

**Xplore  
Health**

POZNAJ NAJNOWSZE INFORMACJE NA TEMAT  
BADAŃ NAD ZDROWIEM

➔ **Przewodnik dla instruktora  
„Ponowne rozważania na  
temat zdrowia  
psychicznego”  
(Informacje podstawowe)**

[www.xplorehealth.eu](http://www.xplorehealth.eu)

## Spis treści

Spis treści.....	2
1. Wprowadzenie.....	3
2. Aktualny stan wiedzy .....	3
2.1. Wprowadzenie .....	3
2.2. Epidemiologia .....	4
2.3. Obciążenie zaburzeniami zdrowia psychicznego w dzieciństwie .....	5
2.4. Klasyfikacja i rozpoznanie .....	6
2.5. Ocena kliniczna.....	6
2.6. Czynniki ryzyka .....	7
2.7. Leczenie .....	8
2.8. Profilaktyka .....	9
2.9. Badania.....	9
2.10. Koszty związane z systemem ochrony zdrowia.....	10
3. Aspekty etyczne, prawne i społeczne (ELSA).....	13
3.1. Wprowadzenie .....	14
3.2. Klasyfikacja i rozpoznanie .....	14
3.3. Leczenie .....	17
3.4. Etyka leczenia.....	18
3.5. Problemy społeczne.....	20

## 1. Wprowadzenie

Niniejsze wytyczne dla nauczycieli zawierają informacje dotyczące modułu Xplore Health zatytułowanego „Ponowne rozważania na temat zdrowia psychicznego”. Najpierw przedstawiono wprowadzenie do tematu w celu ułatwienia przygotowania lekcji z wykorzystaniem różnych narzędzi multimedialnych dostępnych na naszej stronie internetowej. Niniejsze wytyczne zawierają informacje na temat aktualnego stanu wiedzy w tej dziedzinie nauki oraz etycznych, prawnych i społecznych aspektów tematu.

## 2. Aktualny stan wiedzy

### 2.1. Wprowadzenie

Zaburzenia zdrowia psychicznego są jedną z wiodących przyczyn niepełnosprawności na świecie. Schizofrenia, depresja, padaczka, demencja, uzależnienie od alkoholu oraz inne zaburzenia umysłowe, neurologiczne i związane z nadużywaniem substancji odpowiadają za 13% światowego obciążenia chorobami, co przekracza wskaźniki zarówno dla chorób układu sercowo-naczyniowego, jak i nowotworowych. Co siedem sekund kolejna osoba zaczyna chorować na demencję, co w 2009 roku kosztowało świat do 609 miliardów USD. Szacuje się, że do 2020 roku 1,5 miliona osób będzie co roku umierać z powodu samobójstw, a od 15 do 30 milionów będzie podejmować próby samobójcze. W Europie choroby mózgu generują koszty prawie 800 mld euro rocznie. W większości przypadków zaburzenia zdrowia psychicznego u osób dorosłych rozpoczynają się w dzieciństwie i ich przyczyny są wieloczynnikowe. Po zakończeniu okresu dojrzewania około 30% młodych osób spełni życiowe kryteria zaburzenia zdrowia psychicznego, przy czym u 12% zostanie stwierdzone istotne pogorszenie stanu. Na podstawie badań oszacowano, że w krajach rozwiniętych zaledwie połowa tych pacjentów otrzymuje opiekę ze względu na zaburzenia zdrowia psychicznego. Obraz kliniczny zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży oraz odpowiedź na leczenie mogą być inne niż u osób dorosłych. Niemniej jednak obecne klasyfikacje zaburzeń psychicznych nie zawierają przejrzystego opisu ich rozwoju i u pacjentów chorych na to samo zaburzenie mogą występować odmienne objawy kliniczne i jednocześnie mogą występować odmienne zaburzenia. Zaburzenia zdrowia psychicznego u dzieci charakteryzują się przewlekłym oraz nawracającym przebiegiem i często są kontynuowane w okresie dorosłości. Są także czynnikami prognostycznymi wystąpienia szeregu zaburzeń fizycznych oraz niekorzystnego przebiegu dalszego życia, ponadto są związane ze znacznymi kosztami ekonomicznymi dla społeczeństwa. Chociaż zmniejszenie globalnego

obciążenia chorobami psychicznymi musi się rozpocząć od odpowiedniej profilaktyki, rozpoznania i leczenia zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży, nadal istnieje znaczna przepaść między potrzebami a dostępnymi zasobami. Ponadto wiele pytań dotyczących przyczyn, epidemiologii i leczenia pozostaje nierozwiązanych i wymaga dalszych badań rozwojowych.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (ang. World Health Organization, WHO) zaburzenia zdrowia psychicznego są jedną z wiodących przyczyn niepełnosprawności na świecie. Zarówno w badaniach retrospektywnych, jak i prospektywnych wykazano, że ponad 50% zaburzeń zdrowia psychicznego wpływających niekorzystnie na dorosłe życie ma swój początek na wczesnych etapach życia. Podkreśla to znaczenie zrozumienia skali, czynników ryzyka i przebiegu zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży oraz uznania odmienności cech zaburzeń psychicznych u dzieci i osób dorosłych. Ponadto takie podejście sugeruje, że zmniejszenie globalnego obciążenia chorobami psychicznymi musi się rozpocząć od odpowiedniego rozpoznania oraz leczenia dzieci i młodzieży. Niemniej jednak mimo powszechnego uznania znaczenia promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki u dzieci i młodzieży, zaledwie połowa dzieci i młodzieży chorych na zaburzenia psychiczne otrzymuje powiązaną z tym opiekę w krajach rozwiniętych. Przepaść między potrzebami a dostępnymi zasobami jest jeszcze bardziej niepokojąca w krajach o niskim i średnim dochodzie.

## **2.2. Epidemiologia**

Wyniki niedawnych badań wskazują, że szacuje się, iż około jedna trzecia młodych ludzi w krajach rozwiniętych spełnia życiowe kryteria zaburzenia psychicznego w czasie zakończenia dojrzewania. U 12% stwierdza się poważne zaburzenie psychiatryczne powodujące poważny problem lub pogorszenie stanu oraz istotnie wpływające na zdolność dziecka do funkcjonowania społecznego, naukowego i emocjonalnego. Nie ma wielu wiarygodnych badań epidemiologicznych skoncentrowanych na zapadalności i chorobowości zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży w krajach o niskim i średnim dochodzie. W związku z tym napotykaną są trudności w czasie próby porównania wzorców zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży w różnych krajach.

Podobnie jak w badaniach społecznych u osób dorosłych, zaburzenia lękowe stanowią najczęstsze zaburzenie psychiczne u dzieci i mediana wskaźnika chorobowości dla wszystkich zaburzeń lękowych wynosi 8%, wg wyników ostatniego przeglądu. Kolejną pozycję pod względem częstości występowania zajmują zaburzenia behawioralne (w tym

zespół nadpobudliwości ruchowej z deficytem uwagi, zaburzenie zachowania i zaburzenie opozycyjno-buntownicze), a następnie zaburzenia nastroju i zaburzenia związane z nadużywaniem substancji. Niemniej jednak wskaźniki się różnią, jeżeli uwzględnimy swoiste grupy wiekowe, płciowe lub etniczne.

