypadku toczenia rumieniowatego układowego i sklerodermii.
3. Chorób metabolicznych – np. chorobie Wilsona, porfirii itp.

Innym szczególnym przypadkiem zaburzeń psychicznych powodowanych przez zaburzenia somatyczne jest majaczenie.

MAJACZENIE – zespół z przewagą zaburzeń świadomości. Pacjent potrafi powiedzieć kim jest i jak się nazywa, ale jest zdezorientowany w czasie, miejscu i przestrzeni. Nie wie gdzie się znajduje i co tam robi, nie potrafi podać prawidłowej daty ani opisać aktualnej sytuacji. Towarzyszą temu iluzje wzrokowe, słuchowe lub cenestetyczne; nieco rzadziej pojawiają się halucynacje, przeważnie budzące w chorym niepokój i lęk. Charakterystyczna jest urojeniowa interpretacja rzeczywistych przedmiotów – np. zabrudzenia na ścianie może wydawać się siedliskiem pająków. Poza tym mogą występować zaburzenia snu i epizody pobudzenia psychoruchowego. Powyższe objawy nasilają się najczęściej wieczorami i nocą. Po ustąpieniu stanu majaczeniowego stwierdza się zazwyczaj częściową lub całkowitą niepamięć okresu chorobowego.

Zespoły majaczeniowe spotyka się przede wszystkim w chorobach somatycznych, np: ciężkich infekcjach przebiegających z wysoką gorączką, zatruciach, niewydolności nerek, wątroby, po urazach głowy, w przypadku odwodnienia. Często występują u osób w podeszłym wieku.

4. SCHIZOFRENIA

Schizofrenia jest chorobą mózgu, związaną z jego zmianami czynnościowymi i strukturalnymi. Przejawia się zaburzeniami myślenia i spostrzegania, a także niedostosowanym afektem i niekorzystnymi zmianami dotyczącymi funkcjonowania w rodzinie, miejscu pracy czy na uczelni. Przebieg takich zaburzeń może być ciągły lub epizodyczny, z postępującym lub stabilnym deficytem, może wystąpić jeden lub więcej epizodów – z całkowitą lub częściową remisją. Rozpoznanie schizofrenii nie należy stawiać w przypadku zdiagnozowania poważnej choroby mózgu, zatrucia substancjami psychoaktywnymi (lub w fazie ich odstawiania), oraz jeżeli występują nasilone objawy depresyjne lub maniakalne.

Częstość występowania schizofrenii w społeczeństwie to około 1%, choroba dotyczy wszystkich warstw społecznych, jednak częściej jest obserwowana w rejonach miejskich i środowiskach imigrantów.

Schizofrenia jest chorobą ludzi młodych, zazwyczaj zaczyna się pomiędzy 20 a 30 rokiem życia. Pierwsze objawy mogą ujawniać się w ważnych a wręcz kluczowych momentach życia – np. Przed ważnymi egzaminami na studiach, albo przed maturą. Początek może być ostry – w postaci nagłego wybuchu objawów psychotycznych, albo stopniowy – z powoli narastającymi objawami.

Mężczyźni chorują inaczej niż kobiety – zazwyczaj choroba u nich zaczyna się wcześniej, w obrazie przeważają objawy negatywne, przebieg jest mniej korzystny, bardziej przewlekły, pacjenci gorzej funkcjonują w społeczeństwie i częściej uzależniają się od substancji psychoaktywnych.

Kobiety natomiast zaczynają chorować później (pomiędzy 26 – 45 rokiem życia), początek choroby jest najczęściej ostry, a przebieg korzystniejszy. Najprawdopodobniej ta różnica pomiędzy płciami wynika z ochronnego działania estrogenów na ośrodkowy układ nerwowy oraz mniejszej lateralizacji kobiecego mózgu.

Początek choroby może być poprzedzony objawami zwiastunowymi – czyli prodromalnymi, takimi jak: lęk, przerażenie, zagubienie, poczucie odrealnienia albo smutek.

Najczęstszą postacią schizofrenii jest **schizofrenia paranoidalna**, w której dominują **zaburzenia myślenia (urojenia)** oraz **zaburzenia spostrzegania (halucynacje lub pseudohalucynacje)** – głównie słuchowe. Urojenia mają z reguły charakter prześladowczy (ktoś ma zamiar mnie skrzywdzić), mogą pojawiać się urojenia ksbone i odnoszące (wszyscy na mnie patrzą, obserwują mnie i komentują moje zachowanie, wyśmiewają mnie i nagrywają na kamery – można te nagrania zobaczyć w Internecie). Czasami pacjenci mają wrażenie że ktoś na nich wpływa, kieruje ich zachowaniem, że są kontrolowani przez siły nadprzyrodzone – np. poprzez wszczepione w ich ciała nadajniki radiowe albo promieniowanie kosmiczne.

Z kolei pseudohalucynacje to doznania słuchowe – tzw. „głosy”, które pacjent słyszy w głowie, a które komentują jego zachowanie – najczęściej w bardzo nieprzyjemny („jesteś beznadziejny, jak można być takim idiotą”) lub wręcz wulgarny sposób. Pseudohalucynacje mogą mieć także charakter imperatywny (nakazujący) – np. każą pacjentowi popełnić samobójstwo albo zaatakować kogoś.

Powyższym objawom u części pacjentów towarzyszy stępienie uczuciowe – czyli trwałe zniekształcenie życia uczuciowego, przede wszystkim w zakresie uczuciowości wyższej – ujawnia się wówczas zanik krytycyzmu, agresja, zubożenie lub zanik uczuć etyczno-moralnych.

Niekorzystnym zmianom ulega także sfera emocjonalna i wolicjonalna – emocje i uczucia stają się mniej wyraziste, „spłycone”, może wystąpić brak inicjatywy czy energii – takie zmiany w przebiegu schizofrenii nazywamy objawami negatywnymi. Zaliczamy do nich także obserwowaną u niektórych pacjentów utratę zainteresowań oraz izolowanie się od innych.

Leczenie w schizofrenii zaczyna się od farmakoterapii – lekami stosowanymi do tego celu są neuroleptyki (leki przeciwpsychotyczne) oraz preparaty wspomagające proces zdrowienia. Oprócz neuroleptyków można stosować terapię elektrowstrząsową (w przypadku schizofrenii katatonicznej).

Kolejnym etapem powrotu pacjenta do zdrowia są oddziaływania psychologiczne i społeczne. Psychoterapia ma na celu wsparcie pacjenta w przejściu przez proces psychozy i wywołane przez chorobę stany emocjonalne. Z kolei oddziaływania społeczne, takie jak praca z rodziną chorego i edukowanie jej na temat choroby oraz metod radzenia sobie z nią, zwiększa bezpieczeństwo pacjenta w przypadku nawrotu. Z tych form terapii można skorzystać w oddziałach dziennych albo w warunkach domowych – poprzez działania zespołów opieki środowiskowej.

Inną ważną praktyką, umożliwiającą powrót do funkcjonowania przed chorobą jest rehabilitacja, w ramach której prowadzone są treningi umiejętności społecznych czy treningi funkcji poznawczych. Jest to o tyle istotne, że psychoza zazwyczaj prowadzi do izolacji społecznej pacjenta, wycofywania się z relacji międzyludzkich oraz stopniowego osłabiania funkcji poznawczych. Stąd praca nad usprawnieniem funkcji poznawczych i udział w spotkaniach grupy terapeutycznej są ważnym elementem zdrowienia.

5. ZABURZENIA NASTROJU – ZABURZENIA DEPRESYJNE, MANIAKALNE

Zaburzenia depresyjne to zaburzenie życia uczuciowego, emocjonalnego, którego podstawowym objawem jest dominujące uczucie smutku, przygnębienia, zniechęcenia, z towarzyszącymi zaburzeniami motywacji, napędu do działania i ogólnie gorszym funkcjonowaniem całego organizmu. Zaburzenie takie utrzymuje się min. 2 tygodnie.

Poniżej, w tabeli 5.1 zebrano podstawowe objawy zaburzeń depresyjnych.

Tabela 5.1

OBJAWY GŁÓWNE	OBJAWY DODATKOWE
Nastrój depresyjny, przygnębienie	Obniżona zdolność koncentracji uwagi
Utrata zainteresowanie, uczucie smutku	Obniżona samoocena, brak wiary we własne siły
Brak chęci do działania, zwiększona męczliwość	Poczucie winy i bezwartościowości
	Negatywna ocena zdarzeń z przeszłości, pesymistyczne postrzeganie przyszłości
	Zaburzenia snu
	Brak apetytu
	Myśli samobójcze

W zależności od występowania specyficznych objawów towarzyszących, możemy wyróżnić:

Depresja z zahamowaniem: pacjent mało aktywny, spowolniały, czuje się smutny i przygnębiony, wycofuje się ze środowiska społecznego, izoluje.

Depresja z pobudzeniem: pacjent niespokojny, wykazuje nadmierną – ale bezcelową – aktywność. W ciągu dnia obserwowany jest lęk i napięcie. Mogą występować tendencje samobójcze.

Depresja z somatyzacją: na pierwszy plan wysuwają się problemy zdrowotne, pacjent często skarży się na bóle głowy, kręgosłupa, zgłasza zaburzenia trawienne, skoki ciśnienia tętniczego.

Depresja psychotyczna: oprócz objawów depresyjnych występują objawy psychotyczne – urojenia i omamy. Urojenia to fałszywe przekonania pacjenta – w tym przypadku pacjent ma poczucie, że jest złym człowiekiem, krzywdzącym innych; lub że żyje w krańcowej biedzie i nie ma pieniędzy na jedzenie.

Depresja wieku podeszłego: starsi pacjenci często skarżą się na wiele dolegliwości somatycznych, takich jak bóle i zawroty głowy, kołatanie serca, brak apetytu, osłabienie i zaburzenia snu – te zaburzenia powodują że objawy psychiczne przesuwają się na plan dalszy i mogą przez dłuższy czas pozostać nierozpoznane. Warto wspomnieć, że część chorób (cukrzyca, choroba wieńcowa, choroba Parkinsona, przebyty udar, choroby tarczycy) może w konsekwencji powodować pogorszenie nastroju. Również negatywnie na samopoczucie mogą wpływać przyjmowane leki: leki sterydowe, hormony czy β -blokery.

Depresja poporodowa: to nie to samo co baby blues (Baby blues - gorszy stan emocjonalny, pojawia się w ciągu 10 dni po porodzie, a szczytowe nasilenie objawów obserwuje się w 4–5 dobie. Zaburzenie trwa krótko i ustępuje samoistnie, zwykle w ciągu dwóch tygodni). Depresja poporodowa jest ciężkim zaburzeniem – w przebiegu którego kobiety mają poczucie że nie kochają własnego dziecka – z tego powodu cierpią na wyrzuty sumienia, czują się złymi matkami. Poza dojmującym smutkiem

pojawia się odczucie braku energii, zaburzenia snu i łaknienia; w ekstremalnych przypadkach – myśli samobójcze i próby samobójcze (a nawet tzw. samobójstwo rozszerzone – kobieta najpierw zabija dziecko a potem siebie).

Depresja sezonowa: czasami określana jako depresja zimowa. Występuje w porach roku o najmniejszym nasłonecznieniu – czyli jesienią i zimą, co najmniej przez 2 lata z rzędu. Cechą charakterystyczną jest duża ochota na słodczyce oraz zwiększone zapotrzebowanie na sen – ale pomimo przesypania dużej ilości godzin, chorzy czują się zmęczeni i bez energii.

Dystymia: utrzymujące się przez co najmniej 2 lata pogorszenie samopoczucia – nie spełniające kryteriów depresji.

Jeżeli epizody depresji występują naprzemiennie z objawami manii – wówczas mówimy o chorobie **afektywnej dwubiegunowej (CHAD)**.

Mania – podwyższony nastrój, któremu towarzyszą: wielomówność, pobudzenie psychoruchowe, zwiększona aktywność seksualna, nadmierne wydawanie pieniędzy, zawieranie przypadkowych znajomości i tendencja do spożywania alkoholu (lub używania narkotyków).

Poniżej, w tabeli 5.2 znajduje się zestawienie objawów fazy depresyjnej vs maniakalnej.

Tabela 5.2

FAZA DEPRESYJNA	FAZA MANIAKALNA
Mała aktywność	Nadmierna aktywność, pobudzenie
Silne przygnębienie, smutek	Nieadekwatnie podwyższony nastrój
Zaburzenia snu (sen skrócony, przerywany)	Małe zapotrzebowanie na sen
Brak napędu i energii	Niepokój psychoruchowy, zwiększony napęd
Duża męczliwość	Nowe pomysły i przedsięwzięcia
Spowolnienie myślenia	Przyspieszony tok myślenia, gadatliwość
Sklonność do refleksji, podsumowań życiowych	Chaotyczna i nieskoordynowana aktywność
Odczucie braku wartości	Poczucie bycia fantastycznym
W krańcowej fazie – myśli samobójcze	W krańcowej fazie – urojenia wielkościowe

Rozpoznanie u siebie lub bliskich objawów depresyjnych lub maniakalnych powinno zostać każdorazowo zweryfikowane na wizycie u lekarza psychiatry. Natomiast można szukać jeszcze pomocy niefarmakologicznej.

*** Gdzie można szukać pomocy:**

- **Stowarzyszenie Aktywnie Przeciwko Depresji** – prowadzące działalność społeczno-edukacyjną w zakresie profilaktyki, wykrywania i leczenia zaburzeń psychicznych, a w szczególności zaburzeń depresyjnych. Kontakt do stowarzyszenia można znaleźć na stronie: www.depresja.org
- **Forum Przeciw Depresji** – portal społecznościowy prowadzony w ramach ogólnopolskiej kampanii, na którym można znaleźć kompendium wiedzy w zakresie depresji, gdzie szukać pomocy oraz forum moderowane przez lekarzy specjalistów, gdzie osoby chore oraz ich bliscy mogą uzyskać wsparcie: www.forumprzeciwdepresji.pl

- **Centrum Wsparcia dla osób w stanie kryzysu psychicznego** – 24 godziny przez 7 dni w tygodniu działa bezpłatna linia telefoniczna (800 70 2222) dla osób w kryzysie psychicznym, którzy potrzebują doraźnej pomocy psychologicznej.

6. ZABURZENIA LĘKOWE, NERWICOWE

ZABURZENIA LĘKOWE – kiedyś były nazywane nerwicą. Istotą takich zaburzeń jest lęk.

Lęk to reakcja na zagrożenie, którego źródło nie jest znane, jest poczuciem, że coś złego może się wydarzyć – nie do końca jednak wiadomo co to miałyby być.

Zaburzenia lękowe (zaburzenia nerwicowe) to specyficzny rodzaj funkcjonowania organizmu w sytuacji przewlekłego stresu. Jest to stan, który utrudnia – czasami w znacznym stopniu – funkcjonowanie codzienne – zarówno w życiu społecznym, zawodowym jak również rodzinnym. Uważa się, że w Europie zaburzenia lękowe są jedną z głównych przyczyn zgłaszania się do lekarza. Największa zachorowalność występuje pomiędzy 24 a 44 rokiem życia, częściej dotyczy osób mieszkających w miastach aniżeli na wsi.

Lęk w nerwicy przybiera różne formy: może mieć postać ciągłego zamartwiania się, kołatania serca, odczucia „guli w gardle”, osłabienia, zawrotów głowy czy paraliżu rąk i nóg. Obiektywnie rzecz ujmując jest on absurdalny, nieracjonalny i niezrozumiały – również dla otoczenia. Z lękiem najczęściej współwystępują inne objawy, najczęściej bóle serca, skoki ciśnienia tętniczego krwi, szybka czynność serca, objawy jelita drażliwego, dławienie w gardle, nadmierna potliwość – lub wręcz przeciwnie – zasychanie w ustach. W miarę czasu trwania zaburzenia – dołączyć się może uczucie smutku, brak radości i zadowolenia z czegokolwiek, zmniejszenie aktywności, niechęć do wychodzenia z domu, unikanie ludzi.

Niewątpliwie najczęściej występującą formą zaburzeń lękowych są tzw **zaburzenia lękowe uogólnione**. W obrazie klinicznym tego zaburzenia dominuje niekontrolowane uczucie lęku i nadmierne martwienie się – przeważnie o zdrowie swoje lub najbliższych; często związane z obecnością niepokoju, znużenia, gorszą koncentracją, drażliwością i zaburzeniami snu. Chory nie jest w stanie prawidłowo funkcjonować, nie skupia się na pracy, jest pochłonięty analizowaniem swoich objawów. Taki stan utrzymuje się zazwyczaj przez większość czasu w ciągu doby, a czas trwania zaburzeń to nawet kilka miesięcy.

Objawy zaburzeń lękowych uogólnionych przedstawione są w tabeli 6.1

Tabela 6.1

OBJAWY LĘKU UOGÓLNIONEGO

1. Ciągły niepokój i niemożność zrelaksowania się.
2. Zamartwianie się mało istotnymi sprawami.
3. Trudności w koncentracji uwagi.
4. Drażliwość, irytacja.
5. Odczucie znalezienia się „na krawędzi”.
6. Poczucie pustki w głowie.
7. Zawroty głowy, oszołomienie, wrażenie nadchodzącego omdlenia.
8. Wzmoczona i nieproporcjonalna reakcja na zaskoczenie lub przestraszenia.
9. Trudności z zasypianiem, sen przerywany, płytki i skrócony.
10. Napięcie mięśni.

Jeżeli lęk przybiera postać napadów przerażenia, trwającego od kilku minut do godziny – wówczas mówimy o **zaburzeniach lękowych z napadami paniki**. Charakterystyczne dla takich napadów jest odczucie że, „mogę umrzeć”, stracić panowanie nad sobą lub „zwarłować”. Typowa jest także obawa przed kolejnymi epizodami paniki oraz unikanie miejsc, w których napad paniki wystąpił po raz pierwszy.

Objawy napadów paniki zebrane są w tabeli 6.2.

OBJAWY SOMATYCZNE (CIELESNE)	OBJAWY PSYCHICZNE
<ol style="list-style-type: none"> 1. Kołatanie i szybkie bicie serca 2. Ucisk w okolicy serca. 3. Drżenie całego ciała. 4. Pocenie się. 5. Dławienie lub ucisk w gardle. 6. Niemożność zaczerpnięcia powietrza. 7. Nudności, bóle brzucha. 8. Zawroty głowy. 9. Cierpięcie lub mrowienie kończyn. 10. Dreszcze lub uderzenia gorąca. 11. Poczucie zbliżającego się omdlenia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wrażenie nierealności otoczenia – poczucie „jakby to był sen”. 2. Odczucie odłączenia się od własnej osoby. 3. Lęk przed śmiercią. 4. Lęk przed utratą kontroli, przed „zwarłowaniem”.

*W przypadku napadu paniki przebiegającego z nadmierną wentylacją (osoba oddycha szybko i głęboko), przynosi ulgę i uspokojenie oddychanie do papierowej torebki lub papierowego woreczka.

Jeszcze innym rodzajem zaburzeń lękowych są fobie.

Fobia to lęk przed bardzo konkretnymi sytuacjami, zjawiskami lub przedmiotami – które obiektywnie nie są niebezpieczne. Najczęstszym rodzajem fobii jest **agorafobia** – czyli obawa przed otwartą przestrzenią lub miejscami z których nie można szybko się wydostać (np. zatłoczone centrum handlowe, autobus, sala kinowa itp). Istnieje wiele fobii swoistych, jak np. klaustrofobia (lęk przed zamkniętymi pomieszczeniami), keraunofobia (lęk przed piorunami), arachnofobia (lęk przed pajakami), akrofobia (lęk wysokości), kynofobia (lęk przed psami), mysofobia (lęk przed zabrudzeniem), nyktofobia (lęk przed ciemnością) czy odontofobia (lęk przed stomatologiem).

Typem fobii powodującym wiele utrudnień w codziennym funkcjonowaniu jest **fobia społeczna**. Jest to zaburzenie, w którym lęk pojawia się podczas kontaktów z innymi ludźmi lub w trakcie znajdowania się w centrum uwagi – np. podczas publicznych występów. Zachowanie takiej osoby bywa odbierane jedynie jako przejaw nadmiernej nieśmiałości – a tymczasem jest to bardzo trudne i obciążające doświadczenie.

Osoby cierpiące na fobię społeczną:

- unikają odpytywania przed tablicą, występów społecznych i innych form prezentacji,
- powstrzymują się od jedzenia i picia w miejscach publicznych,
- rzadko odzywają się w towarzystwie innych,
- nie umawiają się na randki,
- unikają rozmów zwłaszcza z osobami dla nich ważnymi i darzonymi szacunkiem,
- nie potrafią pracować gdy ktoś im się przygląda,
- najczęściej większość czasu spędzają samotnie,
- odraczają wizyty w urzędach, załatwianie spraw a nawet rozmowy telefoniczne.

Trzeba pamiętać, że fobia społeczna ma charakter przewlekły. Osobom które na nią cierpią (pomimo możliwości intelektualnych) jest trudniej zdobyć wykształcenie, uzyskać i utrzymać pracę, a także funkcjonować w społeczeństwie.

* Stowarzyszenie Animo i portal Niepełnosprawni.pl uruchomiło telefon zaufania dla osób doświadczających zaburzeń lękowych, napadów paniki czy cierpiących na fobie. Telefon czynny jest od poniedziałku do piątku w godzinach: 18.00 – 22.00, a rozmowy prowadzi psychologowie, którzy posiadają wiedzę i umiejętności, aby rzetelnie wesprzeć, wysłuchać, poinformować i doradzać osobom doświadczającym lęku.

Telefon Zaufania: (22) 270-11-65

Należy również wspomnieć o **zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych (OCD)**, nazywanych kiedyś **nerwicą natręctw**. Jest to zespół natrętnych myśli pojawiających się wbrew woli pacjenta. Myśli takie mogą być przykre lub wręcz odrażające, stanowią źródło prawdziwego dyskomfortu psychicznego – zwłaszcza jeśli towarzyszą im natrętne czynności. Powyższe objawy nie ustępują – nawet jeśli pacjent wkłada dużo wysiłku w zwalczanie ich.

CO ROBIĆ W PRZYPADKU KIEDY PODEJRZEWA SIĘ ZABURZENIA LĘKOWE?

Należy zgłosić się do lekarza psychiatry.

W przypadku diagnozy zaburzeń lękowych, lekarz zazwyczaj kieruje pacjenta na psychoterapię oraz proponuje farmakoterapię. Uznaje się, że najskuteczniejszą formą leczenia zaburzeń lękowych jest właśnie połączenie psychoterapii i środków farmakologicznych.

W przypadku uporczywego utrzymywania się objawów warto rozważyć terapię w ramach Oddziałów Dziennego Leczenia Nerwic.

7. ZABURZENIA STRESOWE, ADAPTACYJNE, PTSD

Zaburzenia stresowe obejmują ostrą reakcję na stres oraz zaburzenie stresowe pourazowe.

OSTRA REAKCJA NA STRES

Jest wyrazem zakłócenia równowagi psychicznej organizmu w odpowiedzi na sytuację traumatyczną lub ciężkie przeżycia. Przykładem ostrej reakcji na stres są zachowania osób uczestniczących w wypadkach. Początkowo osoba jest oszołomiona – występuje zawężenie pola uwagi, brak reakcji na bodźce docierające z zewnątrz oraz dezorientacja. Poszkodowany może nie wiedzieć co się do niego mówi, mieć poczucie braku kontaktu z własnym ciałem oraz odrealnienia. W kolejnej fazie może całkowicie „wyłączyć się” - czyli znieruchomieć, przestać odpowiadać na pytania (ten stan nazywamy stuporem); albo przeciwnie – może wystąpić silne pobudzenie ruchowe i próba ucieczki przed siebie.

W okresie po traumatycznym wydarzeniu pojawiają się uczucie takie jak rozpacz, smutek, złość, lęk. Mogą im towarzyszyć objawy somatyczne – najczęściej o charakterze zaburzeń rytmu serca, kołatania, tachykardii, odczucia duszności, przyspieszenia oddechu, zaczerwienienia skóry i nadmiernej potliwości.

- Jak pomóc osobie doświadczającej ostrej reakcji stresowej?

