

Anna Bakula

Zaburzenia psychiczne

## **Schizofrenia**

Schizofrenia jest chorobą psychiczną. Wyznacznikiem schizofrenii jest ostrzejsze lub łagodniejsze zerwanie relacji ze światem zewnętrznym, w którym żyją osoby z zaburzeniami. Typowym schizofrenikiem jest ktoś, kto stracił kontakt z punktami stanowiącymi podstawę integracji psychicznej oraz komunikacji ze społecznym otoczeniem. Może wypowiadać treści niezrozumiałe dla otoczenia, na przykład „że jest bogiem. Dla swojego otoczenia schizofrenik w aktywnej psychozie jest niezrozumiały, nieprzewidywalny a nawet przerażający.

Zaburzenia obejmują wiele sfer funkcjonowania człowieka, sferę myślenia, działania, emocji, spostrzegania, poczucia tożsamości i relacji z otoczeniem.

Schizofrenia była dawniej uważana za rodzaj postępującej degradacji psychicznej, zaczynającej się w młodym wieku. W roku 1960 psychiatra belgijski Benedict Morel opisał przypadek trzynastoletniego chłopca, który był najlepszym uczniem, dobrze funkcjonował a następnie zachorował. Był to pierwszy opis schizofrenii.

W 1911 roku psychiatra szwajcarski Eugen Bleuler wprowadził do psychiatrii termin schizofrenii. Jako osiowy objaw opisywał objaw rozszczepienia osobowości.

### **Obraz kliniczny**

Objawy diagnostyczne umożliwiające rozróżnienie podzespołów pozytywnych i negatywnych obrazu schizofrenii

### **Zespół pozytywny**

- halucynacje
- urojenia
- błędne skojarzenia
- dziwaczne zachowanie
- niewielkie upośledzenie poznawcze

- gwałtowny początek
- zmienny przebieg

#### Typ I

- powyższe
- nieprawidłowości układu limbicznego
- normalne komory mózgu

#### **Zespół negatywny**

- spłycenie afektu
- ubóstwo języka
- aspołeczność
- apatia
- znaczące upośledzenie poznawcze
- stopniowy, podstępny rozwój
- charakter przewlekły

#### Typ II

Powyższe oraz

- negatywna reakcja na leki
- nieprawidłowości płatu czołowego
- powiększone komory mózgu

Większość pacjentów ma objawy z obydwu zespołów, jednak rokowania są lepsze co do pierwszego zespołu.

#### **Kryteria diagnostyczne wg.DSM IV**

**A, Charakterystyczne objawy** ( dwa lub więcej objawów występujące w okresie jednego miesiąca

1. urojenia
2. halucynacje
- 3.zaburzenia myślenia ( tok wyводу, niespójność )
- 4.zachowania zdeorganizowane lub katatoniczne
5. objawy negatywne

#### **B. Dysfunkcja społeczno – zawodowa**

C .Długość trwania ( objawy utrzymują się co najmniej 6 miesięcy, a objawy A przez okres miesiąca )

#### **D. Wykluczenie zaburzeń schizoafektywnych lub nastroju**

#### **E .Wykluczenie efektów działania substancji lub innych chorób**

Ostatnie lata wyodrębniono trzeci wzorzec schizofrenii – hebefrenię  
Jest to chaotyczna, pozornie bezcelowa mowa i zachowanie

### **Zaburzenia kojarzenia** czyli zaburzenia myślenia formalnego

Pacjent łączy słowa w ciągi pozornie sensowne, ale słuchacz nie może go zrozumieć. Jedno nie wynika z drugiego, w dużym nasileniu może to być „sałatka słowna”

### **Zaburzenia treści myślenia**

Obejmują zazwyczaj typowe rodzaje urojeń oraz błędnych przekonań.

### **Zaburzenia percepcji**

Pacjent nie jest w stanie segregować i przetwarzać ogromnej ilości napływających do niego informacji, czuje się przeciążony.

Jeszcze bardziej dramatyczne są halucynacje, np. głosy, które słyszy.

Najczęściej mają one charakter słuchowy ale i węchowy i wzrokowy również.

