

Anna Bakuła psycholog
Specjalista psychoterapii uzależnień

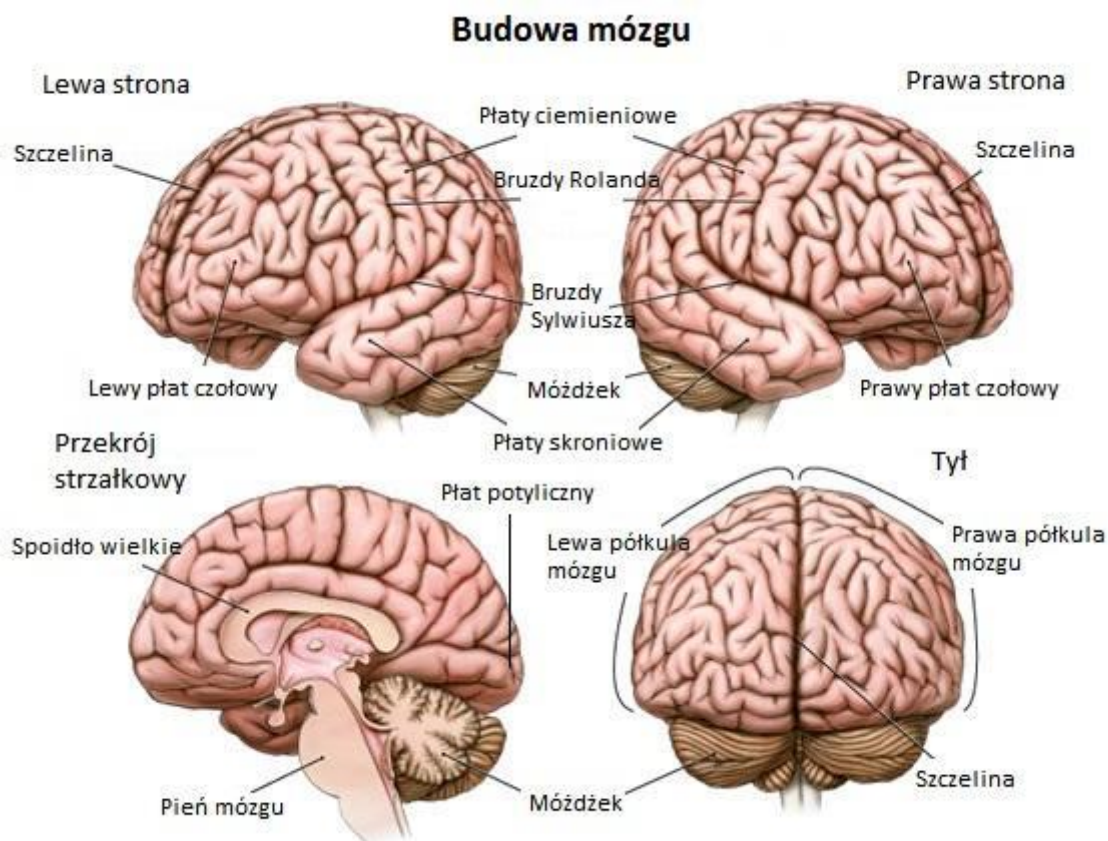
Uszkodzenia organiczne mózgu

Mózg ludzki jest nieduży, w kolorze szaroróżowym, przypomina w wyglądzie orzech włoski, a raczej jego połówkę.

Jest on największą częścią mózgowia, która wypełnia ludzką czaszkę. Zaczyna się formować w okresie życia płodowego. Wówczas jednak jest „czystym dyskiem”, na którym będą zapisywane różne dane”. Pomiędzy 14 i 15 rokiem życia jest na tyle sprawny, żeby móc sprostać czekającym go zadaniom.

Oznacza to, że mózg się rozwija, dojrzewa, powstają ciągle nowe połączenia neuronalne. Niestety, wraz z upływem lat mózg zaczyna się starzeć, jego możliwości stają się mniejsze. Dlatego warto o niego dbać, świadomie przedłużając jego sprawność.