Istnieją różne szczytowe okresy występowania niektórych zaburzeń. Większość przypadków zespołu nadpobudliwości ruchowej z deficytem uwagi (ADHD), autyzmu i nieautystycznych rozległych zaburzeń rozwoju, lęku separacyjnego, swoistych fobii i zaburzeń opozycyjno-buntowniczych rozpoczyna się w dzieciństwie, natomiast fobia społeczna, ataki paniki, nadużywanie substancji, depresja oraz zaburzenia jedzenia zwykle rozpoczynają się w okresie dojrzewania.

W odniesieniu do płci, większość zaburzeń rozpoczynających się w dzieciństwie występuje częściej u chłopców, natomiast większość zaburzeń rozpoczynających się w okresie dojrzewania u dziewcząt.

### **2.3. Obciążenie zaburzeniami zdrowia psychicznego w dzieciństwie**

Zaburzenia zdrowia psychicznego w dzieciństwie charakteryzują się zwykle przewlekłym i nawracającym przebiegiem, a ponadto stanowią istotne obciążenie kliniczne i społeczne dla poszczególnych osób, ich rodzin i społeczeństwa. W znacznej części przypadków choroba trwa nadal w okresie dorosłości. W przypadku większości zaburzeń psychiatrycznych choroba przyjmuje postać ciągłej obecności tego samego problemu (występowanie homotypiczne). Czasem w miejsce choroby obecnej w dzieciństwie w okresie dojrzewania lub dorosłości może się pojawić inne zaburzenie psychiczne (występowanie heterotypiczne). Znacznego stopnia występowanie heterotypiczne stwierdzono w przypadku zaburzeń lękowych-depresji, zaburzeń lękowych-nadużywania substancji oraz ADHD-zaburzeń zachowania.

Analizy światowego zdrowia psychicznego prowadzone przez WHO wskazują, że wcześnie występujące zaburzenia psychiczne są także istotnymi predyktorami szeregu rozwijających się później i stale obecnych zaburzeń fizycznych. Jest to fragment większego schematu powiązań między wcześnie występującymi zaburzeniami psychicznymi a większą grupą niekorzystnych sytuacji w przebiegu życia, obejmującego uzyskiwanie gorszych wyników edukacyjnych, wczesne zawieranie małżeństw, niestabilność małżeństw oraz niski status zawodowy i finansowy. Ponadto zaburzenia zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży są



związane z istotnymi kosztami ekonomicznymi w sektorach wielu usług obejmujących nie tylko zdrowie psychiczne, ale także edukację, świadczenia społeczne i system sprawiedliwości.

#### **2.4. Klasyfikacja i rozpoznanie**

Istnieją dwie wysoce usystematyzowane klasyfikacje zaburzeń zdrowia psychicznego: 4. wydanie podręcznika *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV, American Psychiatric Association, 2000) oraz 10. aktualizacja klasyfikacji *International Classification of Diseases* (ICD-10, World Health Organization, 1996). Choć te klasyfikacje różnią się pod wieloma względami, z ogólnego punktu widzenia są bardzo podobne i zaburzenia psychiczne są w nich podzielone na kategorie.

Początkowo zostały one przygotowane dla zaburzeń występujących u osób dorosłych, a dopiero później zastosowano je do zaburzeń psychicznych w dzieciństwie. Dlatego większość zaburzeń występujących u osób młodych zdefiniowano i opisano na podstawie ich obrazu u osób dorosłych. Niemniej jednak, mimo iż znaczna większość objawów zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży jest taka sama, jak u osób dorosłych, mogą one występować w różnych proporcjach lub powiązaniach w różnych grupach wiekowych, prowadząc do występowania zespołów o różnych postaciach. Właśnie dlatego wśród psychiatrów dziecięcych prowadzona jest obecnie debata dotycząca tego, jak dobrze te definicje i opisy pasują do dzieci. Wielu ekspertów uważa, że brakuje im perspektywy rozwojowej i dlatego nie uwzględniają charakterystycznych elementów obrazu klinicznego zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży oraz wysokich wskaźników chorobowości.

#### **2.5. Ocena kliniczna**

Rozpoznanie można postawić wyłącznie po zebraniu dokładnego wywiadu przez psychiatrę od dziecka lub nastolatka oraz rodziny lub opiekunów. W praktyce klinicznej wywiady są zwykle niestrukturyzowane. Psychiatra sprawdza możliwość obecności choroby i ocenia, czy spełnia ona kryteria różnych schorzeń zdefiniowanych przez wspomniane wcześniej schematy diagnostyczne. Niemniej jednak dla celów badawczych istotne jest, aby stosować usystematyzowane podejścia, które zostały wystandaryzowane. Stosowane są dwa odmienne sposoby zapewniania standaryzacji zbierania wywiadów: jeden polega na stosowaniu zestawu ustrukturyzowanych pytań, na które odpowiedzi to „tak” albo „nie”, np. wywiad diagnostyczny przeznaczony dla dzieci *Diagnostic Interview Schedule for Children*

(DISC) oraz wywiad diagnostyczny przeznaczony dla dzieci i młodzieży *Diagnostic Interview for Children and Adolescents* (DICA). Natomiast drugie podejście obejmuje zbieranie wywiadów w taki sposób, w którym standaryzację osiąga się dzięki konkretnemu określeniu pojęć psychopatologicznych. Przykładami takiego podejścia jest ocena psychiatryczna dzieci i dorosłych *Child and Adolescent Psychiatric Assessment* (CAPA) oraz wywiad diagnostyczny w kierunku autyzmu *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R).

Kwestionariusze są także rutynowo wykorzystywane w praktyce klinicznej i badaniach. Niektóre z nich są stosowane do oceny szerokiego zakresu problemów behawioralnych i emocjonalnych, natomiast inne opracowano tak, aby były skoncentrowane na swoistych obszarach chorobowych, takich jak destrukcyjne zaburzenia behawioralne, hiperaktywność i niedobór uwagi, zaburzenia lękowe, zaburzenia nastroju lub całościowe zaburzenia rozwoju. W przypadku niektórych kwestionariuszy opracowano odrębne wersje dla rodziców, nauczycieli i dzieci, co umożliwia porównanie i połączenie informacji zebranych z różnych źródeł.

Ponadto w każdej ocenie rutynowo zbierane są także informacje na temat funkcjonowania rodziny, szerszych wpływów psychospołecznych, postępu edukacyjnego oraz niekorzystnych zdarzeń w życiu.

