

Psychiatria i Psychoterapia 2013; tom 9, numer 1: strony 14-24

wersja pierwotna - elektroniczna

Ewa Motak, Dorota Gawrylczyk

OPIS PROGRAMU PSYCHOTERAPEUTYCZNEGO W KLINICE PSYCHIATRII
ROZWOJOWEJ, ZABURZEŃ PSYCHOTYCZNYCH I WIEKU PODESZŁEGO
GDAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

DESCRIPTION OF THE PSYCHOTHERAPEUTIC PROGRAM IN DEPARTMENT OF
DEVELOPMENTAL, PSYCHOTIC AND GERIATRIC PSYCHIATRY OF MEDICAL
UNIVERSITY OF GDANSK

Zakład Psychologii Klinicznej GUMed

kierownik: prof. dr hab. med. Mikołaj Majkiewicz

Klinika Psychiatrii Rozwojowej Zburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego GUMed

kierownik: prof. dr hab. med. Leszek Bidzan

Streszczenie

Tematem artykułu jest opis pracy psychoterapeutów w oddziale Kliniki Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Pacjenci stanowią grupę różniącą się rozpoznaniem diagnostycznym, większość hospitalizowana jest z powodu schizofrenii. Przeciętny czas leczenia wynosi 6 tygodni. Główną formą leczenia pacjentów jest farmakoterapia, psychoterapia stanowi dodatkową metodę pomocy. W pracy psychoterapeutycznej skoncentrowano się głównie na grupowej rehabilitacji, której celem jest poprawa relacji społecznych, dawanie poczucia satysfakcji z własnych osiągnięć i poczucie współpracy z grupą terapeutyczną. Wykorzystano w tym celu elementy terapii grupowej, spotkania społeczności terapeutycznej, metodę relaksacji Jacobsona i psychoedukację, skierowaną do pacjentów chorujących na schizofrenię.

Summary

The subject of the article is description of work of psychotherapists on the ward of Department of Developmental, Psychotic and Geriatric Psychiatry of Medical University of Gdansk. The group of patients consists of people diagnosed with different mental disorders, most of them are hospitalized for schizophrenia. The average duration of treatment is 6 weeks. The main form of treatment for patients is pharmacotherapy, psychotherapy is an additional method to help them. The psychotherapy is mainly focused on group rehabilitation, which aims to improve social relation, to give a sense of satisfaction from their achievements and sense of cooperation with therapeutic group. To each results were used elements of group therapy, therapeutic community meetings, Jacobson relaxation method and psychoeducation addressed to the patients suffering from schizophrenia.

słowa kluczowe: psychiatria rozwojowa, psychogeriatrya, model leczenia

key words: developmental psychiatry, psychogeriatry, model of treatment

Wprowadzenie

Tematem artykułu jest opis metod pracy psychoterapeutycznej stosowanej na oddziale Kliniki Psychiatrii Rozwojowej Zaburzeń Psychotycznych i Wiek Podeszłego GUMed.

Pacjenci kliniki tworzą grupę heterogenną pod względem rozpoznania diagnostycznego. 25,4% jest hospitalizowanych z powodu schizofrenii (Załącznik nr 2), jednak społeczność oddziału składa się także z osób z rozpoznaniem depresji, manii, zaburzeń osobowości, zaburzeń otępiennych, jak również uzależnionych od alkoholu, czy narkotyków (oraz tzw. „podwójnej diagnozy”).

Przeciętny czas hospitalizacji to około 6 tygodni, dlatego też podstawową formą leczenia jest farmakoterapia. Psychoterapia stanowi dodatkową metodę pomocy, gdyż niezwykle trudno jest uzyskać zadawalający efekt psychoterapeutyczny w tak krótkim czasie. Z tego też powodu praca psychologów skoncentrowana jest przede wszystkim na oddziaływaniach krótkoterminowych, polegających głównie na nawiązaniu kontaktu z pacjentami oraz wstępnych oddziaływaniach psychoterapeutycznych. Ponadto w tym czasie następuje rozeznanie, jakie formy psychoterapii będą odpowiednie dla danej osoby po opuszczeniu przez nią szpitala psychiatrycznego.