Budowa mózgu

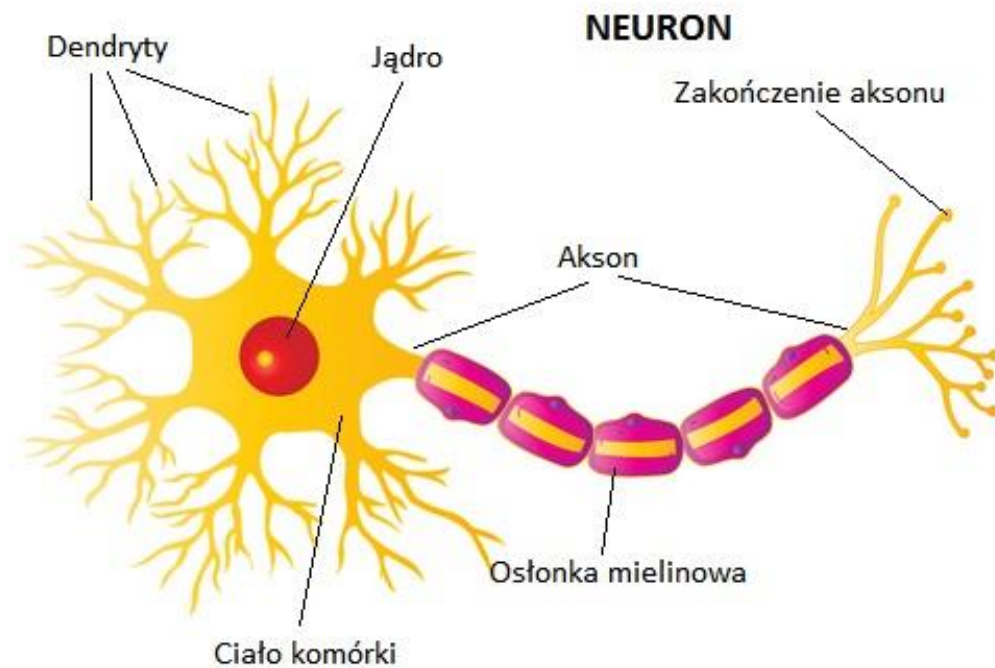


Pod czaszką mamy dwie półkule, lewą i prawą. Są podobne, współpracują ze sobą, połączone są ze sobą spoidłem zwanym mostem. Każda z nich jednak

odpowiada za coś innego. Lewa panuje nad myśleniem logicznym i mówieniem, zaś prawa zajmuje się myśleniem wyobrażeniowym, intuicjami, myśleniem magicznym.

Od obu półkul odchodzi pień mózgowy, przechodząc w rdzeń kręgowy. W pniu mózgowym nerwy idące z obu półkul zamieniają się miejscami i tak oto prawa półkula odpowiada za lewą część naszego ciała, a lewa za prawą.

Kora mózgowa zwana istotą szarą jest zewnętrzną warstwą półkul. Ma kilka milimetrów grubości, jest jak twardy dysk w komputerze, jest podstawą funkcjonowania człowieka. To w korze mózg przetwarza informacje, w korze znajduje się większość, bo 75% neuronów, czyli komórek nerwowych.



Wiele neuronów ma wypustki nerwowe, długie ogonki zwane aksonami. Istnieją też krótsze ogonki zwane dendrytami. Dendryty to jak gałązki drzewka, zapewniają one połączenia pomiędzy neuronami, bo one same z sobą się nie stykają. Złącza pomiędzy neuronami to synapsy. Kiedy się rodzimy mamy już „zaprojektowaną” ilość neuronów, jednak w miarę uczenia się przybywa na ciągle nowa ilość synaps. Już po 20 roku życia nasz mózg zaczyna się starzeć i co roku ubywa tysiące komórek nerwowych. W ciągu całego życia tracimy około 10 % komórek nerwowych.

Naukowcy są zdania, że wykorzystujemy jedynie 10% możliwości naszego mózgu. Możemy znacznie więcej ćwicząc nasz mózg.

1. Rozgrzewaj swój mózg, ćwicz go
2. Układaj ciągi prostych skojarzeń. Np. skojarzenia do wyrazu drzewo, wiatr
3. Dotleniaj szare komórki
4. Dostarczaj paliwo wraz z dietą (węglowodany, witaminy A, C, E obecne w warzywach, magnez, cynk obecne w orzechach, brokułach, fasoli, pestkach dyni, jabłkach, gruszkach, ziemniakach, kwasy tłuszczowe omega 3 obecne w rybach, siemieniu, orzechach)
5. Zapomnij o : długotrwałym stresie, braku snu, używkach, złej diecie, braku ruchu na świeżym powietrzu).

Mózg to narząd odpowiedzialny za to co myślimy, czujemy i jak funkcjonujemy. To dzięki mózgowi mamy świadomość swojego istnienia.

Mózg przetwarza informacje ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego (także pochodzące z samego mózgu), to mózg wybiera jak będziemy działać i reagować. To fenomenalny bank pamięci.

Mózg rejestruje wszystko co się wokół nas dzieje.