Przede wszystkim nie należy zostawiać jej samej, ale już na miejscu udzielić pierwszej pomocy – czyli wykonać krótkotrwałą interwencję kryzysową. Taka interwencja obejmuje nawiązanie kontaktu z poszkodowanym, wysłuchanie go, okazanie zrozumienia oraz dokładną analizę zdarzenia, będącego

przyczyną ostrej reakcji na stres. Wskazane jest rozładowanie napięcia, lęku i pobudzenia – a tym samym uzyskanie równowagi psychicznej. Trzeba pomóc poszkodowanemu zrozumieć następstwa zdarzenia oraz zaproponować pomoc.

Jeżeli pomimo tych działań nie następuje redukcja ostrych symptomów - zasadne jest wezwanie profesjonalnej pomocy.

ZABURZENIE STRESOWE POURAZOWE

Jest to reakcja na sytuację związaną z bezpośrednim zagrożeniem życia lub integralności cielesnej.

Okoliczności mogące powodować rozwój PTSD:

udział w walce, wypadki stanowiące zagrożenie życia, bycie świadkiem czyjegoś morderstwa, tortur lub ciężkiego uszkodzenia ciała, napaść i znęcanie fizyczne, przestępstwa seksualne, groźba użycia broni, strzelanina, katastrofa naturalna lub spowodowana działalnością człowieka itp.

Objawy mogą pojawić się kilka tygodni po wystąpieniu sytuacji wywołującej, czasami jednak zaczynają się dopiero po kilku miesiącach.

Najważniejsze objawy PTSD:

1. Wystąpienie zaburzeń po pewnym okresie przerwy od zadziałania stresora.
2. Uporczywe przeżywanie wydarzenia traumatycznego – tzn natrętnie wracające wspomnienia, sny, rozpamiętywanie zdarzenia.
3. Wyraźne unikanie bodźców mogących przypominać uraz – a więc unikanie konkretnych miejsc, osób, sytuacji itp.
4. Nadmierna pobudliwość wegetatywna, nadmierna i nieadekwatna reakcja na różne bodźce (np. dźwięk klaksonu samochodowego lub telefonu), drażliwość i bezzasadne wybuchy gniewu, problemy z koncentracją, zaburzenia snu, oraz nadmierna czujność.

Warto wspomnieć, że znacznie częściej PTSD rozwija się po traumach spowodowanych przez ludzi (walka, wojna, atak terrorystyczny) aniżeli po katastrofach naturalnych (pożar, huragan, powódź). W ostatnich latach coraz większym problemem stają się zaburzenia PTSD u ofiar wypadków komunikacyjnych.

W przypadku rozpoznania PTSD, konieczne jest – podobnie jak w przypadku ostrej reakcji stresowej – otoczenie osoby cierpiącej opieką, zrozumieniem i zmobilizowanie jej do zwrócenia się po profesjonalną pomoc. Standardy leczenia PTSD obejmują zarówno stosowanie farmakologii, jak również pomoc terapeutyczną, psychoedukacyjną, socjalną i prawną. Istnieją specjalne oddziały, przeznaczone do leczenia i rehabilitacji osób z rozpoznanyym zespołem stresu pourazowego.

ZABURZENIA ADAPTACYJNE

Są to zaburzenia pojawiające się w odpowiedzi na wydarzenia stresowe o znacznie mniejszym nasileniu aniżeli omówione powyżej. Zazwyczaj występują w przypadku utraty pracy, pozycji społecznej, odejściu bliskiej osoby, problemów w miejscu zatrudnienia czy podczas rozpadu związku. Typowe objawy to przygnębienie, lęk, niepokój, napięcie, płaczliwość, spadek apetytu, problemy z zasypianiem, a także osłabienie koncentracji uwagi i funkcji zapamiętywania nowych informacji. Powyższe symptomy pojawiają się w dość krótkim czasie (w ciągu miesiąca od wystąpienia czynnika wywołującego), a utrzymywać mogą się przez szereg tygodni a nawet miesięcy.

W niektórych przypadkach potrzebne jest leczenie farmakologiczne, częściej jednak przydatna jest psychoterapia, terapia małżeństwa, poradnictwo – w zakresie prawnych aspektów itp.

Nierzadko jednak prawdziwie istotną rolę pełnią bliskie osoby, potrafiące wysłuchać, nie oceniać, współczuć lub zmobilizować do podjęcia decyzji.

8. ZABURZENIA OSOBOWOŚCI

Nie tylko choroby psychiczne są przyczyną dziwnych i niedostosowanych zachowań. Znaczną część pacjentów którzy zgłaszają się po pomoc do lekarzy, stanowią osoby z zaburzeniami osobowości, u których nie stwierdza się kryteriów choroby psychicznej.

Wg Światowej Organizacji Zdrowia (WHO 1992) **zaburzenia osobowości**:

- odznaczają się trwałymi i głęboko zakorzenionymi wzorcami zachowań, myślenia, odczuwania i nawiązywania więzi,
- w istotnym stopniu odbiegają od przyjętej normy,
- są tak głębokie, że stają się przyczyną istotnego cierpienia oraz zakłóceń funkcjonowania społecznego, ujawniają się w późnym dzieciństwie bądź wieku dojrzewania i trwają przez większą część życia dorosłego.

Rzeczony odsetek zaburzeń osobowości wynosi (wg różnych autorów) 5 – 15%.

Poniżej zostaną omówione wybrane typy zaburzeń osobowości, mogące sprawiać najwięcej problemów w społeczeństwie, rodzinie lub miejscach pracy.

OSOBOWOŚĆ CHWIEJNA EMOCJONALNIE (BORDERLINE) – to osobowość która charakteryzuje się:

- niestabilnymi uczuciami i nastrojami,
- niestabilnym obrazem samego siebie,
- objawami pseudopsychotycznymi w trudnych sytuacjach,
- uczuciem pustki,
- niestabilnymi i intensywnymi związkami,
- lękiem przed odrzuceniem,
- zachowaniami impulsywnymi – łącznie z samouszkodzeniami i przemocą wobec innych.

Pacjenci z tym zaburzeniem osobowości zazwyczaj prowadzą burzliwe życie, nie stronią od alkoholu i narkotyków; niestabilne życie seksualne i częsta zmiana partnerów może prowadzić do chorób wenerycznych; a odczucie bolesnej pustki lub napięcia, często łagodzą poprzez samookaleczenia.

*W razie pogorszenia stanu psychicznego – warto skorzystać z konsultacji:

www.pogotowiepsychologiczne.com.pl (bezpłatne konsultacje on-line)

Telefon wsparcia kryzysowego Asystentów Zdrowienia: **698-761-774** (czynny w poniedziałki w godzinach 10.00-19.00) dla osób dotkniętych kryzysem psychicznym, ich rodzin i przyjaciół.

OSOBOWOŚĆ DYSOCJALNA (psychopatyczna, antyspołeczna, socjopatyczna) – występuje częściej u mężczyzn; do jej objawów należą:

- bezwzględne nieliczenie się z uczuciami innych,
- lekceważenie zasad i zobowiązań,
- niezdolność odczuwania winy,
- skłonność do obwiniania innych,
- niezdolność uczenia się na własnych doświadczeniach,

- niemożność utrzymania związków – przy dużej łatwości nawiązywania kontaktów,
- niewielka tolerancja frustracji prowadząca do zachowań agresywnych.

Pacjenci z taką osobowością najczęściej w swoim życiu mają szereg konfliktów z prawem, mnogość miejsc w których podejmowali i nagle porzucali pracę oraz wiele związków i relacji, które się rozpadły. Ten obraz często powikłany jest nadużywaniem alkoholu lub narkotyków, zachowaniami ryzykownymi i całkowitą niemożnością wyciągnięcia wniosków z życiowych błędów. Natomiast w rodzinach takie osoby przeważnie funkcjonują w sposób zaburzony i przemocowy.

* Osobowość dyssocjalna w chwili dekompensacji (czyli nagłego wybuchu emocji) może stanowić realne zagrożenie dla siebie lub otoczenia. Wówczas należy ocenić stopień takiego ryzyka, w razie sytuacji zagrożenia życia (np po próbie samobójczej) wezwać Pogotowie Ratunkowe; jeżeli celem ataku są osoby trzecie (np członkowie rodziny lub przypadkowi przechodnie) – celowym jest wezwanie Policji.

W sytuacji gdy przemoc stosowana jest przewlekłe, można zwrócić się do ośrodków interwencji kryzysowej:

Miejski Ośrodek Interwencji Kryzysowej, ul. Jedności Narodowej 42, 70-415 Szczecin;

tel: 91 464-63-33, 91 464-63-34

Powiatowy Ośrodek Interwencji Kryzysowej, ul. Wiatraczna 1, 78-400 Szczecinek, tel: 94-372-17-88

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Wolińska 7B, 72-400 Kamień Pomorski, tel: 91-382-33-86

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Szkolna 2, 72-009 Police, tel: 91-424-06-99

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Pocztowa 43, 72-100 Goleniów, tel: 91-407-22-41

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Koszalińska 12, 78-320 Połczyn-Zdrój, tel: 94-366-48-48

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Młodych Techników 7, 74-200 Pyrzyce, tel: 91-887-41-20

Centrum Kryzysowe Caritas dla Kobie i Kobie z Dziećmi „Nadzieja” im. św. Jana Pawła II,

ul. Harcerska 17, 75-073 Koszalin, tel: 94-342-30-05

OSOBOWOŚĆ PARANOICZNA – do jej charakterystycznych symptomów należą:

- nadmierna wrażliwość,
- długotrwałe odczuwanie urazy,
- wyraźna podejrzliwość – łącznie z wątpliwościami pod adresem partnera seksualnego,
- interpretowanie wydarzeń w sposób nieprawdziwy i prześladowczy,
- silne poczucie własnej racji i własnych praw,
- poczucie bycia kimś ważnym,
- upodobanie do teorii spiskowych, które w ocenie pacjenta wyjaśniają różne wydarzenia w świecie.

Osoby posiadające powyższe cechy, mogą być trudnymi współpracownikami, przekonanymi o własnych racjach, nie dającymi się przekonać do innej wersji wydarzeń aniżeli ich własna, często doszukującymi się drugiego dna w zwyczajnych poleceniach służbowych lub prywatnych rozmowach. Zazwyczaj nie stanowią zagrożenia, natomiast w przypadku nasilenia się ich kłobnego nastawienia – można doradzić wizytę u lekarza psychiatry.

9. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ INTELEKTUALNA

Niepełnosprawność intelektualna należy do grupy zaburzeń neurorozwojowych, tzn. zaczynających się w okresie rozwoju, zwykle na wczesnym jego etapie, często w wieku przedszkolnym. Charakteryzuje się deficytami ogólnych sprawności umysłowych, takich jak, wnioskowanie, rozwiązywanie problemów, planowanie, myślenie abstrakcyjne, myślenie krytyczne, uczenie się w szkole lub na podstawie własnych doświadczeń. Wymienione deficyty powodują upośledzenie funkcji przystosowawczych – przez co osoba nie osiąga odpowiedniego poziomu samodzielności w życiu społecznym; utrudniona jest więc komunikacja, udział w życiu społecznym, wykonywanie pracy zawodowej czy zadania wymagające samoobsługi.

Zaburzenia w komunikacji obejmują: zaburzenie tworzenia dźwięków, zaburzenia płynności mowy o początku w dzieciństwie (jąkanie się), zaburzenia komunikacji społecznej i ogólnie zaburzenia językowe.

Biorąc pod uwagę stopień nasilenia dysfunkcji intelektualnych, wyróżniamy niepełnosprawność intelektualną:

- lekką,
- umiarkowaną,
- znaczną,
- głęboką.

* Największą grupę – bo około 85% osób niepełnosprawnych intelektualnie, stanowią osoby niepełnosprawne w stopniu lekkim. Pacjenci z niepełnosprawnością umiarkowaną to 10%, znaczną – 3-4%, a głęboką – 1-2%.

Niepełnosprawność intelektualne lekkiego stopnia:

- iloraz inteligencji 55-69 wg Wechslera,
- umiejętności językowe w stopniu pozwalającym na posługiwanie się mową w ramach codziennych potrzeb,
- przeważnie niezależni w zakresie samoobsługi (jedzenie, mycie, ubieranie, kontrola zwieraczy).

Niepełnosprawność intelektualne umiarkowanego stopnia:

- iloraz inteligencji 35-54 wg Wechslera,
- ograniczony zakres rozumienia i posługiwania się mową,
- upośledzone funkcjonowanie w zakresie samoobsługi i umiejętności ruchowych – potrzebują codziennego nadzoru,
- w dużej mierze są zdolni do nawiązywania kontaktu, porozumiewania się i angażowania w proste czynności.

Niepełnosprawność intelektualne znacznego stopnia:

- iloraz inteligencji wynosi 20-34 wg Wechslera,
- klinicznie osoby te funkcjonują podobnie jak osoby upośledzone w stopniu umiarkowanym, wykazują częstsze uszkodzenia aparatu ruchowego, deficyt mowy i inne uszkodzenia.

Niepełnosprawność intelektualna głęboka:

- iloraz inteligencji poniżej 20 wg Wechslera,
- osoby te mają znaczne ograniczenia w porozumiewaniu się, spełnianiu poleceń, głęboko zaburzone są też funkcje ruchowe, częste deficyty neurologiczne, uszkodzenia wzroku i słuchu,

- nie posiadają zdolności dbania o podstawowe potrzeby życiowe i wymagają nadzoru przy wszystkich czynnościach z tego zakresu.

Należy pamiętać, że osoby z upośledzeniem umysłowym częściej cierpią na schorzenia ogólnozdrowotne – najbardziej rozpowszechnione przedstawiono w tabeli 9.1.

Tabela 9.1

SCHORZENIE	CZĘSTOTLIWOŚĆ
Upośledzenie wzroku	12-57%
Upośledzenie słuchu	5-60%
Schorzenia zębów i przyzębia	11-29%
Padaczka	16-34% (wśród osób z ciężkim upośledzeniem – nawet 67%)
Problemy neurologiczne i ortopedyczne	
Problemy z poruszaniem się	Brak danych
Zaburzenia psychiczne	10-39%
Bardzo nasilone "trudne zachowania"	6-7%

Wspomniane „trudne zachowania” najczęściej odnoszą się do prezentowanej przez chorego agresji, samouszkodzeń, niszczenia przedmiotów lub zachowań uniemożliwiających korzystanie z przedmiotów użyteczności publicznej.

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną są szczególnie narażone na różnego rodzaju akty przemocy, nadużyć, zaniedbań:

1. Przemoc psychiczna/emocjonalna: ma postać ataków słownych, ublizania, poniżania, grożenia opuszczeniem, może przeobrazić się w porzucenie emocjonalne.
2. Nadużycia finansowe/materialne: gospodarowanie zasobami finansowymi osoby niepełnosprawnej – bez uzgadniania tego wcześniej, w krańcowej formie – rodzina w całości utrzymuje się z finansów osoby niepełnosprawnej.
3. Zaniedbanie: brak zaspokajania podstawowych potrzeb zdrowotnych, fizycznych i społecznych.
4. Przemoc fizyczna: częstym jej dowodem są zasinienia, odciski palców na kończynach, ugryzienia, lub efekty niewłaściwego/nadmiernego podawania leków.
5. Nadużycia seksualne: bezpośrednie lub pośrednie zachowania seksualne w sytuacji, gdy osoba nie jest w stanie wyrazić na nie zgody, lub była poddana presji/przymuszona.

Leczenie i terapia osób z upośledzeniem funkcji intelektualnych i objawami towarzyszącymi:

1. Farmakologię stosuje się jedynie w przypadkach, gdy zaburzenia zachowania i emocji pacjenta nie są możliwe do opanowania za pomocą metod behawioralnych.
2. Metody terapeutyczne:
 - KINEZYTERAPIA – przywrócenie sprawności ruchowej w możliwie największym stopniu. Ten rodzaj terapii ma pomóc w osiągnięciu przez pacjenta samodzielności w każdej dziedzinie życia codziennego.

- METODY WSPOMAGANIA PSYCHORUCHOWEGO – metody te pełnią rolę bodźca stymulującego rozwój psychoruchowy; mają za zadanie nie tylko usprawnić uszkodzone narządy i funkcje ustroju, ale także cały organizm. Wywierają także pozytywny wpływ na rozwój emocjonalny, poznawczy i społeczny pacjenta.
- METODY USPRAWNIANIA MOWY – nauka karmienia, usprawnienie narządów artykulacji, fonacji i oddychania.
- INNE METODY – muzykoterapia i arteterapia, psychoterapia, relaksacja.

* Pomoc i wsparcie osobom z niepełnosprawnością intelektualną świadczą różne stowarzyszenia i fundacje – część z nich jest wymieniona w rozdziale 21.

Warto także przejrzeć pełną ofertę pomocową dostępną na stronie organizacji pozarządowych:

<https://www.ngo.pl/>, w zakładce: spis organizacji.

Programy aktywizacji osób z niepełnosprawnością intelektualną proponuje PFRON:

<https://www.pfron.org.pl/>

10. ZABURZENIA PSYCHICZNE SPOWODOWANE UŻYCIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

UZALEŻNIENIE OD ALKOHOLU:

Zespół uzależnienia od alkoholu jest zespołem zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których picie alkoholu dominuje nad innymi zachowaniami, poprzednio ważniejszymi dla danej osoby. Głównym objawem zespołu uzależnienia od alkoholu jest utrata kontroli nad ilością spożywanego alkoholu i ciągła potrzeba / pragnienie jego spożywania (tzw. głód alkoholu). Uzależnienie od alkoholu jest chorobą przewlekłą, która postępuje i nieleczona może prowadzić do śmierci. Ma swój początek, objawy ostrzegawcze oraz poszczególne fazy ze specyficznym obrazem funkcjonowania. Proces uzależnienia od alkoholu jest nieodwracalny. Choć choroby alkoholowej nie można całkowicie wyleczyć, można ją zatrzymać. Dlatego mówi się o „trzeźwiejących alkoholikach”, a nie o „byłych alkoholikach”, ponieważ alkoholikiem zostaje się do końca życia, nawet żyjąc w abstynencji.

Zaburzenia psychiczne w przebiegu zespołu zależności alkoholowej:

Halucynozja alkoholowa – inaczej nazywana majaczeniem alkoholowym. Powstaje w wyniku długotrwałego narażenia mózgu na toksyczne działanie etanolu. Do głównych objawów tego zaburzenia należą halucynacje – czyli omamy. Omamy mają w tym przypadku charakter słuchowy, co oznacza, że chorzy słyszą nieistniejące głosy, nierzadko należące do znajomych osób. To, co mówią głosy, jest zwykle nieprzyjemne dla pacjenta i stwarza poczucie zagrożenia. Bywa, że głosy namawiają chorego do podejmowania różnych działań, szczególnie niebezpieczne są sytuacje, gdy treścią halucynacji są głosy nakazujące popełnienie samobójstwa lub agresję wobec innych osób. Mogą się pojawiać również nieprawidłowe przekonania (czyli urojenia) dotyczące braku bezpieczeństwa oraz poczucie bycia obserwowanym i obmawianym. Leczenie chorych z tym zaburzeniem wymaga regularnej opieki psychiatrycznej i polega na stosowaniu leków przeciwpsychotycznych (neuroleptyków). Niezbędne dla powodzenia terapii jest utrzymywanie abstynencji, która jest jednocześnie warunkiem możliwości przyjmowania tych leków.

Paranoja alkoholowa (Zespół Otella) jest zaburzeniem psychotycznym występującym w przebiegu uzależnienia od alkoholu, związanym z obecnością całkowicie nieprawdziwych przekonań – czyli urojeń. Choroba ta występuje przeważnie u mężczyzn i polega na uporczywym przekonaniu o niewierności małżeńskiej. Chorzy dotknięci tą dolegliwością są przekonani, że ich partnerki prowadzą podwójne życie, umawiają się z innymi mężczyznami, a każde spóźnienie czy wcześniejsze wyjście do pracy interpretują jako dowód zdrady. Tłumaczenie i uzasadnianie przez kobietę, że podejrzenia są niesłuszne, nie przynosi oczekiwanych efektów. Pacjenci z tą postacią psychozy podejmują rozmaite, często agresywne działania wobec swoich towarzyszek. Śledzą je, podsłuchują, nachodzą w pracy, przeszukują rzeczy osobiste, oskarżają wobec otoczenia o rozwiązły tryb życia oraz przesładują telefonami i groźbami. Pacjenci z paranoją alkoholową wymagają leczenia psychiatrycznego. W razie obecności zachowań agresywnych, wynikających z zaburzeń psychicznych, niezbędne jest wezwanie pogotowia ratunkowego oraz Policji, w celu przewiezienia chorego do szpitala psychiatrycznego.

Natomiast ofiary takich zachowań mogą się zwrócić o pomoc do **Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar przemocy w Rodzinie – Niebieskiej Linii – tel. 801 12 00 02.**

Zespół amnestyczny – zespół Korsakowa i encefalopatia Wernickego

Zespół amnestyczny jest chorobą spowodowaną długotrwałym i intensywnym pićm alkoholu, wynikającą ze stanu niedożywienia i głębokich niedoborów witaminowych. Głównym symptomem jest głębokie upośledzenie pamięci świeżej – czyli zapamiętywania i odtwarzania nowych informacji. Chorzy stają się apatyczni, mają zaburzone poczucie czasu i nie potrafią prawidłowo przywoływać kolejności ostatnich wydarzeń. Braki w pamięci wypełniają fałszywymi treściami czyli konfabulacjami.

W przypadku stwierdzenia wymienionych objawów zespołu Korsakowa niezbędne jest zgłoszenie się do neurologa w celu przeprowadzenia ewentualnych badań dodatkowych i włączenia leczenia. Pojawienie się nagłych zaburzeń orientacji i logicznego kontaktu z chorym, drgawki trudności w wykonywaniu ruchów wymaga niezwłocznego przewiezienia chorego do szpitala.

Najgroźniejszym następstwem i powikłaniem uzależnienia od alkoholu jest **majaczenie drżenne (delirium tremens)** – czyli stan wymagający hospitalizacji i starannej obserwacji chorego. Podstawowe kryteria delirium tremens:

- A. Zaburzenia świadomości (zagubienie oraz dezorientacja „w czasie i przestrzeni”) oraz zaburzenia uwagi (upośledzenie zdolności koncentracji, przerzutności oraz utrzymywania uwagi).
- B. Objawy majaczenia rozwijają się szybko (w czasie od kilku godzin do kilku dni*), a stopień ich nasilenia często zmienia się w ciągu doby (faluje).
- C. Mogą występować również zaburzenia czynności poznawczych (upośledzenie pamięci, kompetencji językowych oraz czynności wzrokowo-przestrzennych) i/lub objawy psychotyczne (zwłaszcza omamy).

UZALEŻNIENIE OD NARKOTYKÓW:

Uzależnienie od narkotyków ma miejsce wtedy, gdy substancja chemiczna wprowadzana do organizmu przez długi czas, wywołuje reakcję fizjologiczną, psychiczną i emocjonalną w momencie jej odstawienia. Innymi słowy, uzależnienie od narkotyków jest tak samo zjawiskiem psychicznym, jak i fizjologicznym, a te dwa poziomy funkcjonowania są ze sobą złączone i wzajemnie uzależnione. Reakcja organizmu na odstawienie narkotyku może być różnorodna. Najczęściej występuje wówczas zjawisko nazywane głodem narkotykowym. Osoba odstawiająca narkotyki po długim okresie ich regularnego zażywania odczuwa przymus powrotu do nich, zdobycia ich za wszelką cenę. Często

osoby uzależnione podporządkowują swoje codzienne funkcjonowanie zażywaniu narkotyków. Na przykład – funkcjonują w cyklach opartych na naprzemiennym następowaniu po sobie etapów brania i trzeźwienia lub znaczną część swoich funduszy przeznaczają na używki.

Fazy rozwoju uzależnienia:

Faza eksperymentalna następuje wtedy, gdy dana osoba decyduje się na kilkakrotne zażycie danej substancji. Najczęściej głównym motywem dalszego przyjmowania narkotyku jest różnie przedstawiana ciekawość: chęć pogłębienia pozytywnych doznań, występujących po zażyciu narkotyku.

Faza regularnego zażywania substancji jest diagnozowana wtedy, gdy dana osoba zażywa narkotyki w sposób niebezpieczny, w dużych dawkach i krótkich odstępach czasu. W tej fazie pojawiają się już wyraźne objawy zaburzonego funkcjonowania społecznego osoby uzależnionej. Przede wszystkim, pojawiają się problemy w pracy zawodowej, w relacjach rodzinnych, a także problemy finansowe, wskazujące na postępujące uzależnienie.

