Postępy Psychiatrii i Neurologii 2012; 21(4): 277–282
Praca poglądowa
Review
© 2012 Instytut Psychiatrii i Neurologii

Potrzeby osób z zaburzeniami psychicznymi – perspektywa psychologiczna wobec psychiatrycznej

Needs of patients with mental disorders – psychological vs. psychiatric perspectives

MAGDALENA CIAŁKOWSKA-KUŹMIŃSKA, ANDRZEJ KIEJNA

Katedra i Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław

STRESZCZENIE

Cel. *Celem niniejszej pracy jest zwrócenie uwagi na różnice w postrzeganiu potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi w perspektywie psychologicznej i psychiatrycznej.*

Poglądy. *Biorąc pod uwagę perspektywę psychiatryczną należy zauważyć, że niezmiernie rzadko opiera się ona na psychologicznych koncepcjach potrzeb. Wyraźne jest to nie tylko w opisie objawów psychopatologicznych pacjentów ale i w konstrukcji narzędzi, stosowanych w ocenie potrzeb tej grupy osób. Tymczasem podejście psychologiczne może być niezwykle użyteczne w rozumieniu indywidualnej motywacji i zachowania w odniesieniu do leczenia psychiatrycznego.*

Wnioski. *Istotna wydaje się świadomość istniejących różnic w psychiatrycznym i psychologicznym rozumieniu jednostkowych potrzeb. Tym bardziej, że systematyczna ocena potrzeb pacjentów użyteczna jest w ewaluacji procesu terapeutycznego w psychiatrii.*

SUMMARY

Aim. *To outline differences between psychological and psychiatric approaches to needs of persons with mental health problems.*

Review. *As regards the psychiatric perspective on individual needs, it is seldom based on psychological concepts of needs and motivation. It can be clearly seen not only in the description of psychopathological symptoms, but also in the design of instruments used to measure the needs of this patient group. However, psychological approaches may be very useful helping to understand the individual's motivation and behavior with regard to psychiatric treatment.*

Conclusions. *Awareness of the differences between psychiatric and psychological views on individual needs seems important, the more so that a systematic assessment of patient needs may be useful in the evaluation of the therapeutic process in psychiatry.*

Słowa kluczowe: potrzeby / osoby z zaburzeniami psychicznymi / psychologiczne koncepcje potrzeb / psychopatologia
Key words: needs / persons with mental disorders / psychological concepts of needs / psychopathology

Potrzeby pacjentów coraz częściej podlegają ocenie w ramach ewaluacji procesu leczenia i rehabilitacji w psychiatrii. Odkąd bowiem ocena efektów leczenia uwzględnia subiektywną opinię pacjenta, realizacja indywidualnych potrzeb stanowi jeden z wymiarów postępów leczenia. Jednocześnie wyniki badań wskazują, że poziom realizacji potrzeb pacjentów psychiatrycznych wiąże się nie tylko ze stanem psychicznym ale i rodzajem i jakością świadczonych usług medycznych i interwencji psychospołecznych.

Tymczasem psychologiczne koncepcje potrzeb niejednokrotnie nie leżą u podstaw obserwacji lekarskich prowadzonych na gruncie psychiatrii. Rzecz jasna psychiatria jest dziedzina kliniczną, która nie skupia się na zagadnieniach teoretycznych, nawet weryfikowalnych empirycznie. Jednakże wiedza z zakresu psychologicznych koncepcji potrzeb oraz różnic w ujmowaniu potrzeb w psychologii i psychiatrii może stanowić o pełniejszym rozumieniu postępów leczenia, a tym samym precyzyjniejszej ich ewaluacji.

Ta praca ma na celu przybliżenie różnic w postrzeganiu potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi z perspektywy klasycznych psychologicznych koncepcji potrzeb oraz wiedzy psychiatrycznej.

