

osoby młodsze), praca opierająca się na wynikach i granicach czasowych oraz dążenie do sukcesu aby zapewnić luksus życia i osiągnięcie kariery. Wśród wewnętrznych czynników rozwijających nałóg pracy duże znaczenie mają błędy wychowawcze rodziców (tzw. miłość warunkowa rodziców którzy „kochali za coś”, najczęściej za spełnienie pokładanych oczekiwań w dzieciach), dorastanie w rodzinie patologicznej (np. z osobą uzależnioną), zaburzenia poczucia własnej wartości (niska samoocena) oraz bieda i problemy materialne w młodości.

Czym się cechuje pracoholik? Perfekcjonizmem (czyli nikt nie wykona pracy lepiej niż on sam) i ciągłym uczuciem, że praca jest wykonana źle i trzeba ją poprawić. A więc pracuje ponad 40 godzin tygodniowo, często w czasie wolnym w domu, ciągle myśli o pracy, ma poczucie winy podczas urlopu z którego raczej niechętnie korzysta.

Konsekwencjami zdrowotnymi pracoholizmu jest zmęczenie fizyczne („zespół przewlekłego zmęczenia”), choroby układu sercowo-naczyniowego (zawały), wrzody żołądka i inne zaburzenia gastryczne, podatność na choroby (deficyt immunologiczny), kłopoty seksualne, wyczerpanie emocjonalne, zaburzenia koncentracji, załamania nerwowe, trudności z zasypianiem lub bezsenność, utraty przytomności, tzw. nerwice niedzielne z bólem głowy (w Japonii takie zaburzenia określa się jako „*Sunday disease*”, „*the Holiday Syndrome*”) oraz zgony z przepracowania.

Warto zadać sobie pytanie czy pracoholik jest dobrym pracownikiem? Badania empiryczne wskazują, że pracoholik wcale wydajnie nie pracuje. Wraz z pogłębianiem się uzależnienia następuje destrukcja osobowości oraz spada kreatywność i spontaniczność.

Zaobserwowano także brak akceptacji swoich błędów, niekontrolowanie rozkładu zajęć, nieumiejętność pracy w zespole oraz dominacja nad współpracownikami i zaburzenie spójności przedsiębiorstwa. Innymi słowy obecność pracoholika w zespole powoduje wiele konfliktów. Pracoholicy cierpią na zaburzenia osobowości, mają problemy z wyrażaniem uczuć, co powoduje rozpad małżeństwa oraz rodziny, zaniedbanie dzieci, hobby, zerwanie więzi z przyjaciółmi; często też wpadają w inne nałogi (alkoholizm, chemiczne uzależnienia).

Ponieważ pracoholik odczuwa pobudzenie w pracy („rush”) i jej psychiczny przymus, obsesyjną potrzebę kontroli siebie oraz traci kontrolę nad czasem spędzonym w pracy (stałe wydłuża czas pracy = tolerancja), którą traktuje jako formę ucieczki od otaczającej rzeczywistości i problemów, z którymi nie może sobie poradzić, odczuwa syndrom abstynencyjny w czasie dni wolnych od pracy, pracoholizm spełnia kryteria uzależnienia.

W celu ograniczenia i zapobiegania uzależnieniom behawioralnym należy stosować połączone strategie oparte na:

- profilaktyce (ograniczenie dostępu dzieciom czasu do komputera, gier, Internetu, wspólne aktywności rodzinne, zapewnienie dzieciom kontaktów z rówieśnikami, stały kontakt rodziców ze szkołą);
- edukacji (dyskusja społeczna na temat konsekwencji uzależnień niechemicznych, programy dla młodzieży na temat ich wpływu na organizm ludzki);
- terapii (psychoterapia, psychoedukacja i farmakoterapia).

Prof. dr hab. Małgorzata Filip, kierownik Katedry i Zakładu Toksykologii, Wydział Farmaceutyczny, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, oraz kierownik Pracowni Farmakologii Uzależnień, Instytut Farmakologii PAN, Kraków. E-mail: mal.fil@if-pan.krakow.pl



ZDROWIE PSYCHICZNE POLAKÓW – AKTUALNE ZAGROŻENIA

Janusz Heitzman (Warszawa)



Zapobieganie chorobom mózgu to priorytet ostatniej dekady. Nie budzi wątpliwości, że choroby i zaburzenia psychiczne są przejawem nieprawidłowości w pracy mózgu – organu decyzyjnego, najbardziej złożonego i nadal niecałkowicie poznanego. Zaangażowanie nauki w badania nad mózgiem koresponduje z uwrażliwieniem na dostrzeganie niepełnosprawności człowieka związanej z jego psychicznym funkcjonowaniem. Alarmujące są prognozy Światowej