Przy stosunkowo dużej ilości pacjentów wymagających pomocy (około 45 osób) i stosunkowo niewielkiej liczbie terapeutów zatrudnionych na oddziale wykorzystano metody oddziaływań grupowych. Wydaje się to szczególnie istotne w rehabilitacji pacjentów chorujących na schizofrenię, którzy wykazują trudności w relacjach z innymi ludźmi. Terapia grupowa, poprawia relacje społeczne, daje poczucie wspólnoty z innymi osobami, urealnia własne przeżycia pacjenta.

Bardzo istotny wydaje się fakt współdziałania leczenia farmakologicznego z rehabilitacją psychoterapeutyczną.

Tydzień zajęć dla pacjentów zaplanowany jest cyklicznie, a więc poszczególne zajęcia odbywają się w konkretnym dniu tygodnia, w stałym miejscu i czasie. Każde ze spotkań trwa 60 minut.

1. Terapia grupowa (każdy poniedziałek; 10.30-11.30)
2. Spotkanie społeczności terapeutycznej (każda środa 8.30-9.30)
3. Relaksacja metodą Jacobsona (każdy czwartek; 10.30-11.30)
4. Psychoedukacja (każdy piątek; 10.30-11.30)

Terapia grupowa

W psychoterapii grupowej mogą brać udział wszyscy pacjenci przebywający w tym okresie w oddziale. Ze względu na krótki okres hospitalizacji zdecydowano, że grupa będzie otwarta i heterogenna pod względem rozpoznania. Liczebność grupy jest zmienna i waha się od 8 do 18 osób. Istotna wydaje się struktura spotkań, które prowadzone są zawsze w stałym miejscu i o stałej godzinie, przez dwóch psychologów, będących jednocześnie psychoterapeutami. Jest to szczególnie ważne w przypadku pacjentów psychotycznych, u których brak stałości, brak przejrzystości zastosowanych metod i sposobów pracy może wywołać dodatkowe pogorszenie stanu psychicznego.

Grupa prowadzona jest w sposób dyrektywny. Spotkanie rozpoczyna terapeuta od określenia celów terapii oraz podania zasad obowiązujących na spotkaniu (np. staramy się nie mówić jednocześnie, szanujemy zdanie innych, staramy się nie oceniać, nie mówimy wszyscy na raz, nie mówimy o nieobecnych uczestnikach grupy). Następnie każdy z uczestników przedstawia się, mówi jak się czuje (określa swój nastrój) i podaje propozycje tematu do rozmowy. Temat wybierany jest poprzez głosowanie (przykładowe propozycje tematów znajdują się w załączniku nr 1).

Techniki pracy oparte są na kierowaniu grupą w sposób dyrektywny z jasno określonymi zasadami obowiązującymi zarówno uczestników, jak i osoby prowadzące spotkanie. Podstawowym celem pracy terapeutycznej jest nawiązanie kontaktu pomiędzy uczestnikami, dlatego szczególnie istotne wydaje się wzmacnianie interakcji między nimi, które jest wspierane i motywowane przez psychologów. Terapia opiera się również na dyskusji, dzieleniu się radami i własnymi propozycjami, pomysłami związanymi z danym tematem. Po upływie czasu wszyscy uczestnicy proszeni są o określenie swojego samopoczucia.

Ze względu na stwierdzenie występowania różnych zaburzeń emocjonalnych, bądź emocji aktualnie przeżywanych przez poszczególnych pacjentów, adekwatne wyrażanie ich może być znacznie utrudnione, szczególnie, kiedy związane jest z innymi osobami. Trudno sobie wyobrazić interakcję między zamkniętym w swoim świecie, autystycznym pacjentem ze schizofrenią, a pacjentem maniakalnym przeżywającym rzeczywistość w zupełnie odmienny sposób. W każdym zaburzeniu mamy jednak do czynienia z trudnościami w kontakcie z innymi ludźmi. Pacjenci w trakcie spotkań mają możliwość zdobycia umiejętności identyfikacji, nazywania oraz wyrażania swojego stanu emocjonalnego czy samopoczucia, jak również poszukania wspólnych rozwiązań problemów pojawiających się w środowisku szpitalnym, rodzinnym, bądź zawodowym. Daje to poczucie wsparcia społecznego i możliwości poszukiwania takiego wsparcia w przyszłości. Grupa terapeutyczna pozwala na