PSYCHOLOGICZNE KONCEPCJE POTRZEB

Psychologiczne koncepcje potrzeb wyrastają na gruncie różnorodnych teorii motywacji, które w swoisty sposób próbują odpowiedzieć na następujące pytania: Co motywuje jednostkę do działania? Co decyduje, że przedkłada ona pewne działania nad inne? W jaki sposób można wytłumaczyć odmienne zachowania człowieka w różnych sytuacjach? U podstaw powstania motywacji do działania badacze na przestrzeni dziesięcioleci widzieli – różnie definiowane –

instynkty, popędy, tendencje, dążenia, zadania, plany, a także potrzeby.

Zgodnie z teorią redukcji popędu Clarka Hulla – opartą na koncepcji homeostazy Waltera Cannona i wyrastającą z behawiorystycznego modelu człowieka – która wyrażała biologiczne rozumienie procesów motywacyjnych człowieka, jakiekolwiek odchylenie od stanu równowagi organizmu skutkuje wzbudzeniem potrzeby a ta z kolei prowadzi do aktywizacji popędu. Popęd zaś motywuje organizm do zaspokojenia pierwotnej potrzeby [1]. W myśl teorii Hulla popęd ma charakter wrodzony i zapewnia organizmowi przetrwanie. Tak więc potrzeba stanowi odchylenie od stanu homeostatycznej równowagi. Model ten jest użyteczny do wyjaśniania zachowań zapewniających przetrwanie, w mniejszym stopniu odnosi się do wyjaśniania złożonych motywacyjnie zachowań ludzkich i leżących u ich podłoża motywacji, jak na przykład potrzeba osiągnięć.

Zygmunt Freud, pionier psychodynamicznej koncepcji motywacji, stosował termin popędu dla określenia podstawowych procesów motywacyjnych – popęd życia (szeroko rozumiany popęd seksualny), popęd podtrzymania życia oraz popęd śmierci – *tanatos* (z koncepcji którego w kolejnych opracowaniach się wycofał). Miały one źródła biologiczne a krytycy wykazali, że za pomocą tak wąskiej grupy popędów trudno wyjaśnić szereg zachowań ludzkich, w tym m.in. zachowania poznawcze [1]. Psychodynamiczna koncepcja Karen Horney za najistotniejszą potrzebę człowieka, stanowiącą centralne miejsce w jej teorii konfliktu, uznała potrzebę bezpieczeństwa [*ibidem*].

Zagadnienie potrzeb w przytoczonych koncepcjach nie zajmuje centralnego miejsca, w niewielkim tylko zakresie wyjaśniają one różnorodność i dynamikę potrzeb ludzkich. Największy wpływ na rozumienie potrzeb w psychologii klinicznej i opiece zdrowotnej wywarła myśl Henry'ego Murraya oraz Abrahama Maslowa.

PERSONOLOGIA HENRY MURRAY'A

Henry Murray (1893–1988) koncentrując się w ramach swej personologii na dynamice osobowości uznał, że potrzeby stanowią siłę, sterującą wszystkimi aspektami ludzkiego zachowania. Zdefiniował je w sposób następujący:

„Potrzeba jest konstruktem {dogodną fikcją, czyli pojęciem hipotetcznym}, który reprezentuje pewną siłę (…) w regionie mózgu, siłę, która organizuje percepcję, apercepcję, myślenie, dążenie i działanie w taki sposób, aby przekształcić w pewnym kierunku istniejącą, niezadawalającą sytuację" [Murray 1938, za: 2].

Twórca personologii wskazał na istnienie potrzeb wywołanych przez bodźce zewnętrzne (presje) oraz wewnętrzne. Murray żywił przekonanie, że potrzeby w dużej mierze mają charakter nieświadomy. Na pierwszym miejscu w swojej koncepcji wyróżnił:

- potrzeby pierwotne *(primary needs)* oraz
- potrzeby wtórne *(secondary needs)*