Organizacji Zdrowia (WHO), według których w ciągu najbliższych 15 lat zaburzenia psychiczne staną się jednym z głównych problemów zdrowotnych, powodujących niesprawność życiową ludzi. Wzrost ryzyka zachorowań w tej grupie zaburzeń jest nierozdzielnie związany z rozwojem cywilizacyjnym, dynamicznym tempem życia, przewlekłym stresem i długotrwałym brakiem wypoczynku. Taki tryb życia skutkuje pojawianiem się zaburzeń lękowych, depresji

i psychoz. Obecnie WHO szacuje, że zaburzenia psychiczne dotyczą już co piątej osoby na świecie. W ciągu najbliższych dwudziestu lat zachorowalność na zaburzenia depresyjne wysunie się na drugie miejsce po chorobach układu krążenia. Z kolei na schizofrenię, jedno z najpoważniejszych i jednocześnie najczęściej występujących chorób psychicznych, cierpi 50 mln ludzi na świecie, w tym 400 tys. w Polsce. Sytuacja polskiej psychiatrii nie jest dobra. Pogarszające się oceny kondycji psychicznej społeczeństwa polskiego są proporcjonalne do nastrojów społecznych związanych z gorszymi wskaźnikami makroekonomicznymi, widmem kryzysu, zmniejszonych dochodów, zwiększonych trudności na rynku pracy, lęku o bezpieczeństwo zdrowotne.

W Polsce utrzymuje się szczególna sytuacja wysokich społecznych oczekiwań, którym podporządkowane są decyzje polityczno-ekonomiczne a to przekłada się na szczególny stosunek do pracy, często kosztem własnego zdrowia. To, że rośnie liczba osób z zaburzeniami psychicznymi – lękowymi i o charakterze depresyjnym wynika z coraz większego poczucia braku bezpieczeństwa ekonomicznego, społecznego i zdrowotnego. Koresponduje to z nasileniem ogólnych zagrożeń zdrowotnych takich jak choroby układu krążenia i nowotwory. To też są konsekwencje przekształceń społeczno-ekonomicznych: prywatyzacji, wolnego rynku, wycofywania się państwa z jego funkcji opiekuńczych. Można zauważyć, że osoby starsze tęsknią do dawnej stabilności, boją się – słysząc, że niedługo może zabraknąć pieniędzy na emerytury, wpadają w lęk i przerażenie, że poziom ich życia gwałtownie się pogorszy. Z kolei osoby młode żyją w poczuciu lęku o pracę, że nie mogą jej znaleźć albo, że mając ją mogą ją stracić. Często więc biorą na siebie dodatkowe obowiązki – po to by się wykazać ale w końcu nie są w stanie im sprostać. Żyjemy w permanentnym napięciu i stresie. Jako społeczeństwo walczymy o szybszy rozwój, gonimy Europę. W sposób absurdalny gonią ją i pracownicy i pracodawcy – jak zwierzątka w klatce biegnące na kołowrotku. Coraz szybciej – aż wpadnie się w obłęd. Koszty przyspieszonego rozwoju to również to, że jesteśmy coraz bardziej zmęczeni i sfrustrowani. Zapominamy, że praca powinna dawać satysfakcję, ale po niej trzeba odpocząć. Przymus ciągłego wzrostu jaki na siebie nakładają pracodawcy i pracownicy powoduje, że zapomina się o koniecznym odpoczynku. Pojawia się tzw. syndrom piątku, gdy wracamy z pracy do domu nie z perspektywą dwudniowego odpoczynku ale z kolejnymi zleconymi zadaniami „na poniedziałek”, pełni myśli – jak nadrobić zaległości, jak czas który powinien być przeznaczony na

