

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

- spłylenie afektu
- ubóstwo języka
- aspoleczność
- 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. Wybucho 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, łagodzymy 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 przeciwciśnieniowe) 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.