## **2.6. Czynniki ryzyka**

Z kilkoma wyjątkami zaburzenia psychiatryczne u dzieci charakteryzują się wieloczynnikową i złożoną etiologią. Tradycyjnie największy nacisk kładziono na czynniki rodzinne, co częściowo jest uzasadnione, ponieważ dziecko otrzymuje geny od rodziców i rodzina stanowi ważną część jego środowiska. Niemniej jednak wiadomo, że nie tylko rodzina, ale także inne czynniki biologiczne, psychologiczne i społeczne wchodzą w interakcje na poziomie indywidualnym i mogą predysponować do wystąpienia tych schorzeń u danego dziecka, przyspieszać ich wystąpienie lub odpowiadać za ich ciągłą obecność. Czynniki ryzyka mogą być związane z osobą (np. płcią, ekspozycją w czasie ciąży lub w okresie okołourodzeniowym), rodziną (np. schorzenie występujące u rodziców, konflikty w małżeństwie lub rodzinie, status społecznoekonomiczny) i/lub szerszym środowiskiem (np. konflikty w szkole lub z rówieśnikami). Ponieważ nie można określić pojedynczej przyczyny, są one uznawane w najlepszym przypadku za czynniki ryzyka, które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia konkretnego schorzenia, a nie za czynniki „przyczynowe”. Chociaż w wielu badaniach oceniano czynniki ryzyka wystąpienia problemów ze zdrowiem

psychicznym w dzieciństwie, to, jak różne czynniki ryzyka współpracują ze sobą w różnych fazach rozwoju, jest w dużym stopniu niejasne i wymaga dalszych badań.

## 2.7. Leczenie

Zarówno psychologiczne metody leczenia jak i farmakoterapia uległy istotnym zmianom w ciągu ostatnich dziesięcioleci, dzięki czemu obecnie dostępnych jest wiele interwencji o udowodnionej skuteczności. Ogólnie rzecz biorąc, najlepszą skuteczność można uzyskać w przypadku zastosowania skojarzenia podejść psychologicznych i farmakologicznych oraz interwencji opartych na rodzinie, szkole lub społeczności.

Wśród terapii psychologicznych kognitywna terapia behawioralna jest metodą, której skuteczność stosowania w leczeniu różnych zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży została wiele razy udowodniona. Jest szczególnie pomocna w zaburzeniach lękowych, zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych i w poważnych zaburzeniach depresyjnych. Inne podejścia, takie jak terapia rodzinna i terapia interpersonalna, także przynoszą udowodnione korzyści w zaburzeniach nastroju. Ponadto strategie rozwiązywania problemów oraz programy rodzicielskie są szczególnie pomocne w kontroli zaburzeń zachowania i ADHD. Nowe terapie, jak dialektyczna terapia behawioralna oraz uważność, są coraz częściej pomyślnie stosowane w leczeniu starszej młodzieży, u której występują myśli samobójcze i zachowania powodujące samookaleczenie. Terapie psychoanalityczne, które były bardzo popularne w połowie XX wieku, są obecnie rzadko stosowane, ponieważ w żadnych wiarygodnych badaniach nie stwierdzono skuteczności ich stosowania.

W odniesieniu do leczenia farmakologicznego leki przeznaczone dla osób dorosłych są często stosowane u dzieci bez wcześniejszego potwierdzenia ich skuteczności w tej grupie wiekowej, częściowo ze względu na ograniczenia prowadzenia badań klinicznych i farmakologicznych u dzieci i młodzieży. Niemniej jednak wyniki badań w tej populacji sugerują, że leki są często mniej skuteczne u dzieci i młodzieży niż u dorosłych. Ta obserwacja istotnie podkreśla konieczność przeprowadzenia dokładnie zaplanowanych badań w celu opracowania swoistych strategii terapeutycznych dla młodych ludzi i sugeruje, że protokoły leczenia osób dorosłych nie powinny być przekładane na dzieci i młodzież. Niemniej jednak wyniki niektórych dobrze zaprojektowanych badań kontrolowanych z randomizacją wykazały pozytywny stosunek korzyści do ryzyka dla niektórych leków, jak np. fluoksetyna, w leczeniu depresji u młodzieży lub leków stymulujących w ADHD.



## 2.8. Profilaktyka

Wykazano, że korzyści dla zdrowia psychicznego dziecka przynoszą wczesne nieswoiste interwencje w dzieciństwie obejmujące wczesne interwencje stymulacyjne, interwencje w celu zwiększenia wrażliwości i reakcji opiekuna, odpowiednie żywienie i stan zdrowia oraz uczęszczanie do przedszkola o odpowiednio wysokim poziomie. Istnieją także interwencje zapobiegające wystąpieniu konkretnych zaburzeń zdrowia psychicznego: wykazano, że szkolne interwencje profilaktyczne obejmujące szkolenie nauczycieli i krótkie szkolenie behawioralne dla rodziców mają pewien wpływ w przypadku zaburzeń behawioralnych. Ponadto ogólnie wykazano, aczkolwiek nie zawsze, że psychospołeczne interwencje grupowe oraz strukturyzowane zajęcia rutynowe zapewniają korzyści związane z zapobieganiem wystąpieniu zaburzeń emocjonalnych w wybranych grupach wysokiego ryzyka.

## 2.9. Badania

Podstawowe zasady badań w psychiatrii dzieci i młodzieży są identyczne, jak w innych dziedzinach medycyny. Niemniej jednak psychiatria dzieci i młodzieży nakłada pewne wymagania i wyzwania dla badaczy. Informacje należy zbierać z różnych źródeł — od dzieci, rodziców, opiekunów, nauczycieli, a czasem od rodzeństwa i rówieśników. Ponadto ta grupa jest niezwykle szeroka i obejmuje badanie populacji heterogennych obejmujących zarówno noworodki, jak i młode osoby dorosłe, które nadal się rozwijają. Ponadto, skoro psychopatologia u młodych ludzi jest związana ze współdziałaniem w czasie czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych, badania muszą mieć podejście rozwojowe.

Badania rozwojowe w psychiatrii dzieci i młodzieży można podzielić na trzy obszary. Pierwszym z nich są badania prawidłowego i nieprawidłowego rozwoju oceniające wpływ tła genetycznego i czynników środowiskowych. W tym celu kluczowe narzędzia obejmują genetykę molekularną, badania neuroobrazowe anatomiczne i czynnościowe oraz projekty badań dynamicznych. Drugim obszarem badań rozwojowych są epidemiologiczne badania chorobowości. Trzeci obejmuje badania kliniczne oraz związane z sektorem ochrony zdrowia; ocena nowych terapii, zarówno neuropsychofarmakologicznych jak i nefarmakologicznych, takich jak psychoterapie oraz interwencji psychospołecznych jest zwykle prowadzona w trakcie badań kontrolowanych z randomizacją. Do tego obszaru należy także określenie sposobu dostarczania świadczeń, rozwój miar wyników klinicznych oraz ocena opłacalności.