Potrzeby pierwotne stanowią wszelkie potrzeby biologiczne (wiscerogenne), takie jak: potrzeba pokarmu, wody, powietrza, aktywności seksualnej, doznań zmysłowych oraz uniknięcia bólu, chłodu, upału. Potrzeby wtórne, psychogenne wywodzą się prawdopodobnie z potrzeb pierwotnych, ale uwidaczniają się w płaszczyźnie psychospołecznego funkcjonowania jednostki. O sile potrzeby można wnioskować na podstawie częstości i intensywności określonego zachowania. Henry Murray dążył do opracowania klasyfikacji potrzeb, co udało mu się osiągnąć na podstawie niewielkiej skali badań [2]. Ryc. 1 ukazująca wektor działania potrzeby, tj. obiekt, wobec którego ukierunkowane jest działanie, zawiera pierwotną listę potrzeb opisanych przez Murraya [2].

Potrzeby odnoszące się do własnej osoby:	Potrzeby odnoszące się do innych osób:
osiągnięć (*achievement)*	ukorzenia się *(abasement)*
agresji (*aggression)*	afiliacji *(affiliation)*
autonomii *(autonomy)*	szacunku wobec zwierzchnika *(deference)*
wyrównania/skompensowania *(counteraction)*	uzewnętrzniania się i ekshibicjonizmu *(exhibition)*
usprawiedliwiania działania w celu obrony ja *(defendance)*	unikania upokorzenia *(intravoidance)*
porządku *(order)*	żywienia i opiekowania się *(nurturance)*
zabawy *(play)*	odrzucania *(rejection)*
doznań zmysłowych *(sentience)*	nawiązania i podtrzymania relacji erotycznej *(sex)*
zrozumienia *(understanding, cognizance)*	doznawania opieki i oparcia *(succorance)*

*nazewnictwo polskie może się różnić się w zależności od publikacji (przedstawiono tłumaczenie własne)

Rycina1. Lista potrzeb według H. Murraya.*
Figure 1. *The list of needs by H. Murray*

Inne wprowadzone przez Murraya podziały potrzeb obejmują:

1. *potrzeby jawne* (zewnętrzne, uwidaczniają się w aktywności motorycznej) vs potrzeby ukryte (ujawniają się – podobnie jak inne treści nie dopuszczane do świadomości – w postaci marzeń sennych, przejęzyczeń, fantazji), Murray wyróżnił 20 potrzeb jawnych oraz 8 ukrytych;
2. *potrzeby skoncentrowane* (ich realizacja jest możliwa jedynie w ściśle określonych warunkach, związane są z określoną grupą obiektów) vs rozproszone (zgeneralizowane, możliwe do zrealizowania w wielu sytuacjach);
3. *potrzeby proaktywne* (zdeterminowane wewnętrznie) vs reaktywne (zdeterminowane zewnętrznie);
4. *potrzeby aktywności* (niefunkcjonalne wykonywanie czynności związanych z różnymi procesami, np. widzenie, słyszenie), potrzeby formy (potrzeba wykonywania określonych czynności na pewnym poziomie kompetencji, doskonałości) oraz potrzeby skoncentrowane na wyniku (potrzeba wykonywania czynności z uwagi na jej pożądane konsekwencje, wynik) [ibidem].

HIERARCHICZNA ORGANIZACJA POTRZEB ABRAHAMA MASLOWA

Koncepcją, która – z uwagi na swój nieskomplikowany charakter oraz użyteczność w odniesieniu do różnych dziedzin wiedzy – wywarła ogromny wpływ na współczesne rozumienie potrzeb, jest teoria motywacji Abrahama Maslowa (1908–1970). Maslow swe działania naukowe opierał na przekonaniu, że współczesna mu psychologia zdaje się być nauką koncentrującą się wyłącznie na deficytach, dysfunkcjach i zaburzeniach jednostki, nie dość miejsca poświęcając możliwościom rozwoju człowieka. Stąd też w jego pracy pojawiają się następujące stwierdzenia o naturze człowieka:

„…człowiek ma własną, esencjalną naturę…”, „…w pełni zdrowy, normalny i pożądany rozwój polega na urzeczywistnianiu tej natury, na realizowaniu tych potencjalnych możliwości, na rozwijaniu się aż do dojrzałości wzdłuż linii wyznaczonych przez tę utajoną, ukryta i mgliście widoczną naturę esencjalną; rozwój ten raczej wypływa z wewnątrz niż jest kształtowany od zewnątrz” [Maslow 1954, za: 2].