Głosy komentują zachowania pacjenta, albo nakazują mu coś.

### **Zaburzenia emocjonalne**

Najczęściej zaburzenia afektu, odczuwania. Anhedonia, płytkość lub stępienie afektu, może być też nieadekwatność reakcji emocjonalnych do sytuacji. Chorzy sprawiają wrażenie osób nie czujących. Pozbawionych emocji. Istnieją jednak głosy psychiatrów mówiące o zewnętrznej

Zdarza się też w okresie pogorszenia, że emocje są bardzo silne, ale niezgodne niekoniecznie zgodne z sytuacją.

### **Zaburzenia tożsamości**

Schizofrenik może tracić subiektywne poczucie tożsamości. Dotyczy to nie tylko tego kim jest ale i aspektów własnego ciała, w tym swojej płci, a także granic pomiędzy nim a reszta świata (poczucie więzi z bogiem, z kosmosem i inne)

### **Zaburzenia woli**

Zakłócenia działań celowych, dotyczy to codziennych działań związanych z życiem w rodzinie, w pracy, stosunkami z innymi ludźmi, higiena osobistą. (wielu badaczy mówi o zakłóceniach działania płatów czołowych)

**Ucieczka do własnego świata** – świat fantastyczny, czasem z wymyślonymi twórcami, jakby przedstawienie)

**Zaburzenia motoryczne** – od pobudzenia i nadaktywności do poważnego ograniczenia ruchliwości oraz nieporadności. Do tych zaburzeń zaliczamy również zachowania rytualne, grymasy, mutyzm, sztywną postawę ciała.

## **Postacie schizofrenii**

**Postać nieodróżnicowana** - charakteryzuje ją mieszanina szybko zmieniających się podstawowych objawów, zagubienie, przejawy zamętu, huśtawka

emocjonalna, urojenia ksobne, pobudzenie, autyzm , depresja i lęk. Zapowiada ona nadchodzące przejście do innej postaci. Zaczyna się w sposób ostry, gwałtowny.

**Postać paranoidalna** – urojenia, halucynacje, dziwaczne zachowania, upośledzenie zdolności oceny krytycznej.

**Postać katatoniczna** – skrajna zmienność od pobudzenia do osłupienia. Chory może pozostać w bezruchu przez wiele godzin.

**Postać zdezorganizowana** – hebefreniczna

**Postać rezydualna**

## **Przyczyny schizofrenii**

1. Czynniki biologiczne – wpływy genetyczne
  - czynniki biochemiczne
  - czynniki neurofizjologiczne
  - czynniki neuroanatomiczne
  - zaburzenia masy mózgu
  - lokalizacja uszkodzenia

Ostatnie badania, wywiady kliniczne na temat sytuacji okołoporodowej, wczesnego dzieciństwa, rozwoju psychospołecznego osób chorych na schizofrenię wskazują na występowanie istotnych zmian w tym zakresie.

W dzieciństwie : słabszy rozwój psychospołeczny

- problemy z rozwojem fizycznym w jakimś zakresie
- dyskretne zmiany neurologiczne
- moczenia nocne
- lęki
- cechy autyzmu

2. Czynniki psychospołeczne

Destrukcyjne relacje między rodzicami a dzieckiem i relacje rodzinne

Rola nadmiernego stresu oraz emocji

3. Czynniki społeczno – kulturowe

Wybuch schizofrenii , pierwszy epizod a następne epizody

Pierwszy epizod w okresie 18 – 21 lat, najczęściej. Leczony może minąć na okres kilku a nawet więcej lat. Wybuca ponownie często w stresie lub przy nadużywaniu substancji psychoaktywnych .

**Metody leczenia** – Do lat pięćdziesiątych XX wieku, do pojawienia się neuroleptyków, rokowania w wypadku schizofrenii były bardzo pesymistyczne. Chorzy przebywali w drastycznych warunkach w różnego rodzaju zakładach psychiatrycznych. Tam byli zamknięci, leczeni w niehumanitarny sposób, kaftanowani, leczeni elektrowstrząsami, gorączką, przebywali latami, często do śmierci w tych zakładach.