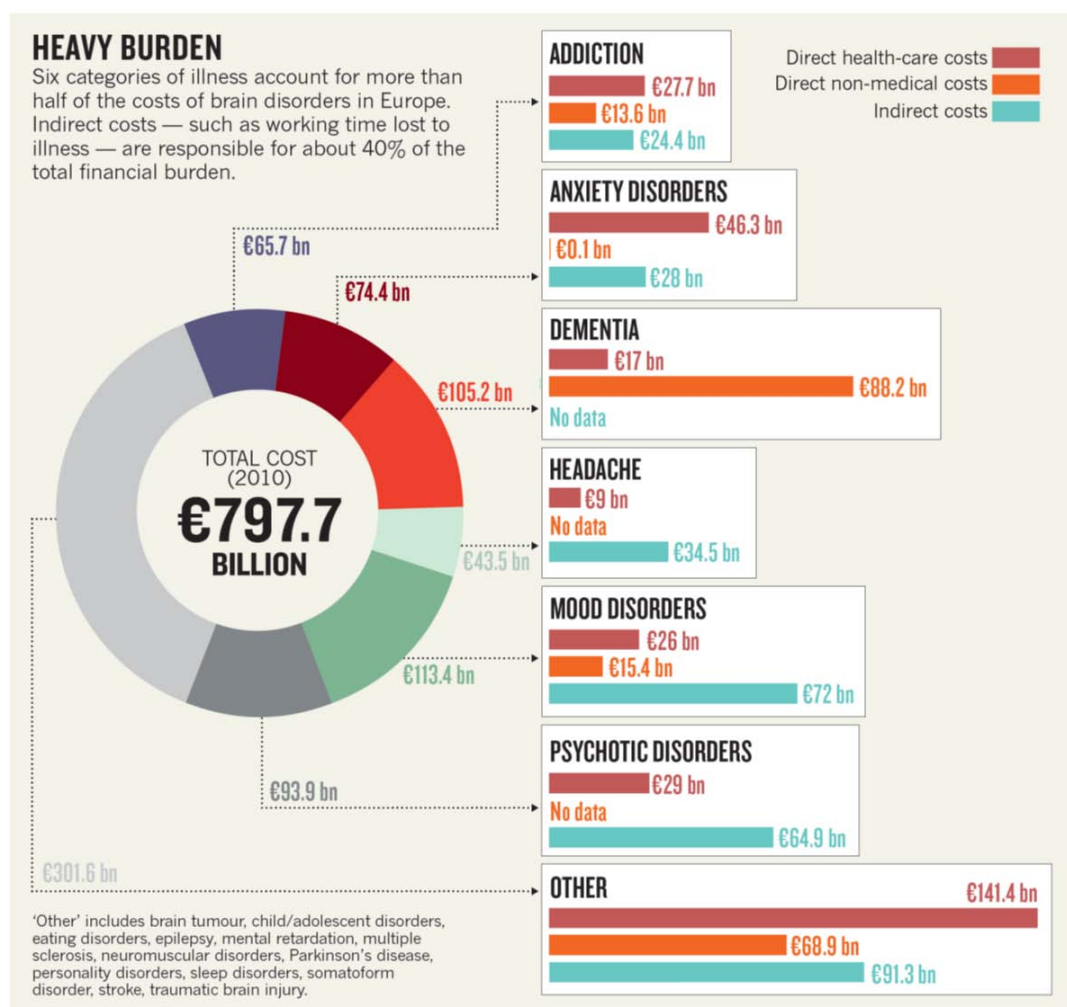
## 2.10. Koszty związane z systemem ochrony zdrowia

Schizofrenia, depresja, padaczka, demencja, uzależnienie od alkoholu oraz inne zaburzenia umysłowe, neurologiczne i związane z nadużywaniem substancji (ang. mental, neurological and substance-use, MNS) odpowiadają za 13% światowego obciążenia chorobami (tabela 1), co przekracza wskaźniki zarówno dla chorób układu sercowo-naczyniowego, jak i nowotworowych. Co siedem sekund kolejna osoba zaczyna chorować na demencję, co w 2009 roku kosztowało świat do 609 miliardów USD. Szacuje się, że do 2020 roku 1,5 miliona osób będzie co roku umierać z powodu samobójstw, a od 15 do 30 milionów będzie podejmować próby samobójcze. Brak leków oraz niedostatek interwencji profilaktycznych w przypadku zaburzeń MNS częściowo odzwierciedla ograniczone poznanie mózgu i jego mechanizmów molekularnych i komórkowych. W sytuacjach, gdy istnieją skuteczne leki, często nie są one dostępne dla osób najbardziej potrzebujących. W 83% krajów o niskim dochodzie w systemie leczenia podstawowego nie ma leków przeciwko chorobie Parkinsona, a w 25% nie ma leków przeciwpadaczkowych. Ze względu na nierówny rozkład zasobów ludzkich następuje dalsze ograniczenie dostępu: w Europie jest ponad 200 razy więcej psychiatrów niż w Afryce. We wszystkich krajach inwestycje w badania podstawowe dotyczące profilaktyki i leczenia zaburzeń MNS są nieproporcjonalnie niskie względem obciążenia chorobami. W Europie choroby mózgu generują koszty prawie 800 mld euro rocznie (rysunek 1). Zaburzenia nastroju zajmują główną pozycję w tabeli oszacowań kosztów, pochłaniając 113,4 mld € rocznie, a kolejną pozycję zajmuje demencja z kosztami 105,2 mld €. Koszty związane z lekami, wizytami u lekarzy i hospitalizacjami, czyli bezpośrednie koszty opieki medycznej, stanowią 37% rachunku. Kolejne 23% pochłaniają bezpośrednie koszty niemedyce, w tym opieka nieformalna, świadczenia społeczne i domy opieki. Pozostała część (40%) jest związana z kosztami pośrednimi, takimi jak utrata produktywności w związku z absencją w pracy lub przedwczesną emeryturą. Szacuje się, że Europa wydaje tyle samo na badania dotyczące mózgu, jak na badania nad chorobami nowotworowymi (około 4 mld € w każdym przypadku), mimo znacznie częstszego występowania zaburzeń mózgu niż innych schorzeń; innymi słowy istnieją wyraźne dowody, że wymagany jest większy wkład naukowy, aby opanować zaburzenia mózgu, a koncentrowanie się przede wszystkim na zapobieganiu wystąpienia tych schorzeń miałoby największe korzyści kosztowe.

**TABLE 1 | GLOBAL BURDEN OF MENTAL, NEUROLOGICAL AND SUBSTANCE-USE (MNS) DISORDERS\***

Rank	Worldwide		High-income countries†		Low- and middle-income countries	
	Cause	DALYs‡ (millions)	Cause	DALYs (millions)	Cause	DALYs (millions)
1	Unipolar depressive disorders	65.5	Unipolar depressive disorders	10.0	Unipolar depressive disorders	55.5
2	Alcohol-use disorders	23.7	Alzheimer's and other dementias	4.4	Alcohol-use disorders	19.5
3	Schizophrenia	16.8	Alcohol-use disorders	4.2	Schizophrenia	15.2
4	Bipolar affective disorder	14.4	Drug-use disorders	1.9	Bipolar affective disorder	12.9
5	Alzheimer's and other dementias	11.2	Schizophrenia	1.6	Epilepsy	7.3
6	Drug-use disorders	8.4	Bipolar affective disorder	1.5	Alzheimer's and other dementias	6.8
7	Epilepsy	7.9	Migraine	1.4	Drug-use disorders	6.5
8	Migraine	7.8	Panic disorder	0.8	Migraine	6.3
9	Panic disorder	7.0	Insomnia (primary)	0.8	Panic disorder	6.2
10	Obsessive-compulsive disorder	5.1	Parkinson's disease	0.7	Obsessive-compulsive disorder	4.5
11	Insomnia (primary)	3.6	Obsessive-compulsive disorder	0.6	Post-traumatic stress disorder	3.0
12	Post-traumatic stress disorder	3.5	Epilepsy	0.5	Insomnia (primary)	2.9
13	Parkinson's disease	1.7	Post-traumatic stress disorder	0.5	Multiple sclerosis	1.2
14	Multiple sclerosis	1.5	Multiple sclerosis	0.3	Parkinson's disease	1.0