wykorzystywanie elementów asertywności, dyskusji czy też proponuje alternatywne rozwiązania. Istotne znaczenie przypisuje się ujawnianiu negatywnych emocji, takich, jak: złość, smutek. Członkowie grupy często zgłaszają na spotkaniach, że odnoszą wrażenie, iż ujawnianie ich jest niewłaściwe i może stanowić powód ponownej hospitalizacji. Konieczne wydaje się omówienie, kiedy i w jakiej formie można ujawniać takie emocje, kiedy są one uzasadnione, a kiedy niedopuszczalne, jak również, jaka forma ich ujawnienia jest właściwa i może przynieść wymierne rezultaty.

W ramach prowadzenia terapii grupowej możliwe jest także wprowadzenie elementów treningu umiejętności psychospołecznych. Taką potrzebę mogą zgłaszać zarówno uczestnicy, jak również prowadzący, jednak ze względu na specyfikę naszego oddziału oraz krótki okres hospitalizacji zdarza się to stosunkowo rzadko.

Trening umiejętności społecznych

Struktura tych zajęć jest bardzo zbliżona do struktury psychoterapii grupowej, gdyż jest to grupa otwarta składająca się od 8 do 18 osób, a jej prowadzącymi są psycholodzy zatrudnieni w oddziale. Podkreśla się przy tym niezmienność osób prowadzących, co stanowi podstawę poczucia bezpieczeństwa na spotkaniach.

Celem pracy jest nauka nawiązywania satysfakcjonujących kontaktów społecznych, nabywanie umiejętności rozwiązywania problemów, jak również nauka samodzielności w samoobsłudze, w dbaniu o siebie. Przy zdobywaniu nowych umiejętności stosowana jest zasada stopniowania trudności, optymalnej stymulacji, jak również wielostronność i powtarzalność oddziaływań. Pozwala to na uzyskanie zgodności pomiędzy biologicznymi oraz psychospołecznymi metodami oddziaływań.

Istotne jest stworzenie poczucia bezpieczeństwa w kontakcie terapeutycznym. Techniki pracy w treningu psychospołecznym polegają na posługiwaniu się przykładami z życia pacjenta przy uwzględnieniu jego mocnych stron, dostarczaniu pozytywnych wzmocnień oraz korygowaniu doświadczenia. Konieczne jest, aby prowadzący zadbali o odpowiednie środowisko do ćwiczeń (na przykład zapisywanie schematów na tablicy: „na czym polega dobry, satysfakcjonujący kontakt” albo „jak rozwiązujemy problemy?”). Uczestnicy powinni otrzymać jasne i dokładne instrukcje z wyjaśnieniem każdego etapu treningu, a zadane ćwiczenie może polegać na odgrywaniu określonej roli przez pacjentów w parach. Następnie można powierzyć powtarzanie tej samej scenki innej parze pacjentów, aby po kilku odtworzeniach ponownie powrócić do pierwszej pary. Obserwatorzy określonej scenki proszeni są o przekazanie informacji zwrotnych, które w ponownym odegraniu mogą zostać

uwzględnione przez uczestnika. Każdy pacjent zachęcany jest do pogłębiania nabywanej umiejętności także w oddziale, jak również poza nim, do czego motywuje powierzone przez prowadzącego zadanie domowe (np. zadzwonić do znajomego). Pamiętać należy, aby realizacja określonych zadań była dopasowana do możliwości danej jednostki (nie za łatwe, ani nie za trudne) [1, 2].