Faza uzależnienia to ostatnia z faz. W jej trakcie dana osoba nie jest w stanie samodzielnie podjąć decyzji o zaprzestaniu zażywania danej substancji.

Środki psychoaktywne inne niż alkohol a zaburzenia psychiczne:

Grupą substancji psychoaktywnych, często powodujących zaburzenia stanu psychicznego są halucynogeny. Dzieje się tak dlatego, że większość osób sięgających po takie substancje robi to w celu zmiany świadomości umysłu. Substancja narkotyczna imituje niejako charakterystyczny dla różnych zaburzeń psychotycznych stan umysłu. Każdy chyba słyszał o przypadkach osób, które pod wpływem takiego środka zachowywały się irracjonalnie, traciły kontakt z rzeczywistością, a doświadczane przez nich wizje mogły sugerować chorobę psychiczną. Wśród badaczy zgodność, że w porównaniu z innymi substancjami przyjmowanie halucynogenów może wiązać się z ryzykiem utrzymywania się zaburzeń psychotycznych jeszcze dłużej po okresie ich przyjmowania. Dłużej utrzymujące się psychotyczne zaburzenia przy zachowanej pełnej abstynencji od substancji psychoaktywnej najczęściej mają obraz zespołu urojeniowego, zaburzeń depresyjnych oraz tzw. **Flashbacks**. Zjawisko flashback charakterystyczne jest nie tylko dla halucynogenów (np. LSD i jego pochodne), ale także dla kannabinoli (np. marihuana). Polega ono na pojawieniu się w okresie nawet długotrwałej abstynencji objawów psychotycznych podobnych do tych, jakie występowały podczas wcześniejszego przyjmowania substancji. Najczęściej opisywanymi przez pacjentów objawami mogą być: widzenie kształtów geometrycznych, zmieniających się barw, powidoków czy smug. Zjawisko to wywołane jest najczęściej stresem, zmęczeniem, intensywnym oświetleniem lub innymi czynnikami zewnętrznymi, zwanymi ogólnie czynnikami wyzwalającymi. Większość osób, mimo nieprzyjemnego charakteru przeżyć, ma zachowany wobec nich krytycyzm i świadoma jest genezy ich powstania.

Psychoza amfetaminowa to jeden z możliwych skutków ubocznych zażywania amfetaminy i metamfetaminy lub innych stymulantów, np. dopalaczy. Psychoza amfetaminowa może pojawić się nawet po sporadycznym zażyciu amfetaminy, ale zazwyczaj jest wynikiem przyjęcia zbyt dużej dawki narkotyku lub po długotrwałym jego zażywaniu. Wśród objawów tej psychozy występują:

- urojenia,
- halucynacje,
- zaburzenia myślenia,
- poczucie bycia prześladowanym,
- nadaktywność, niepokój ruchowy,
- stany lęku panicznego.

Zespół amotywacyjny w przebiegu uzależnienia od kanabinoli:

Długotrwałymi skutkami przyjmowania marihuany jest przede wszystkim zespół amotywacyjny czyli zaburzenia w sferze woli. Objawia się utrudnieniem lub niemożnością podejmowania decyzji, brakiem działania szczególnie wyznaczania sobie celów i ich realizacji. Osoby używające marihuanę mają przekonanie o dobrym radzeniu sobie bez względu na stopień pogorszenia funkcjonowania życiowego. Część osób rozluźnia relacje z najbliższymi, przyjaciółmi spoza kręgu narkotykowego. Charakterystyczne jest zawieranie jedynie płytkich emocjonalnie więzi z innymi osobami, osamotnienie, poczucie pustki i nudy.

11. UZALEŻNIENIA BEHAVIORALNE

Do niedawna uzależnienia wiązano przede wszystkim z zażywaniem substancji psychoaktywnych. Dziś, coraz częściej mamy do czynienia z uzależnieniami behawioralnymi, czyli od uzależnieniami czynności.

Jednym z częściej występujących jest **patologiczny hazard**. Uczestnictwo w grach typu hazardowego jest zjawiskiem dość rozpowszechnionym. Szczególnie dotyczy to dwóch typów gier: Lotto i konkursów SMS-owych. Nieco mniejszą popularnością cieszą się automaty i gry w Internecie, choć również w tych przypadkach można mówić o dużym zakresie uczestnictwa. Mniej popularne są naziemne zakłady bukmacherskie oraz inne, poza Lotto, gry liczbowe. Najmniejszą grupę stanowią osoby grające w kasynie.

Gry losowe – są to gry o wygrane pieniężne lub rzeczowe, których wynik zależy od przypadku, a warunki określa regulamin (gry liczbowe, loterie pieniężne, gra telebin-go, gry cylindryczne – gra przez wytypowanie liczb, znaków lub innych wyróżników; gry w karty, w kości, gra w bingo pieniężne i gra w bingo fantowe, loterie fantowe i promocyjne, loterie audiotekstowe – odpłatne połączenie telefoniczne i SMS-owe).

Zakłady wzajemne – są to zakłady o wygrane pieniężne lub rzeczowe (totalizatory – odgadywanie wyników sportowego współzawodnictwa ludzi lub zwierząt), bukmacherstwo (jest to transakcja między graczem a firmą bukmacherską polegająca na wytypowaniu przez gracza wyniku określonego zdarzenia – najczęściej dotyczącego wydarzeń sportowych lub wydarzenia politycznego, społecznego bądź finansowego).

Uzależnienie od hazardu rozwija się stopniowo, wyróżniamy 4 fazy:

FAZA ZWYCIĘSTW – w pierwszej fazie nie widać jeszcze problemu. Gracz gra od czasu do czasu na automatach, hazard traktuje jako rozrywkę. W przypadku wygranej zaczyna wierzyć w to, że będzie zawsze wygrywać (nieuzasadniony optymizm), a w przypadku osiągnięcia „wielkiej” wygranej dąży do jej powtórzenia, ryzykując coraz większe kwoty.

FAZA STRAT – faza ta rozwija się coraz szybciej, kiedy gracz zaczyna wygrywać i widzi finansowe korzyści z wygranych. Wygrana zachęca go do dalszej gry, a chęć wygrania lub odegrania się zmniejsza jego kontrolę nad sytuacją i emocjami. Gra coraz częściej kosztem opuszczania szkoły, pracy, zaniedbuje obowiązki domowe i inne dotychczasowe zajęcia, kłamie, ukrywając swoje uzależnienie. Zaczyna też zaciągać pierwsze pożyczki na coraz wyższe zakłady, wierząc, że wkrótce nastąpi kolejna „wielka wygrana”, która pozwoli mu je spłacić.

FAZA DESPERACJI – w tej fazie gracz całkowicie traci kontrolę nad zachowaniem, gra aż do tzw. zgrania się ze wszystkich pieniędzy, nie jest też w stanie przerwać gry bez względu na konsekwencje. Separuje się od rodziny i przyjaciół; narastające długi powodują w nim panikę i wzmacniają poczucie winy. Ciągłe napięcie i poczucie bezradności, jakie przeżywa, skutkuje psychicznym wyczerpaniem i depresją.

FAZA UTRATY NADZIEI – ostatnia faza może być niebezpieczna, ponieważ gracz może załamać się psychicznie z powodu wyrzucenia z pracy, szkoły lub uczelni, utraty przyjaciół, rodziny, presji narastających długów i niemożności ich spłacenia, rosnącego poczucia winy. Doświadczając beznadziejności swojej sytuacji, zaczyna uciekać w alkohol albo narkotyki, może również dokonywać prób samobójczych, aby uwolnić się z matni, z której nie potrafi wyjść.

* Dla osób zmagających się z tym problemem uruchomiono telefon zaufania:

telefon zaufania: 801 889 880 czynny codziennie w godz: 17.00-22.00

Anonimowi Hazardziści w Polsce: obecnie w każdym województwie, w miastach dużych i małych, spotykają się Anonimowi Hazardziści. Aby odnaleźć mityng najbliższy swej miejscowości należy użyć mapy, która widnieje na oficjalnej stronie organizacji: <http://pl.www.anonimowihazardzisci.org/mitingi.html>.

Wspólnota zapewnia również pomoc każdemu potrzebującemu – niezależnie czy hazard dotyczy osoby która się kontaktuje, czy kogoś z rodziny; wystarczy skontaktować się drogą mailową lub telefoniczną: **tel. 881 488 990, e-mail: pomoc@anonimowihazardzisci.org**

Oprócz hazardu istnieje szereg uzależnień behawioralnych, być może trochę przemilczanych. Są to np uzależnienie od Internetu, jedzenia, pracy czy zakupów. Zakres takich zachowań ciągle się poszerza. Oprócz wymienionych, wskazuje się także na uzależnienie od seksu, telefonu komórkowego, kart płatniczych, środków masowego przekazu.

W ostatnich latach przybywa osób cierpiących na tanoreksję (uzależnienie od opalania się, przede wszystkim w solarium), ortoreksję (nadmierna koncentracja na zdrowym jedzeniu), bigoreksję (przesadna dbałość o własną sylwetkę, poprzez podejmowanie ćwiczeń fizycznych, wysokobiałkową dietę, stosowanie sterydów anabolicznych), alkoreksję (zastępowanie jedzenia alkoholem w celu utrzymania szczupłej sylwetki). Mówi się także o uzależnieniu od zabiegów medycyny estetycznej (głównie botoksu) czy chirurgii plastycznej.

Tego typu zachowania są traktowane jako zachowania nałogowe (kompulsywne), nad którymi człowiek nie jest w stanie zapanować i które w sposób negatywny wpływają na wiele obszarów jego funkcjonowania. Ich celem jest nie tyle osiągnięcie przyjemności, co zredukowanie złego samopoczucia i wewnętrznego napięcia. W procesie diagnostycznym takich zaburzeń, stosuje się te same kryteria co w przypadku rozpoznawania uzależnienia od środków psychoaktywnych. Pomimo że zachowania te mają charakter autodestrukcyjny to wiele z nich, a szczególnie pracoholizm, jest akceptowanych społecznie.

12. ZABURZENIA ZACHOWANIA I EMOCJI ROZPOCZYNAJĄCE SIĘ W DZIECIŃSTWIE

ZABURZENIA HIPERKINETYCZNE – to grupa zaburzeń charakteryzujących się wczesnym początkiem (zazwyczaj w okresie pierwszych pięciu lat życia), brakiem wytrwałości w realizacji zadań wymagających pewnego zaangażowania, tendencją do przechodzenia z jednej aktywności w drugą – bez kończenia żadnej z rozpoczętych czynności, a także niekontrolowaną, chaotyczną aktywnością. Dzieci z zaburzeniami hiperkinetycznymi są często impulsywne, lekkomyślne i skłonne do wypadków; często popadają w kłopoty. Często pojawia się osłabienie funkcji poznawczych i specyficzne opóźnienia zarówno w rozwoju ruchów jak i mowy.

Interesującym jest fakt, że pierwszy opis ADHD pochodzi z 1902r, a początkowo to zaburzenie było nazywane „minimalną dysfunkcją mózgu”.

ADHD może występować także u dorosłych, warunkiem postawienia takiego rozpoznania jest występowanie zaburzeń już w dzieciństwie. Do najważniejszych objawów ADHD w wieku dorosłym należą: nieuwaga, nadaktywność lub niemożność odpoczynku oraz impulsywność. W praktyce osoby z ADHD pozostają w ciągłym ruchu i trudno im się skupić na jednej czynności.

Gdzie można szukać wsparcia i informacji na temat ADHD?

W lutym 2004 r. w Szczecinie powstało **Koło Pomocy Dzieciom z Nadpobudliwością Psychoruchową - ADHD**. Koło samopomocowe działa przy Zachodniopomorskim Oddziale Regionalnym Towarzystwa Przyjaciół Dzieci w Szczecinie. Głównym celem i zarazem misją koła jest pomoc dzieciom z ADHD i ich rodzinom, wsparcie oraz walka o ich prawa w społeczeństwie.

Rok 2020 to rozszerzenie profilu działań Koła o dzieci i młodzież z Zespołem Aspergera (ZA) oraz ich rodzin.

Kontakt: ul. Pocztowa 31-33, Szczecin; tel: 537 - 466 - 992

Pośród zaburzeń powstających w niemowlęctwie lub dzieciństwie należy wspomnieć o całościowych zaburzeniach rozwojowych. Najczęściej w tej kategorii opisuje się pojęcie autyzmu.

Autyzm dziecięcy charakteryzuje się specyficznym sposobem wadliwego funkcjonowania w trzech obszarach psychopatologii: interakcji społecznych, komunikacji (werbalnej i pozawerbalnej) oraz zachowania (ograniczone, stereotypowe, powtarzające się). Oprócz tych podstawowych cech diagnostycznych często występuje wiele objawów dodatkowych, takich jak napady złości i autoagresji, fobie, zaburzenia snu i odżywiania się. Autyzmowi często towarzyszy niepełnosprawność intelektualna różnego nasilenia. Ten nieprawidłowy lub zaburzony rozwój jest zauważalny przed trzecim rokiem życia.

Gdzie można szukać pomocy?

Krajowe Towarzystwo Autyzmu Oddział w Szczecinie, u. Montwiłła 2,
71-601 Szczecin; tel: 91 488 56 02; 535 002 917

13. SAMOBÓJSTWA I SAMOUSZKODZENIA

Samobójstwa stanowią poważny problem zdrowotny na całym świecie. Dość zaskakujące jest, jak wskaźniki samobójstw zmieniały się w XX wieku: znacznie obniżyły się podczas pierwszej i drugiej wojny światowej, wzrosły w latach 30-tych (lata kryzysu ekonomicznego) oraz ponownie w latach 50-tych. W późnych latach 60-tych do początku lat 70-tych ponownie uległy redukcji, natomiast od połowy lat 70-tych wyraźny jest ich wzrost – szczególnie w grupie młodych mężczyzn. Dotychczas nie udało się wyjaśnić przyczyny tego zjawiska. Najczęstsze metody samobójstw to powieszenie, skok z wysokości lub pod jadący pojazd, zatrucie samobójcze (przedawkowanie leków), zatrucie tlenkiem węgla podczas wdychania spalin samochodowych. Osoby starsze częściej dokonują samobójstwa przez tzw zaniechanie – czyli zaprzestanie stosowania niezbędnych leków. Mężczyźni częściej odbierają sobie życie stosując metody fizyczne, kobiety – poprzez zatrucie.

Cechy charakterystyczne pacjentów popełniających samobójstwo:

- Płeć męska. Proporcje mężczyzn do kobiet wynoszą 3:1, przewaga mężczyzn jest widoczna w każdej grupie wiekowej.
- Zamieszkiwanie w tłocznych obszarach śródmiejskich wielkich miast.

- Trudne warunki ekonomiczne, bezrobocie.
- Izolacja społeczna, brak bliskich relacji i więzi z innymi osobami. Dwie trzecie samobójców mieszka samotnie. Samobójstwa częściej spotyka się wśród osób samotnych, rozwiedzionych lub owdowiałych.
- Około połowa samobójców podejmowała próby samobójcze w przeszłości; jednak dla około trzech piątych mężczyzn i dwóch piątych kobiet już pierwszy zamach samobójczy kończy się śmiercią.
- Zamach samobójczy to skutek odczuwania bólu psychicznego, który jest niemożliwy do zniesienia. W tym stanie przeważają uczucia rozpacz, braku nadziei, bezradności i wściekłości. Złość i przemoc szczególnie często towarzyszą samobójstwom młodzieży.
- Choroby psychiczne zwiększają możliwość zamachu na własne życie – szczególnie dotyczy to zaburzeń depresyjnych w ich wczesnej fazie. Najbardziej obciążający pod tym względem jest pierwszy rok choroby, a w przypadku pacjentów hospitalizowanych w oddziałach psychiatrycznych – szczególnie niebezpieczne są pierwsze miesiące po wypisie ze szpitala. Inne zaburzenia psychiczne predysponujące do podjęcia próby samobójczej to schizofrenia paranoidalna, zaburzenia osobowości, a także uzależnienie od środków psychoaktywnych. W przypadku osób chorujących na schizofrenię, zamachy samobójcze częściej pojawiają się po ustąpieniu okresu psychotycznego – wtedy gdy uzyskują wgląd w chorobę i dostrzegają jej wpływ na całe swoje życie.
- Kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu – w tej grupie ryzyko samobójstwa (również samobójstwa rozszerzonego) jest wysokie. Dotyczy nie tylko kobiet które przed ciążą miały rozpoznaną chorobę psychiczną; ale obejmuje również przypadki depresji poporodowej i psychozy połogowej.
- Ciężka i długotrwała choroba somatyczna – zwłaszcza u osób starszych – może powodować tendencje do odebrania sobie życia.
- Samobójstwo może być związane z żalobą, z którą nie można się pogodzić. Doświadczenie straty bliskiej osoby – zwłaszcza rodzica lub współmałżonka jest niesłychanie obciążającym przeżyciem, a cierpienie z tego wynikające – bywa niemożliwe do uniesienia, szczególnie w pierwszym roku po tym wydarzeniu. Zamach samobójczy w tym przypadku bywa podejmowany blisko rocznicy śmierci bliskich.
- Sezonowość – dane statystyczne wskazują na to, że próby samobójcze częściej podejmowane są wiosną i latem.
- W Polsce (dane GUS).

SAMOBÓJSTWA WŚRÓD MŁODZIEŻY

Samobójstwa znajdują się na drugim miejscu (za wypadkami drogowymi) wśród przyczyn zgonu dorastających chłopców. Około połowy nastolatków podejmujących próbę samobójczą – dokonuje ją ponownie. Chłopcy popełniający samobójstwo często bywają ofiarami nadużyć seksualnych i przemocy fizycznej, często znęcają się nad nimi koledzy ze szkoły. Szczególne zagrożenie samobójstwem występuje w grupie ciężarnych nastolatków. Dodatkowe czynniki obciążające to dysfunkcyjna rodzina (z bardzo wysokim poziomem agresji wśród członków), zaburzenia psychiczne wśród najbliższych krewnych; samobójstwo rodziców lub rodzeństwa.

ZNAKI OSTRZEGAWCZE SAMOBÓJSTWA:

1. Mówienie o śmierci, zabiciu się: „wolałbym nigdy się nie urodzić”, „chciałbym zasnąć i się nie obudzić”.
2. Poszukiwanie i gromadzenie narzędzi mogących służyć do tego czynu, np gromadzenie leków, ostrych przedmiotów itp.
3. Zaabsorbowanie śmiercią, czytanie lub własnoręczne pisanie wierszy dotyczących tej tematyki.
4. Sygnalizowanie poczucia bezradności i braku nadziei: „dłużej nie dam rady”.
5. Akcentowanie nienawiści do siebie, podkreślanie bycia nieużytecznym lub wręcz zawadzającym.
6. Uporządkowanie swoich spraw, zrobienie testamentu, oddanie swoich własności, uporządkowanie spraw rodzinnych.
7. Żegnanie się – niespodziewane wizyty u rodziny, przyjaciół, osób dawno nie widzianych.
8. Oddalenie się, izolowanie – nie tylko fizyczne a i psychiczne.
9. Zachowania destrukcyjne – wzmożone używanie alkoholu, niebezpieczna jazda samochodem, ryzykowne zachowania (w tym również seksualne).
10. Nagłe odczucie spokoju, a wręcz radości – może wystąpić po podjęciu decyzji o samobójstwie.

JAK POSTĘPOWAĆ Z OSOBĄ ZE SKŁONNOŚCIAMI SAMOBÓJCZYMI?

1. Wysłuchaj, daj jej odczuć że nie jest sama, nie oceniaj – staraj się zrozumieć, bądź spokojny, cierpliwy, współczujący.
2. Zrób wszystko aby osoba uzyskała profesjonalną pomoc – najlepiej osobiście zaprowadź na wizytę do lekarza psychiatry. Jeżeli sytuacja jest nagląca – zawieź na Izbę Przyjęć szpitala psychiatrycznego.
3. Sprawdź mieszkanie tej osoby, a następnie usuń potencjalne narzędzia samobójcze – leki, żyletki, noże, broń.
4. Pilnuj leczenia, przypominaj o zażyciu leków, sprawdzaj czy stosuje się do zaleceń. Jeśli wystąpią działania niepożądane – powiedz o tym lekarzowi.
5. Bądź aktywny w kontakcie z taką osobą – zadzwoń, odwiedź ją. Kontynuuj wsparcie, nawet gdy jej kryzys się skończy.

TELEFONY ZAUFANIA:

800 70 22 22 całodobowa linia wsparcia z chatem, dyżurują psychologowie

815 346 060 całodobowy telefon zaufania

116111 linia wsparcia dla dzieci i młodzieży (w godzinach: 12.00-2.00)

Strona: www.samobojstwo.pl – z listą numerów.

SAMOUSZKODZENIA:

Samouszkodzenia, które nie zakończyły się zejściem śmiertelnym, określano przez ostatnie 50 lat jako „próbę samobójczą”, czy „zespół parasuicydalny”.

Najczęściej stosowaną metodą samouszkodzenia osób dorosłych, wymagającą przyjęcia w trybie nagłym do szpitala, jest przedawkowanie leków. Ta metoda występuje głównie wśród kobiet. Zatrucie lekami stanowi około 90% samouszkodzeń, pozostałe 10% to celowe uszkodzenie ciała – głównie w postaci cięcia przedramion i nadgarstków.

Nieco inaczej wyglądają działania autoagresywne wśród młodzieży – w tej grupie wiekowej zdecydowanie dominuje cięcie powłok skórnych. Należy zauważyć, że poza skórą przedramion i nadgarstków, występuje cięcie w obrębie ud, podudzi, ramion, klatki piersiowej czy brzucha. Do tego celu wykorzystywane są różne ostre narzędzia, uszkodzeń dokonuje się także zapalonymi papierosami (tzw. odgachy). Często są to czyny popełniane impulsywnie.

Ważne jest zwrócenie uwagi na fakt, że zachowania autodestrukcyjne mogą przybierać inną, ukrytą formę. Można tu wymienić uzależnienia, ryzykowną jazdę samochodem, niebezpieczne zachowania seksualne, powtarzające się wypadki itp.

Dane dotyczące samouszkodzeń są podobne do informacji odnoszących się do samobójstw. Wśród istotnych czynników sprzyjających podejmowaniu samouszkodzeń są trudne warunki społeczno-ekonomiczne, zamieszkiwanie w zaludnionych obszarach śródmiejskich z depryzacją społeczną, bezdomność, brak zatrudnienia, izolacja społeczna, bycie osobą samotną lub rozwiedzioną. Samouszkodzenia spotyka się często wśród młodych osób, które uciekły z domu; należą do częstych praktyk pośród osób z przeszłością kryminalną. Pacjenci dokonujący cięć systematycznie (np. z osobowością typu borderline), w okresie poprzedzającym samouszkodzenie bywają pobudzeni i niespokojni. Cięcie pozwala im na jakiś czas usunąć napięcie. **Samouszkodzeniom towarzyszą często:** poczucie beznadziejności, trudności w kontrolowaniu uczuć gniewu i wrogości, a także skłonność do innych zachowań agresywnych. Dla tych pacjentów często problematyczne jest nawiązywanie więzi emocjonalnej z innymi – wówczas przyczyną samookaleczenia może stać się sprzeczka domowa, kłótnia z partnerem itp.

Rodziny osób dokonujących samookaleczeń często bywają dysfunkcyjne, z wieloma nierozwiązanymi konfliktami, nie zapewniające wsparcia.

Podłoże pewnej części aktów autodestrukcyjnych stanowi choroba psychiczna, najczęściej wymienia się chorobę afektywną dwubiegunową, schizofrenię (pacjenci potrafią amputować sobie części ciała wskutek objawów psychotycznych), zaburzenia typu PTSD, zaburzenia przebiegające z silnym lękiem, zaburzenia osobowości czy zaburzenia odżywiania.

Również choroba somatyczna powoduje wzrost ryzyka samouszkodzeń – wg niektórych autorów szczególnie często takie zachowania występują wśród mężczyzn chorych na padaczkę.

W przypadku epizodów autoagresji pomocy należy szukać w tych samych placówkach, jakie były wymienione przy opisie samobójstw.