Rysunek 1. Koszty związane z problemami zdrowia psychicznego w Europie



[TEXTO DE LAS FIGURAS DE LA PÁGINA ANTERIOR]

Ranga	Na całym świecie		Kraje o wysokim dochodzie <sup>†</sup>		Kraje o niskim i średnim dochodzie	
	Przyczyna	Współczynnik DALY‡ (miliony)	Przyczyna	Współczynnik DALY (miliony)	Przyczyna	Współczynnik DALY (miliony)
1	Zaburzenia depresyjne jednobiegunowe	65,5	Zaburzenia depresyjne jednobiegunowe	10,0	Zaburzenia depresyjne jednobiegunowe	55,5
2	Zaburzenia związane z nadużywaniem alkoholu	23,7	Choroba Alzheimera i inne demencje	4,4	Zaburzenia związane z nadużywaniem alkoholu	19,5
3	Schizofrenia	16,8	Zaburzenia związane z nadużywaniem alkoholu	4,2	Schizofrenia	15,2
4	Zaburzenie afektywne dwubiegunowe	14,4	Zaburzenia związane z nadużywaniem narkotyków	1,9	Zaburzenie afektywne dwubiegunowe	12,9
5	Choroba Alzheimera i inne demencje	11,2	Schizofrenia	1,6	Padaczka	7,3
6	Zaburzenia związane z nadużywaniem narkotyków	8,4	Zaburzenie afektywne dwubiegunowe	1,5	Choroba Alzheimera i inne demencje	6,3
7	Padaczka	7,9	Migrena	1,4	Zaburzenia związane z nadużywaniem narkotyków	6,5
8	Migrena	7,8	Napady paniki	0,8	Migrena	6,3
9	Napady paniki	7,0	Bezsenna (pierwotna)	0,8	Napady paniki	6,2
10	Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne	5,1	Choroba Parkinsona	0,7	Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne	4,5
11	Bezsenna (pierwotna)	3,6	Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne	0,6	Zespół stresu pourazowego	3,0
12	Zespół stresu pourazowego	3,5	Padaczka	0,5	Bezsenna (pierwotna)	2,9
13	Choroba Parkinsona	1,7	Zespół stresu pourazowego	0,5	Stwardnienie rozsiane	1,2
14	Stwardnienie rozsiane	1,5	Stwardnienie rozsiane	0,3	Choroba Parkinsona	1,0

<p><b>ISTOTNE OBCIĄŻENIE</b> Sześć kategorii chorób odpowiada za ponad połowę kosztów związanych z zaburzeniami mózgu w Europie. Koszty pośrednie — jak np. utrata pracy z powodu choroby— odpowiadają za około 40% całkowitego obciążenia finansowego.</p> <p>65,7 mld € 74,4 mld € 105,2 mld €</p> <p><b>CAŁKOWITY KOSZT (2010)</b></p> <p>797,7 mld € 43,5 mld € 113,4 mld € 93,9 mld € 301,6 mld €</p> <p>„Inne” obejmują guzy mózgu, zaburzenia u dzieci/młodzieży, zaburzenia odżywiania, padaczkę, opóźnienie umysłowe, stwardnienie rozsiane, zaburzenia nerwowo-mięśniowe, chorobę Parkinsona, zaburzenia osobowości, zaburzenia snu, zaburzenia występujące pod postacią somatyczną, udar, traumatyczny uraz mózgu.</p>	<p><b>UZALEŻNIENIE</b> 27,7 mld € 13,6 mld € 24,4 mld €</p> <p><b>ZABURZENIA LĘKOWE</b> 46,3 mld € 0,1 mld € 28 mld €</p> <p><b>DEMENCJA</b> 17 mld € 88,2 mld € Brak danych</p> <p><b>BÓLE GŁOWY</b> 9 mld € Brak danych 34,5 mld €</p> <p><b>ZABURZENIA NASTROJU</b> 26 mld € 15,4 mld € 72 mld €</p> <p><b>ZABURZENIA PSYCHOTYCZNE</b> 29 mld € Brak danych 64,9 mld €</p> <p><b>INNE</b> 141,4 mld € 68,9 mld € 91,3 mld €</p>	<p>Bezpośrednie koszty związane z opieką zdrowotną</p> <p>Bezpośrednie koszty niezwiązane z opieką zdrowotną</p> <p>Koszty pośrednie</p>
---	--	--



### 3. Aspekty etyczne, prawne i społeczne (ELSA)

W tym rozdziale przedstawiono kilka opinii i tematów do dyskusji w klasie związanych z etycznymi, prawnymi i społecznymi aspektami (ELSA) problematyki zdrowia psychicznego.

#### 3.1. Wprowadzenie

Problemy ze zdrowiem psychicznym dotyczą aż jednej trzeciej populacji w trakcie życia. Wpływ problemów ze zdrowiem psychicznym na życie człowieka i jego samopoczucie może być poważny: nie tylko jest to bezpośredni wpływ samego problemu (niezależnie od tego, czy jest to depresja, schizofrenia, alkoholizm, czy zaburzenia osobowości, żeby wspomnieć tylko o kilku schorzeniach), ale z problemem może także być związana stygmatyzacja, brak zrozumienia lub tolerancji, utrata bezpiecznego zatrudnienia oraz utrata praw obywatelskich.

#### 3.2. Klasyfikacja i rozpoznanie

Jedną z największych trudności związanych z problemami ze zdrowiem psychicznym jest rozpoznanie i klasyfikacja chorób i niepełnosprawności umysłowych. Główne podejście obejmuje pogrupowanie zjawisk psychologicznych lub cech zachowań razem w przypadkach, gdy zwykle występują one razem i nazwanie takiej grupy zespołem lub zaburzeniem, jeżeli osoba, u której one występują, istotnie cierpi lub występuje u niej znaczna dysfunkcja w wyniku tych cech związanych z zachowaniem i cech psychologicznych. Niemniej jednak są z tym związane oczywiste trudności.

Po pierwsze, podejście zależy od dokładnego, wiarygodnego i odtwarzalnego określenia i opisanie objawów, czyli procesu, który z pewnością może być dość trudny w przypadku takiego zjawiska umysłowego jak „obniżenie nastroju”. Psycholodzy i psychiatry próbują pokonać tę trudność, opracowując wystandardyzowane testy i listy kontrolne, które są badane w dużych grupach osób, u których istnieje potwierdzona niezależnie pewność, że cierpią na badane schorzenie. Ale takie podejście zbytnio nie pomaga, gdy nie jesteśmy pewni, czy zaburzenie, które chcemy zdefiniować lub zmierzyć, istnieje naprawdę lub nie, albo czy jest po prostu odmianą innego schorzenia, które jest lepiej zdefiniowane.

Po drugie, może występować problem z odróżnieniem ciężkiej patologii od zaledwie atypowej lub nieszkodliwej nieprawidłowości. Standardowym przykładem jest sposób odróżnienia łagodnej depresji od smutku, przygnębienia lub melancholii. Zgodnie

z klasyfikacją zaburzeń zdrowia psychicznego, która jest wyłącznie „fenomenologiczna” (oparta na informacjach dotyczących wierzeń, emocji, nastrojów), wyraźne odróżnienie tych stanów byłoby trudne. Można próbować odróżnić smutek od depresji na podstawie intensywności lub czasu trwania obniżenia nastroju, ale byłoby to nieco arbitralne, a poza tym, jaką skalę należałoby zastosować i co należałoby zmierzyć? Sposobem na rozwiązanie tego problemu jest przyjęcie teorii, która tłumaczyłaby, w jaki sposób obserwowane zjawiska powstają i tłumaczyłaby różnice między smutkiem a depresją.