odpoczynek i regenerację przeznaczyć na dodatkową pracę... by zdążyć! Żyjemy w stanie permanentnej eskalacji oczekiwań i przygniecenia zadaniami, które nigdy się nie kończą. Poczucie konieczności nadrobienia zaległości w stosunku do rozwiniętych krajów Europy to nie kwestia jednego czy dwóch pokoleń. W Polsce nie mamy wypracowanego mechanizmu radzenia sobie z globalizacją, przyspieszonym tempem życia i konkurencją. Nie jesteśmy przygotowani do takiej kultury rytmu pracy jak nasi zachodni sąsiedzi, gdzie jak jest weekend to nie można nikomu zadać dodatkowej pracy (nawet koncepcyjnej). Praca bardziej nas wykańcza niż mobilizuje. Pracownik nie umie powiedzieć pracodawcy otwarcie: „dosyć”, „ja już nie mogę”, „proszę mnie nie mobbingować” – bo będzie zwolniony. Funkcjonujemy siłą rozpędu, do czasu!...aż powali nas zawał, czy depresja. To może powodować, że na tle Europy będziemy żyli krócej, że wcale średnia długość życia nie będzie się wydłużać. Za 10–15 lat mogą zacząć wzrastać wskaźniki umieralności. Nie możemy wykluczyć, że w wieku okołomerytalnym będziemy na tyle wyeksploatowani, że zachodnioeuropejskie wzorce przedłużania wieku emerytalnego zupełnie się u nas nie sprawdzą. To powoduje, że oceniamy swoje życie w Polsce jako trudne. Aż 85% Polek i Polaków (CBOS) uważa, że warunki życia w Polsce są szkodliwe dla zdrowia psychicznego. W konsekwencji poczucie tego zdrowia jest coraz gorsze. Odbija się to na życiu rodzinnym – rodzin się nie zakłada albo odracza decyzje o urodzeniu potomstwa. W statystykach widać, że rośnie liczba osób wyczerpanych, zmęczonych, smutnych i przybitych, a także leczonych ambulatoryjnie i hospitalizowanych. Żyjemy w stałym napięciu, pod presją czasu i coraz to nowych zadań. Na taką sytuację reagujemy lękiem. Ten lęk generuje patologie: depresję, uzależnienia – alkoholizm i lekomanię, szukanie suplementów pobudzających i energetyzujących. Ten obłądny sposób radzenia sobie to droga do nikąd, gdzie uzależnieniem od leków chcemy leczyć uzależnienie od pracy. Brakuje nam higieny zdrowia psychicznego, zdrowego trybu życia. Również wiedzy, że gdy pojawi się bezsenność, smutek, przygnębienie, uczucie niemocy, gwałtowny spadek energii i efektywności pracy, przewlekłe zmęczenie, gdy coraz trudniej jest nam porozumiewać się z otoczeniem, to wtedy należy rozpocząć poszukiwanie pomocy specjalistycznej psychologa czy psychiatry. Często lekceważy się te oznaki i dopiero gdy pojawią się objawy somatyczne – bóle i zawroty głowy, klucia w klatkę piersiową, udajemy się do lekarza. Większość osób trafia na kardiologię, myśląc, że przechodzą zawał, bo mają „taki ucisk w klatce piersiowej

i drętwienie ręki”, – a okazuje się, że to objawy stresu i przemęczenia.

Badania CBOS z października 2012 r. nad stosunkiem do osób chorych psychicznie w Polsce wskazują, że wciąż wzrasta zapotrzebowanie na pomoc psychiatryczną. W porównaniu do badań z lat 90. XX w. spada życzliwość do chorych psychicznie, zauważa się ich wykluczanie z pełnienia wielu ról społecznych. Dystans społeczny do chorych w zakresie pełnienia przez nich ról uważanych za ważne (opiekun, nauczyciel, władza) zmniejsza się. Zauważalne jest dyskryminowanie chorych psychicznie w prawie do pracy, poszanowaniu godności osobistej, wykształceniu i ochronie majątku. Traktowanie chorób psychicznych jako wstydlivych w społeczeństwie polskim jest dominujące i nie słabnące. Choroby psychiczne wiążą się z silną stygmatyzacją, a w konsekwencji z ich ukrywaniem i opóźnieniem rozpoczynania leczenia. Nadal aktualne są wskaźniki przedstawiające narastające zagrożenia zdrowia psychicznego. W grupie zaburzeń leczonych ambulatoryjnie obserwujemy 131% wzrostu, hospitalizacji – 45 % wzrostu, zapaadalności w lecznictwie amb. – 136% wzrostu, zapaadalności w lecznictwie całodobowym – 84% wzrostu. Najczęściej do poradni i szpitali trafiają osoby z zaburzeniami alkoholowymi oraz z depresją. W okresie 15 lat (1990–2004) zaobserwowano znaczny wzrost liczby osób z zaburzeniami psychicznymi, leczonych zarówno ambulatoryjnie jak i hospitalizowanych. W grupie rozpoznanych:

- zaburzeń niepsychotycznych stwierdzono 85% wzrostu, zaburzeń psychotycznych wzrost o 220% w lecznictwie ambulatoryjnym i o 29% w lecznictwie szpitalnym,
- zaburzeń poalkoholowych wzrost o 80% w lecznictwie ambulatoryjnym i o 63% w lecznictwie szpitalnym, zaburzeń po spożyciu substancji psychoaktywnych wzrost o 800% w lecznictwie ambulatoryjnym i o 225% w lecznictwie szpitalnym (dane z raportu: Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, 2009).