Maslow rozumiał potrzeby jako mające podłoże biologiczne i względnie niezależne kulturowo, aczkolwiek zachowywał krytycyzm w przydawaniu swej teorii charakteru uniwersalnego. W jego koncepcji znajdujemy dwa rodzaje potrzeb:

– potrzeby charakteryzujące się motywacją braku (niedoboru) – *D-needs* oraz
– potrzeby charakteryzujące się motywacją wzrostu – *B-needs*.

Im niżej w hierarchii znajduje się dana potrzeba, tym bardziej ma ona charakter dominujący, przymusowy [1, 2, 3].

Maslow wyróżnił pięć głównych klas potrzeb:

1. *fizjologiczne* (m.in. wody, pokarmu, tlenu, seksu, braku napięcia, snu),
2. *bezpieczeństwa* (m.in. pewności, struktury, stałości, ochrony, zależności, wolności od strachu),
3. *przynależności i miłości* (m.in. posiadania przyjaciół, rodziny, związków uczuciowych z innymi ludźmi, intymności),
4. *szacunku* (tj. potrzeby szacunku wobec samego siebie, takie jak: potrzeba kompetencji, osiągnięć, posiadania mocy, niezależności, zaufania do siebie oraz potrzeby szacunku ze strony innych, takie jak: potrzeba władzy, znaczenia społecznego, dominacji, uwagi, godności),
5. *samorealizacji* (samoaktualizacji, samourzeczywistnienia się) [1, 3].

Cztery z opisywanych przez Maslowa klas potrzeb są związane z motywacją niedoboru a jedna – potrzeba samorealizacji – z motywacją wzrostu. Podobnie jak cztery potrzeby podstawowe, potrzeba samorealizacji (stanowiąca swoistą meta-potrzebę) również ma podłoże biologiczne i w dużej mierze nieświadomy charakter. Zaspokojenie potrzeb wyższego rzędu jest możliwe nawet wówczas, gdy potrzeby niższego rzędu nie zostały zaspokojone. Wszystkie potrzeby bowiem wymagają zaspokojenia, przy czym stopień ich zaspokojenia może się różnić, biorąc pod uwagę dominację potrzeb znajdujących się niżej w hierarchii.

Maslow, działając w duchu humanizmu, zakładał, że realizacja potrzeb wzrostu jest konieczna do uzyskania pełni człowieczeństwa i zapobieżenia nieprawidłowościom na poziomie sensu istnienia, spełnienia swego potencjału, realizacji celów. Do wartości, których osiąganie stanowi realizację potrzeby samourzeczywistnienia należą: dobro, sprawiedliwość, bogactwo, piękno, sensowność, pełnia, niepowtarzalność, doskonałość i inne [2].

IMPLIKACJE KLINICZNE KONCEPCJI PSYCHOLOGICZNYCH

Zaprezentowane pokrótce dwa główne ujęcia potrzeb w psychologii – koncepcję Henry Murraya oraz Abrahama Maslowa, rozwijane przez ich twórców przez szereg lat, stanowią współcześnie podstawę psychologicznego rozumienia potrzeb ludzkich.