Przykładowa tematyka treningu psychospołecznego:

1. Umiejętność nawiązania kontaktu (kategorie oceny):

- kontakt wzrokowy
- postawa ciała
- mimika
- gestykulacja
- modulacja głosu
- głośność wypowiedzi
- jasność wypowiedzi

2. Umiejętność rozwiązania problemów

- określenie problemu
- określenie celu i przeszkody związanej z problemem
- poszukiwanie możliwych rozwiązań (tzw. „burza mózgów”)
- dokonanie oceny poszczególnych rozwiązań
- wybór najlepszego rozwiązania i wprowadzenie go w życie

3. Trening samodzielności

m.in. robienie zakupów, racjonalne korzystanie z pieniędzy, dbanie o higienę osobistą itd.

Zebranie społeczności

Początkowo główną tematyką spotkań społeczności terapeutycznej były sprawy porządkowe, czyli brak higieny w oddziale, czystość sal, porządek, a właściwie jego brak na stołówce pacjentów, problem palenia papierosów w niedozwolonych miejscach itp. Skutkowało to pojawieniem się u osób należących do personelu frustracji i przekonania, że niemożliwe jest poruszenie innych, często istotniejszych kwestii. Każda próba zmiany wątku powodowała opór ze strony pacjentów, brak zainteresowania proponowanym zagadnieniem, najczęściej głuchą ciszę. Sprawy organizacyjne wydawały się jedynym bezpiecznym tematem dla pacjentów. Liczne dyskusje oraz własne obserwacje skłoniły zespół do ustalenia zmian w sposobie prowadzenia zebrań społeczności. Zebrania organizowane są dla wszystkich

pacjentów oddziału, a więc jest to grupa heterogenna pod względem diagnozy nozologicznej. Oprócz pacjentów uczestniczy w nich cały personel lekarski, psychologowie oraz pielęgniarki pracujące w oddziale. Wyjątek stanowią pacjenci, którzy ze względu na stan zdrowia somatycznego (tzw. „leżący”), bądź psychicznego (m.in. pobudzeni) nie mogą wziąć udziału w zebraniu społeczności. Zebrania odbywają się cyklicznie, w stałym miejscu i czasie oraz trwają jedną godzinę zegarową.

Osobami prowadzącymi spotkanie są przewodniczący i zastępca, wybrani tydzień wcześniej ze społeczności pacjentów. W wielu przypadkach wymagają wsparcia ze strony psychologa, lekarza czy pielęgniarki, dlatego też istotna jest dyrektywna postawa osób należących do personelu medycznego.

Wypracowany porządek zebrania to tzw. część organizacyjna (30 min.) przeznaczona na sprawy organizacyjne, porządkowe oraz część przeznaczona na dyskusję dowolnego, wybranego przez pacjentów tematu (30 min.). Samorząd pacjentów (przewodniczący i jego zastępca), po zebraniu tematów od członków społeczności, proponuje temat do dyskusji. Proponowane tematy powinny dotyczyć wszystkich osób obecnych na zebraniu, a zatem także personelu.

Wśród technik pracy na zebraniach społeczności znajdują się elementy treningu umiejętności społecznych. W trakcie dyskusji obowiązuje zasada przekazywania głosu, a więc każda osoba zabierająca głos przekazuje go dalej, dowolnej osobie. Jednym z podstawowych zadań tych spotkań jest modelowanie, dlatego ważne wydaje się mówienie również przez personel o własnych odczuciach, emocjach i doświadczeniach. Wprowadzane są także elementy asertywności oraz wzmocnienie pozytywnej aktywności.