Psychospołeczne metody leczenia schizofrenii – praktycznie stosowane są na świecie od 1990 roku, w Polsce nie istniały, chciał szpitale psychiatryczne zaczęły funkcjonować dużo lepiej. Obecnie coraz więcej miejsca zajmuje w leczeniu psychiatrycznym opieka środowiskowa.

Obecnie stosowane formy terapii :

1. Terapia rodzin
2. Psychoterapia indywidualna
3. Psychoterapia grupowa
4. Treningi umiejętności życia w społeczeństwie

Głównym problemem leczenia schizofrenii jest bezwładność systemu.

### **Postępowanie z osobą chorą na schizofrenię**

**W czasie epizodu psychozy :**

- akceptujemy stan psychiczny osoby, to naturalne, że jest w silnym lęku i niepokoju
- towarzyszymy
- uspokajamy, łagodzimy nie przecząc urojeniom ( bo osoba może w stosunku do Nas wyprodukować urojenia )
- mówimy : tak bywa jak źle się czujesz, jak ludzie źle się czują, jesteś ze mną bezpieczna itd.
- pamiętajmy, że osoba w silnym lęku nie myśli o sprawach prozaicznych, trzeba się nią zaopiekować.

**Alkohol i schizofrenia** – osoby słabo przystosowane społecznie sięgają częściej po substancje psychoaktywne. Powodują one subiektywnie lepsze samopoczucie. Mniejsze poczucie wyizolowania, alkohol daje poczucie mocy i siły, osoby takie czują się pewniejsze.

Mogą uzależnić się, albo pić okazjonalnie. Problemem jest, że mają trudności z utrzymaniem całkowitej abstynencji. Przy braniu leków psychotropowych nie należy używać alkoholu. Trudność w odstawieniu alkoholu wzmacniana jest słabością woli schizofrenika, ambiwalencjami i ambitendencjami.

Dlatego tak istotna jest tutaj edukacja w tym zakresie.

### **Zaburzenia urojeniowe – paranoja**

Pojęcie znane od starożytności, w IX wieku używane przez Emila Kraepelina do przypadków urojeń i osłabionego kontaktu z rzeczywistością, któremu jednak nie towarzyszą dziwne zachowania oraz dezorganizacja osobowości.

### **Zaburzenia urojeniowe – klasyfikacja DSNIV opiera się na treści urojeń.**

- urojenia prześladowcze
- urojenia na tle zazdrości
- urojenia na tle erotycznym
- urojenia somatyczne
- urojenia wielkościowe
- typ mieszany

Przy diagnozie należy brać pod uwagę nasilenie urojeń, w niewielkim nasileniu możemy mieć do czynienia ze stylem paranoicznym.

Najczęstsze są urojenia prześladowcze, ale wielu paranoików cierpi również na manię wielkości.

### **Mamy dwa typy zaburzeń afektywnych**

#### **Typ I zaburzenia depresyjne**

#### **Typ II choroba afektywna dwubiegunowa**

#### **Depresja**

W świetle badań epidemiologicznych depresja jawi się jako zjawisko bardzo rozpowszechnione. Wiadomo, że występuje często w postaci maskowanej, czyli przejawia się w formie innych zaburzeń psychicznych lub somatycznych. Zatem występuje częściej niż mówią statystyki.

( 30 do 40 milionów Amerykanów cierpi na depresję, co najmniej jedna na cztery osoby doznała w życiu epizodu depresyjnego, u kobiet depresje rozpoznaje się dwukrotnie częściej niż u mężczyzn, zaburzenia depresyjne dotyczą wszystkich grup wiekowych )

Istotne jest to, że mechanizm uzależnienia często jest związany z podłożem depresyjnym i picie alkoholu jest tu formą samoleczenia.