O tym, że Polacy mają świadomość zagrożenia i starają się przed nim bronić świadczą również dane zebrane przez firmę analityczną IMS Heath. Wzrost liczby osób leczonych z powodu depresji widać na przykładzie stale rosnącego popytu na leki przeciwdepresyjne. W 2008 roku z hurtowni farmaceutycznych trafiło do aptek ponad 13 mln (wcześniej, w 2001 roku ponad 10 mln) opakowań leków przeciwdepresyjnych wypisywanych na receptę. Przyjmując szacunkowo, że jeden pacjent zużywa w ciągu miesiąca terapii średnio jedno opakowanie, może to oznaczać,

że tego typu środki stosuje w naszym kraju ponad 1 mln osób. Wielu Polaków nie umie i nie jest w stanie rozpoznać choroby psychicznej. Zanedbuje wczesną diagnozę a po pomoc niestety zwraca się bardzo późno. W Polsce w latach 2000–2009 notuje się wzrost liczby i współczynnika samobójstw. W roku 2009 wzrósł on aż o 14%. W 2009 roku 6474 osoby popełniło samobójstwo zakończone zgonem. Polska na świecie jest w pierwszej dwudziestce państw o najwyższych współczynnikach samobójstw – zajmuje 19 miejsce, przy czym mężczyźni są na 11 a kobiety – 36 miejscu. W placówkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej (przychodnie, poradnie) w 2006 r., szukało pomocy i ją otrzymało ok. 1 338 700 osób (ok. 3,5% ogółu ludności) gdy tymczasem przeciętny Europejczyk robi to trzy razy częściej (11%). W tymże 2006 roku ok. 209 300 osób (ok. 0,5% ogółu ludności) korzystało z psychiatrycznej opieki pełnodobowej (szpitale, ośrodki, zakłady). W Polsce blisko 2500 osób jest pacjentami oddziałów sądowych w szpitalach psychiatrycznych gdzie znaleźli się w wyniku postanowienia sądu o zastosowaniu wobec nich psychiatrycznego środka zabezpieczającego, gdyż choroba psychiczna spowodowała, że stali się sprawcami przestępstw choć w myśl litery prawa nie można im przypisać winy. Współczesne media niemal każdego dnia donoszą o historiach okrutnych zdarzeń, agresji, przemocy, zabójstw, porwań. Często w tym kontekście pojawiają się określenia, chory psychicznie, niebezpieczny szaleniec, niezrównoważony. W większości przypadków dotyczy to sytuacji, gdy ktoś popełniając przestępstwo stracił kontakt z rzeczywistością. To tzw. szaleństwo to choroba psychiczna, związana z innym postrzeganiem świata i nie bierze się z nikąd, ale ma konkretną przyczynę – wynika z zaburzeń w pracy mózgu, który jest odpowiedzialny za analizowanie spostrzeżeń, za pamięć czy adekwatne reagowanie na doznania i bodźce. Nie można jednak demonizować tego problemu. Myśleć, że niemal każda osoba chora psychicznie jest potencjalnym przestępcą. Tylko ok. 5% z osób z zaburzeniami psychicznymi dopuszcza się poważnych przestępstw. To mniej niż w tej teoretycznie zdrowej części społeczeństwa.

Generalnie można zauważyć, że w polityce zdrowotnej państwa, na tle innych chorób i zagrożeń, zdrowie psychiczne mimo narastających problemów jest traktowane marginalnie.

Pacjenci mają problem z dostępem do specjalistycznej psychiatrycznej opieki medycznej, opieki środowiskowej a także do skutecznych, nowoczesnych terapii. Konsekwencje decyzji ekonomicznych w obszarze zdrowia psychicznego ograniczają

powszechny dostęp do leczenia psychiatrycznego, powszechny dostęp do nowoczesnego (refundowanego) leczenia farmakologicznego. Narastają podziały w grupach chorych na tych bardziej i mniej uprzywilejowanych w dostępności do leczenia psychiatrycznego i leków refundowanych w zależności od numeru statystycznego rozpoznania (np. zróżnicowanie między schizofrenią i innymi psychozami z kręgu schizofrenii).