14. STANY NAGŁE W PSYCHIATRII

Stan nagły to sytuacja, w której pacjent wymaga pomocy i leczenia z powodu gwałtownie występujących zaburzeń psychicznych. Do takich stanów zaliczamy różne formy pobudzenia psychoruchowego, przebiegające z silnymi emocjami takimi jak złość, wściekłość, rozdrażnienie, silny lęk i niepokój, poczucie dezorientacji i chaosu; a prowadzące do zachowań agresywnych względem siebie, osób trzecich lub przedmiotów.

W takich sytuacjach należy udzielić pacjentowi wsparcia, skierować (a najlepiej dowieźć na konsultację do lekarza psychiatry) lub skierować do szpitala. W przypadku braku współpracy ze strony pacjenta, albo wystąpienia zachowań gwałtownych, należy wezwać Pogotowie Ratunkowe.

Aby właściwie pomóc pacjentowi, należy przeprowadzić ocenę ryzyka zachowań gwałtownych pacjenta. Poniżej są wymienione czynniki wpływające na wzrost ryzyka wystąpienia zachowań gwałtownych u pacjenta:

- zachowanie gwałtowne i/lub próby samobójcze w przeszłości,
- brak stabilnych więzi społecznych – taz „niepokój społeczny”,
- brak współpracy w zakresie terapii, wypisy na własne żądanie przy poprzedniej hospitalizacji,
- przyjmowanie substancji psychoaktywnych lub inne czynniki działające odhamowująco – np. środowisko społeczne pełne przemocy,
- wszelkie okoliczności sprzyjające zaburzeniom psychicznym – a zwłaszcza duże ich natężenie w ostatnim okresie,
- odstawienie w ostatnim czasie stosowanego leczenia farmakologicznego,
- w aktualnym stanie psychicznym: utrzymywanie się podejrzliwości, drażliwości, wrogości; uporczywie wypowiedane przekonania o prześladowaniach ze strony innych ludzi, poczucie bycia kontrolowanym przez inne siły oraz halucynacje słuchowe – tzw. głosy namawiające do czynów gwałtownych wobec siebie, osób z otoczenia lub przedmiotów.

Zachowania agresywne mogą mieć różne tło. Najczęstsze przyczyny to:

- agresja pochodzenia organicznego,
- leki, narkotyki, alkohol,
- urazy głowy, guzy ośrodkowego układu nerwowego, udar, padaczka, infekcje w obrębie układu nerwowego, mocznica, encefalopatia wątrobowa, niedotlenienie, dysfunkcje tarczycy.

Agresja pochodzenia psychotycznego:

- schizofrenia,
- choroba afektywna dwubiegunowa.

Agresja w przebiegu zaburzeń behawioralnych – jeżeli nie występuje patologia w obrębie mózgu i nie stwierdza się choroby psychicznej, a czyny gwałtowne wynikają z zaburzeń rozwoju emocjonalnego, zaburzeń osobowości itp.

Istotne znaczenie ma rodzaj komunikacji z pacjentem prezentującym zachowania agresywne – a zatem należy:

- nie osądzać,
- nie traktować dosłownie obraźliwych zachowań pacjenta,
- nie traktować z góry,
- nie grozić, nie przybierać groźnych póz, gestów ani mimiki,
- unikać przedłużającego się kontaktu wzrokowego,
- unikać wzajemnego przekrzykiwania się,
- nie blokować dostępu do drzwi,
- jasne przekazać, że jesteśmy świadomi jego skłonności do agresji.

W przypadku pacjentów pobudzonych i agresywnych najczęściej stosowane rozwiązania to:

- działania bezpośrednie, fizyczne – przytrzymanie, izolacja, podanie leków,
- oddziaływanie psychologiczne – próba nawiązania spokojnego kontaktu, rozmowa,
- interwencje inne – np. socjalne, zmierzające do znalezienia rozwiązania w trudnej dla pacjenta sytuacji, np edukacja na temat możliwości uzyskania zasiłku.

15. MODELE LECZENIA PSYCHIATRYCZNEGO W POLSCE

Opieka psychiatryczna w Polsce może odbywać się w warunkach:

- **stacjonarnych** - psychiatrycznych, leczenia uzależnień,
- **dziennych** - psychiatrycznych i leczenia uzależnień,
- **ambulatoryjnych** - psychiatrycznych, leczenia środowiskowego (domowego) oraz leczenia uzależnień,
- **Na izbie przyjęć.**

Świadczenia przysługujące pacjentowi w ramach tej opieki:

- **warunki stacjonarne,**
- świadczenia terapeutyczne,
- programy terapeutyczne,
- niezbędne badania diagnostyczne,
- konsultacje specjalistyczne,
- leki,
- wyroby medyczne (m.in. przedmioty ortopedyczne),
- wyżywienie (z zastrzeżeniem art. 18 ustawy),
- edukacja i konsultacje dla rodzin.
- **warunki dzienne**
- świadczenia terapeutyczne,
- programy terapeutyczne,
- niezbędne badania diagnostyczne,
- leki,
- wyżywienie,
- edukacja i konsultacje dla rodzin,
- **warunki ambulatoryjne,**
- świadczenia terapeutyczne,
- niezbędne badania diagnostyczne,
- leki niezbędne w stanach nagłych,
- edukacja i konsultacje dla rodzin.

Turnus rehabilitacyjny

Osoby z zaburzeniami psychicznymi lub osoby uzależnione raz w roku mogą wyjechać na turnus rehabilitacyjny. Może on być zorganizowany w ramach:

- świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych, rehabilitacji psychiatrycznej oraz leczenia zaburzeń nerwicowych u dorosłych, dzieci i młodzieży – udzielanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych,
- świadczeń rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi – udzielanych w warunkach stacjonarnych leczenia uzależnień,

- świadczeń gwarantowanych – udzielanych w warunkach dziennych psychiatrycznych,
- świadczeń gwarantowanych leczenia uzależnień od alkoholu i substancji psychoaktywnych – udzielanych w warunkach dziennych leczenia uzależnień,
- świadczeń gwarantowanych psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych, dzieci i młodzieży, leczenia nerwic oraz świadczeń gwarantowanych dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju – udzielanych w warunkach ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego),
- świadczeń gwarantowanych leczenia uzależnień od alkoholu substancji psychoaktywnych i programu substytucyjnego – udzielanych w warunkach ambulatoryjnych.

* Jeżeli chcesz skorzystać z pomocy lekarza psychiatry w poradni nie potrzebujesz skierowania.

Do psychologa i psychoterapeuty wymagane jest skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

W poradni zdrowia psychicznego osoba potrzebująca może skorzystać z diagnozy i porady lekarza psychiatry, porady i diagnozy psychologicznej oraz sesji psychoterapeutycznych. Podobne świadczenia realizowane są także w innych poradniach dla dzieci i młodzieży i innych poradniach wyspospecjalistycznych, np. leczenia nerwic, seksuologii i patologii współżycia oraz dla osób z autyzmem dziecięcym, w leczeniu środowiskowym (domowym).

W uzasadnionych przypadkach masz prawo poprosić o bezpłatną wizytę domową lekarza psychiatry, psychologa lub pielęgniarki i w razie potrzeby skorzystać z bezpłatnego transportu sanitarnego. Wszelkie badania związane z leczeniem psychiatrycznym prowadzonym w ramach umowy z Funduszem są bezpłatne, a świadczeniodawca nie może pobierać żadnych dodatkowych opłat, chyba że taka odpłatność przewidziana jest w odrębnych przepisach.

W poradni leczenia uzależnień leczone są osoby uzależnione np. od alkoholu, narkotyków, czy hazardu. Do poradni leczenia uzależnień nie jest wymagane skierowanie. Każdy pacjent korzystający z pomocy poradni ma prawo do bezpłatnych porad lekarskich i terapii prowadzonej przez specjalistę psychoterapii uzależnień, psychologa, psychoterapeutę lub instruktora terapii uzależnień.

W warunkach dziennych (oddziały dzienne) leczeni są pacjenci, którzy potrzebują intensywnych oddziaływań terapeutycznych, ale nie wymagają hospitalizacji. W trakcie leczenia chory ma zapewnione niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, niezbędne leki, wyroby medyczne i środki pomocnicze oraz żywność. Ma zagwarantowane także świadczenia terapeutyczne (w tym psychoterapię) i rehabilitacyjne, a rodzina działania edukacyjno-konsultacyjne.

W szpitalu (oddziały całonocowe) leczeni są pacjenci wymagający stałej obserwacji i opieki, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub z gabinetu prywatnego albo na mocy postanowienia sądu. Skierowanie pacjenta do szpitala psychiatrycznego wydawane jest w dniu badania, a jego ważność wygasa po upływie 14 (czternastu) dni. Okres ważności skierowania ulega przedłużeniu o czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego pod warunkiem wpisania na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, w terminie 14 dni od dnia wystawienia skierowania. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego wymaga pisemnej zgody pacjenta, a przyjęcie osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej następuje za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego. W szczególnych przypadkach można przyjąć pacjenta bez zgody do szpitala psychiatrycznego (patrz rozdział 17. - Zagadnienia prawne dotyczące leczenia psychiatrycznego bez zgody pacjenta).

Podczas leczenia pacjent ma zapewnione bezpłatnie niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, świadczenia z zakresu profilaktyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji, niezbędne leki, wyroby medyczne i środki pomocnicze, świadczenia terapeutyczne (w tym psychoterapia), a rodzina ma zagwarantowane działania edukacyjno-konsultacyjne

Ważne! W nagłych przypadkach osoba z zaburzeniami psychicznymi może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez skierowania, po osobistym jej zbadaniu przez lekarza izby przyjęć.

W izbie przyjęć, przez całą dobę, pacjent może skorzystać ze świadczeń udzielanych w trybie nagłym (także diagnostyczno-terapeutycznych). W przypadku konieczności kontynuowania leczenia specjalistycznego chory ma zapewnione zabezpieczenie medyczne oraz transport.

LECZENIE ŚRODOWISKOWE

Ta forma terapii adresowana jest do pacjentów z diagnozą psychozy, chorób afektywnych, zaburzeń psychicznych na podłożu organicznym oraz silnych zaburzeń lękowych czy innych stanów chorobowych, którzy ze względu na objawy choroby nie są w stanie skorzystać z opieki ambulatoryjnej, a ich stan nie wymaga hospitalizacji.

Główną zasadą leczenia środowiskowego jest umożliwienie pacjentom uzyskania pomocy w ich miejscu zamieszkania, bez konieczności rozdzielania z najbliższymi, jak również bez konieczności przerywania pracy czy nauki, jaką niesie ze sobą pobyt w szpitalu lub oddziale dziennym.

Celem działań zespołu terapeutycznego jest systematyczne i aktywne monitorowanie stanu zdrowia pacjentów, szybkie reagowanie w sytuacjach kryzysowych, systematyczne wspieranie ich funkcjonowania w różnych obszarach życia – w tym rozwój umiejętności życiowych, wzmacnianie możliwości radzenia sobie z chorobą, poprawianie umiejętności społecznych oraz wzmacnianie całej sieci oparcia społecznego osób pozostających w leczeniu.

Zespół Leczenia Środowiskowego funkcjonuje w oparciu o kadrę medyczną, w skład której wchodzi: lekarze psychiatry, psychologowie, psychoterapeuci, terapeuci środowiskowi oraz pielęgniarki środowiskowe.

Kryteria przyjęcia:

Do Zespołu Leczenia Środowiskowego pacjent może zgłosić się sam, zgłoszenia może dokonać lekarz prowadzący z Poradni Zdrowia Psychicznego (lub z innej instytucji opieki zdrowotnej), a także rodzina Pacjenta lub pracownik opieki społecznej. Kwalifikacja odbywa się na podstawie wizyty lekarza psychiatry, podczas której lekarz ocenia stan psychiczny Pacjenta i decyduje o zakwalifikowaniu go do leczenia przez zespół leczenia środowiskowego, lub kieruje do innej – właściwej formy leczenia lub rehabilitacji.

16. MODELE I ZASADY PROWADZENIA TERAPII UZALEŻNIEŃ

Udzielanie świadczeń zdrowotnych dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, zorganizowane jest w oparciu o sieć placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych, posiadających status publicznych lub niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Sieć tworzą przede wszystkim specjalistyczne placówki lecznictwa ambulatoryjnego i stacjonarnego oraz nieliczne inne formy opieki pośredniej, takie jak: oddziały dzienne oraz programy post-rehabilitacyjne. Odrębne miejsce, najczęściej powiązane z opieką ambulatoryjną, zajmują programy terapii zastępczej (substytucyjne).

Metody pomocy osobom uzależnionych zawierają się w dwóch głównych obszarach oddziaływań: metodach psychospołecznych oraz leczeniu farmakologicznym.

W ramach metod psychospołecznych, będących dominującą formą oddziaływań, wyodrębnić można: społeczność terapeutyczną, psychoterapię behawioralno-poznawczą, model 12 kroków, zarządzanie przypadkiem (Case management) oraz ruchy samopomocowe.

Leczenie farmakologiczne, prowadzone jest głównie jako programy terapii zastępczej (leczenie substytucyjne) i detoksykacja. Formy te powinny być uzupełnione zajęciami terapeutycznymi, dostosowanymi do indywidualnych problemów osoby nadużywającej substancji psychoaktywnych lub uzależnionej.

Spoleczność terapeutyczna to bardzo skuteczne podejście do leczenia uzależnień i innych pokrewnych problemów życiowych. W Polsce stanowi dominujące podejście stosowane w systemie pomocy osobom uzależnionym od środków psychoaktywnych.

W podejściu tym dąży się do wprowadzenia zmian w wymiarze funkcjonowania psychologicznego i społecznego. Uczenie się nowych zachowań, zmiana stylu życia, przyjęcie nowej tożsamości następuje stopniowo poprzez uczestniczenie pacjenta w różnych rolach społecznych (gospodarz domu, kierownik pracy, szef służby ochrony ośrodka, szef kuchni).

Większość społeczności terapeutycznych ma strukturę hierarchiczną, a pozycja mieszkańca w hierarchii społeczności zależy przede wszystkim od czasu pobytu i postępów w pełnieniu ról. O zmianie statutu (awansie) decydują wszyscy członkowie społeczności.

Spoleczność terapeutyczna stosuje się do pewnych ogólnych, podstawowych wartości stanowiących istotę osobistego rozwoju, zdrowego życia, społecznego uczenia się i w konsekwencji zdrowienia. Wartości te obejmują uczciwość, prawdomówność, osobistą odpowiedzialność, niezależność finansową, odpowiedzialność za rodzinę, zaangażowanie w życie społeczne. Podstawowym i pierwotnym źródłem informacji oraz wsparcia w metodzie Społeczności Terapeutycznej jest dla jednostki **informacja zwrotna** od jej członków oraz idea **samopomocy w zdrowieniu**, gdzie ważną rolę odgrywają rówieśnicy, personel, codzienny rytm pracy, spotkania grup, zajęcia rekreacyjne. W tej metodzie jednostka staje się współodpowiedzialna za proces swojej zmiany, równocześnie zmieniając siebie przyczynia się do zmiany innych osób tworzących społeczność. Wspólna filozofia, normy, wartości, zasady i rytuały, chronią zarówno fizyczne, jak i psychologiczne bezpieczeństwo społeczności, co odgrywa niebagatelną rolę w procesie zdrowienia.

*** Zdrowienie zależy nie tylko od tego, czego nauczy się jednostka, ale również od tego w jaki sposób, z kim i gdzie nabywa nowe umiejętności.**

Metoda zarządzania przypadkiem (z ang. case management) jest postrzegana jako jedna z ważniejszych innowacji na polu zdrowia psychicznego i opieki środowiskowej ostatnich dekad.

Praca społeczna z przypadkiem to przede wszystkim koordynowanie świadczonych usług, dbałość o fundusze publiczne, opieka dla ubogich i chorych osób, wiara w godność klienta, oraz wzmacnianie populacji szczególnie narażonych na problemy. Zarządzanie przypadkiem kładzie nacisk na identyfikację potrzeb klienta i możliwych sposobów zaspokojenia ich w oparciu o zasoby istniejące w środowisku. Case manager jest osobą, która nie tylko wspiera klienta na każdym etapie pomocy, ale jest odpowiedzialna za monitorowanie całego procesu.

Podstawowe zadania w pracy metodą zarządzania przypadkiem to:

1. diagnoza - obejmuje zbieranie informacji dotyczących pilnych do rozwiązania problemów klienta oraz analizowanie możliwości w oparciu o słabe i silne strony klienta, jego potrzeby,
2. planowanie - polega na stworzeniu indywidualnego planu uwzględniającego w jaki sposób potrzeby klienta zostaną zaspokojone,
3. łączenie - ułatwianie klientowi skorzystanie z różnego rodzaju dostępnych usług, adekwatnie do jego potrzeb,

4. monitorowanie - stała ewaluacja postępu klienta,
5. występowanie w interesie klienta - wspieranie klienta i całego procesu zmian.

Wielką zaletą zarządzania przypadkiem jest umożliwienie klientowi skorzystanie z usług świadczonych przez różnego typu instytucje. Zgodnie z tą metodą klient nie jest osobą bierną, pozbawioną wpływu lecz zaangażowaną w rozwiązywanie swoich problemów. Oczekuje się od niego aktywności, bazuje na jego mocnych stronach i zachęca do podejmowania odpowiedzialności. Klient jest ekspertem w zakresie własnych potrzeb i świata wartości.

Terapie behawioralno – poznawcze są skuteczne w leczeniu wielu zaburzeń jak: depresje, zaburzenia lękowe, zaburzenia odżywiania, uzależnienie od substancji psychoaktywnych. Często są łączone z farmakoterapią. Główny sposób postępowania:

1. Identyfikacja i modyfikacja irracjonalnych/nieprzystosowawczych przekonań i myśli
2. Uczenie się nowych wzorów reakcji emocjonalnych i zachowania poprzez:
 - Modelowanie,
 - Treningi asertywności,
 - Treningi umiejętności społecznych,
 - Treningi konstruktywnych zachowań,
 - Biblioterapię,
 - Zadania domowe.

W terapii uzależnień ważną rolę odgrywają grupy samopomocy, dające swoim członkom poczucie więzi, wsparcia emocjonalnego i pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i życiowych. Grupą samopomocy dla osób z problemem narkotykowym są **Anonimowi Narkomani (NA)**, a dla osób nadużywających alkoholu – Anonimowi Alkoholicy (AA). NA i AA stanowią najbardziej znaną i powszechnie dostępną formę wsparcia dla osób uzależnionych od narkotyków lub alkoholu; poszukujących pomocy. Może to być uzupełnienie profesjonalnej oferty leczniczej. NA i AA mają zasięg międzynarodowy, mityngi odbywają się w ponad 140 krajach. Grupy mają charakter wspólnoty, której celem jest wzajemna pomoc w zaprzestaniu zażywania oraz utrzymaniu abstynencji od środków psychoaktywnych. Do wspólnoty NA i AA może należeć każdy, kto chce zaprzestać zażywania narkotyków lub nadużywania alkoholu; niezależnie od tego czy kiedykolwiek korzystał z leczenia. Wzajemne wsparcie osób uzależnionych ma ogromną wartość w procesie zdrowienia. Więcej informacji o wspólnocie NA można znaleźć na stronie: www.anonimowinarkomani.org oraz www.aa.org.pl

Detoksykacja

Jest to proces terapeutyczny, w którym u osoby z uzależnieniem fizjologicznym zaprzestaje się podawania danej substancji i leczy ujawniające się objawy abstynencyjne.

Odbywa się to poprzez podawanie preparatów, które mają na celu złagodzenie objawów towarzyszących odstawieniu substancji psychoaktywnych (tzw. zespołu abstynencyjnego). W wyniku udanej detoksykacji pacjent utrzymuje abstynencję bez objawów abstynencyjnych oraz zanika wykształcona w procesie uzależnienia tolerancja na efekty substancji.

Celem detoksykacji jest zatem:

- usunięcie uzależnienia fizjologicznego,
- ograniczenie/eliminacja objawów abstynencyjnych i towarzyszącego dyskomfortu,

- zaangażowanie pacjenta w proces leczenia uzależnienia i zapoczątkowanie długofalowej opieki psychoterapeutycznej i medycznej mającej na celu utrzymanie trwałej abstynencji.

Detoksykacja może być przeprowadzona w sposób ultraszybki (kilka godzin), szybki (kilka dni) - najczęściej w warunkach stacjonarnych lub stopniowo (kilka tygodni czy miesięcy) - w warunkach ambulatoryjnych.

Leczenie szpitalne prowadzi się w przypadkach, kiedy:

- objawy abstynencyjne mogą mieć intensywne nasilenie,
- mogą wystąpić powikłania ogólnomedyczne lub psychiatryczne (np. u osób z problemami somatycznymi lub obecnością powikłań w trakcie uprzednich detoksykacji w postaci np. napadów drgawkowych, zaburzeń świadomości),
- wymagane dawki leków są na tyle wysokie, że ich objawy uboczne (np. nadmierne uspokojenie) uniemożliwią prawidłowe funkcjonowanie,
- nie ma warunków na bezpieczną detoksykację ambulatoryjną i utrzymanie abstynencji (np. trudności w kontakcie z lekarzem, brak odpowiedzialnej osoby, która mogłaby monitorować leczenie, przebywanie w środowisku, gdzie dostęp do substancji jest bardzo łatwy itp.).

Leki stosowane w trakcie detoksykacji:

1. substancje, od których pacjent jest uzależniony (np. benzodiazepiny), których dawki są stopniowo zmniejszane w warunkach kontrolowanych,
2. leki, które mają efekt podobny do substancji uzależniającej (np. metadon w detoksykacji od heroiny, czy benzodiazepiny w detoksykacji od alkoholu) i których dawki są stopniowo zmniejszane w warunkach kontrolowanych,
3. leki, które specyficznie blokują zmiany towarzyszące zespołom abstynencyjnym (np. klonidyna lub lofeksydyna w detoksykacji opioidowej),
4. leki bezpośrednio zmniejszające intensywność objawów zespołu abstynencyjnego (leki przeciwbólowe, tj. paracetamol czy ibuprofen, leki przeciwwymiotne, np. tietyloperazyna, leki przeciwłękowe np. lorazepam czy klonazepam, leki nasenne, np. zolpidem, trazodon).

Zespoły abstynencyjne wymagające zastosowania detoksykacji to najczęściej:

- opioidowy zespół abstynencyjny,
- zespół abstynencyjny po lekach uspokajających i nasennych.

W przypadku uzależnienia od opioidów tradycyjna detoksykacja w oddziale stacjonarnym trwa około 7-10 dni, w czasie których podaje się stopniowo zmniejszające dawki opioidu najczęściej metadonu lub morfiny, a przez ostatnie 1-2 dni stosuje się wyłącznie leczenie objawowe. Natomiast detoksykacja od leków uspokajających i nasennych trwa kilka miesięcy i polega na zastąpieniu leku, od którego pacjent jest uzależniony, lekiem, który cechuje się wolnym wchłanianiem i długim okresem półtrwania (klonazepam, chlordiazepoksyd, klorazepat), a następnie stopniowym zmniejszaniem dawki z pośrednimi okresami stabilizacji na niższej dawce.

Należy pamiętać, że detoksykacja jest jedynie wstępem lub pierwszym etapem leczenia uzależnień (kontynuowanym w nurcie abstynencyjnym bądź substytucyjnym).

Leczenie substytucyjne to farmakologiczna metoda leczenia osób uzależnionych od opioidów, która w połączeniu z opieką socjalną, medyczną oraz psychologiczną daje największe prawdopodobieństwo skuteczności spośród wszystkich innych dostępnych form leczenia. W tej metodzie wykorzystuje się substancję o właściwościach i działaniu podobnym do właściwości i działania narkotyku, który

spowodował uzależnienie. Taką substancję określa się mianem agonisty. Narkotyk zastępowany jest agonistą w celu osiągnięcia przez pacjenta bardziej kontrolowanej formy uzależnienia. Umożliwienie pacjentowi zaprzestanie używania substancji nielegalnej ma ogromne znaczenie z uwagi na ograniczenie ryzyka szkód związanych z używaniem. Obecnie podstawowymi lekami stosowanymi w substytucji są metadon i buprenorfina. Podawanie agonisty zapobiega występowaniu objawów zespołu abstynencyjnego, redukuje głód psychiczny opiatów oraz redukuje skutki zdrowotne i społeczne związane z uzależnieniem.