#### **Etiologia depresji**

**Teorie biologiczne** – do depresji dochodzi, gdy w określonych rejonach mózgu spada koncentracja pewnych neurotransmiterów ( adrenalina, serotonina ).Ujęcie biologiczne leży też u podstawy wiążącej depresję z zaburzeniami somatycznymi. Czynnikiem depresjogennymi mogą być pewne leki ( środki antykoncepcyjne, leki przeciwcisnieniowe ) alkohol, barbiturany, stymulanty, halucynogeny ), schorzenia neurologiczne, zaburzenia metaboliczne,

interwencje chirurgiczne, problemy onkologiczne, choroby nerek, wątroby i układu oddechowego.

Depresja może być wtórna do chorób wyniszczających organizm i odwrotnie.

Do biologicznych przyczyn zaliczamy też dziedziczny charakter depresji. Od 25 – 40 % osób ma w wywiadzie rodzinnym osoby z depresją.

**Teorie interpersonalne** – to teorie traktujące depresje jako wewnętrzny problem pacjenta.

**Model psychodynamiczny** – ( Freud 1917 ) niektórzy osobniki w zbyt wielki stopniu uzależniają swoją ocenę od innych ( co ma źródło w niedostatecznym lub przesadnym zaspokajaniu potrzeb w fazie oralnej ) Dlatego jednostka , gdy utraci obiekt , od którego jest uzależniona przeżywa złość do wewnątrz, która przeistacza się w poczucie winy i nienawiści do siebie.

**W modelu poznawczym Becka (1973 )** depresja jest przedstawiona jako produkt nieprawidłowego myślenia. Emocje są konsekwencją myśli, a depresja wynika

Z negatywnego, oderwanego od rzeczywistości myślenia. Negatywny system myślenia powstaje jeszcze w dzieciństwie na skutek deprivacji różnego rodzaju potrzeb. Negatywne postrzeganie determinuje interpretację zdarzeń. Negatywna percepcja osłabia motywację i przyczynia się do zaniechania działań i korzystnych zmian.

**Teorie systemowe**

Depresja jest wynikiem negatywnych oddziaływań systemu w którym funkcjonuje jednostka. Dlatego w depresji należy oddziaływać na cały system jej funkcjonowania. ( Milton Erickson, Paul Watzlawick, Virginia Satir ).

### **Aktualne paradygmaty leczenia depresji**

1. Interwencje terapeutyczne oparte na podejściu biologicznym
2. Interwencje terapeutyczne oparte na podejściu intrapersonalnym ( psychodynamiczne, poznawcze, model „ wyuczonej bezradności )

### **Wymiary ludzkiego doświadczenia a objawy depresji**

- **fizjologiczny**, wiążący się symptomami na płaszczyźnie fizycznego

doświadczenia ( zaburzenia snu, apetytu, poczucie zmęczenia, znaczne zmiany masy ciała, niepokój, różne bóle, zaburzenia popędu płciowego.)

- **poznawczy** ( negatywne oczekiwania, poczucie beznadziejności, negatywna interpretacja wydarzeń©, myśli samobójcze, negatywna samoocena, skupianie się na przeszłości, schemat myślowy „ ofiary” , luminacje. Brak elastyczności, skłonność do generalizowania, brak zainteresowań ).

- **behawioralny** (zaburzenia poziomu aktywności, działania agresywne lub destruktywne, napady płaczu, próby samobójcze, niewyraźna mowa, spowolnienie, ogólna impulsywność, nadużywanie substancji psychoaktywnych, **kompulsje**, wyładowywanie się „ acting – aut” , poddawanie się )

- **symptomy depresji w wymiarze afektywnym** ( ambiwalencja, brak satysfakcji, utrata poczucia humoru, utrata szacunku do siebie, poczucie bezwartościowości, obniżony nastrój, smutek, anhedonia, utrata motywacji, izolowanie się, złość, poczucie winy, apatia – osłabienie związków emocjonalnych, poczucie bezsilności )

-**objawy depresji w wymiarze relacji** ( postawa ofiary, zależność od innych, reaktywność na innych, wycofanie, izolacja, nadmierna potrzeba akceptacji, postawa męczennika, zachowania pasywno – agresywne, rozmyte lub sztywne granice osobowości, dążenie do władzy lub unikanie jej, nieodpowiednie wzorce relacji, wąski zakres umiejętności komunikacji, nadmierny krytycyzm w stosunku do innych )

- **objawy depresji w wymiarze symbolicznym** ( destruktywne fantazje, wyobrażenia, koszmary, zainteresowanie sprawami duchowymi, nadmierna modlitwa )

Depresje rozpoznajemy, gdy kilka objawów utrzymuje się co najmniej przez dwa kolejne tygodnie. Depresja miewa charakter nawracający, zwłaszcza jak leczenie jest zakończone przez pacjenta.