Płynące z tychże koncepcji implikacje kliniczne wydają się następujące:

– wszystkie potrzeby, w mniejszym lub większym stopniu, mają podstawy biologiczne,
– potrzeby zapewniające przetrwanie stanowią priorytet dla organizmu,

- w sytuacji deprywacji potrzeb niższego rzędu tj. zapewniających przetrwanie, potrzeby psychospołeczne stają się mniej istotne,
- realizacja większości potrzeb podlega kontroli jednostki,
- potrzeby są uniwersalne dla gatunku ludzkiego, choć ich kulturowe uwarunkowania nie są wykluczone,
- sposób realizacji potrzeby różni się w zależności od warunków,
- przy uniemożliwieniu realizacji potrzeby w konkretny sposób, potrzeba będzie miała tendencję do realizacji w inny, zastępczy sposób,
- codzienne, złożone działania człowieka są wskaźnikami bardziej podstawowych potrzeb,
- różne podstawowe potrzeby mogą być realizowane poprzez te same obserwowalne działania jednostki,
- potrzeby są w znacznej mierze nieuświadamiane przez jednostkę,
- w celu osiągnięcia szczęścia i pełnego dobrostanu człowiek musi realizować szeroko rozumiane potrzeby psychospołeczne, spośród których kilka zwraca szczególną uwagę – np. potrzeba mocy, afiliacji i osiągnięć (H. Murray) a także samorealizacji (A. Maslow).

ROZUMIENIE POTRZEB W PSYCHIATRII

Psychiatria jako dziedzina kliniczna nie zajmuje się tworzeniem teorii dotyczących potrzeb ludzkich, częściowo zwraca uwagę na stopień ich powiązań ze zdrowiem psychicznym. Wnioski dotyczące tychże zależności wysnuwane są na podstawie doświadczeń klinicznych i badań opartych na faktach (*evidence-based medicine)*.

Podobnie, jak w koncepcjach psychologicznych, w psychiatrii potrzeby człowieka są rozumiane w ramach czynności motywacyjnych a więc uruchamiających, ukierunkowujących, podtrzymujących oraz kończących określone działanie. W rozumieniu psychopatologii głównym mechanizmem, za pomocą którego różnorodne potrzeby człowieka mogą zostać zrealizowane jest napęd psychoruchowy. Nieprawidłowości w zakresie czynności tego najogólniejszego poziomu motywacyjnego dotyczą jego wahań i wyrażają się wzrostem lub obniżeniem napędu. Do szczególnych form motywacji zaliczyć można aktywność ruchową, impulsywną oraz intencjonalną.

Aktywność ruchowa jest bezpośrednio zależna od czynności układu nerwowego oraz hormonalnego, w związku z tym nie towarzyszą jej głębsze motywy (potrzeby). Można ją porównać do biologicznych potrzeb niższego rzędu, związanych np. z potrzebą ruchu i aktywności fizycznej. Aktywność impulsywna, tj. powstająca pod wpływem impulsów, silnych motywów (potrzeb) wewnętrznych, podlega świadomej kontroli tylko w ograniczonym zakresie. Mówiąc o istocie wewnętrznych motywów ukierunkowujących aktywność impulsywną należy wspomnieć o emocjach, popędach, a także nawykach. Jedynie te ostatnie nie mają charakteru wrodzonego, biologicznego. Pomijając różnice terminologiczne ogólnie można założyć, że aktywność impulsywną można uznać za tożsamą z analizowanymi przez Maslowa i Murraya najpierwotniejszymi potrzebami, warunkującymi przetrwanie organizmu.

Najbardziej zbliżoną znaczeniowo do potrzeb psychologicznych wyodrębnionych przez Murraya grupą czynników motywacyjnych jest aktywność intencjonalna. Stanowi ona wynik intencji – zwykle świadomej i celowej, która wiąże się z indywidualnymi preferencjami jednostki oraz nabytą w toku życia wiedzą, doświadczeniem, w tym również o obowiązujących normach społeczno-kulturowych. Psychiatrzy – zdając sobie sprawę ze zróżnicowanych form opisu aktywności intencjonalnej – w praktyce klinicznej koncentrują się na jej wymiarach związanych z ekspresją, interakcją oraz preferencjami/dążeniami [4].