* Program leczenia substytucyjnego w województwie zachodniopomorskim mieści się w Poradni dla Osób Uzależnionych od Środków Psychoaktywnych, ul. św. Wojciecha 7, 70-410 Szczecin, tel: 91-88-06-091

Leczenie blokerami i środkami awersyjnymi

Biorąc pod uwagę, iż głównym celem leczenia uzależnień jest osiągnięcie długotrwałej abstynencji i zapobieganie nawrotom używania, jednym z najbardziej efektywnych sposobów na osiągnięcie tego celu jest leczenie takimi lekami, które powodują efekty fizjologiczne uniemożliwiające doświadczenie euforyzujących efektów substancji psychoaktywnej. Należą do nich:

- antagoniści receptora opioidowego (naltrekson, nalmefen),
- disulfiram stosowany w leczeniu uzależnienia od alkoholu.

Poniżej wykaz wybranych ośrodków terapii uzależnień:

L.P.	Dane ośrodka	okres pobytu	zakres leczenia	wiek
1.	NZOZ Ośrodek Rehabilitacyjno-Postresocjalizacyjny Stowarzyszenia "Solidarni Plus" 76-020 Bobolice, Darżewo 6 tel. 94 318 37 95	12-18 mies.	narkotyki	+18
2.	NZOZ Monar Ośrodek Rehabilitacji i Readaptacji dla Osób Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych 73-150 Łobez, Grabowo 1 tel. 91 397 50 00 www.grabowo.org.pl	12-18 mies.	narkotyki	+18
3.	NZOZ Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny Monar 78-125 Kamień Rymański, Kamień Rymański 5 tel. 94 358 32 49	3-6 mies. 7-12 mies.	narkotyki	14-22
4.	NZOZ Stowarzyszenia Monar Ośrodek w Babigoszczu 72-122 Łoźnica, Babigoszcz 19 tel. 91 418 93 60 www.babigoszczmonar.org	7-12 mies.	narkotyki	15-25
5.	NZOZ Monar-Marianówek Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny 78-123 Siemyśl, Wszemierzycze 1 tel. 94 351 25 63, 94 351 22 70 www.marianowek.prv.pl	7-12 mies.	narkotyki (ośrodek przyjmuje uzależnione matki z dziećmi)	16-23

6.	NZOZ "Patronka" Stacjonarny Oddział Terapii Uzależnień 78-400 Szczecinek, ul. Lelewela 11 tel. 94 374 01 06 www.patronka.pl	2 mies.	alkohol	+18
7.	Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny dla Młodzieży Czścibór-Rudki, 78-600 Wałcz tel. 500 166 280, 500 166 290 www.ptzn.org.pl	12-24 mies.	narkotyki	7-17
8.	Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia 78-217 Stanomino, Stanomino 5 tel: 94-311-06-40; 94-311-06-39	8 tygodni	Alkohol lub uzależnienia mieszane	+18

* Do większości ośrodków wymagane jest skierowanie od lekarza.

* W sprawie przyjęcia do ośrodka wymagany jest kontakt od osoby zainteresowanej (nie członków rodziny czy przyjaciół).

Więcej placówek znajduje się na stronach:

www.narkomania.org w zakładce „gdzie szukać pomocy” lub www.parpa.pl w zakładce „placówki lecznictwa”.

Telefon Zaufania: 800 199-990 czynny codziennie w godz 16.00-21.00

Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych

Dynamicznie rozwijający się rynek gier i zakładów wzajemnych, rosnące wydatki polskiego społeczeństwa na gry hazardowe jak również wzrost liczby osób uzależnionych spowodowały konieczność wprowadzenia nowych regulacji prawnych.

Jednym z istotnych zapisów ustawy z dnia 19 listopada 2009 roku o grach hazardowych jest artykuł 88 ustanawiający Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych, którego dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Fundusz jest państwowym funduszem celowym, którego przychód stanowi obecnie 1% wpływów z dopłat od gier objętych monopolem państwa.

Początkowo wydatki z tytułu Funduszu mogły być przeznaczane wyłącznie na realizację programów związanych z problematyką hazardu, jednak nowelizacja ustawy z dnia 26 maja 2011 roku rozszerza zapis artykułu 88, który w nowym brzmieniu obejmuje, oprócz hazardu, inne uzależnienia niestanowiące uzależnienia od substancji psychoaktywnych określane mianem uzależnień „niechemicznych” czy behawioralnych. To są przede wszystkim uzależnienia od Internetu, gier komputerowych, telefonu komórkowego, nałogowe zakupy, seks czy pracoholizm.

Telefon zaufania: 801 889 880 czynny codziennie w godz. 17.00 – 22.00

17. ZAGADNIENIA PRAWNE DOTYCZĄCE LECZENIA PSYCHIATRYCZNEGO BEZ ZGODY PACJENTA

Zgodnie z zapisami ustawy o prawach pacjenta „Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych, lub odmowy takiej „zgody”, czyli wszystkie działania o szeroko rozumianym charakterze medycznym (zarówno diagnostycznym jak i leczniczym), mogą być podejmowane wyłącznie za zgodą pacjenta.

Istnieją jednak takie okoliczności, w których można przyjąć pacjenta do szpitala psychiatrycznego i leczyć go - bez jego „zgody”.

Poniżej zostaną przedstawione te szczególne okoliczności hospitalizowania pacjenta w szpitalu psychiatrycznym bez jego zgody.

PRZYMUSOWA HOSPITALIZACJA PSYCHIATRYCZNA

1. TRYB NAGŁY	2. TRYB OBSERWACYJNY	3. TRYB WNIOSKOWY
---------------	----------------------	-------------------

TRYB NAGŁY:

Zgodnie z art. 23 Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego „osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo zdrowiu lub życiu innych osób”.

Należy zwrócić uwagę, że ten tryb służy do przyjęcia pacjenta przede wszystkim w sytuacjach wymagających natychmiastowego działania w związku z zaistnieniem niepokojących lub potencjalnie groźnych zachowań – które wynikają z choroby psychicznej. Do takich stanów należą np.:

1. dokonane akty agresji wobec siebie i/lub innych – skok przez okno, wbicie noża w brzuch, szyję lub inne części ciała, połknięcie trującej substancji, wyrzucanie ciężkich przedmiotów na ulicę, uderzenie kogoś i poważne uszkodzenie tej osoby.
2. Akty agresji przygotowane w ten sposób, że same czynności stanowią zagrożenie – zbieranie materiałów wybuchowych, łatwopalnych lub trucizn, zaopatrywanie się w broń lub przedmioty mogące służyć do przeprowadzenia zamachu na siebie lub innych.
3. Werbalne groźby dokonania zamachu samobójczego lub zamachu na inne osoby – jeżeli ta groźba wyrażona jest w taki sposób, że istnieje realna możliwość jej wykonania.

Przyjęcia do szpitala dokonuje lekarz, jego działanie jest następnie analizowane i zatwierdzone przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem), a wszystkie te procedury zatwierdza sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala. Istnieje więc kontrola decyzji leczniczych przez niezawisły i niezależny sąd.

TRYB OBSERWACYJNY:

Zgodnie z art. 24 Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego:

„Osoba, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, może być przyjęta bez zgody do szpitala psychiatrycznego w celu wyjaśnienia tych wątpliwości. Pobyt w szpitalu w trybie obserwacyjnym nie może trwać dłużej niż 10 dni”.

Tryb obserwacyjny – podobnie jak tryb nagły – dotyczy stanów, w których pacjent jest niebezpieczny dla siebie lub innych, nie wiadomo jednak czy jest on chory psychicznie.

W trakcie pobytu obserwacyjnego w szpitalu psychiatrycznym istnieje możliwość (w szczególnych przypadkach) stosowania leczenia farmakologicznego.

TRYB WNIOSKOWY:

Zgodnie z art. 29 Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego:

„Do szpitala psychiatrycznego może być również przyjęta bez zgody osoba chora psychicznie:

- której zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie jej zdrowia psychicznego
lub
- która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia.

O takiej potrzebie przyjęcia do szpitala orzeka sąd opiekuńczy miejsca zamieszkania tej osoby – na wniosek jej małżonka, rodzeństwa, krewnych w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę lub organu do spraw pomocy społecznej (w przypadku osoby objętej oparciem społecznym).”

18. ZAGADNIENIA PRAWNE DOTYCZĄCE TERAPII UZALEŻNIEŃ

Leczenie i terapia osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków odbywa się za zgodą osoby uzależnionej. Jednak w określonych, konkretnych przypadkach, istnieje możliwość leczenia osoby uzależnionej przymusowo.

Poniżej zostaną opisane owe szczególne przypadki

LECZENIE PRZYMUSOWE OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU

Pod koniec października 1982r została uchwalona pierwsza wersja ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. W tej ustawie trzeźwość została uznana „niezbędnym warunkiem moralnego i materialnego dobra Narodu”; a uzależnienie opisano jako element stanowiący zagrożenie nie tylko dla jednostki ale i dla społeczeństwa. Dlatego wprowadzono możliwość leczenia przymusowego – stanowią o tym następujące artykuły Ustawy:

Art. 24 Ustawy o przeciwdziałaniu alkoholizmowi: „Osoby, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od pracy, albo systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny, kieruje się na badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego”.

Art. 26 Ustawy o przeciwdziałaniu alkoholizmowi: „Osoby o których mowa w art.24 jeżeli uzależnione są od alkoholu, można zobowiązać do poddania się leczeniu w stacjonarnym lub niestacjonarnym zakładzie lecznictwa odwykowego”. Leczenie trwa tak długo, jak tego wymaga stan pacjenta – ale nie dłużej niż 2 lata od chwili uprawomocnienia się wyroku (art. 34 Ustawy).

Wniosek do Sądu w sprawie badania i ew. przymusowego leczenia kieruje Gminna Komisja ds Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Jeżeli pacjent nie stawi się na rozprawę lub będzie się uchylał – zgodnie z art. 30 Ustawy: „Sąd może zarządzić przymusowe doprowadzenie przez organ Policji”.

PRZYMUS LECZENIA OSÓB UZALEŻNIONYCH OD NARKOTYKÓW:

W polskim porządku prawnym działania przymusowe dotyczą przeważnie osób uzależnionych od alkoholu. W przypadku osób uzależnionych od narkotyków jest znacznie mniej sposobów skierowania

na przymusowe leczenie i/lub terapię – tym niemniej istnieją pewne możliwości w tym względzie:

1. Jeżeli pacjent ma postawione podwójne rozpoznanie (jednocześnie występuje choroba psychiczna i uzależnienie od środków psychoaktywnych) i wskutek pororszenia stanu psychicznego zaczyna stwarzać zagrożenie dla siebie lub innych osób – może być hospitalizowany bez zgody w ramach art. 23 lub 29 Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego. Najlepsze do tego celu są oddziały przeznaczone specjalnie dla pacjentów z podwójną diagnozą, w których oprócz leczenia farmakologicznego, prowadzone są oddziaływania terapeutyczne, najczęściej na zasadach społeczności terapeutycznej.
2. Jeżeli osoba używająca substancji psychoaktywnych popełnia czyn karalny – związany z uzależnieniem, o czym mówi art. 96 Kodeksu karnego: „Skazując sprawcę na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego, Sąd może orzec umieszczenie sprawcy w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego – jeżeli zachodzi wysokie prawdopodobieństwo ponownego popełnienia przestępstwa związanego z tym uzależnieniem”.
3. Ubezważnowolnienie – art. 13 Kodeksu cywilnego: „Osoba, która ukończyła 13 lat może być ubezwłasnowolniona całkowicie, jeżeli wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, nie jest w stanie kierować swoim postępowaniem”.

* W przypadku osób nieletnich – obowiązuje art. 12 Ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich: „W razie stwierdzenia u nieletniego upośledzenia umysłowego, choroby psychicznej lub innego zakłócenia czynności psychicznych bądź nałogowego używania alkoholu albo innych środków używanych w celu wprowadzenia się w stan odurzenia, Sąd rodzinny może orzec umieszczenie nieletniego w szpitalu psychiatrycznym lub innym odpowiednim zakładzie leczniczym”. Leczenie dziecka bez zgody w tym trybie możliwe jest do ukończenia przez nie 18 rż.

19. OSOBY Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI A RYNEK PRACY

Praca i aktywność zawodowa mają istotne znaczenie terapeutyczne w przypadku osób z chorobą psychiczną. Możliwość posiadania i wykonywania pracy zawodowej daje poczucie bycia potrzebnym i wartościowym oraz podnosi ogólną satysfakcję życiową. Ponadto aktywność zawodowa jest okazją do samorealizacji, skutecznie chroni przed pustką, znudzeniem i biernością. Przeciwdziała poczuciu bezsilności i sprzyja rozwojowi osobowości. Stwarza okazję do nawiązywania i podtrzymywania kontaktów społecznych. Osoby chore, które są w trakcie „zdrowienia”, a funkcjonują jako osoby bezrobotne, tracą okazję nadążania za aktualnymi przemianami społeczno - ekonomicznymi, nie mają szansy podejmowania różnych decyzji życiowych i są pozbawione możliwości pracy nad sobą. Osoby z niepełnosprawnością psychiczną po poprawie ich stanu zdrowia pragną powrotu do pracy, mają także bardzo nasiloną potrzebę bycia pożytecznym dla środowiska, chcą rozwijać swoje kwalifikacje zawodowe, a poprzez te działania uzyskiwać wiarę w siebie i utrzymywać dobry stan zdrowia psychicznego. Takie osoby posiadają wiele własnych możliwości, które mogą być wykorzystane w procesie aktywizacji zawodowej. Należy jednak pamiętać również o tym, że choroba psychiczna i leczenie szpitalne mogą powodować pewne trudności, których doświadcza pacjent. Zaliczają się do nich: zmniejszenie możliwości adaptacyjnych w stosunku do nowych sytuacji, zwiększona męczliwość, wolniejsze tempo pracy, obniżone poczucie pewności siebie i mniejsza odporność na stres. Osoby takie silniej odczuwają obawy przed odrzuceniem ze strony społeczeństwa, mogą wykazywać zmniejszoną zręczność manualną oraz obniżoną zdolność koncentracji uwagi. Wymienione utrudnienia mogą negatywnie oddziaływać

na funkcjonowanie osoby w środowisku pracy, jednak są możliwe do opanowania.

Warto zastanowić się, gdzie właściwie może znaleźć pracę osoba chora psychicznie, która pragnie powrócić do aktywności zawodowej. Zależy to od wielu czynników, między innymi od takich jak: kwalifikacje zawodowe i poziom wykształcenia danej osoby, posiadane umiejętności, preferencje i zainteresowania zawodowe, predyspozycje osobowościowe, oraz aktualny stan zdrowia i samopoczucie psychiczne. Ważne jest również doświadczenie zawodowe osoby oraz jej realne możliwości, w związku z posiadaną niepełnosprawnością. Należy brać także pod uwagę aktualne oferty i zapotrzebowanie na rynku pracy.

Praktyka pokazuje, że osoby chore psychicznie sprawdzają się w pracy w różnych miejscach. Statystyki podają, że pracują między innymi w kwiaciarniach, kawiarniach, hotelach, zakładach cukierniczych i piekarniach. Osoby po kryzysach psychicznych są zatrudniane w sektorze kulturalnym, usługowym np. pracownicy gospodarczy, portierzy, stróże. Wiele spośród tej grupy osób wykonuje także prace biurowe bądź zajmuje się sprzedażą. Niewskazana jest w przypadku takich osób ciężka praca fizyczna, prace w porze nocnej - ze względu na potrzebę ustabilizowanego rytmu życia i zapewnienia wypoczynku. W przypadku schorzeń psychicznych nie zaleca się pracy na stanowiskach kierowniczych, gdyż często wiąże się ona ze zbyt dużym obciążeniem psychicznym, odpowiedzialnością i nadmiernymi czynnikami stresogennymi.

- Warto sprawdzić projekty dotyczące aktywizacji zawodowej dla osób z niepełnosprawnością psychiczną na stronie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych: <https://www.pfron.org.pl/>.

WYKAZ ZAKŁADÓW PRACY CHRONIONEJ W WOJEWÓDZTWIE ZACHODNIOPOMORSKIM

Lp.	Nazwa	Adres	Nr telefonu	Nr faksu
1	Z-d Przetw. Spożywczego Michał Szugalski	ul. Kolejowa 4, 76-020 Bobolice	(94) 31-87-310	34-61-449
2	"Opak" Leopold Pączka sp. j.	ul. Harcerska 9, 78-400 Szczecinek	(94) 37-46-923	37-46-923
3	Gm.Sp-nia "Samopomoc Chłopska"	ul. Rynek 2, 72-320 Trzebiatów	(91) 38-72-592	38-72-185
4	Piekarnia - Wyrób i Sprzedaż T.Jakubowski	ul. Cieszkowskiego 27, 76-100 Sławno	(59) 81-07-913	72-79-985
5	Ochrona Osób I Mienia G. Kotwicki - sp. j.	ul. Magazynowa 1, 73-150 Łobez	(91) 39-73-250	39-73-251
6	CODAR SECURITY sp. z o.o.	ul. Kościuszki 26, 74-200 Pyrzyce	(91) 57-00-252	57-00-252
7	Unia sp. z o.o.	ul. Lechicka 23, 75-837 Koszalin	(94) 34-24-035	34-23-505

Wykaz Zakładów Pracy Chronionej - Spółdzielnie Inwalidów

1	Chemiczna Spółdzielnia Inwalidów "ARA"	ul. Batalionów Chłopskich 120c, 70-760 Szczecin	(91) 46-14-002	46-15-772
2	Wielobranżowa Spółdzielnia Inwalidów "Selsin"	ul. Św. Ducha 2a, 70-205 Szczecin	(91) 43-30-678	43-35-694
3	Spółdzielnia Inwalidów "Sinogal"	ul. Kościuszki 4, 78-600 Wałcz	(67) 25-84-036	25-00-851
4	Wojewódzka Usługowa Spółdzielnia Inwalidów	ul. Krzywa 1, 71-027 Szczecin	(91) 48-26-176	48-26-179
5	Spółdz. Inwalidów Przemysłu Lekkiego im. 7-go Listopada	ul. Grodzka 7, 70-560 Szczecin	(91) 43-46-404	43-47-905

Zakłady Aktywności Zawodowej

1	ZAZ "Centralna Kuchnia"	ul. Broniewskiego 2, 73-110 Stargard	(91) 57-75-447	57-75-447
2	Zakład Aktywności Zawodowej	ul. Mazowiecka 30, 78-100 Kołobrzeg	(94) 35-40-620	35-40-620
3	Zakład Aktywności Zawodowej	ul. Garncarska 4, 72-400 Kamień Pomorski	(91) 38-24-441	
4	Międzygminny Zakład Aktywności Zawodowej	ul. Spełnionych Marzeń 3, 72-003 Dobra	(91) 42-68-197/84	42-69-268
5	Zakład Aktywności Zawodowej w Goleniowie	ul. Produkcyjna 3, Łozienica, 72-100 Goleniów	500 716 050	
6	Zakład Aktywności Zawodowej w Juchowie	Juchowo 54A, 78-446 Silnowo	(94) 37-527-45	3753821
7	Powiatowy Zakład Aktywności Zawodowej w Wałczu	ul. Wronia 38, 78-600 Wałcz	(67)35-03-306	
8	Powiatowy Zakład Aktywności Zawodowej w Gryfinie	ul. Łużycka 91B, 74-100 Gryfino	664 665 518	
9	Zakład Aktywności Zawodowej w Choszczynie	ul. Drawieńska 54, 73-200 Choszczyno	(95) 78-41-003	

20. ŚWIADCZENIA POMOCY SPOŁECZNEJ DLA OSÓB CHORYCH LUB NIEPEŁNOSPRAWNYCH PSYCHICZNIE

Świadczenia pieniężne:

- a) zasiłek stały,
- b) zasiłek okresowy,
- c) zasiłek celowy i specjalny zasiłek celowy,
- d) zasiłek i pożyczka na ekonomiczne usamodzielnienie,
- e) pomoc na usamodzielnianie oraz na kontynuowanie nauki,
- f) wynagrodzenie należne opiekunowi z tytułu sprawowania opieki przyznane przez Sąd.

Świadczenia niepieniężne:

- a) praca socjalna,
- b) bilet kredytowy,
- c) składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- d) składki na ubezpieczenie społeczne,
- e) pomoc rzeczowa, w tym na ekonomiczne usamodzielnienie,
- f) sprawienie pogrzebu,
- g) poradnictwo specjalistyczne,
- h) interwencja kryzysowa,
- i) schronienie,
- j) posiłek,
- k) niezbędne ubranie,
- l) usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania , w ośrodkach wsparcia oraz w rodzinnych domach pomocy,
- m) specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania oraz w ośrodkach wsparcia,
- n) mieszkanie chronione,
- o) pobyt w domu pomocy społecznej.

KRYTERIA KWALIFIKUJĄCE DO NAJCZĘŚCIEJ UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ PIENIĘŻNYCH Z POMOCY SPOŁECZNEJ:

Zasiłek stały przysługuje:

1. pełnoletniej osobie samotnie gospodarującej, całkowicie niezdolnej do pracy z powodu wieku lub niepełnosprawności, jeżeli jej dochód jest niższy od kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej,
2. pełnoletniej osobie pozostającej w rodzinie, całkowicie niezdolnej do pracy z powodu wieku lub niepełnosprawności, jeżeli jej dochód, jak również dochód na osobę w rodzinie są niższe od kryterium dochodowego na osobę w rodzinie.

Całkowita niezdolność do pracy oznacza:

- całkowitą niezdolność do pracy w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o całkowitej niezdolności do pracy, lub o całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji), albo
- legitymowanie się znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (odpowiednie orzeczenie Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności).

Osoba niezdolna do pracy z tytułu wieku to osoba, która osiągnęła wiek emerytalny zgodnie z ustawą o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Zasiłek stały nie przysługuje osobie uprawnionej do renty socjalnej (do renty takiej uprawniona jest zwykle osoba, której niepełnosprawność powstała w młodym wieku, np. w trakcie nauki w szkole, i która z tego powodu nie była w stanie nabyć innych uprawnień np. do renty z tytułu niezdolności do pracy).

Kryteria dochodowe i wysokość świadczeń:

Zasiłek stały wypłacany jest w wysokości różnicy między kryterium dochodowym, a dochodem osoby lub na osobę w rodzinie.

Maksymalna kwota zasiłku stałego wynosi 645 zł, minimalna zaś 30 zł.

ZASIŁEK OKRESOWY

Zasiłek okresowy przysługuje w szczególności ze względu na:

długotrwałą chorobę, niepełnosprawność, bezrobocie, możliwość utrzymania lub nabycia uprawnień do świadczeń z innych systemów zabezpieczenia społecznego.

Wysokość zasiłku okresowego ustala się:

1. W przypadku osoby samotnie gospodarującej – do wysokości różnicy między kryterium dochodowym osoby samotnie gospodarującej a dochodem tej osoby, z tym że kwota zasiłku nie może być wyższa niż 528zł miesięcznie,
2. W przypadku rodziny – do wysokości różnicy między kryterium dochodowym rodziny a dochodem tej rodziny.

Kwota zasiłku okresowego nie może być niższa niż 50% różnicy między:

1. kryterium dochodowym osoby samotnie gospodarującej a dochodem tej osoby,
2. kryterium dochodowym rodziny a dochodem tej rodziny,
3. Kwota zasiłku okresowego nie może być niższa niż 20 zł miesięcznie.

ZASIŁEK CELOWY

Zasiłek celowy wypłacany jest w celu zaspokojenia niezbędnej potrzeby bytowej. Zasiłek celowy może być przyznany w szczególności na:

- pokrycie części lub całości kosztów zakupu żywności, leków i leczenia,
- ogrzewania w tym kupno opału, odzieży, niezbędnych przedmiotów użytku domowego,
- pokrycie kosztów drobnych remontów i napraw w mieszkaniu,
- pokrycie kosztów pogrzebu,

- pokrycie części lub całości wydatków na świadczenia zdrowotne osobom bezdomnym i innym osobom nie mającym dochodu oraz możliwości uzyskania świadczeń na podstawie przepisów o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia,
- bilet kredytowy.

Zasiłek celowy może być przyznany również osobie lub rodzinie, które poniosły straty w wyniku zdarzenia losowego lub klęski żywiołowej lub ekologicznej.