Celem zebrań społeczności jest nawiązanie kontaktu pomiędzy pacjentami, który może być, na co dzień utrudniony ze względu na przeżycia psychotyczne, których doświadczają pacjenci. Większość z nich wydaje się być skupiona na swoim autystycznym odbiorze rzeczywistości, co czyni z nich „zamkniętych” w różny sposób na bodźce pochodzące z zewnątrz. Zniekształcone spostrzeganie świata sprawia, że przyjmują postawę lękową bądź obronnie-agresywną w stosunku do swojego otoczenia. Często nieumiejętność nawiązania kontaktu może przybierać postać ciągłego mówienia, zagadywania rzeczywistości, niedopuszczania innych treści, uwag innych osób. Czasami jest to również próba w poradzeniu sobie z lękami neurotycznymi, obawą przed zabraniem głosu w grupie, na forum społeczności. Bardzo istotna jest również umiejętność słuchania innych osób, jak również przyjmowania ich uwag, które mogą być krytyczne. Związane jest to często z dostosowaniem się do norm i zasad obowiązujących na oddziale. Poza tym celem zebrań jest także

stymulowanie własnej aktywności pacjentów, wspieranie ich propozycji (np. organizacji wolnego czasu), wspólne poszukiwanie rozwiązań aktualnych problemów oraz dzielenie się uwagami.

Ważną rolę spełnia także możliwość ćwiczenia funkcjonowania w różnych rolach społecznych, m.in. samorządu pacjentów składającego się z przewodniczącego oraz jego zastępcy. Ich zadaniem jest sterowanie dyskusją, udzielanie głosu, dbanie o porządek. Istotne jest dostarczanie pozytywnych informacji zwrotnych przez personel, wzmacnianie ich roli, pozycji. Także w trakcie tych zajęć pojawia się zgoda na możliwość ujawniania przez wszystkich członków społeczności negatywnych emocji. Szczególne znaczenie ma to dla pacjentów psychiatrycznych, którzy bardzo często obwiniają się za pojawianie się tego typu emocji. Nierzadko mają wrażenie, że to właśnie z tego powodu trafiali do szpitala. Bardzo ważne jest uświadomienie faktu, że wszyscy mamy prawo do odczuwania złości, smutku czy frustracji.

Trening relaksacyjny metodą E. Jacobsona

Jest to trening Progresywnego Relaksu Mięśni. Polega na napinaniu a następnie rozluźnianiu poszczególnych grup mięśni, aż do wystąpienia automatyzacji. Najłatwiej pacjentom przychodzi opanowanie tej techniki w stanie względnie dobrego samopoczucia, lekkiego lub umiarkowanego niepokoju. Relaksacja ma tu służyć jako środek zwiększenia przez nich poczucia kontroli nad własnym organizmem i psychiką [3]. Celem tej formy oddziaływań psychologicznych jest nauczenie samodzielnego relaksowania całego ciała w różnych sytuacjach czy miejscach. Trening relaksacyjny pomaga przeciwdziałać stanom lękowym, poprawia sen, jak również polepsza pracę narządów wewnętrznych [4].

Psychoedukacja

Terapia skierowana jest głównie do pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Bierze w niej udział od 5-15 osób. Prowadzona jest w postaci grupy otwartej, co wynika ze specyfiki pacjentów, labilności ich choroby, zmiennego samopoczucia, czy pojawiającego się zaostrzenia objawów. Prowadzi ją najczęściej psycholog, czasami - w przypadku tematów związanych z farmakoterapią - również lekarz. Obejmuje 10 spotkań, prowadzonych o tej samej porze i w tym samym miejscu. Spotkania trwają 60 minut.

Celem psychoedukacji jest nabycie przez pacjentów wiedzy na temat charakteru choroby i możliwości jej leczenia. Poza tym pacjenci mają możliwość uczenia się współodpowiedzialności za leczenie, która sprzyja akceptacji leczenia zaproponowanego

przez lekarza prowadzącego. Niejednokrotnie powoduje także redukcję, bądź zmniejszenie lęku i dezorientacji spowodowanych zachorowaniem.

Każde spotkanie poświęcone jest zaplanowanemu i ustalonemu z góry tematowi związanemu z chorobą (psychozą). W trakcie spotkania prowadzona jest dyskusja z uczestnikami oraz wymiana informacji na ustalony temat. Prowadzący zachęcają do opisywania własnymi słowami przeżyć związanych z chorobą i doświadczeń z przyjmowaniem neuroleptyków. Struktura każdego spotkania jest stała i polega na respektowaniu settingu spotkań oraz opisywaniu swojego samopoczucia na początku i końcu każdego spotkania. Zadaniem prowadzących są: korygowanie nieprawdziwych schematów dotyczących choroby i zastępowanie ich informacjami wiarygodnymi, rzetelnymi, niejednokrotnie uwzględniającymi zarówno perspektywę lekarza, jak i samego chorego (np. na czym polegają urojenia? co to jest autyzm?).