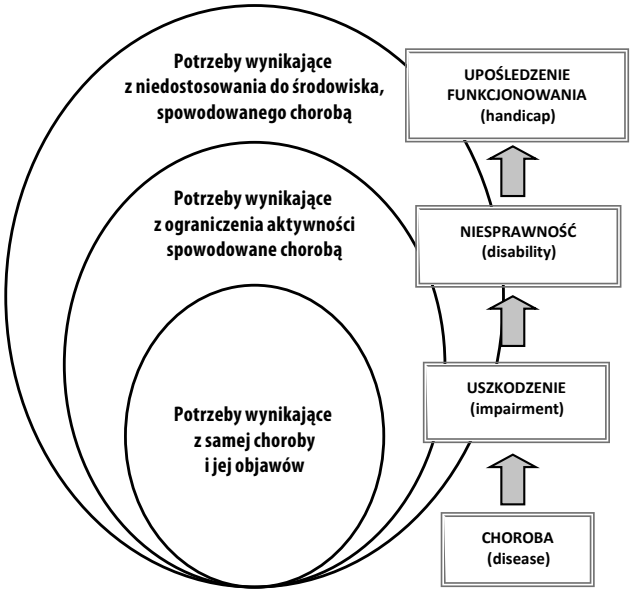
Na podstawie tego krótkiego zarysu można zauważyć, że – jakkolwiek lekarze psychiatrzy w toku kontaktu z pacjentem oceniają i odpowiadają na ich potrzeby – nie stworzyli specyficznych dla własnej dziedziny teorii wyjaśniających czy modeli operacjonalizujących zmienne potrzeb. W celu udoskonalenia oferty terapeutyczno-opiekuńczej wobec osób z zaburzeniami psychicznymi zaczęto badać nie tylko stopień poprawy stanu psychicznego, poziom niesprawności, jakość życia, satysfakcję z opieki, ale również stopień realizacji potrzeb pacjentów. W ocenach brano pod uwagę różne perspektywy potrzeb w analizowanych obszarach życia – najczęściej perspektywę specjalisty (np. lekarza prowadzącego) oraz samego pacjenta.

Samo rozumienie potrzeb w medycynie – podobnie jak w psychologii – doczekało się wielu ujęć. I tak, według przyjętej w 1980 roku przez WHO Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Niesprawności i Upośledzeń (ICIDH) [5] można wyróżnić trojakiego rodzaju – jakościowo i ilościowo odmienne – trudności jednostek, w zależności od stopnia uszkodzenia organizmu i upośledzenia jego funkcji. Trudności te w oczywisty sposób korespondują z potrzebami zdrowotnymi tych osób. Potrzeby pierwszego rzędu to te, które bezpośrednio wynikają z objawów choroby (objawów psychopatologicznych), wtórne do nich są potrzeby związane z ograniczeniem własnej aktywności, natomiast trzeciego rodzaju potrzeby wiązać się będą z trudnościami w dostosowaniu do środowiska [6].

I tak na przykład, pacjent cierpiący z powodu nawracających epizodów depresyjnych (F33) (choroba, *disease*) skarży się na obniżenie napędu psychoruchowego, anhedonię, bezsenność, zmęczenie, trudności

w koncentracji uwagi (tj. upośledzające funkcjonowanie objawy psychopatologiczne, uszkodzenie, *impairment*), ma w związku z tym trudności w rozwiązywaniu złożonych zadań, samodzielnym rozwiązywaniu problemów i podejmowaniu decyzji (niesprawność, *disability*), nie może wykonywać odpowiedzialnych obowiązków zawodowych, co w indywidualnym przypadku może skutkować utratą pracy, niemożnością odnalezienia się na rynku pracy, trudnościami finansowymi oraz pogorszeniem relacji rodzinnych (upośledzenie, *handicap*) [7].

Zakres uszkodzenia organizmu (zaburzenia funkcjonowania organizmu) w powiązaniu z potrzebami jednostki przedstawia ryc. 2.



Rycina 2. Zakres potrzeb w powiązaniu ze stopniem zaburzenia funkcjonowania organizmu w ujęciu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Niesprawności i Upośledzeń (ICIDH).