W tych przypadkach pomoc w formie zasiłku celowego może być przyznana niezależnie od dochodu i może nie podlegać zwrotowi. Sytuacja, w której dokonuje się zwrotu zasiłku celowego dotyczy osób lub rodzin przekraczających kryterium dochodowe.

SPECJALNY ZASIŁEK CELOWY

W szczególnie uzasadnionych przypadkach osobie albo rodzinie o dochodach przekraczających kryterium dochodowe może być przyznany specjalny zasiłek celowy w wysokości nieprzekraczającej odpowiednio kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej lub rodziny, który nie podlega zwrotowi.

W szczególnie uzasadnionych przypadkach osobie albo rodzinie o dochodach przekraczających kryterium dochodowe może być również przyznany zasiłek okresowy, zasiłek celowy lub pomoc rzeczowa, pod warunkiem zwrotu części lub całości kwoty zasiłku lub wydatków na pomoc rzeczową.

INNE FORMY POMOCY NIEPIENIĘŻNEJ:

PRACA SOCJALNA

Świadczona jest na rzecz poprawy funkcjonowania osób i rodzin w ich środowisku społecznym. Praca socjalna prowadzona jest:

1. z osobami i rodzinami w celu rozwinięcia lub wzmocnienia ich aktywności i samodzielności życiowej,
2. ze społecznością lokalną w celu zapewnienia współpracy i koordynacji działań instytucji i organizacji istotnych dla zaspokajania potrzeb członków społeczności.

Praca socjalna może być prowadzona w oparciu o kontrakt socjalny. W pracy socjalnej wykorzystuje się właściwe tej działalności metody i techniki, stosowane z poszanowaniem godności osoby i jej prawa do samostanowienia. Praca socjalna świadczona jest osobom i rodzinom bez względu na posiadany dochód.

PORADNICTWO SPECJALISTYCZNE

Poradnictwo specjalistyczne, w szczególności prawne, psychologiczne i rodzinne, jest świadczone osobom i rodzinom, które mają trudności lub wykazują potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych, bez względu na posiadany dochód. Poradnictwo prawne realizuje się przez udzielenie informacji o obowiązujących przepisach z zakresu prawa rodzinnego i opiekuńczego, zabezpieczenia społecznego, ochrony praw lokatorów. Poradnictwo psychologiczne realizuje się poprzez procesy diagnozowania, profilaktyki i terapii. Poradnictwo rodzinne obejmuje szeroko rozumiane problemy funkcjonowania rodziny, w tym problemy wychowawcze w rodzinach naturalnych i zastępczych oraz problemy opieki nad osobą niepełnosprawną, a także terapię rodzinną.

INTERWENCJA KRYZYSOWA

Interwencja kryzysowa stanowi zespół interdyscyplinarnych działań podejmowanych na rzecz osób i rodzin będących w stanie kryzysu. Celem interwencji kryzysowej jest przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie, a dzięki temu zapobieganie przejściu reakcji kryzysowej w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej. Interwencją kryzysową obejmują się osoby i rodziny bez względu na posiadany dochód. W ramach interwencji kryzysowej udziela się natychmiastowej specjalistycznej pomocy psychologicznej, a w zależności od potrzeb – poradnictwa socjalnego lub prawnego w sytuacjach uzasadnionych – schronienia do 3 miesięcy.

Matki z małoletnimi dziećmi oraz kobiety w ciąży dotknięte przemocą lub znajdujące się w innej sytuacji kryzysowej mogą w ramach interwencji kryzysowej znaleźć schronienie i wsparcie w domach dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży. Do tych domów mogą być również przyjmowani ojcowie z małoletnimi dziećmi albo inne osoby sprawujące opiekę prawną nad dziećmi.

SCHRONIENIE, POSIŁEK I NIEZBĘDNE UBRANIE

Osoba lub rodzina ma prawo do schronienia, posiłku i niezbędnego ubrania, jeżeli jest tego pozbawiona. Udzielenie schronienia następuje przez przyznanie tymczasowego miejsca noclegowego w noclegowniach, schroniskach, domach dla bezdomnych i innych miejscach do tego przeznaczonych. Przyznanie niezbędnego ubrania następuje przez dostarczenie osobie potrzebującej bielizny, odzieży i obuwia odpowiednich do jej indywidualnych właściwości oraz pory roku. Pomoc doraźna albo okresowa w postaci jednego gorącego posiłku dziennie przysługuje osobie, która własnym staraniem nie może go sobie zapewnić. W/w pomoc przyznana dzieciom i młodzieży w okresie nauki w szkole może być realizowana w formie zakupu posiłków.

INDYWIDUALNY PROGRAM WYCHODZENIA Z BEZDOMNOŚCI

Osoba bezdomna może zostać objęta indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności, polegającym na wspieraniu osoby bezdomnej w rozwiązywaniu jej problemów życiowych, w szczególności rodzinnych i mieszkaniowych, oraz pomocy w uzyskaniu zatrudnienia.

Indywidualny program wychodzenia z bezdomności jest opracowywany przez pracownika socjalnego ośrodka pomocy społecznej wraz z osobą bezdomną i podlega zatwierdzeniu przez dyrektora ośrodka. Jeżeli osoba bezdomna przebywa w schronisku lub domu dla bezdomnych, indywidualny program wychodzenia z bezdomności może być opracowany przez pracownika socjalnego zatrudnionego w tej placówce. Realizatorem indywidualnego programu wychodzenia z bezdomności jest schronisko lub dom dla bezdomnych. Jeżeli indywidualny program wychodzenia z bezdomności wykracza poza będące w dyspozycji placówki środki pomocy lub zachodzi konieczność objęcia osoby bezdomnej ubezpieczeniem zdrowotnym, podlega on zatwierdzeniu przez dyrektora ośrodka pomocy społecznej. Indywidualny program wychodzenia z bezdomności powinien uwzględniać sytuację osoby bezdomnej oraz zapewniać szczególne wspieranie osobie aktywnie uczestniczącej w wychodzeniu z bezdomności. Za osobę bezdomną objętą indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności ośrodek pomocy społecznej opłaca składkę na ubezpieczenie zdrowotne na zasadach określonych w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia.

MIESZKANIA CHRONIONE

Osobie, która ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę potrzebuje wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu, ale nie wymaga usług w zakresie

świadczonej przez jednostkę całodobowej opieki, w szczególności z zaburzeniami psychicznymi, osobie opuszczającej pieczę zastępczą w rozumieniu przepisów o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, młodzieżowy ośrodek wychowawczy, zakład dla nieletnich, a także cudzoziemcowi, który uzyskał w Rzeczypospolitej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, może być przyznany pobyt w mieszkaniu chronionym.

Mieszkanie chronione jest formą pomocy społecznej przygotowującą osoby tam przebywające, pod opieką specjalistów, do prowadzenia samodzielnego życia lub zastępującą pobyt w placówce zapewniającej całodobową opiekę. Mieszkanie chronione zapewnia warunki samodzielnego funkcjonowania w środowisku, w integracji ze społecznością lokalną.

21. ORGANIZACJE POZARZĄDOWE ŚWIADCZĄCE POMOC OSOBOM Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

W Polsce istnieją 143 tys. organizacji pozarządowych.

Poniżej zostaną zaprezentowane wybrane organizacje pozarządowe, które wspierają i pomagają osobom z zaburzeniami psychicznymi:

Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób Mniejszych Szans „Więź” w Szczecinie

1. Prowadzone działania na rzecz osób chorujących psychicznie:
 - warsztaty terapeutyczne grupowe i indywidualne,
 - zajęcia klubowe, sportowe i spotkania na temat kultury prowadzone przez wolontariuszy,
 - doradztwo zawodowe dla niepracujących, niepełnosprawnych osób.
2. Prowadzone działania dla rodzin osób chorujących psychicznie:
 - warsztaty terapeutyczne i spotkania samopomocowe dla rodzin osób chorujących psychicznie.
3. Prowadzone działania dla wszystkich beneficjentów:
 - współpraca z organizacjami krajowymi i zagranicznymi w celu wymiany doświadczeń,
 - wykłady i szkolenia edukacyjne,
 - spotkania integracyjne i udział w wydarzeniach kulturalnych,
 - obozy wypoczynkowe -integracyjne,
 - wycieczki, pikniki.

ADRES: ul. Arkońska 17-18; 71-470 Szczecin

tel: 600 768 693; 91 829 01 02

Stowarzyszenie Użytkowników Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej oraz Ich Rodzin i Przyjaciół „Feniks” w Kołobrzegu

Myślą przewodnią działań podejmowanych przez członków Stowarzyszenia jest tworzenie i udoskonalanie na terenie powiatu kołobrzeskiego kompleksowego, skoordynowanego systemu oparcia społecznego dla osób chorujących psychicznie. System taki wspomaga proces leczenia i przywraca pacjentom możliwość sprawnego funkcjonowania i pełnienia ról społecznych, zawodowych i rodzinnych – bez potrzeby hospitalizacji.

Cele realizowane są poprzez:

- świadczenia medyczne – stacjonarna opieka medyczna – tj. Oddział psychiatryczny, oddział dzienny, poradnia zdrowia psychicznego, poradnictwo psychologiczne, poradnia uzależnień, konsultacje środowiskowe w domu pacjenta,
- świadczenia społeczne – Powiatowy Ośrodek Wsparcia dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi, Filia POW w Trzyniku, Klub Samopomocy – grupy wsparcia, Biuro Porad Obywatelskich, Programy Gminne Konsultacyjne Środowiskowe,
- profilaktyka – edukacja mieszkańców województwa zachodniopomorskiego na temat zdrowia psychicznego, profilaktyki i promocji w ramach Szkoły Zdrowia Psychicznego.

ADRES: UL. Warszawska 15, 78-100 Kołobrzeg

tel: 782 888 026

Stowarzyszenie Użytkowników Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej oraz Ich Rodzin i Przyjaciół w Koszalinie

ADRES: ul. 4 Marca 26, 75-708 Koszalin

Fundacja Centrum Rozwoju i Pomocy Psychologicznej „INTERA”

Centrum INTERA zajmuje się szeroko pojętą pomocą psychologiczną i psychoterapeutyczną.

Oferuje wsparcie m.in. dla:

- osób dorosłych (psychoterapia indywidualna, psychoterapia grupowa, psychoedukacja, szkolenia),
- starszych dzieci oraz młodzieży (psychoterapia indywidualna, socjoterapia, psychoedukacja),
- kobiet w ciąży oraz dla rodziców z dziećmi w wieku 0-3,
- grup zawodowych (szkolenia, psychoedukacja, grupy Balinta).

Współpracuje z psychologami, psychoterapeutami, pedagogami, specjalistami zajmującymi się dziećmi ze spektrum autyzmu oraz neurologopedą.

ADRES: ul. Kaszubska 57; 70-402 Szczecin

Stowarzyszenie Na Rzecz Wsparcia Osób z Autyzmem i Pokrewnymi Zaburzeniami Psychicznymi „A To My”

Stowarzyszenie „A TO MY” powstało w kwietniu 2013 roku z inicjatywy profesjonalistów; nauczycieli, pedagogów specjalnych, terapeutów oraz rodziców, którzy do dziś są jego członkami.

Działania na Rzecz Osób z Autyzmem i Pokrewnymi Zaburzeniami Psychicznymi:

- organizowanie warsztatów małej poligrafii,
- organizowanie grupy wsparcia dla rodziców,
- organizowanie wyjazdów integracyjnych dla naszych beneficjentów,
- współorganizowanie Konferencji PIKTOGRAMY,
- ADRES: UL. Kuśnierska 10; 70-536 Szczecin.

tel: 501 070 847

Warsztat Terapii Zajęciowej (jednostka prowadząca: Polskie Stowarzyszenie Na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Stargardzie)

Warsztat Terapii Zajęciowej w Stargardzie realizuje zadania w zakresie rehabilitacji społecznej i zawodowej zmierzające do ogólnego rozwoju i poprawy sprawności, niezbędnych do prowadzenia przez osobę niepełnosprawną intelektualnie niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia na miarę jej indywidualnych możliwości. Uczestnikami Warsztatu Terapii Zajęciowej w Stargardzie jest 45 osób z niepełnosprawnością intelektualną. Rehabilitacja prowadzona jest w 9 pracowniach, w pięciuosobowych grupach zgodnie z indywidualnym programem rehabilitacji i terapii.

ADRES: UL. Sikorskiego 16, 73-110 Stargard

tel: 91 577 60 58

Polskie Stowarzyszenie Na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Szczecinie

Prowadzi wsparcie dla osób z niepełnosprawnością intelektualną jest realizowane poprzez:

1. Ośrodek Oparcia Społecznego z bazą danych o 650 rodzinach, prowadzący serwis informacyjny, monitorujący losy i potrzeby tej grupy ludzi oraz realizujący poradnictwo i pomoc pedagogiczną, prawną i socjalną,
2. Ośrodek Wczesnej Interwencji (od 1979r.) dla 350 dzieci w wieku 0-7 lat- wczesna diagnoza, rehabilitacja medyczna i społeczna,
3. Ośrodek Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczy (od 1989r.) dla 64 dzieci ze sprzężonymi kalectwami, realizacja obowiązku szkolnego,
4. Warsztaty Terapii Zajęciowej (pierwszy - od 1993r.) dla łącznie 85 osób dorosłych z upośledzeniem umysłowym,
5. Pensjonat Krótkiego Pobytu (interwencja kryzysowa i in.) - okresowy pobytu z 4 miejscami hotelowymi,
6. Środowiskowy Dom Samopomocy - dzienny pobyt dla 38 osób dorosłych, z programem samodzielnego funkcjonowania dla osób z upośledzeniem umysłowym w starszym wieku,
7. Ośrodek Edukacyjno-Szkoleniowy - zajmujący się organizacją szkoleń dla profesjonalistów zajmujących się osobami z niepełnosprawnością intelektualną, rodziców i opiekunów,
8. Działalność organizująca czas wolny w formie zajęć sportowych, turystycznych, towarzyskich oraz rekreacyjnych dla osób niepełnosprawnych i ich rodzin (Klub Młodzieży i Dorosłych, Klub Rodziców),
9. Działania promocyjne, szkoleniowe itp.

ADRES: UL. Rostocka 125, 71-771 Szczecin

Fundacja „Alter” Na Rzecz Pomocy Rodzinom i Opiekunom Osób w Podeszłym Wieku z Dysfunkcjami Pamięci

ADRES: ul. Piastowska 2/2, 78-100 Kołobrzeg

Fundacja Na Rzecz Wspierania Osób Niepełnosprawnych „Pozytywna Energia”

Fundacja oferuje wsparcie dla dorosłych oraz dzieci z niepełnosprawnością.

ADRES: ul. Strzelecka 3, 74-110 Banie; tel: 792 150 180

22. CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Centrum Zdrowia Psychicznego jest formą psychiatrycznej opieki zdrowotnej, której teren działania dokładnie określa podział administracyjny np. określona część gminy, powiatu lub dzielnica dużego miasta. W skład w.w. opieki zalicza się pomoc doraźną, diagnostykę, leczenie i rehabilitację, orzecznictwo oraz konsultacje dla podstawowej opieki zdrowotnej. Podstawą prawną tej struktury są:

- Rozporządzenie pilotażowe Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018r
- Rozporządzenie pilotażowe Ministra Zdrowia – tekst jednolity z dnia 3 listopada 2020r.

Rodzaje pomocy udzielanej przez Centra Zdrowia Psychicznego w warunkach ambulatoryjnych i leczenia środowiskowego (mobilnych lub domowych):

1. Czynna (długoterminowa czynna) – obejmuje leczenie i wsparcie świadczeniobiorców z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, wymagającymi ciągłości świadczeń opieki zdrowotnej, aktywnego podtrzymywania kontaktu i wyprzedzającego rozwiązywania problemów.
2. Długoterminowa – udzielana ponad 4 tygodnie pacjentom z innymi zaburzeniami psychicznymi, którzy nie wymagają pomocy czynnej.
3. Krótkoterminowa – udzielana pacjentom z zaburzeniami epizodycznymi i zakończona w okresie 4 tygodni.
4. Konsultacyjna – udzielana pacjentom potrzebującym świadczeń diagnostycznych lub porady, w szczególności na zlecenie lekarza POZ lub innego lekarza, nie zakończona kwalifikacją do pomocy czynnej, długoterminowej lub krótkoterminowej w ramach Centrum Zdrowia Psychicznego.

Centrum Zdrowia Psychicznego powinno się składać co najmniej z 4 zespołów, świadczących pomoc: poradni zdrowia psychicznego, zespołu leczenia środowiskowego, dziennego oddziału psychiatrycznego, psychiatrycznego oddziału szpitalnego.

Celem tworzenia Centrum Zdrowia Psychicznego jest:

1. Zapewnienie poszczególnym chorym kompleksowych, skoordynowanych świadczeń medycznych, psychologicznych i socjalnych.
2. Zintegrowanie w ramach jednej placówki różnych form leczenia psychiatrycznego; a przez to lepsze wykorzystanie ich zasobów i dostosowanie do potrzeb chorych.
3. Zwiększenie dostępności świadczeń, zapewnienie ich koordynacji, ciągłości oraz komplementarności pomocy.

W zależności od potrzeb lokalnych i zasobów, przewiduje się tworzenie odrębnych centrów zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, lub utworzenie w obrębie centrum zdrowia psychicznego zespołu, zajmującego się świadczeniami dla dzieci i młodzieży.

Uzupełnieniem oferty takiego centrum mogą być dodatkowe, wyspecjalizowane świadczenia, np. poradnia i oddział dzienny dla osób z autyzmem i innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju, poradnia terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży, oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży oraz świadczenia stacjonarne. Aktualnie (stan na dzień 15 lipca 2021r) w województwie zachodniopomorskim funkcjonuje jedno Centrum Zdrowia Psychicznego w Koszalinie:

Centrum Zdrowia Psychicznego Medison Sp. Z o.o.; ul. Zwycięstwa 119, 75-601 Koszalin;
tel: 94-347-07-55; e-mail: medison@op.pl

23. SARS-COV-19 – OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I PSYCHOLOGICZNA W DOBIE PANDEMII

Od początku pandemii Covid-19 minęło kilkanaście miesięcy. W tym czasie próbowano opisać jak działa ten patogen na ludzki organizm. COVID-19 jest chorobą somatyczną, czyli **upośledzającą funkcje fizyczne organizmu**. Okazuje się jednak, że ma negatywny wpływ także na zdrowie psychiczne.

Z perspektywy trwającej pandemii ujawniające się zaburzenia psychiczne w większości przejawiają się stanem niepokoju, paniki, zaburzeń obsesyjnych związanych z uzasadnionymi zaleceniami mycia, dezynfekcji i sterylności, które mogą przybierać formę wyolbrzymioną i szkodliwą. Możemy obserwować tendencje do szczególnej obserwacji funkcjonowania organizmu: analizowania kaszlu, duszności, nieustannego śledzenia temperatury ciała, a także do ulegania szkodliwym „zdrowotnym” porodom znachorów i pseudolekarzy.

Objawy nadmiernej pobudliwości, jak się wydaje, to najbardziej rozpowszechnione obciążenia wśród pandemicznej populacji, ujawniane w formie skarg kierowanych do służb medycznych. Podstawowe objawy, z którymi się tutaj spotykamy, to: zaburzenia snu (trudności w zaśnięciu, utrzymaniu snu, brak poczucia odpoczynku po śnie); nieuzasadniona drażliwość i wybuchy gniewu (agresja słowna i zachowanie agresywne wobec innych osób lub przedmiotów); nadmierna czujność; trudności z koncentracją i skupieniem uwagi; wzmożona reaktywność na zewnętrzne bodźce. Zauważalny jest lęk przed zainfekowaniem siebie i najbliższych, pogotowie agresywne (nadmierna czujność i reagowanie agresją na neutralne bodźce). U wielu osób dominuje niemożność pogodzenia się z utratą dotychczasowego stylu życia, lęk przed trudnościami finansowymi ze względu na ograniczone możliwości zarobkowania.

Objawy zaburzeń nastroju znajdują wyraz głównie w postaci smutku, niezdolności do wyrażania radości, zadowolenia, niezdolności do ekspresji pozytywnych uczuć. Zły stan ogólnomedyczny związany z utrudnieniami w leczeniu istniejących wcześniej schorzeń somatycznych, przeżywane poczucie zagrożenia infekcją wirusową w wypadku osób z grupy ryzyka (pozostających w kwarantannie, narażonych w pracy na większy kontakt z osobami zarażonymi) może wpływać na wyższe ryzyko myśli suicydalnych, zachowań autodestrukcyjnych i samobójstw.

Jeszcze innym zagadnieniem jest szybciej narastające zmęczenie psychiczne oraz pewne (często subiektywne) spowolnienie szybkości myślenia i kojarzenia. Osłabieniu mogą ulec także funkcje zapamiętywania i odtwarzania nowych informacji, co w połączeniu z zaburzeniami koncentracji uwagi wywołuje u pacjenta frustrację i obawy co do stanu mózgu.

Gdzie można się zwrócić w przypadku zidentyfikowania u siebie opisanych powyżej objawów?

- **800 70 2222** linia wsparcia dla osób w stanie kryzysu psychicznego (całodobowa, bezpłatna) – dyżury pełnią psycholodzy fundacji ITAKA udzielający porad i ewentualnie kierujący osoby dzwoniące do odpowiedniej placówki pomocowej w ich regionie;
- **800 100 102** infolinia wsparcia psychologicznego uruchomiona przez Wojska Obrony Terytorialnej (całodobowa, bezpłatna);
- **800 190 590** infolinia Narodowego Funduszu Zdrowia (całodobowa, bezpłatna) udzielająca m.in. informacji dla osób podejrzewających u siebie zakażenie koronawirusem oraz dla przebywających na kwarantannie;
- **(+48) 22 125 66 00** numer Telefonicznej Informacji Pacjenta dla osób dzwoniących z zagranicy w sprawie koronawirusa (całodobowy);

Podmioty realizujące w trybie stacjonarnym rehabilitację po przebytej chorobie Covid-19:

Białogard, ul. Chopina 29, Regionalne Centrum Medyczne w Białogardzie Sp. z o.o., Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej, tel. 94-311-37-32

Międzywodzie, ul. Morska 2a, J.J.S. KołECKI Spółka Jawna, NZOZ Zdrowie - Ośrodek Rehabilitacyjno - Wczasowy „Perła”, tel. 572 212 256

Połczyn Zdrój, ul. Solankowa 8, Uzdrowisko Połczyn Grupa PGU S.A., Zakład Lecznictwa Uzdrowskiego „Gryf”, tel. 94-366-20-19; e-mail: rehabilitacja@uzdrowisko-polczyn.pl

Połczyn Zdrój, ul. Zdrojowa 1/2, Sanatorium Uzdrowskie „Marta”, Sanatorium „Marta”, tel. 94 364 57 20

Szczecin, ul. Wyzwolenia 52, Instytut Medyczny Im. Jana Pawła II w Szczecinie, Oddział Rehabilitacji Neurologicznej, tel. 603 319 951

Świnoujście, Ul. E. Gierczak 2, „Uzdrowisko Świnoujście” S.A., Sanatorium Uzdrowskie „Adam i Ewa”, tel. 91-327-95-20/504 817 728/502 921 466

Świnoujście, ul. Sienkiewicza 2, „Uzdrowisko Świnoujście” S.A., Sanatorium Uzdrowskie „Henryk”, tel. 91 327 95 20; 504 817 728; 502 921 466

Tuczno, ul. Staszica 5, Zakład Opiekuńczo - Leczniczy SP ZOZ „Leśna Ustroń”, Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej, tel. 67 259 30 04

Złocieniec, Kańsko 1, SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Złocieniu, Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej/Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej, tel. 94-36-71-222; 94-36-71-233

22 230 22 07 linia wsparcia psychologicznego prowadzona przez Polski Czerwony Krzyż (codziennie w godzinach 10.00 – 22.00) – pracownicy świadczą pierwszą pomoc psychologiczną poprzez rozmowę i działania psychoedukacyjne;

800 220 280 telefon zaufania Fundacji Znajdź Pomoc (od poniedziałku do piątku w godzinach 17.00 – 20.00) dla osób w kryzysie psychicznym związanym z pandemią koronawirusa;

222 99 04 31 linia Wsparcia Mokotowskiego Centrum Zdrowia Psychicznego prowadzona przez Instytut Psychiatrii i Neurologii (od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00 – 20.00) - linia dedykowana jest osobom zmagającym się z problemami natury psychicznej i trudnościami psychologicznymi związanymi z aktualną sytuacją epidemiologiczną i jej następstwami. Dodatkowo wydelegowany do tego pracownik infolinii jest w stanie udzielić informacji odnośnie różnych aspektów formalnych związanych ze stanem epidemii w zakresie wsparcia socjalnego, zmieniających się przepisów prawa. Może pokierować też do odpowiednich instytucji, wskazać przydatne adresy i telefony.