Taka teoria może być biologiczna i szukać biologicznych związków z depresją, niezależnie od tego, czy są związane z budową mózgu, chemią mózgu lub niedostosowaniem ewolucyjnym albo czy są konkretną utratą czynności biologicznej, która wykracza poza subiektywne opisy doświadczeń pacjenta (np. utrata apetytu, nadmierny popęd płciowy lub zaburzenia poruszania). Albo taka teoria może być historyczna — smutek jest odpowiedzią na złe wiadomości lub stratę, a depresja może nie być związana z konkretnym, niedawnym wydarzeniem. Depresja może być odpowiedzią na utratę więzi z matką we wczesnym dzieciństwie.

To podejście bazujące na teoriach ma swoje własne ograniczenia: z jednej strony, testowanie takich teorii może być dość trudne. Z drugiej, może się okazać, że będziemy mylić korelację i przyczynę. Może być tak, że mózg osób chorych na schizofrenię swoiście się różni jakąś strukturą od mózgu ludzi „normalnych”. Ale musimy zachować wielką ostrożność, twierdząc, że ta odmienna struktura wywołuje schizofrenię. Może ona być wynikiem schizofrenii. Albo może istnieć jakaś inna przyczyna, która tłumaczy zarówno obecność tej struktury, jak i schizofrenię. Albo może to być wyłącznie przypadkowy związek, który nie zostanie potwierdzony w dalszych badaniach.

I na końcu, może to także być związane z tym, że psychologiczne rozpoznanie choroby umysłowej jest stosunkowo trudne, rozpoczynamy od fizycznych objawów przedmiotowych i podmiotowych: raczej nie mówimy — u większości osób chorych na schizofrenię występują następujące cechy biologiczne (mimo że nie występują u wszystkich), tylko mówimy — schizofrenia to zaburzenie, w przebiegu którego widoczne są następujące cechy biologiczne. Jeżeli ich nie ma, zaburzenie (o ile jest obecne) jest innym schorzeniem. A jeżeli są obecne, ale nie mają wpływu na pacjenta lub ten wpływ jest łagodny, to nadal jest to schizofrenia, ale o łagodnym lub bezobjawowym przebiegu.

To wszystko jest dość niepewne i wywołuje wiele sporów wśród specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym z trzech głównych przyczyn. Bardzo trudno i niewygodnie jest pracować z zestawem kategorii diagnostycznych, które są dość niestabilne oraz niepewne i za każdym razem, gdy standardowe prace w psychiatrii ulegają zmianom, istnieje wiele kontrowersji co do definicji, strategii klasyfikacji i tego, co należy włączyć lub wykluczyć. Obecny spór dotyczy tego, czy autyzm i zespół Aspergera stanowią to samo schorzenie, ale o różnym nasileniu, czy są to odmienne schorzenia charakteryzujące się pewnymi podobieństwami. Niektóre zachowania, które obecnie są uważane za normalne, kiedyś były uważane za zaburzenia psychiatryczne (np. homoseksualność) i *vice versa* (np. niektóre postacie autyzmu i depresji).

Istnieje również długotrwały spór między osobami uważającymi, że problemy ze zdrowiem psychicznym są wyłącznie problemami psychologicznymi, które należy definiować — i leczyć — uwzględniając sposoby, w jakie ukazują patologiczne typy myślenia i odczuwania, a osobami uważającymi je za wyłącznie problemy biologiczne, które należy definiować — i leczyć — biorąc pod uwagę zmiany, które wywołują w fizjologii i chemii mózgu.

Ta różnica jest zarówno filozoficzna, jak i pragmatyczna. Na poziomie biologicznym zmiany w procesach umysłowych są związane ze zmiennymi fizycznymi i w każdej chorobie umysłowej będą odgrywać rolę czynniki genetyczne, strukturalne i fizjologiczne. Dlatego ten spór dotyczy nie tyle roli zmiennych fizycznych w chorobach umysłowych, ile raczej najlepszych metod do określenia pojęć i leczenia takich chorób. Przykładowo, w przypadku zaburzenia dwubiegunowego cechy psychologiczne i behawioralne choroby są osiowe dla doświadczenia choroby przez pacjenta, ale farmakoterapia odnosi większe sukcesy niż terapie psychologiczne. Z drugiej strony, w depresji, mimo iż cechy depresyjne są wspólne dla depresji i zaburzenia dwubiegunowego, kognitywna terapia behawioralna ma dobrą bazę dowodową i często jest preferowana przez klinicystów (i pacjentów) względem farmakoterapii.

Spory klasyfikacyjne wchodzą w sam środek tej debaty: pragmatyści koncentrują się na tym, co działa jako leczenie i na podstawie tego, co działa w tym zakresie, mogą wyciągać wnioski, czym „faktycznie” jest istniejący problem. To, jak objaśniamy i definiujemy problemy ze zdrowiem psychicznym, może mieć bardzo istotny wpływ na człowieka, zarówno w odniesieniu do tego, jak jego problem jest uznawany i rozpoznawany (lub nie) oraz do tego, jak pacjent jest w związku z tym leczony. Surowe fakty są takie, że jeżeli uważa się, że dany człowiek popełnił przestępstwo, to sposób postępowania z nim stosowany przez

system sprawiedliwości karnej w dużym stopniu zależy od tego, czy jest uznawany za zdrowego psychicznie, czy za osobę niepoczytalną.

Podsumowując, czynni pracownicy ochrony zdrowia psychicznego radzą sobie z tymi trudnościami dzięki połączeniu podejścia pragmatycznego i osądu profesjonalnego, łącząc szereg strategii diagnostycznych, podejść terapeutycznych i koncepcji teoretycznych, aby jak najlepiej podejść do problemów pacjentów i im pomóc. Chociaż omawiamy szaleństwo i zdrowie psychiczne od setek lat, psychiatrzy, psychologowie i naukowcy zajmujący się badaniami mózgu zgodziliby się, że nauka dotycząca zdrowia psychicznego jest bardzo młoda i istotnie się zmieni w nadchodzących latach.

### **3.3. Leczenie**

Leczenie problemów ze zdrowiem psychicznym uległo znacznej rewolucji od czasu II Wojny Światowej dzięki wprowadzeniu wielu leków. Przed tym okresem próbowano wielu „medycznych” metod leczenia, ale niewiele z nich było skutecznych i niewiele polegało na czymś więcej niż tylko na zgadywaniu. Przez większość czasu podejście do problemów ze zdrowiem psychicznym było skoncentrowane na wyeliminowaniu ciężko chorej umysłowo jednostki ze społeczeństwa i kontroli jej problemów behawioralnych i psychologicznych za pomocą odizolowania, skrępowania fizycznego i metod kontroli zachowania obejmujących kary i nagrody.