Problemy te wynikają z niewystarczającego finansowania polskiej psychiatrii. W ostatnich latach w Polsce, odwrotnie niż w Europie, nakłady na leczenie zaburzeń psychicznych wśród wszystkich chorób zmniejszają się. Gdy np. w Szwajcarii środki publiczne przeznaczone na leczenie zaburzeń psychicznych stanowią 12% wydatków na leczenie we wszystkich dyscyplinach medycznych, a średnia europejska wynosi ponad 5%, to w Polsce w ciągu ostatnich lat nakłady na psychiatrię spadły z ok. 3,7% do ok. 3% budżetu zdrowotnego. Jest to wyrazem nierównego traktowania potrzeb osób chorujących psychicznie w porównaniu z osobami chorującymi somatycznie. Mimo zaplanowanego w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego (przyjętego do realizacji od 2010 roku) zwiększenia nakładów na leczenie psychiatryczne do 4,1% ogłoszone prognozy na 2013 rok są niższe niż dotychczasowe, które i tak nie były wystarczające i oscylują ok. 3,1 %–3,5%. Można odnieść wrażenie, że kosztem ochrony zdrowia psychicznego część środków

dofinansowuje o wiele lepiej zabezpieczone inne obszary zdrowotne.

Postępuje dekapitalizacja bazy leczenia psychiatrycznego. Warunki pobytu na oddziałach w szpitalach psychiatrycznych w porównaniu do oddziałów somatycznych są nierzadko urągające ludzkiej godności. Wynika to często z deficytowego (niskie kontraktowanie świadczeń) funkcjonowania psychiatrii w strukturze podmiotu leczniczego co jest przyczyną niedoboru personelu, generowania przez oddziały psychiatryczne zadłużenia itp.

Dzisiaj pacjenci nie ufają ani rządowi, ani lekarzom, ani instytucjom. Dominuje brak zaufania do społecznej roli psychiatrii. Istnieje przepaść w jakości i dostępności opieki psychiatrycznej pomiędzy aglomeracjami i małymi miejscowościami. Blisko 40% pacjentów szpitali psychiatrycznych przyjęcie do szpitala traktuje jako głęboką traumę. Pacjenci narzekają, że lekarze i psychologowie mają dla nich zbyt mało czasu bo jest ich za mało. Boją się ubocznych skutków zastosowanych im leków. Mówienie o pacjencie psychiatrycznym, że jest to „trudny pacjent” jest niczym innym jak jego negatywnym naznaczeniem – stygmatyzacją. Życie wprost pokazuje, że jest to pacjent nie zawsze chciany. Zdrowie psychiczne jest Narodowym Dobrem i nie może być spychane na margines. Polacy pod tym względem nie mogą być w Europie szczególną wyspą. Chorzy psychicznie nie zawsze upomną się o swoje prawa. Za nich muszą to robić zdrowi.

Prof. nadzw. dr hab. med. Janusz Heitzman – Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kierownik Kliniki Psychiatrii Sądowej w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. E-mail: mzheitzm@cyf-kr.edu.pl.

MIGDAŁOWIEC ZWYCZAJNY ORAZ TRÓJKŁAPOWY

Roman Karczmareczuk (Wrocław)

Migdałowiec zwyczajny (*Amygdalus communis*), blisko spokrewniony z brzoskwinia, jest gatunkiem należącym do rodziny różowatych (*Rosaceae*). Trzeba jednak przypomnieć, że zgodnie z nowszym ujęciem taksonomicznym, uwidocznionym w *Krytycznej liście roślin naczyniowych Polski*, stanowi synonim gatunku *Prunus dulcis*, a ustalona właściwa nazwa nasza to śliwa migdał.

Występuje w postaci drzewa o wysokości 10 m lub w formie krzewu. Ma luźną, rozpostartą, jasnozieloną koronę, ciemnobrązową korę pnia, a sześciocentymetrowe, wąskie i lancetowate liście o piłkowanych brzegach opadają przed zimą. Różowe albo białe kwiaty powstają wczesną wiosną, gdy jeszcze

nie ma liści, siedzą parami na krótkich szypułkach. Kielich jest uformowany z pięciu działek, korona z pięciu odwrotnie jajowatych płatków, pręciki są liczne, a słupek jeden. Owoc – podłużny, spłaszczony pestkowiec, podobny do owocu brzoskwini, odznacza się szarozieloną, włóknistą okrywą. Po dojrzewaniu porą jesienną pęka ona, uwalniając pestkę zawierającą nasienie, które jest jedyną zdatną do konsumpcji częścią rośliny. Migdałowiec zwyczajny należy do gatunków ciepłolubnych, lecz wytrzymuje obniżenie temperatury powietrza do -20°C . Nie jest wybredny względem jakości gleby, odmiany uprawne rozmnaża się przez szczepienie lub oczkowanie, a z jednego drzewa można zebrać rocznie ok. 20 kg owoców.