W przypadku potrzeby pomocy wykraczającej poza wsparcie psychologiczne warto wiedzieć o działalności Solidarnościowego Korpusu Wsparcia Seniorów, koordynowanego przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. W jego ramach uruchomiona została dedykowana infolinia dla seniorów pod numerem 22 505 11 11, pod którą można prosić o pomoc w czynnościach które wymagają wyjścia z domu oraz które są utrudnione przez panującą pandemię. Senior otrzyma kontakt z ośrodkiem pomocy społecznej w danej gminie oraz wolontariuszem, z którym ustali szczegóły związane z udzieleniem pomocy. Pomoc kierowana jest do osób powyżej 70 roku życia, choć w szczególnych przypadkach wsparcie otrzymają też młodszy seniorzy

24. ADRESY JEDNOSTEK OCHRONY ZDROWIA ŚWIADCZĄCYCH POMOC PSYCHIATRYCZNĄ

PORADNIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO:

Barlinek, Szpital Barlinek Sp. z o.o., Szpitalna 10, 95 746 18 10 wew. 15

Białogard, Regionalne Centrum Medyczne w Białogardzie Sp. z o.o., Chopina 29, 94 311 37 74, 94 311 37 02

Choszczno, ISPL Lek. Med. Elżbieta Przybylska-Małoszuk, Niedziałkowskiego 17, 669 728 920

Darłowo, NSZOZ „No” S.C. Bożena, Mariusz Hrymniak, Skłodowskiej 32, 59 810 22 41

Dębno, NZOZ „Lekarzy Specjalistów” S.C., Kościuszki 17, 95 760 23 52

Drawsko Pomorskie, SPZOZ MSWiA Złocieniec, Obrońców Westerplatte 11, 94 367 12 22 w.101

Goleniów, Ośrodek Psychoterapii i Szkoleń „Pracownia” mgr Monika Zbysławska, Partyzantów 11, 606 99 39 94

Gryfice, SPZZOZ, Niechorska 27, 91 384 20 61 wew. 226

Gryfino, NZOZ „Chrobry”, B. Chrobrego 52, 91 404 58 88

Gryfino, NZOZ „Intermed” Sp. z o.o., Niepodległości 28, 91 416 20 41

Gryfino, Euromedica Centrum Medyczne, Dębce 11, 605 558 022

Kołobrzeg, Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SPZOZ, Jedności Narodowej 86/88, 94 357 24 62, 94 351 96 71

Kołobrzeg, Regionalny Szpital, Łopuskiego 31, 94 353 02 53

Koszalin, Centrum Zdrowia Psychicznego – NZOZ Medison, Zwycięstwa 119, 94 348 90 06

Łobez, NZOZ „Intermed” Sp. z o.o., Niepodległości 66, 91 852 42 91

Myślibórz, NZOZ Przychodnia im. Jana Pawła II Sp. z o.o., Ogrodowa 9, 95 747 20 71, 95 747 20 72

Police, SP Szpital Kliniczny Nr 1 Im. Prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM, Siedlecka 2, 91 425 69 34, 91 425 38 78

Pyrzyce, ZOZ Przemysław Jarosiński Gabinet Psychiatryczno-Odwykowy, Stargardzka 32, 91 570 47 87

Sławno, NSZOZ „No” S.C. Bożena, Mariusz Hrymniak, Chełmońskiego 9, 59 810 22 41

Sławno, NZOZ Ars Medica, Koszalińska 4, 59 810 58 55

Stargard, Przychodnia El-Med, Os. Zachód A 17, 608 638 243

Stargard, Ośrodek Psychoterapii i Szkoleń „Pracownia” mgr Monika Zbysławska, Gdańska 4, 606 993 994, 91 487 35 86

Stargard, Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SPZOZ, Al. Żołnierza 37, 261 45 13 26, 261 45 13 28

Stargard, WOMP, Mickiewicza 18, 91 578 56 16, 91 834 27 44

Szczecin, 109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ, Ks. Piotra Skargi 9-11, 261 45 55 82

Szczecin, EVOMED Sp. z o.o., Dubois 27, 91 814 02 52, 91 81 40 247

Szczecin, Centrum Medyczne Euromedis, Al. Powstańców Wlkp. 33A, 91 818 21 41

Szczecin, Centrum Zdrowia Psychicznego „Staromłyńska” Bogumiła Miazgowska, Staromłyńska 21/26, 91 489 35 89

Szczecin, Zachodniopomorski Instytut Psychoterapii, Królowej Korony Polskiej 26/1a, 91 422 60 60

Szczecin, NSZOZ „Prawobrzeże-Medyk”, Napierskiego 6c, 91 464 38 34

- Szczecin**, Przychodnia Portowa, Energetyków 2, 91 441 21 60
- Szczecin**, SP Szpital Kliniczny Nr 1 Im. Prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM, Broniewskiego 26, 91 454 06 53
- Szczecin**, SPSZOZ – Zdroje, Mączna 4, 91 880 62 21 (przyszpitalna poradnia)
- Szczecin**, SPSZOZ – Zdroje, Św. Wojciecha 7, 91 880 60 92 (poradnia)
- Szczecin**, Szczecińskie Centrum Zdrowia SP ZOZ, Bohaterów Warszawy 51, 91 885 48 10
- Szczecin**, WOMP, 3-go Maja 25-27, 91 471 11 66, 91 471 33 66, 91 488 05 01
- Szczecin**, WOMP, B. Śmiałego 33, 91 434 92 00
- Szczecin**, SP ZOZ MSWiA, Królowej Korony Polskiej 5/6, 91 43 29 500
- Szczecinek**, Szpital w Szczecinku sp. z o.o., Kościuszki 38, 94 372 34 13
- Szczecinek**, Ośrodek Zdrowia Psychicznego „Alter Ego”, ul. Kościuszki 61, 781 353 008
- Świnoujście**, SPZOZ Szpital Miejski im. Jana Garduły, Mieszka I 7, wejście od strony Jana z Kolna 12, 91 32 67 316
- Świnoujście**, Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SPZOZ, Bohaterów Września 6, 604 069 128, 91 888 68 03
- Wałcz**, 107 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ, Kołobrzaska 44, 261 47 28 39
- Wałcz**, Poradnia Zdrowia Psychicznego J. Mołęda, H. Łżyk, Kościuszkowców 10, 67 387 37 21

PORADNIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DZIECI I MŁODZIEŻY:

- Białogard**, Regionalne Centrum Medyczne, ul. Chopina 29, 311 37 74
- Kołobrzeg**, Regionalny Szpital, ul. Łopuskiego 33, 94 353 02 53
- Koszalin**, NZOZ „Monada”, Al. Monte Cassino 13, 94 341 77 27
- Stargard**, Ośrodek Psychoterapii i Szkoleń „Pracownia”, Gdańska 4, 91 487 35 86
- Szczecin**, SPSZOZ - Zdroje, Mączna 4, 91 880 62 21
- Szczecin**, Zachodniopomorski Instytut Psychoterapii, Królowej Korony Polskiej 26/1a, 91 422 60 60

PORADNIE DLA OSÓB Z AUTYZMEM DZIECIĘCYM:

- Koszalin**, NZOZ Centrum Opieki Medycznej „Autyzm”, ul. Morska 2 , 728 731 180

ODDZIAŁY DZIENNE PSYCHIATRYCZNE:

- Gryfice**, SPZZOZ, Niechorska 27, 91 384 20 61, wew. do kierownika 355, wew. do terapeutów 540
- Kołobrzeg**, Regionalny Szpital, Łopuskiego 33, 94 353 03 12
- Koszalin**, Centrum Zdrowia Psychicznego – NZOZ Medison, Sarzyńska 9, 94 347 07 54, 94 347 07 55, 94 348 09 70
- Szczecin**, SP Szpital Kliniczny Nr 1 Im. Prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM, Broniewskiego 26, 91 454 06 53
- Szczecin**, SP ZOZ MSWiA, Królowej Korony Polskiej 5/6, 91 432 95 00
- Szczecin**, SPSZOZ - Zdroje, Mączna 4, 91 880 66 49

ODDZIAŁY DZIENNE PSYCHIATRYCZNE REHABILITACYJNE:

Barlinek, Szpital Barlinek Sp. z o.o., Szpitalna 10, 95 746 18 10

Gryfice, Przychodnia Specjalistyczna Medicam, ul. Niechorska 27, 91 384 20 61

Szczecin, SPSZOZ - Zdroje, Św. Wojciecha 7, 91 880 60 99

Świnoujście, SPZOZ Szpital Miejski im. Jana Garduły, Mieszka I 7, wejście od strony Jana z Kolna 12, 91 326 73 14, 91 326 73 16

ODDZIAŁ DZIENNY LECZENIA ZABURZEŃ NERWICOWYCH:

Szczecin, SPSZOZ – Zdroje, ul. Św. Wojciecha 7, 91 880 60 99

PSYCHIATRYCZNE IZBY PRZYJĘĆ:

Gryfice, SPZZOZ, Niechorska 27, 91 384 20 61 w. 245

Kołobrzeg, Regionalny Szpital, Łopuskiego 33, 94 353 03 33

Koszalin, Centrum Zdrowia Psychicznego – NZOZ Medison, Sarzyńska 9, 94 347 07 54

Szczecin, SPSZOZ - Zdroje, Mączna 4, 91 88 06 211

Szczecin, SP Szpital Kliniczny Nr 1 Im. Prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM, Broniewskiego 26, 91 454 06 53

Szczecinek, Szpital w Szczecinku sp. z o.o., Kościuszki 38, 94 372 34 13

ODDZIAŁY PSYCHIATRYCZNE:

Gryfice, SPZZOZ, Niechorska 27, 91 384 20 61 w. 245

Kołobrzeg, Regionalny Szpital, Łopuskiego 33, 94 353 03 72

Koszalin, Centrum Zdrowia Psychicznego – NZOZ Medison, Sarzyńska 9, 94 347 07 54

Szczecin, SPSZOZ - Zdroje, Mączna 4, 91 880 62 11, 91 880 62 96, 91 880 64 21

Szczecin, SP Szpital Kliniczny Nr 1 Im. Prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM, Broniewskiego 26, 91 454 06 53, 91 454 15 07

Szczecinek, Szpital w Szczecinku sp. z o.o., Kościuszki 38, 94 372 34 13

Wałcz, 107 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ, Kołobrzaska 44, 261 472 879

ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY DLA DZIECI I MŁODZIEŻY:

Szczecin, SPSZOZ - Zdroje, Mączna 4, 91 880 64 43, 91 880 64 54

ODDZIAŁ LECZENIA ZABURZEŃ NERWICOWYCH:

Złocieniec, SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA, Kańsko 1, 94 367 12 22, 94 367 12 33

ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY DLA CHORYCH SOMATYCZNE:

Białogard, Regionalne Centrum Medyczne Sp. z o.o., Chopina 29, 94 312 02 72, 94 311 37 02

ODDZIAŁ REHABILITACJI PSYCHIATRYCZNEJ:

Gryfice, SPZZOZ Medicam, ul.Niechorska 27, 91 384 20 61

Szczecin, SPSZOZ - Zdroje, Mączna 4, 91 880 62 11, 91 880 64 10, 91 880 64 31, 91 880 64 11 (**zawieszenie do odwołania**)

ODDZIAŁ OPIEKUŃCZO-LECZNICZY PSYCHIATRYCZNY:

Koszalin, Centrum Zdrowia Psychicznego – NZOZ Medison, Sarzyńska 9, 94 34 70 754

Szczecin, SPSZOZ - Zdroje, Mączna 4, 91 880 62 75, 91 880 62 11, 91 880 62 64, 91 880 62 78

PORADNIE TERAPII UZALEŻNIENIA I WSPÓLUZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU:

Białogard, SPZOZ Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Stanominie, Krótka 1, 94 312 21 00

Choszczno, Ośrodek Terapii „Zmiana”, Drawieńska 32, 511 313 151

Darłowo, Amicus Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia, Wieniawskiego 18J, 500 382 626, 726 144 404

Darłowo, NSZOZ „No” S.C. Bożena, Mariusz Hrymniak, Skłodowskiej 32, 59 810 22 41

Drawsko Pomorskie, Amicus Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia, B. Chrobrego 4, tel. 726 144 404

Gryfice, SPZZOZ, Niechorska 27, 91 384 20 61 w. 373

Gryfino, NZOZ „Intermed” Sp. z o.o., Niepodległości 28, 91 416 20 41

Kołobrzeg, SPZOZ Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Stanominie, Okopowa 15A, 94 352 26 37

Koszalin, Centrum Psychoterapii i Leczenia Uzależnień Anon – Irena Śliwińska, Monte Cassino 13, 94 343 07 48

Nowogard, NZOZ „Sanus” S.C., Kościuszki 36, 91 392 69 60

Połczyn-Zdrój, SPZOZ Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Stanominie, Zdrojowa 6, 94 382 11 91

Pyrzyce, ZOZ Przemysław Jarosiński Gabinet Psychiatryczno-Odwykowy, Stargardzka 32, 91 570 47 87
Sławno, NSZOZ „No” S.C. Bożena, Mariusz Hrymniak, Chełmońskiego 9, 59 810 22 41

Stargard, Przychodnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia, Wyszyńskiego B22/ 3, 91 579 09 00

Szczecin, SPSZOZ - Zdroje, Św. Wojciecha 7, 91 880 61 13

Szczecin, SPZOZ - Ośrodek Terapii Uzależnień od Alkoholu, Ostrowska 7, 91 455 83 43

Szczecin, WOMP-ZCLiP, 3-go Maja 25-27, 91 471 53 21

Szczecinek, „Patronka” Sp. z o.o., Klasztorna 11, 94 372 14 35

Świdwin, SPZOZ Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Stanominie, Drawska 38, 94 365 72 55

Świnoujście, SPZOZ Szpital Miejski im. Jana Garduły, Jana z Kolna 12, 91 32 67 314

Wałcz, Poradnia Zdrowia Psychicznego J. Mołęda, H. Iżyk, Kościuszkowców 10, 67 387 37 21

PORADNIE TERAPII UZALEŻNIEŃ:

Barlinek, Poradnia Leczenia Uzależnień i Psychologiczna, Szpitalna 11, 601 990 606

Kołobrzeg, Regionalny Szpital w Kołobrzegu, Łopuskiego 33, 94 353 02 12

PORADNIE TERAPII UZALEŻNIEŃ OD ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH:

Koszalin, NZOZ Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień Dla Dzieci i Młodzieży, Zwycięstwa 168, 94 341 01 01

Szczecin, NZOZ Poradnia Profilaktyczno-Społeczna „NZOZ PPS”, Klonowica 1a, 91 488 83 55

Szczecin, SPSZOZ - Zdroje, Św. Wojciecha 7, 91 880 61 16, 60 91

Świnoujście, Szpital Miejski im. Jana Garduły, Jana z Kolna 12, 91 326 73 14

PROGRAM LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO:

Szczecin, SPSZOZ - Zdroje, Św. Wojciecha 7, 91 880 61 16, 60 91

PORADNIE SEKSUOLOGICZNE I PATOLOGII WSPÓŁŻYCIA:

Koszalin, Centrum Psychoterapii i Leczenia Uzależnień Anon Sp. z o.o., Al. Monte Cassino 13, 94 343 07 48
(świadczona od 01.06.2021 r.)

ODDZIAŁY DZIENNE TERAPII UZALEŻNIANIA OD ALKOHOLU:

Koszalin, Centrum Psychoterapii i Leczenia Uzależnień Anon – Irena Śliwińska, Monte Cassino 13, 94 343 07 48

Szczecin, SPZOZ - Ośrodek Terapii Uzależnień od Alkoholu, Ostrowska 7, 91 455 83 43

Szczecinek, „Patronka” Sp. z o.o., Klasztorna 11, 94 372 14 35

Świnoujście, SPZOZ Szpital Miejski im. Jana Garduły, Jana z Kolna 12, 91 321 34 13, 91 321 34 14

ODDZIAŁY LECZENIA UZALEŻNIEŃ:

Gryfice, SPZZOZ, Niechorska 27, 91 384 20 61 w. 379

Stanomino, SPZOZ Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia, Stanomino 5, 94 311 06 56

Szczecin, SPSZOZ - Zdroje, Mączna 4, 91 880 60 98, 60 06, 60 03 (przeniesiono z ul. Żołnierskiej 55)

Szczecinek, „Patronka” Sp. z o.o., Lelewela 15, 94 372 88 54

ODDZIAŁY LECZENIA ALKOHOLOWYCH ZESPOŁÓW ABSTYNYCENYJNYCH (DETOKSYKACYJNE):

Gryfice, SPZZOZ, Niechorska 27, 91 384 20 61 w. 245

Szczecin, SPSZOZ - Zdroje, Mączna 4, 91 880 62 11, 91 880 61 39, 91 880 60 93

Szczecinek, Szpital w Szczecinku sp. z o.o., Kościuszki 38, 94 372 34 13

ZAKŁADY PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZE PSYCHIATRYCZNE:

Nowe Czarnowo, Szpital Powiatowy w Gryfinie Sp. z o.o., Nowe Czarnowo 70, 91 416 21 09, 91 404 53 50
Szczecinek, „Patronka” Sp. z o.o., Lelewela 15, 94 374 01 06

OŚRODKI REHABILITACYJNE DLA UZALEŻNIONYCH OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH:

Babigoszcz, Stowarzyszenie MONAR Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Uzależnień,
Babigoszcz 19, 91 418 93 60, 504 702 037

Darzewo, Ośrodek Rehabilitacyjno-Postresocjalizacyjny, Darzewo 6, 94 318 37 95

Kamień Rymański, Stowarzyszenie Monar Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Uzależnień,
Kamień Rymański 5, 94 358 32 49, 519 114 458

Kluczewo, Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny dla Młodzieży w Brzezince, Brzezinka, 500 166 280

Łobez, Stowarzyszenie Monar Ośrodek Leczenia, Terapii Rehabilitacji Uzależnień, Grabowo 1, 91 397 50 00

Wszemierzyce, Stowarzyszenie MONAR Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji w Marianówku,
Wszemierzyce 1, 94 351 25 63, 501 630 58

OŚRODKI ŚRODOWISKOWEJ OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ I PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ DLA DZIECI I MŁODZIEŻY:

Białogard, Centrum Rehabilitacyjno-Medyczne „REHA MEDICA”, ul. W. Sikorskiego 13, tel. 94 372 14 51

Bobolice, Centrum Rehabilitacyjno-Medyczne „REHA MEDICA”, ul. Reymonta 2, tel. 94 372 14 51

Drawsko Pomorskie, SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Złocięncu, Obrońców Westerplatte 11,
94 367 12 22 wewn. 101 , 94 367 12 22 wewn. 101

Koszalin, NZOZ „MONADA” Al. Monte Cassino 13, tel. 94 3417727

Szczecin, Centrum Medyczne „EUROMEDIS” Al. Powstańców Wlkp. 33 A, tel. 91 8132141

Szczecinek, Centrum Rehabilitacyjno Medyczne „REHA MEDICA” ul. Kościuszki 57, tel. 94 3721451

PSYCHIATRIA SĄDOWA:

Koszalin, Centrum Zdrowia Psychicznego – NZOZ Medison, Sarzyńska 9, 94 347 07 54/55

25. ADRESY DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ

1. Powiat Białogardzki - Białogard

Dom Pomocy Społecznej dla osób w podeszłym wieku i przewlekle somatycznie chorych,
ul. Św. Brata Alberta 1

78-200 Białogard

tel. (94) 31-278-11, fax (94) 31-23-613

Organ lub podmiot prowadzący: Stowarzyszenie Pomocy „PRZYTULISKO” w Białogardzie
liczba miejsc: 180

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji nr 26 PS.1.AK-W.9013/1/09 z dnia 02.04.2009 r.

2. Powiat Choszczeński - Brzeziny

Dom Pomocy Społecznej dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie w Brzezinach
73-200 Drawno

tel. (95) 76-81-066, fax (95) 786-11-99

Organ lub podmiot prowadzący: Starosta Choszczeński,
liczba miejsc: 104

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie Decyzji nr 17/2007 PS.1.JJ.9013/25a/07 z dnia
20.06.2007 r.

3. Powiat Drawski - Darskowo

Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych w Darskowie
Darskowo 7

78-520 Złocieniec

tel./fax (94) 36-71-656

Organ lub podmiot prowadzący: Starosta Drawski
liczba miejsc: 67

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji nr 10/2007
PS.1.MO.9013/17a/06/07 z dnia 03.01.2007 r.

4. Powiat Goleniowski - Nowogard

Dom Pomocy Społecznej dla osób niepełnosprawnych intelektualnie oraz przewlekle psychicznie chorych
Kolonias Smużyny 2

72-200 Nowogard

tel. (91) 39-20-271, (91) 39-21-588, fax (91) 39-20-825, (91) 39-21-253

Organ lub podmiot prowadzący: Starosta Goleniowski
liczba miejsc: 237

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji nr 27/2009 PS.1.JJ.9013-2/09
z dnia 14.04.2009 r.

5. Powiat Gryficki - Gryfice

Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych
ul. Kościuszki 35

72-300 Gryfice

tel. (91) 38-42-565, fax (91) 38-48-555

Organ lub podmiot prowadzący: Starosta Gryficki,
liczba miejsc: 116

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji nr 15/2007 PS.1.JJ.9013/16a/07
z dnia 15.06.2007 r.

6. Powiat Gryficki - Jaromin

Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie

72-320 Jaromin k/Trzebiatowa

tel. (91) 38-72-529, fax (91) 38-73-313

Organ lub podmiot prowadzący: Starosta Gryficki

liczba miejsc: 345

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji nr 6/2006 PS.1.MO.9013/8a/2006 z dnia 27.10.2006 r.

7. Powiat Gryfiński - Dębce

Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych

74-100 Dębce 11

tel./fax (91) 416-02-35

Organ lub podmiot prowadzący: Stowarzyszenie „Pod Dębami” w Dębcach

liczba miejsc: 81

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji PS.1.9013-12/10-3[LS] z dnia 07.09.2010 r.

8. Powiat Gryfiński - Trzcińsko-Zdrój

Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych

Al. Róż 1

74-510 Trzcińsko-Zdrój

tel. (91) 414-81-62, fax (91) 414-80-60

Organ lub podmiot prowadzący: Stowarzyszenie „Dom z Sercem” w Trzcińsku Zdroju

liczba miejsc: 82

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji PS.1.AK.9013 - 20/10 z dnia 15.12.2010 r.

9. Powiat Gryfiński - Moryń

Dom Pomocy Społecznej dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie

ul. Rynkowa 27

74-503 Moryń

tel. (91) 414-60-24,

fax (91) 414-63-70

Organ lub podmiot prowadzący: Zgromadzenie Sióstr Benedyktynek Samarytanek Krzyża Chrystusowego Dom Generalny w Niegowie

liczba miejsc: 120

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji nr 2/2006 PS.1.MO.9013/2a/2006 z dnia 12.04.2006 r.

10. Powiat Gryfiński - Nowe Czarnowo

Dom Pomocy Społecznej dla dzieci, młodzieży i dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie

74-115 Nowe Czarnowo,

tel. (91) 316-59-21 (91) 316-59-25

Organ lub podmiot prowadzący: Starosta Gryfiński

liczba miejsc: 120

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji nr PS.1.AK.9013/2/2010 z dnia 20.04.2010 r.

11. Powiat Kamieński - Śniatowo

Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych

72-400 Śniatowo

tel. (91) 38-32-325, fax (91) 38-32-390

Organ lub podmiot prowadzący: Starosta Kamieński

liczba miejsc: 75

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji nr 20/2007 PS.1.JJ.9013/15a/06/07 z dnia 22.11.2007 r.