Dwie tendencje w pierwszej połowie XX wieku były bardziej obiecujące: zwiększenie popularności „terapii rozmowy” opracowanych przez Freuda i jego następców wraz z innymi psychologicznymi terapiami opartymi na behawioryzmie wg Watsona i Skinnera oraz zwiększenie popularności terapii biologicznych, począwszy od śpiączki insulinowej do terapii elektrowstrząsami i lobotomii. Najbardziej drastyczna forma wielu terapii medycznych była zwykle zarezerwowana dla najciężej chorych pacjentów przebywających w zakładach, natomiast podejścia oparte na rozmowach były bardziej popularne wśród osób z niewielkimi zaburzeniami żyjącymi i pracującymi w społeczeństwie. Niemniej jednak oba podejścia były w mniejszym lub większym stopniu obecne we wszystkich zakładach zdrowia psychicznego, a to, które podejście zastosował psychiatra, było bardziej wyborem filozoficznym, zależnym od tego, czy preferował bezpieczne teorie naukowe czy pragmatyzm oparty na doświadczeniu.

Innowacyjne farmakoterapie dostępne w latach 50. XX wieku po raz pierwszy zaoferowały możliwość dokładnie zaplanowanego, swoistego dla pacjenta podejścia do kontroli objawów zaburzeń psychicznych i obiecywały przybliżenie psychiatrii do medycyny „głównego nurtu” dzięki ponownemu połączeniu psychiatrii z neurologią i farmakologią. Powodzenie „psychiatrii biologicznej” we wczesnych latach farmakoterapii było niezwykle i mimo iż terapie lekowe są często obecnie krytykowane, miały wielki wpływ na życie wielu osób, ponieważ umożliwiły im niezależne życie, kontynuację pracy zawodowej i związków uczuciowych oraz pokonanie nieszczęść wywołanych przez ich zaburzenia psychiczne.

Niestety terapie lekowe dla schizofrenii, zaburzenia dwubiegunowego, depresji i innych schorzeń są często powiązane z działaniami niepożądanymi, zmianami osobowości oraz medycznymi działaniami niepożądanymi. Z tej przyczyny, jak również ze względów filozoficznych i etycznych, wielu pacjentów i niektórzy klinicyści odrzucają leki, zachowują je jako metodę ostateczną i preferują podejścia psychologiczne. W praktyce wielu psychiatrów łączy podejście farmakologiczne i psychoterapię, aby pomóc swoim pacjentom: jeżeli leki działają, rozmowa z pacjentem wydaje się bardziej ludzka i odzwierciedla odmienny charakter choroby umysłowej pacjenta.

### **3.4. Etyka leczenia**

Krytycznym elementem medycyny zaburzeń umysłowych jest to, że w mniejszym lub większym stopniu jest to jedyna gałąź medycyny i jeden z nielicznych obszarów życia prywatnego, w którym pacjenci mogą być leczeni bez swojej zgody, a nawet wbrew swojej woli i wyrażanym życzeniom. We wszystkich krajach występują jakieś ramy prawne dotyczące przymusowego zatrzymania ciężko chorej umysłowo osoby, która jest uważana za poważne zagrożenie dla siebie lub innych i w obrębie tego systemu prawnego wszystkie kraje umożliwiają podanie leczenia zatrzymanemu pacjentowi, nawet jeżeli odmawia on leczenia, oczywiście w konkretnych warunkach. Biorąc to pod uwagę, osoba chora umysłowo, która nie została formalnie zatrzymana i jest „dobrowolnym” pacjentem w szpitalu psychiatrycznym (ponieważ zgłosiła się sama z własnej woli) lub mieszka w społeczności, może sądzić, że jej wybory terapeutyczne nie są w pełni dowolne, ponieważ gdzieś w tle istnieje groźna zatrzymania i leczenia przymusowego.

Jest to szczególnie widoczne w takich przypadkach, jak uzależnienie od leków, gdy ktoś, kto jest uzależniony od leków może mieć skończony wybór między aresztowaniem z powodu zarzutów kryminalnych lub udaniem się na leczenie, i ponownie może to być wybór między



dobrowolnym leczeniem w społeczności, a przymusowym leczeniem w klinice. W praktyce dostęp do opieki w zakładzie może być bardzo ograniczony, zarówno z przyczyn finansowych, jak i klinicznych, ale groźba leczenia przymusowego jest często wystarczająca.

Leczenie przymusowe nie zostanie zwykle zastosowane, jeżeli istnieje poważne ryzyko ciężkiego uszczerbku zdrowia pacjenta lub spowodowania takiego uszczerbku przez pacjenta u innych osób. Ale istnieje złożone napięcie w kwestiach etycznych między typowym zobowiązaniem medycznym do leczenia pacjenta w jego jak najlepszym interesie, zwykle za zgodą autonomiczną, a specjalnym publicznym zobowiązaniem do ochrony społeczeństwa przed potencjalnie niebezpiecznym pacjentem. Bardzo niewielu pacjentów chorych psychicznie stanowi jakiegokolwiek zagrożenie dla społeczeństwa (faktycznie są oni dużo bardziej narażeni na złe traktowanie przez społeczeństwo niż w drugą stronę), ale niektórzy jednak są niebezpieczni i w interesie społecznym leczenie przymusowe pozostaje ważnym elementem prawodawstwa związanego ze zdrowiem psychicznym. Ochrona interesów pacjentów jest niezwykle ważna, a obowiązek pełnienia przez psychiatrę roli dobrego lekarza oraz konieczność zapewnienia ochrony praw cywilnych osób umysłowo chorych są stałymi tematami debat w zakresie prawodawstwa związanego z psychiatrią i zdrowiem psychicznym na całym świecie. Niestety warunki, w których osoba umysłowo chora lub niepełnosprawna może żyć, zarówno w formalnych zakładach opiekuńczych, jak i poza nimi, mogą być przerażające ze względu na nadużycia, znęcanie, zaniedbanie lub ubóstwo.

Z tego względu problemy etyki leczenia są subtelne i złożone, przynajmniej dla ciężko chorych umysłowo pacjentów. W przypadku łagodnie chorych umysłowo pacjentów, którzy są w stanie wyrazić zgodę na leczenie, leczenie może zapewnić istotną ulgę i znacznie wzmocnić ich niezależność oraz samopoczucie. Większość nowoczesnych strategii leczenia obejmuje partnerską współpracę z pacjentem. Niemniej jednak filozoficzne debaty dotyczące chorób umysłowych oraz leczenia pozostają istotne nawet w tych łagodnych i umiarkowanych przypadkach, ponieważ istotnie wpływają na to, co pacjent i psychiatra (lub lekarz ogólny) uważają, że przyniesie im korzyści oraz co sądzą o charakterze choroby poddawanej leczeniu. O ile wielu pacjentów chętnie wita możliwość „medykalizacji” choroby umysłowej (być może stan, który można leczyć tabletkami, bardziej przypomina zwyczajną chorobę), o tyle inni nie chcą być „odurzani lekami” (postrzegają to jako zaprzeczenie ich ludzkości lub rzeczywistych przyczyn ich cierpienia)

W środek tej debaty wchodzi spór dotyczący roli dowodów w psychiatrii: wydaje się, że niektóre popularne terapie są poparte niewielkimi dowodami, albo nie są poparte wcale (lub są obecne pewne dowody wskazujące ich szkodliwe działanie). Inne metody leczenia mogą być skuteczne, ale są pełne działań ubocznych lub nie są preferowane przez pacjentów. Przykładowo, komputerowa kognitywna terapia behawioralna jest stosunkowo skuteczna i tańsza niż ta sama terapia z udziałem terapeutów. Ale większość pacjentów woli raczej rozmawiać z drugim człowiekiem niż siedzieć przed komputerem. Czy preferencja pacjentów, albo nawet teoria filozoficzna, powinny przeważać nad wyraźnymi dowodami z dobrze zaprojektowanych kontrolowanych badań klinicznych?