Figure 2. *Need areas in relation to the degree of body functions impairment according to the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH).*

Jeśli więc jednostka jest w pełni zdrowa, funkcjonuje adekwatnie do wieku, osobistych i społecznych możliwości – nie można w myśl tych podziałów mówić o jej niezrealizowanych potrzebach zdrowotnych. Ujęcie to rozwija – koncentrując się w większej mierze na komponentach zdrowia oraz integrując medyczny i społeczny model niesprawności – przyjęta w 2001 roku przez WHO Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), stanowiąca rewizję ICIDH [6, 8].

Bazując na powyższym trójpodziale konsekwencji choroby, uwzględniającym odległe skutki chorób, brytyjska ustawa o narodowej opiece zdrowotnej i społecznej definiuje potrzeby jako:

„potrzeby jednostek, umożliwiające im osiągnięcie, utrzymanie lub podtrzymanie akceptowalnego poziomu społecznej niezależności czy jakości życia" [*The National Health Service and Community Care Act* 1990; za: 9].

Zwraca się również uwagę, że potrzeba nie musi być definiowana jedynie poprzez rodzaj niepełnosprawności związany z chorobą, innym ważnym deskryptorem może być rodzaj metody leczenia czy też interwencji, który jest niezbędny do zaspokojenia tej potrzeby. Potrzeba rozumiana w ten sposób nie zostaje unieważniona przez fakt odrzucenia przez jednostkę leczenia i opieki daną metodą. O ile istnieje interwencja, która mogłaby złagodzić niesprawność jednostki, nawet jeśli jest ona lokalnie niedostępna, o tyle zapotrzebowanie na nią istnieje a więc istnieje określona potrzeba [7].

Potrzeby pacjentów psychiatrycznych pośredni o analizowane są również z uwzględnieniem stopnia zaburzenia funkcjonowania za pomocą ateoretycznych narzędzi oceny stanu klinicznego oraz funkcjonowania. Jedną z najpopularniejszych skal jest GAF (*Global Assessment of Functioning*), która stanowi nieskomplikowane narzędzie służące uzupełnieniu możliwości diagnostycznych DSM-IV TR o ogólną ocenę funkcjonowania pacjenta. Skala GAF zawiera 10 przedziałów, z których każdy obejmuje przedział dziesięciopunktowy. Tak więc pacjent może uzyskać 0–100 punktów. Im niższą liczbę punktów pacjent uzyskuje w GAF, tym większy obszar upośledzenia funkcjonowania, a tym samym więcej potrzeb, jakich pacjent nie zaspokaja z uwagi na stan swego zdrowia.

Inną skalą, oceniającą nie tylko nasilenie choroby ale również stopień poprawy oraz skuteczność leku jest CGI (*Clinical Global Impressions*). Całościowe nasilenie zaburzeń oceniane jest na siedmiopunktowej skali gdzie 1 oznacza brak występowania zaburzenia a 7 bardzo ciężkie jego nasilenie. Podobnie jak w skali GAF, tak i tutaj na podstawie stopnia nasilenia zaburzenia i upośledzenia funkcjonowania można pośrednio wnioskować o zakresie istniejących potrzeb pacjenta [4].

Biorąc pod uwagę grupę pacjentów psychiatrycznych, ci spośród nich, którzy mają najwyższe potrzeby w zakresie leczenia i opieki (a więc i stopień niesprawności w różnych obszarach życia), powinni stanowić grupę priorytetową, wobec której zostaną niezwłocznie i z odpowiednią intensywnością wdrożone specjalistyczne oddziaływania terapeutyczne. Próbując wyodrębnić powyższą, najpilniej potrzebującą leczenia grupę, Slade i wsp. [10] powołują się na wskaźnik SIDDD (akronim od *safety*, *informal and formal suport, disability, diagnosis, duration).* SIDDD jest użyteczny przy wyodrębnianiu ciężkich zaburzeń psychicznych i obejmuje następujące wymiary: bezpieczeństwo *(safety),* niezbędne formalne i nieformalne wsparcie *(informal and formal support),* niespraw-

ność *(disability),* diagnozę *(diagnosis)* a także czas trwania zaburzenia *(duration).* Wymiary te odnoszą są do niezaspokojonych potrzeb osób chorujących.