Spotkania psychoedukacyjne mają także dostarczyć pacjentowi informacji na temat czynników, które mogą przyczynić się do zachorowania. W tym zakresie istotne jest wskazanie na rolę czynników genetycznych, a także psychologicznych i rodzinnych, które mogły mieć decydującą rolę w ukształtowaniu się choroby. Niezwykle istotne jest także wskazanie znaczenia stresu, alkoholu i narkotyków. Wiedza związana z leczeniem pozwala na podjęcie walki z ich możliwymi ubocznymi skutkami, jak również podkreśleniu ich roli nie tylko w usuwaniu symptomów choroby, ale także w zapobieganiu jej nawrotowi. Stanowi także próbę uzyskania odpowiedzi na pytanie „dlaczego zachorowałem/am?”. Psychoedukacja stanowi także formę treningu aktywnego udziału we własnym leczeniu farmakologicznym dostarczając informacji na temat działania leków, szukania strategii zapobiegającej nawrotowi choroby i powtórnej hospitalizacji, zapoznanie się z objawami ubocznymi stosowania neuroleptyków, szukanie sposobów zmniejszających ich uboczne działania (bez zaprzestania leczenia), wyszukiwanie sieci wsparcia, z uwzględnieniem roli rodziny i profesjonalistów. Spotkania te mają także motywować pacjentów do korzystania z innych form oddziaływań terapeutycznych (m.in. z muzykoterapii, arteterapii, relaksacji, treningu psychospołecznego, jak również psychoterapii grupowej, indywidualnej czy też rodzinnej) [5].

Podsumowanie

Pomimo różnic, każda forma pracy terapeutycznej z pacjentami szpitala psychiatrycznego, pozwala na doświadczenie bycia członkiem grupy, społeczności, społeczeństwa. Wypracowanie w - ramach grupy - poczucia wzajemnej akceptacji poprawia relacje między

uczestnikami, a to sprzyja poprawie relacji z osobami spoza szpitala. Umożliwia także zdobycie umiejętności radzenia sobie z faktem zachorowania oraz z etykietką chorego psychicznie. Pomimo ograniczonego czasu oddziaływań psychoterapeutycznych w ramach oddziału zamkniętego możliwe jest kontynuowanie korzystania z nich na oddziale dziennym. Dla najbliższego otoczenia chorych stworzono także odpowiednie grupy psychoedukacyjne pozwalające na zrozumienie istoty choroby członka rodziny.

Piśmiennictwo:

1. Grzesiuk L. Psychoterapia. Praktyka-podręcznik akademicki. Warszawa 2006.
2. Meder J. Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych. Biblioteka Pracownika Socjalnego 1999.
3. Kokoszka A. Wprowadzenie do terapii poznawczo-behawioralnej. Kraków 2009.
4. Jacenko M. Antystres: jak zmienić stres w relaksującą energię i odprężyć dokładnie całe ciało. „Lavenmint”. Warszawa 2008.
5. Kisslinga W., Baumla J. Wskazówki do prowadzenia grup psychoedukacyjnych. Poradnik dla pracowników psychiatrycznej służby zdrowia. PRELAPS. Lundbeck. 1994.