### **3.5. Problemy społeczne**

To, co jest ciekawe w kwestii chorób umysłowych, to częstość ich występowania. Wydaje się, że występują znacznie częściej niż wiele osób zdaje sobie z tego sprawę (lub się do tego przyznaje). Częściowo jest to związane z istotną stygmatyzacją rozmów na ten temat albo przyznania się do obecności choroby. Taka stygmatyzacja jest pechowa albo nawet szkodliwa, ponieważ może uniemożliwić szukanie pomocy przez niektóre osoby albo uzmysłowienie sobie, że taka pomoc jest dostępna, ponadto może prowokować szkodliwe odpowiedzi innych osób — z jednej strony „przecież nic Ci nie jest, weź się za siebie”, a z drugiej „jesteś nienormalny, trzymaj się ode mnie z daleka”. Niemniej jednak nawet uwzględniając tę sytuację, prawdą jest również to, że kryteria rozpoznania choroby umysłowej oraz zakres zjawisk uznawanych za oznaki choroby umysłowej lub ich brak są znacznie szersze niż w przeszłości.

Jest to szczególnie widoczne w przypadku dziecięcych chorób umysłowych i niepełnosprawności umysłowej: wskaźnik przypadków rozpoznania autyzmu i zaburzeń rozwojowych z kategorii zespołu nadpobudliwości ruchowej z deficytem uwagi są przykładami kategorii, które się poszerzyły i stały się bardziej liczne niż pokolenie temu. Częściowo jest to związane z większą czułością diagnostyczną oraz większą świadomością ze strony rodziców, szkół i specjalistów zajmujących się tymi schorzeniami. Niektórzy sądzą, że obecnie stwierdza się prawdziwą epidemię tych zaburzeń: u coraz większej liczby osób rozpoznawany jest autyzm wyłącznie i po prostu dlatego, że obecnie jest coraz więcej osób autystycznych, a to jest coś, co wymaga biologicznego wyjaśnienia. Inni uważają, że wynika to z lepszej i bardziej wiarygodnej diagnostyki, zaś według innych ta sytuacja jest spowodowana zmianą kryteriów rozpoznania. Jeżeli ta ostatnia teoria jest prawdziwa, dlaczego byłaby prawdziwa? Jedną z przyczyn jest to, że aby otrzymać pewne wsparcie

w klasie lub ze strony opieki społecznej, należy przedstawić rozpoznanie medyczne, dlatego istnieje silny nacisk na poszukiwanie takiego rozpoznania — zwłaszcza jeżeli alternatywą jest kara, niskie osiągnięcia edukacyjne itp.

Innym ważnym aspektem problemów ze zdrowiem psychicznym jest integracja osób z problemami ze zdrowiem psychicznym w społeczeństwie. Jeżeli problemy ze zdrowiem psychicznym będą coraz częściej rozpoznawane jako występujące powszechnie, a stygmatyzacja z nimi związana również się zmniejszy, wtedy ludzie z problemami psychicznymi będą mogli łatwiej i bardziej powszechnie żyć jako część głównonurtowego społeczeństwa. Z drugiej strony, od wczesnych lat 80. XX wieku oczekuje się, że osoby z problemami ze zdrowiem psychicznym, które przebywały w zakładach lub które w pewnym momencie swojego życia przebywały w zakładach, będą żyć w społeczeństwie i otrzymywać stosunkowo niewielkie wsparcie poza farmakoterapią i okazjonalnymi interakcjami z pracownikami społecznymi i psychiatrami. Osoby z umiarkowaną chorobą umysłową mogą faktycznie walczyć, należeć do marginesu społecznego, żyć w ubóstwie ze względu na ograniczone korzyści ze strony opieki społecznej i słabe możliwości zatrudnienia oraz niewielką możliwość uzyskania ponownego przyjęcia do zakładu opieki psychiatrycznej ze względu na dramatycznie zmniejszoną liczbę łóżek dla pacjentów długoterminowych.

W XXI wieku choroby umysłowe i niepełnosprawność będą prawdopodobnie znacznym problemem sektora polityki społecznej i o ile społeczeństwo i medycyna poczyniły znaczne kroki, o tyle dużo jeszcze czasu musi upłynąć, zanim będziemy mieć humanitarną i skuteczną politykę pomocy osobom z problemami ze zdrowiem psychicznym, aby mogły powrócić do zdrowia, rozwijać się i godnie odgrywać pełną rolę w społeczeństwie.

**Autorzy:**

Dokument Aktualny stan wiedzy został przygotowany przez **Marię Dolores Picouto** i **Luisa Sana**, pracowników Oddziału Psychiatrii Dzieci i Młodzieży szpitala Sant Joan de Déu w Barcelonie. Dokument ELSA został przygotowany przez **Richarda Ashcrofta**, profesora bioetyki na Uniwersytecie Królowej Marii, Uniwersytet w Londynie.

## Bibliografia

1. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44(10):972-986.
2. Costello EJ, Foley DL, Angold A. 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental Epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45(1):8-25.
3. Essex MJ, Kraemer HC, Armstrong JM, Boyce WT, Goldsmith HH, Klein MH i wsp. Exploring risk factors for the emergence of children's mental health problems. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63(1):1246-1256.
4. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J i wsp. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2009; 18(1):23-33.
5. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O i wsp. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet* 2011; 378(1):1515-1125.
6. Leckman JF, Leventhal BL. Editorial: A global perspective on child and adolescent mental health. *J Child Psychol Psyc* 2008; 49(3):221-225.
7. Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci* 2009; 11(1):7-20.
8. Muñoz-Solomando A, Townley M, Williams R. Improving transitions for young people who move from child and adolescent mental health services to mental health services for adults: lessons from research and young people's and practitioners' experiences. *Curr Opin Psychiatry* 2010; 23(1):311-317.
9. Parens E, Johnston J, Carlson GA. Pediatric mental health care dysfunction disorder?. *N Engl J Med* 2010; 362(20):1853-1855.
10. Rahman A, Harrington R. Research in child and adolescent psychiatry. W: Freeman C, Tyrer P. (red.) *Research methods in psychiatry*. 3. wyd. London: Royal College of Psychiatrist; 2006: 233-252.
11. Collins PY, Patel V, Joestl S. Grand challenges in global mental health. *Nature* 2011; 475: 27-30.
12. Smith K. Trillion-dollar brain drain. *Nature* 2011; 478: 15.



[www.xplorehealth.eu](http://www.xplorehealth.eu)

# Xplore Health

DISCOVER THE LATEST ON HEALTH RESEARCH



FUNDED BY:



European Commission



PROJECT PARTNERS:



UM&Asociados