Depresja endogenna najczęściej pojawia się jesienią i wiosną.

Depresja egzogenna – o innym czynniku etiologicznym, na skutek szkodliwego czynnika, np. alkohol.

Dystymia – łagodna acz uporczywa forma depresji utrzymująca się co najmniej dwa lata. Dystymia może trwać wiele lat, mieć okresy łagodniejsze, pacjent może mieć po kilka dobrych dni.

Reakcje na stres – na skutek ciężkiego stresu pojawiają się stany obniżonego nastroju ( będzie omawiane przy przemocy )

## **Choroba afektywna – dwubiegunowa**

Opisywana już w VI wieku naszej ery jako cykle manii i depresji. W 1898 roku Kraepelin wprowadził nazewnictwo choroba maniakalno – depresyjna.

Obecnie mówimy w DSM IV o zaburzeniu afektywnym – dwubiegunowym.

Nazywa się ją również chorobą afektywną dwubiegunową, psychozą maniakalno – depresyjną lub cyklofrenią. Choruje na nią 1.2 % populacji ogólnej. Oznacza to, że w Polsce choruje na nią 450 – 500 tysięcy osób.

W przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej wystąpić mogą cztery obrazy choroby w formie epizodu

- mania ( brak snu, pobudzenie, przyływ energii manifestowany różnymi zachowaniami, szybka mowa, gonitwa myśli, trudności z koncentracją na zadaniu, poczucie znaczenia i wartości, łatwe wchodzenie w sytuacje ryzykowne )

- depresja ( zbyt mało lub zbyt dużo snu, brak apetytu lub zbyt duży, trudności poznawcze, niepokój , smutek , inne )



- hipomania – łagodna mania
- tzw. epizod mieszany – gdy jednego dnia jest i to i to.

### **Terapia Aarona Becka leczenia depresji 1967**

Beck uważał, że w depresji jako pierwsze pojawiają się zaburzenia poznawcze. Negatywne myślenie o sobie, sprawach z przeszłości oraz przyszłości powodują depresję, a nie tylko negatywne doświadczenia jak mówiły teorie behawioralne. Beck mówi o schematach depresogennych lub dysfunkcyjnych przekonaniach jako sztywnych, skrajnych doświadczeniach powodujących depresję. Te przekonania powstają w dzieciństwie i uruchamiają się na skutek stresu jako automatyczne, podświadome myśli negatywne.

Triada poznawcza Becka

- negatywne myśli o samym sobie
- negatywne myśli o własnych doświadczeniach i otaczającym świecie
- negatywne myślenie na temat własnej przyszłości

Triadę poznawczą napędzają nie tylko dysfunkcyjne przeświadczenia ale i wypaczenia poznawcze i uprzedzenia

- rozumowanie dychotomiczne
- wybiórcza uwaga
- arbitralne wnioskowanie – wyciąganie wniosków przy braku przesłanek lub przy minimalnej ich ilości
- nadmierne uogólnianie – skłonność do wyciągania ogólnego wniosku z jednego, nieistotnego wydarzenia

Ponadto osoby depresyjne widzą i zapamiętują więcej negatywów, interpretują negatywnie wydarzenia.

Beck uważa, że istnieją dwa typy osobowości podatne bardziej na depresję

- typ osób nadmiernie troszczących się o relacje z ludźmi, boleśnie odczuwające niepowodzenia społeczne, brak relacji
- typ o wysokim poziomie autonomii, parciu na sukces, typ ukierunkowany na cele, boleśnie znoszący niepowodzenia.

Terapia Becka jest opisana, zbadana i sprawdzona na całym świecie.