12. Powiat Kołobrzeski - Kołobrzeg

Dom Pomocy Społecznej dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie

ul. Mazowiecka 29

78-100 Kołobrzeg,

tel. (94) 35-25-388

fax (94) 35-46-567

Organ lub podmiot prowadzący: Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Kołobrzegu

liczba miejsc: 35

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji nr 1 PS.1.MO.9013/1/2006 z dnia 24.02.2006 r.

13. Powiat Kołobrzeski - Włóścibórz

Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych we Włóściborzu

76-114 Wrzosowo

tel. (94) 35-81-922

fax (94) 35-81-963

Organ lub podmiot prowadzący: Starosta Kołobrzeski

liczba miejsc: 110

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji nr PS.1.JJ.9013/7a/2006 z dnia 26.07.2006 r.

14. Powiat Kołobrzeski - Gościno

Dom Pomocy Społecznej dla osób w podeszłym wieku i osób przewlekle somatycznie chorych

78-120 Gościno

tel. (94) 35-12-565

fax (94) 35-12-501

Organ lub podmiot prowadzący: Starosta Kołobrzeski

liczba miejsc: 60

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji nr 12/2007 PS.1.MO.9013/19a/06/07 z dnia 23.02.2007 r.

15. Powiat Kołobrzeski - Dygowo

Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych

Piotrowice 1

78-113 Dygowo

tel. (94) 35-31-946

Organ lub podmiot prowadzący: Stowarzyszenie na Rzecz Pomocy Ludziom Niepełnosprawnym i Potrzebującym Opieki „SENIOR” w Piotrowicach

liczba miejsc: 44

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji 22 PS.1.L.S.9013-1/08 z dnia 16.01.2008 r.

16. Powiat Koszaliński - Cetuń

Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych

Cetuń 6

76-010 Polanów

tel. i fax (94) 31-88-200

Organ lub podmiot prowadzący: Starosta Koszaliński

liczba miejsc: 80

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji nr S-1.9423.1.2.2015.JJ z dnia 30.11.2015 r.

17. Powiat Koszaliński - Mielno

Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych

ul. Spokojna 1

76-032 Mielno

tel. (94) 34-76-695

fax (94) 31-89-647

Organ lub podmiot prowadzący: Starosta Koszaliński

liczba miejsc: 80

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji K-S-1.9423.1.5.2013 IL z dnia 20.12.2013 r.

18. Powiat Koszaliński - Parsowo

Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych

76-039 Biesiekierz

Parsowo 25

tel. (94) 31-80-225, (94) 31-80-359

fax (94) 31-80-525

Organ lub podmiot prowadzący: Starosta Koszaliński

liczba miejsc: 85

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji S-1.9423.1.3.2015.JJ z dnia 30.11.2015 r.

19. Powiat Koszaliński – Nowe Bielice

Dom Pomocy Społecznej dla dzieci i młodzieży i dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie

Nowe Bielice 1-3

76-039 Biesiekierz

tel. (94) 342-64-40 (94) 316-33-51

(94) 316-33-52.

Organ lub podmiot prowadzący: Starosta Koszaliński

liczba miejsc: 142

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji K.PS.1.IL.9013-15/10 z dnia 02.12.2010 r.

20. Powiat Koszaliński - Żydowo

Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych

76-012 Żydowo

tel. (94) 31-88-887

fax (94) 31-88-889

Organ lub podmiot prowadzący: Starosta Koszaliński

liczba miejsc: 215

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji K.PS.1.IL.9013-16/10 z dnia 06.12.2010 r.

21. Powiat Koszaliński - Bobolice

Dom Pomocy Społecznej dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie

ul. Pionierów 3

76-020 Bobolice

tel. (94) 31-87-332

Organ lub podmiot prowadzący: Zgromadzenie Sióstr Misjonarek Apostolstwa Katolickiego Prowincja Polska w Warszawie

liczba miejsc: 65

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji nr 5/2006 PS.1.MO.9013/6a/2006 z dnia 16.08.2006 r.

22. Powiat Łobeski - Resko

Dom Pomocy Społecznej dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz osób przewlekłe psychicznie chorych

ul. Wojska Polskiego 40

73-310 Resko

tel. (91) 39-51-830, fax (91) 39-51-337

Organ lub podmiot prowadzący: Starosta Łobeski

liczba miejsc: 140

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji PS.1.LS.9013-1/2010 z dnia 15.03.2010 r.

23. Powiat Myśliborski - Myślibórz

Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekłe somatycznie chorych

ul. Celna 23

74-300 Myślibórz

tel. (95) 74-72-274, fax (95) 74-73-031

Organ lub podmiot prowadzący: Starosta Myśliborski

liczba miejsc: 170

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji nr 14/2007 PS.1.MO.9013/24a/07 z dnia 16.05.2007 r.

24. Powiat Pyrzycki - Pyrzyce

Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekłe somatycznie chorych

Żabów 31

74-200 Pyrzyce

tel. 91 57-77-641

Organ lub podmiot prowadzący: Starosta Pyrzycki

liczba miejsc: 80

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji nr 16/2007 PS.1.JJ.9013/20a/07 z dnia 15.06.2007 r.

25. Powiat Stargardzki - Dolice

Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekłe somatycznie chorych

ul. Wiśniowa 12

74-220 Dolice

tel. (91) 56-40-023, fax (91) 56-40-180

Organ lub podmiot prowadzący: Starosta Stargardzki

liczba miejsc: 60

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji nr 9/2007 PS.1.MO.9013/13a/06/07 z dnia 03.01.2007 r.

26. Powiat Szczecinecki - Borne Sulinowo

Dom Pomocy Społecznej dla osób w podeszłym wieku oraz osób przewlekle somatycznie chorych
ul. Szpitalna 5

78-449 Borne Sulinowo

tel. (94) 37-33-880

fax (94) 37-33-059

Organ lub podmiot prowadzący: Starosta Szczecinecki

liczba miejsc: 162

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji PS.1.MO.9013/18A/06/07 z dnia 16.01.2007 r.

27. Powiat Świdwiński - Krzecko

Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych
Krzecko 5

78-314 Sławoborze

tel. i faks (94) 364-72-84

Organ lub podmiot prowadzący: Starosta Świdwiński

liczba miejsc: 70

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji nr 7/2006 PS.1.MO.9013/11a/06 z dnia 28.11.2006 r.

28. Powiat Świdwiński - Modrzewiec

Dom Pomocy Społecznej dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
Modrzewiec 8

78-331 Rąbino,

tel. i faks (94) 36-43-224

Organ lub podmiot prowadzący: Starosta Świdwiński

liczba miejsc: 90

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji nr 8/2006 PS.1.MO.9013/12a/2006 z dnia 11.12.2006 r.

29. Powiat Wałecki - Wałcz

Dom Pomocy Społecznej dla osób w podeszłym wieku i przewlekle somatycznie chorych
ul. Orla 35

78-600 Wałcz

tel. (67) 38-73-777

fax (67) 38-73-550

Organ lub podmiot prowadzący: Starosta Wałecki

liczba miejsc: 60

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji nr 29/2009
K.PS.1.IL.9013/5/09 z dnia 23.06.2009 r.

30. Szczecin

Dom Pomocy Społecznej dla osób w podeszłym wieku i osób przewlekle somatycznie chorych
ul. Romera 21/29

70-900 Szczecin

tel. (91) 43-27-712 (91) 43-27-716

Organ lub podmiot prowadzący: Prezydent Miasta Szczecin

liczba miejsc: 251

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji nr 29/2009 PS.1.JJ.9013-4/09
z dnia 30.10.2009 r.

31. Szczecin

Dom Pomocy Społecznej dla osób w podeszłym wieku i osób przewlekle somatycznie chorych
ul. Krucza 17

71-747 Szczecin

tel. (91) 45-57-210,

fax (91) 455-83-33

Organ lub podmiot prowadzący: Prezydent Miasta Szczecin

liczba miejsc: 241

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji 24/2008 PS.1.JJ.3013-4/08 z dnia 30.10.2008 r.

32. Szczecin

Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych,
ul. Broniewskiego 4/6

71-460 Szczecin

tel. (91) 45-41-481

Organ lub podmiot prowadzący: Prezydent Miasta Szczecin

liczba miejsc: 74

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji nr 23/2008 PS.1.LS.9013-5/08 z dnia 24.10.2008 r.

33. Szczecin

Dom Pomocy Społecznej im. Doktora Edmunda Wojtyły dla osób przewlekle psychicznie chorych
ul. Lubomirskiego 7

71- 505 Szczecin

tel. (91) 454 00 52,

605 348 636

Organ lub podmiot prowadzący: Instytut Medyczny im. Jana Pawła II w Szczecinie

liczba miejsc: 100

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji S-1.9423.1.6.2014.JJ z dnia 15.12.2014 r.

34. Koszalin

Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych oraz osób w podeszłym wieku
ul. Leonida Teligi 4

75-235 Koszalin

tel. (94) 717-08-90

Organ lub podmiot prowadzący: Prezydent Miasta Koszalina

liczba miejsc: 89

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji K-S-1.9423.1.2.2015.IL z dnia 29.06.2015 r.

35. Szczecin

Dom Pomocy Społecznej Świętej Rodziny dla osób przewlekle somatycznie chorych
al. Wyzwolenia 52

71-506 Szczecin

tel. (91) 311 47 31,

605 348 636

Organ lub podmiot prowadzący: Instytut Medyczny im. Jana Pawła II w Szczecinie

liczba miejsc: 100

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji S-1.9423.3.2018.JJ z dnia 3 kwietnia 2018 r.

36. Szczecin

Dom Pomocy Społecznej im. Bpa Stanisława Stefanka dla osób przewlekle psychicznie chorych
Kolsk 30A

73-240 Bierzwik

tel. (95) 784 10 19, 605 348 636

Organ lub podmiot prowadzący: Instytut Medyczny im. Jana Pawła II w Szczecinie

liczba miejsc: 90

Zezwolenie na czas nieokreślony na podstawie decyzji ZPS-3.9423.6.2020.JJ z dnia 22 maja 2020 r.

26. WYKAZ WARSZTATÓW TERAPII ZAJĘCIOWEJ W WOJEWÓDZTWIE ZACHODNIOPOMORSKIM - NA PODSTAWIE DANYCH OPUBLIKOWANYCH PRZEZ BIURO PEŁNOMOCNIKA RZĄDU DS. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH (AKTUALIZACJA 27.02.2017 R).

Powiat	Nazwa Organizatora	Nazwa WTZ	Miejscowość	Ulica	Kod	Poczta
białogardzki	Urząd Miasta i Gminy Karlino	Warsztat Terapii Zajęciowej „Iskierka”	Karlino	Kościuszki 3	78-230	Karlino
białogardzki	Urząd Miasta Białogard	Warsztat Terapii Zajęciowej „Szansa”	Białogard	Ustronie Miejskie 1	78-200	Białogard
choszczeński	Urząd Miejski	Warsztat Terapii Zajęciowej	Piasecznik	Piasecznik 82	73-200	Choszczno
goleniowski	Zachodniopomorskie Towarzystwo Pomocy Osobom Niepełnosprawnym	Warsztat Terapii Zajęciowej	Nowogard	Bohaterów Warszawy 32	72-200	Nowogard
gryficki	Dom Pomocy Społecznej	Warsztat Terapii Zajęciowej	Jaromin	Jaromin 50	72-320	Trzebiatów
gryficki	Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym	Warsztat Terapii Zajęciowej	Gryfice	Pocztowa 4	72-300	Gryfice
gryficki	Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym	Warsztat Terapii Zajęciowej	Trzebiatów	Cicha 5	72-320	Trzebiatów
gryfiński	Stowarzyszenie na Rzecz Osób Niepełnosprawnych „Promyk”	Warsztaty Terapii Zajęciowej	Goszków	Goszków 12A	74-505	Mieszkowice

gryfiński	Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Gryfinie	Warsztat Terapii Zajęciowej	Gryfino	Szczecińska 33	74-100	Gryfino
kamieński	Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym Koło w Wolinie	Warsztaty Terapii Zajęciowej	Wolin	Mickiewicza 14	72-510	Wolin
kamieński	Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym Koło w Kamieniu Pomorskim	Warsztaty Terapii Zajęciowej	Kamień Pomorski	Kopernika 12	72-400	Kamień Pomorski
kołobrzeski	Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Koło w Kołobrzegu	Warsztaty Terapii Zajęciowej	Kołobrzeg	Mazowiecka 29	78-100	Kołobrzeg
łobeski	Stowarzyszenie „Współistnienie”	Warsztaty Terapii Zajęciowej	Łabuń Wielki	Łabuń Wielki 32	72-315	Resko
myśliborski	Gmina Dębno	Warsztaty Terapii Zajęciowej	Dębno	Chojeńska 6a	74-400	Dębno
policki	Polskie Stowarzyszenie Osób z Upośledzeniem Umysłowym Koło w Policach	Warsztaty Terapii Zajęciowej	Police	Korczaka 55	72-010	Police
pyrzycki	Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym Koło w Pyrzycach	Warsztaty Terapii Zajęciowej	Nowielin	Nowielin 40	74-200	Pyrzyce
sławieński	Stowarzyszenie „Akson”	Warsztaty Terapii Zajęciowej	Sławno	Chelmońskiego 30	76-100	Sławno
stargardzki	Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym	Warsztaty Terapii Zajęciowej	Stargard	Sikorskiego 16	73-110	Stargard
stargardzki	Towarzystwo Rozwoju Gminy Marianowo	Warsztaty Terapii Zajęciowej	Dzwonowo	Dzwonowo 62	73-121	Marianowo
szczecinecki	Stowarzyszenie ATUT Szczecinek	Warsztaty Terapii Zajęciowej	Szczecinek	Połczyńska 2	78-400	Szczecinek

szczecinecki	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej Barwice	Warsztaty Terapii Zajęciowej	Barwice	Kościuszki 3	78-460	Barwice
świdwiński	Dom Pomocy Społecznej w Modrzewcu	Warsztaty Terapii Zajęciowej	Modrzewiec	Modrzewiec 8	78-331	Rąbino
wałęcki	SDN Uśmiech w Wałczu	Warsztaty Terapii Zajęciowej	Wałcz	Południowa 10A	78-600	Wałcz
miasto Koszalin	Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym Koło w Koszalinie	Warsztat Terapii Zajęciowej Nr 1	Koszalin	Budowniczych 1	75-323	Koszalin
miasto Koszalin	Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym Koło w Koszalinie	Warsztat Terapii Zajęciowej Nr 2	Koszalin	Wyspiańskiego 4	75-629	Koszalin
miasto Szczecin	Stowarzyszenie Pomocy w Rozwoju Społecznym i Zawodowym Osób Niepełnosprawnych	Warsztat Terapii Zajęciowej	Szczecin	Przyszłości 21	70-893	Szczecin
miasto Szczecin	Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym Koło w Szczecinie	Warsztat Terapii Zajęciowej im. Prof. Antoniego Zielińskiego	Szczecin	Rostocka 125	71-771	Szczecin
miasto Świnoujście	Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym Koło w Świnoujściu	Warsztat Terapii Zajęciowej	Świnoujście	Basztowa 11	72-600	Świnoujście

27. ADRESY ŚRODOWISKOWYCH DOMÓW SAMOPOMOCY, POWIATOWYCH OŚRODKÓW WSPARCIA DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI.

MIASTA I GMINY:

Barlinek,

74-320,
Osina 19 a,
tel. 957462315,
liczba miejsc: 35.

Barwice,

78-460,
ul. Czaplinecka 14,
tel. 943732163,
liczba miejsc: 20.

Będzino,

76-037,
Będzino 56,
tel. 603969188, 694462596,
liczba miejsc: 35.

Biesiekierz,

76-039,
Biesiekierz 13,
tel. 943180316,
liczba miejsc: 20.

Bobolice,

76-020,
ul. Głowackiego 7 a,
tel. 943187031,
liczba miejsc: 30.

Borne Sulinowo,

78-449,
ul. Targowa 5,
tel. 943733277,
(filia: Borne Sulinowo, ul. Targowa 5),
liczba miejsc: 40.

Chojna,

74-500,
ul. Orłąt 10,
tel. 914022051,
liczba miejsc: 35.

Choszczno,

73-200,
ul. Drawieńska 52,
tel. 957651890,
liczba miejsc: 40.

Drawno,

73-220,
ul. Szpitalna 2,
tel. 957629826,
liczba miejsc: 25.

Dębno,

74-400,
ul. Mickiewicza 36,
tel. 798680809, 509821252,
liczba miejsc: 30.

Goleniów,

72-100,
ul. Wojska Polskiego 28,
tel. 914189697,
liczba miejsc: 30.

Gościno,

78-120,
ul. IV Dywizji WP 66,
tel. 943513157,
liczba miejsc: 20.

Gryfino,

74-100,
ul. Sprzymierzonych 8a,
tel. 91 8296444,
liczba miejsc: 25.

Kamień Pomorski,

72-400,
ul. Garncarska 4,
tel. 913824441,
liczba miejsc: 25.

Koszalin,

75-306,
ul. Odrodzenia 34,
tel. 943419272,
liczba miejsc: 25.

Koszalin,

75-601,
ul. Zwycięstwa 119,
tel. 943419293,
liczba miejsc: 30.

Koszalin,

75-323,
ul. Budowniczych 6,
tel. 943415383,
liczba miejsc: 40.

Krzęcin,

73-231,
ul. Szkolna 2,
tel. 957629940,
liczba miejsc: 20.

Łobez,

73-150,
ul. Łożnicka 31,
tel. 913974619,
liczba miejsc: 40.

Międzyzdroje,

72-500,
ul. Kolejowa 33,
tel. 665885860,
liczba miejsc: 20.

Manowo,

76-015,
ul. Myśliwska 1,
tel. 943410228,
liczba miejsc: 26.

Myślibórz,

74-300,
ul. Kamienna 20,
tel. 957470885,
liczba miejsc: 45.
Polanów,
76-010,
Krąg 5/3,
tel. 943169319
liczba miejsc: 23.

Police,

70-010,
ul. Korczaka 57,
tel. 913180270,
liczba miejsc: 35.

Połczyn Zdrój,

78-320,
ul. Koszalińska 8 A,
tel. 943611932,
liczba miejsc: 30.

Przybiernów,

72-110,
ul. Kościuszki 16,
tel. 914615922,
liczba miejsc: 20.

Pyrzyce,

74-230, Mielęcín,
ul. Główna 42,
tel. 915782101,
liczba miejsc: 30.

Recz,

73-210,
ul. Staromiejska 4,
tel. 957159049,
liczba miejsc: 20.

Sianów,

76-004,
ul. Słowackiego 3A,
tel. 943185512,
liczba miejsc: 35.

Sławno,

76-100,
ul. Mielczarskiego 1,
tel. 598102043,
liczba miejsc: 32.

Sławoborze,

78-314,
ul. Leśna 1a,
tel. 505960912,
liczba miejsc: 28.

Stargard,

73-110,
ul. Brzozowa 26,
tel. 915776271,
liczba miejsc: 40.

Stargard,

73-110,
ul. Limanowskiego 24,
tel. 669202630, 518279758,
liczba miejsc: 30.

Szczecin,

70-893,
ul. Tartaczna 14,
tel. 914622230,
(filie: Szczecin ul. Bohaterów Warszawy 27, ul. Niemcewiczka 9/U5, ul. Poczтовая 31-33),
liczba miejsc: 120.

Szczecin,

71-771,
ul. Rostocka 125,
tel. 914268197,
(filia: Szczecin ul. Orzechowa 1),
liczba miejsc: 56.

Szczecin,

70-392,
ul. Ks. P. Wawrzyniaka 7a,
tel. 913070646,
liczba miejsc: 21.

Szczecinek,

78-400,
ul. Wodociągowa 6 a,
tel. 943741001 , 943714252
(filia: Szczecinek, ul. Połczyńska 2 a),
liczba miejsc: 50.

Szczecinek,

78-400,
Turowo 78,
tel. 943751383,
(filia: Gwda Wielka, ul. Polna 21),
liczba miejsc: 40.

Świdwin,

78-312, Lekowo,
Kłępczewo 8,
tel. 665157577,
liczba miejsc: 30.

Świdwin,

78-300,
ul. Podwale 2,
tel. 399501803,
liczba miejsc: 40.

Świnoujście,

72-600,
ul. Basztowa 11,
tel. 913213559,
liczba miejsc: 19.

Wałcz,

78-600,
ul. Nowomiejska 4,
tel. 672589475,
liczba miejsc: 35.

POWIATY:

Białogardzki,

78-200 Białogard,
Plac Wolności 1,
tel. 943125999,
liczba miejsc: 54.

Drawski,

78-500 Drawsko Pomorskie,
ul. Chrobrego 4,
tel. 943630605,
(filia: Złocieniec, I Dywizji WP 8),
liczba miejsc: 55.

Gryficki,

72-300 Gryfice,
ul. Koszarowa 1,
tel. 918525610,
liczba miejsc: 30.

Kołobrzeski,

78-100 Kołobrzeg,
ul. Łopuskiego 33,
tel. 943530312,
(filia: Trzynik 1, 78-123 Siemyśl),
liczba miejsc: 55.

Kołobrzeski,

78-100 Kołobrzeg,
ul. Mazowiecka 29,
tel. 943525388,
liczba miejsc: 30.

KLUBY SAMOPOMOCY:

Miasto i Gmina Barlinek,

74-320 Barlinek,
ul. Szosowa 2B,
tel. 790340443,
liczba miejsc: 10.

Powiat Policki,

72-010 Police,
ul. Kresowa 3,
tel. 739064535,
liczba miejsc: 20.

28. ADRESY ZAKŁADÓW PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZYCH:

- Barlinek**, Szpital Barlinek Sp. z o.o., Szpitalna 10, 95 756 18 10
- Białogard**, Regionalne Centrum Medyczne w Białogardzie Sp. z o.o, Chopina 29, 94 312 26 49
- Dębno**, Szpital w Dębnie im. Świętej Matki Teresy z Kalkuty sp. z o.o., Kościuszki 58, 95 760 20 63, 64, 65 wew. 206, 237, 222
- Goleniów**, Szpitalne Centrum Medyczne Sp. z o.o., Nowogardzka 2, 91 466 43 52
- Gryfino**, „Szpital Powiatowy w Gryfinie” Sp. z o.o., Armii Krajowej 8, 91 416 21 09, 91 415 25 13
- Koszalin**, Specjalistyczny Zespół Gruzlicy i Chorób Płuc, Niepodległości 44, 94 340 67 30, 94 342 20 51
- Międzywodzie**, NZOZ „Zdrowie”, Westerplatte 26, 91 381 39 17
- Pyrzyce**, Szpital Powiatowy, Jana Pawła II 2, 91 570 25 73 wew. 244
- Resko**, SP Szpital Rejonowy Nowogard, Szpitalna 8, 91 39 51 300
- Szczecin**, SP Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje”, Mączna 4, 91 880 61 52 lub 56 lub 82
- Szczecinek**, „Patronka” Sp. z o.o., Staszica 6, 94 713 74 00
- Świnoujście**, SPZOZ Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy, Żeromskiego 21, 91 321 21 70 wew. 27
- Tuczno**, Zakład Opiekuńczo-Lecznicy SP Zakład Opieki Zdrowotnej „Leśna Ustroń”, Staszica 5, 67 259 30 04

29. BIBLIOGRAFIA

- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994r o ochronie zdrowia psychicznego.
- Ustawa z dnia 11 września 2015r o zdrowiu publicznym.
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005r o przeciwdziałaniu narkomanii
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017r w sprawie narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego na lata 2017-2022
- „Psychiatria” P. Gałęcki, A. Szulc; Edra Urban&Partner, Wrocław 2018
- „Psychiatria. Sedno” P. Wright, J. Stern, M. Phelan; Elsevier Urban&Partner, 2008, tom 1-2.
- „Prawo dla lekarzy psychiatrów” A. Jacek, B. Kmiecik, E. Sarnacka; Difin, Warszawa 2018
- „Uzależnienie od narkotyków”; Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii; red: P. Jabłoński, B. Bukowska, J.Cz. Czabała, 2012
- „Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5”; redakcja wydania polskiego P. Gałęcki i wsp.; Edra Urban&Partner, 2018
- „Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne”; J. Heitzman; Psychiatria Polska, 2020; 54(2): 187–198
- www.nfz-szczecin.pl
- www.gov.pl
- www.szczecin-uw.gov.pl
- www.pfron.org.pl
- <https://www.kbpn.gov.pl>