Adres do korespondencji:

Dr n. hum. Ewa Motak

Klinika Psychiatrii Rozwojowej Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego

ul. Srebrniki 17, 80-282 Gdańsk

Załącznik nr 1**Tematy terapii grupowej**

O EMOCJACH	JA - INNI	O CHOROBIĘ	TRENINGI
Wyrażanie złości.	Co powoduje, że jesteśmy otwarci?	Przejęcie od szpitala do rzeczywistości.	Wprowadzenie zasad prowadzenia sporu konstruktywnego.
Jak sobie radzimy z negatywnymi emocjami?	Co mogłoby się stać, żebym poczuł się odpowiednio zaopiekowany?	Powrót do domu. Czego się obawiamy?	O asertywności, uległości i agresji. Wprowadzenie.
Niepokój, szukamy przyczyny.	Co jest dla mnie trudne w zachowaniu innych pacjentów?	Jak dbać o swoje zdrowie?	Odgrywanie scenek zachowań asertywnych z informacjami zwrotnymi od grupy.
Na kogo się złościć? Co nas denerwuje? Jak o tym rozmawiać?	Co mogłoby ruszyć pacjentów, żeby wyszli z własnej skorupy?	Gdyby stał się cud i bym wyzdrowiał, to co by wtedy było?	
W jaki sposób mogę zadbać o własne emocje?	Komu mamy ochotę pomagać, a od kogo przyjmujemy pomoc?	Co mogę zrobić, aby wrócić do zdrowia?	
Co poprawia nam nastrój? Jak dbamy o siebie?	Czy każde zachowanie można usprawiedliwić chorobą?	Jak uniknąć depresji?	
Czy tylko leki odpowiadają za mój nastrój?	Poczucie osamotnienia, zagłębianie się w siebie.	Jak i komu mówić o swoim pobycie w szpitalu?	
Jak sobie radzimy z lękiem?	Jak się zaaklimatyzować na oddziale, gdy ktoś odchodzi a ktoś nowy przychodzi?	Co daje bycie mało aktywnym?	
Jaki sposób myślenia nas wspiera a jaki dołuje, jest nieprzydatny?	Agresja między pacjentami.	O bezsenności.	
Co robimy z naszym smutkiem?	Jak zachować poczucie wolności w różnych sytuacjach?	Co musiałoby się stać, żebym poczuł się zdrowiej, pewniej?	
	Dlaczego moi najbliżsi nie potrafią mnie zaakceptować?	Przyczyny załamania psychicznego.	
	Czy i jak porównujemy się z ludźmi „zdrowymi”? Jak czujemy się w kontakcie z nimi?	Jak to jest, że choroba niweczy nasze plany życiowe?	
	Jak zdobywamy przyjaciół? Jak się zaprzyjaźniamy?	Jak odbieram swój pobyt w szpitalu?	
	Jak nawiązujemy kontakt z drugą osobą?	Jak rozpoznawać nawrót depresji?	
	Czy opłaca się mówić prawdę ludziom?	Jak odzyskać radość życia?	
	Czy łatwo dopasowujemy się do zasad?	Jak choroba zmienia nasze zachowanie?	
	Złość na osoby z personelu.	Cel leczenia w szpitalu. Co chcę osiągnąć podczas tego pobytu?	
		Skąd się bierze huśtawka nastroju? Co możemy z tym zrobić?	
		Czy leki psychotropowe wpływają na zmianę myślenia?	
		Jak odróżnić zwykły smutek od depresji?	
		Jak przetrwać najgorsze chwile?	
		Co robić, gdy nam się dłuży i nudzi pobyt w szpitalu?	
		Jak sobie ustawić wymagania („poprzeczkę”), żeby to nie było kosztem zdrowia?	

Załącznik nr 2**Okres od 2012-01-01 do 2012-06-30**

Rozpoznanie	Ogółem hospitalizacji	%
F11	1	0,43%
F22	1	0,43%
F42	1	0,43%
F55	1	0,43%
F61	1	0,43%
F69	1	0,43%
Z03	1	0,43%
F70	2	0,85%
F84	2	0,85%
F91	2	0,85%
F92	2	0,85%
F25	4	1,69%
F41	4	1,69%
F01	7	2,97%
F05	7	2,97%
F19	8	3,39%
F23	8	3,39%
F43	9	3,81%
F07	10	4,23%
F33	11	4,66%
F31	12	5,08%
F10	13	5,50%
F03	17	7,20%
F32	22	9,32%
F06	29	12,29%
F20	60	25,40%
RAZEM	236	100%