WNIOSKI

Należy podkreślić, że rozumienie potrzeb w psychiatrii jest zróżnicowane a główny kierunek analiz wyznaczają ponadnarodowe organizacje zajmujące się zdrowiem, jak chociażby WHO. Poszczególne koncepcje potrzeb i obszarów, jakich mogą one dotyczyć, znajdują swój wyraz przede wszystkim w budowanych do pomiaru tych zmiennych narzędziach, w zdecydowanie w mniejszym stopniu w koncepcjach teoretycznych. Badacze, napotykając się na szereg trudności metodologicznych zwracają uwagę, że pojęcie i zakres znaczeniowy pojęcia potrzeby jest wciąż niepełny, narażony na subiektywne niejednoznaczności, zwłaszcza tam, gdzie próbuje się określać stopień zgody pacjenta, jego lekarza, a czasem również opiekuna odnośnie doświadczanych przez chorego potrzeb [11, 12]. Obszar potrzeb wymaga wciąż wielu badań i dalszych konceptualnych analiz.

PIŚMIENNICTWO

1. Łukaszewski W. Motywacja w najważniejszych systemach teoretycznych. W: Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom II. red. Strelau J. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000. s.426–440.
2. Hall CS, Lindzey G, Campbell JB Teorie osobowości. Wydanie nowe. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006.
3. Drat-Ruszczak K. Teorie osobowości – podejście psychodynamiczne i humanistyczne. W: Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom II. red. Strelau J. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000. s.601–652.
4. Wciórka J. Psychopatologia: objawy i zespoły zaburzeń psychicznych. W: Psychiatria. Podstawy psychiatrii. red. Rybakowski J, Pużyński S, Wciórka J. Wrocław: Elsevier Urban &Partner; 2010. s.305–396.
5. International classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease, Geneva: WHO; 1980.
6. Rymaszewska J, Dobrzyńska E, Kiejna A. Funkcjonowanie społeczne i niesprawność społeczna – definicje, narzędzia oraz znaczenie kliniczne w psychiatrii Post Psychiatr Neurol. 2006; 15(2): 99–v104.
7. Wing JK, Brewin CR, Thornicroft G. Defining mental health needs. W: Measuring mental health needs. red. Thornicroft G, Brewin CR, Wing JK. London: Royal Collage of Psychiatry; 2001. s.1–21.
8. International classification of functioning, disability and health. Geneva: WHO; 2001.
9. Dobrzyńska E, Rymaszewska J, Kiejna A. Potrzeby osób z zaburzeniami psychicznymi – definicje, przegląd badań. Psychiatr Pol. 2008, 42(4): 515–524.
10. Slade M., Powell,R. Strathdee G. Current approaches to identifying the severely mental ill. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1997; 32: 177–184.
11. Wiersma D, van den Brink R, Wolters K, McCabe R, Bullenkamp J, Hansson L, Lauber C, Martinez-Leal R, Rössler W, Salize H, Björkman T, Torres-Gonzales F, Wright DJ, Priebe S. Individual unmet needs for care: are they sensitive as outcome criterion for the effectiveness of mental health services interventions? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2009; 44(4): 317–24.
12. Priebe S, Huxley P, Burns T. Who needs needs? Eur Psychiatry. 1999; 14: 186–8.

Nadesłano/Submitted: 16.07.2012. Zrecenzowano/Reviewed: 09.08.2012. Przyjęto/Accepted: 04.09.2012.

Adres/Address: dr n. med. Magdalena Ciałkowska-Kuźmińska, Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, ul. Pasteura 10, 50–367 Wrocław, tel. 71 784 16 00, e-mail: magdalena.cialkowska-kuzminska@am.wroc.pl