

## Od Redakcji

Żegnamy powoli lato i wakacyjne *dolce far niente*. Wracamy do szarej rzeczywistości i codziennego znoju z naładowanymi akumulatorami i walizkami wspomnień. Czekają nas trudy jesiennych i zimowych miesięcy, więc chcielibyśmy jak najdłużej zachować w sercach promienie słońca, powiewy delikatnego wiatru, zapach morskiej bryzy, dźwięki leśnych szlaków i te długie ciepłe wieczory pod gwiazdami. Lato było okazją do podjęcia większej aktywności fizycznej, która jest dobra zarówno dla ciała, jak i dla ducha i może być jednym ze środków terapeutycznych. Piszą o tym K. Cempa i wsp. odnosząc się do korzyści jakie mogą odnieść pacjenci ze schizofrenią. Zwracała już na to uwagę grupa robocza Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego rekomendując aktywność fizyczną dla pacjentów z objawami negatywnymi. Zgodnie z opublikowanym stanowiskiem aktywność fizyczna stanowi cenną formę terapii schizofrenii, która jako uzupełnienie leczenia farmakologicznego może się przyczyniać do zmniejszenia nasilenia objawów negatywnych choroby, a także wspomagać poprawę funkcjonowania pacjentów i ich jakości życia [1]. Ćwiczenia fizyczne mogą być również formą prewencji oraz metodą uzupełniająca farmakoterapię i psychoterapię zaburzeń depresyjnych, pod warunkiem, że ich intensywność, czas trwania oraz częstotliwość są dostosowane do indywidualnych możliwości i stanu zdrowia osób trenujących [2], wiadomo bowiem, że „co za dużo to niezdrowo” [3].

Bieżący numer Psychiatrii Polskiej otwierają rekomendacje i zalecenia ekspertów. Po pierwsze w zakresie diagnozy i leczenia chorych ze schizofrenią o wczesnym początku. W psychiatrii dziecięco-młodzieżowej wciąż mało jest zarejestrowanych leków. O nowoczesnych opcjach terapeutycznych pisaliśmy już przedstawiając stanowisko PTP na temat stosowania częściowych agonistów D2/D3 w populacjach szczególnych [4,5]. Istnieje potrzeba zwiększenia dostępności do skutecznego leczenia przeciwpsychotycznego w populacji dzieci i młodzieży, ale równocześnie leczenie to musi być bezpieczne z uwagi na konieczność zminimalizowania objawów niepożądanych. Kolejne zalecenia dotyczą osób leczonych z powodu migreny, ze współwystępującą depresją. Jest to trudny problem kliniczny, chociażby ze względu na ryzyko interakcji lekowych.

Jednym z priorytetów PTP jest przeciwdziałanie stygmatyzacji osób chorujących psychicznie. Odmienność danej jednostki może być źródłem kreatywności, ale może być też przyczyną stygmatyzacji. Stygmatyzacja jest wielowymiarowym zjawiskiem, które może wystąpić, gdy u danej osoby zostaną zauważone cechy odróżniające ją od reszty społeczeństwa i gdy w wyniku owego rozpoznania dojdzie do jej dewaluacji. Doświadczanie stygmatyzacji jest niezwykle bolesne i znacznie utrudnia osobom chorującym powrót do zdrowia i sprawnego, codziennego funkcjonowania [6]. O tym, że ujawnianie problemów ze zdrowiem psychicznym wciąż może być trudne piszą J. Sonik-Włodarczyk i wsp. Co więcej, piętno choroby psychicznej dotyka nie tylko pacjenta, ale i jego bliskich. Pomimo trwających od lat ważnych przemian w psychiatrii, wprowadzanej reformy systemu

leczenia, rozwijanych nowych form wsparcia, sytuacja opiekunów rodzinnych nadal nie zyskała adekwatnej uwagi decydentów z zakresu systemu opieki psychiatrycznej [7]. Z kolei o tym jak wyglądają świadczenia psychiatryczne dla osób chorujących na schizofrenię piszą Anczewska i wsp., analizując dane z NFZ. Wprowadzana aktualnie reforma zakłada wprowadzenie kompleksowej opieki psychiatrycznej umożliwiającej samodzielne funkcjonowanie pacjentów w środowisku, ze wsparciem rodziny, i okresowe korzystanie ze środowiskowych form opieki psychiatrycznej, np. oddziałów dziennych czy zespołów leczenia środowiskowego. Konieczna jest zmiana sposobu myślenia na temat osoby chorującej psychicznie, jej potrzeb i praw, przy zapewnieniu dostępu do systemu leczenia, jak również szeroko pojętej obecności w społeczeństwie [8].

Jesteśmy przekonani, że w bieżącym zeszycie Psychiatrii Polskiej znajdziecie Państwo wiele ciekawych tekstów, które umilą i uatrakcyjnią coraz dłuższe jesienne wieczory.

**Dominika Dudek – redaktor naczelna**  
**Jerzy A. Sobański**  
**Katarzyna Klasa**

### **Piśmiennictwo**

1. Samochowiec J, Szulc A, Bieńkowski P, Dudek D, Gałecki P, Heitzman J i wsp. *Stanowisko grupy roboczej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego na temat stosowania metod niefarmakologicznych w leczeniu objawów negatywnych schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 2021; 55(4): 719–742.
2. Saran T, Mazur A, Łukasiewicz J. *Znaczenie aktywności fizycznej w prewencji zaburzeń depresyjnych*. Psychiatr. Pol. 2021; 55(5): 1025–1046.
3. Martyniak E, Wyszomirska J, Krzystanek M, Piekarska-Bugiel K, Stolarczyk A. *Co za dużo, to niezdrowo. Uzależnienie od ćwiczeń fizycznych: zjawisko, kryteria diagnostyczne, etiologia, terapia, wyzwania badawcze*. Psychiatr. Pol. 2021; 55(6): 1357–1372.
4. Wichniak A, Samochowiec J, Szulc A, Dudek D, Heitzman J, Janas-Kozik M i wsp. *Stanowisko grupy roboczej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego na temat stosowania częściowych agonistów receptorów dopaminowych D2/D3 w leczeniu zaburzeń psychicznych*. Psychiatr. Pol. 2021; 55(5): 941–966.
5. Wichniak A, Siwek M, Rymaszevska J, Janas-Kozik M, Wolańczyk T, Bieńkowski P i wsp. *Stanowisko grupy roboczej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego na temat stosowania częściowych agonistów receptorów dopaminowych D2/D3 w populacjach szczególnych*. Psychiatr. Pol. 2021; 55(5): 967–987.
6. Bańbura A, Opoczyńska-Morasiewicz M. *Stygmatyzacja osób chorujących psychicznie i jak jej przeciwdziałać – analiza wypowiedzi osób starszych*. Psychiatr. Pol. 2020; 54(4): 807–820.
7. Prokop-Dorner A, Flis M. *Doświadczenie piętna przeniesionego wśród krewnych osób ze schizofrenią – badanie jakościowe*. Psychiatr. Pol. 2021; 55(4): 835–850.
8. Anczewska M, Biechowska D, Gałecki P, Janas-Kozik M, Koń B, Skrzypkowska-Braniewicz B i wsp. *Jednostki organizacyjne psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dorosłych – analiza na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia z lat 2010–2016*. Psychiatr. Pol. 2020; 54(5): 897–913.