Uszkodzenie mózgu może zakłócić myślenie, odczuwanie a także zachowanie człowieka. Wiemy już na przykład, że choroby takie jak schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa, depresja nie są jedynie wynikiem oddziaływań środowiska, ale wynikają w dużej mierze z nieprawidłowego przemieszczania się neuronów. Nie uważamy, że autyzm jest wynikiem oziębłości matki, a Zespół Taurettę'a związany jest z nieprawidłowymi przemianami serotoniny i dopaminy.

Zależność pomiędzy organicznymi uszkodzeniami mózgu, a zaburzeniami zachowania jest bardzo skomplikowana i nie do końca wyjaśniona. Ważne jest to, że wiemy już, że przy uszkodzeniach różnych obszarów struktury mózgowej istnieje szansa przejęcia jednych funkcji mózgu przez inne jego obszary.

Również w jego obrębie powstają różne nowe obojętne uszkodzonej tkanki, powstają nowe neurony. Oznacza to, że odpowiednio leczony i rehabilitowany pacjent może stosunkowo dobrze funkcjonować.

Ubytki w strukturze mózgu, uszkodzenia na skutek różnych czynników zewnętrznych takich jak np. alkohol pity przez matkę w okresie ciąży, przyjmowanie innych substancji chemicznych przed narodzeniem dziecka lub przebywanie w warunkach obecności substancji toksycznych we wczesnym dzieciństwie mogą być przyczyną upośledzenia umysłowego. To jak głębokie jest upośledzenie zależy oczywiście od głębokości zmian w mózgu, głębokości uszkodzenia.

Bywa też tak, że uszkodzeniu uległ jeden z obszarów mózgu i wtedy zaburzenia mogą mieć charakter wybiórczy. Uszkodzone są przykładowo jedynie funkcje pamięci, przy zachowanych prawidłowo innych czynnościach psychicznych.

Kiedy uszkodzeniu ulega mózg dorosłego człowieka, kiedy dochodzi do zaburzenia funkcji neuronów lub ich obumarcia lub uszkodzenia połączeń pomiędzy nimi, dochodzi do ubytków czynności psychicznych. Ich obraz może być niezwykle różny i bogaty. Mogą to być zaburzenia myślenia logicznego, pamięci, myślenia przestrzennego a nawet objawy psychotyczne.

Dla człowieka, który funkcjonował dobrze i na skutek uszkodzenia mózgu nie ma już takich możliwości, zmienia się w swoim myśleniu, odczuwaniu i zachowaniu jest to bardzo trudna sytuacja. Jednak prawidłowo zdiagnozowane problemy organiczne i ich leczenie i rehabilitacja są nadzieją dla pacjenta.

Uszkodzenia mózgu a zaburzenia u dorosłych

Zanim powstało DCM IV zaburzenia organiczne określano jako organiczne zaburzenia psychiczne. W DSM IV patrzymy na tego rodzaju zaburzenia bardzo szeroko, z perspektywy holistycznej, uwzględniającej wiele czynników. Oś DCM IV składa się z kilku składowych. Tylko patrząc na człowieka z perspektywy wszystkich składowych osi i dokonując rzetelnej diagnozy jesteśmy w stanie pomóc pacjentowi.

Składowe Osi DSM IV (pięć składowych osi)

Oś I – na tej osi znajdują się zaburzenia psychiczne różnego rodzaju, z ich objawami.

Oś II – są to zaburzenia osobowości oraz intelekt

Oś III – są to różnego rodzaju problemy somatyczne, zdrowotne, problemy funkcjonalne organizmu, w tym uszkodzenia mózgu

Oś IV – to funkcjonowanie społeczne człowieka w różnych jego obszarach: rodzina, praca zawodowa, znajomi, przyjaciele, szkoła itd.

Oś V – to ocena globalna, całościowa funkcjonowania pacjenta.

Oznacza to, że problemy, objawy z Osi I spowodowane być mogą problemami z Osi II ale także z innych osi. Występujące na Osi I objawy psychiczne typu organicznego spowodowane są przez uszkodzenia z Osi III, a więc przez różnego rodzaju problemy związane z funkcjonowaniem mózgu.

Przykładowo przyglądając się objawom depresyjnym z Osi I możemy zastanawiać się, czy ich etiologia związana jest z zaburzeniami z Osi II, czyli osobowością, czy też z organicznymi uszkodzeniami mózgu z Osi III. Może być i tak i tak.

Zniszczenie tkanki mózgowej może powodować organiczne zaburzenia nastroju a objawy na osi I będą typowymi objawami depresyjnymi.

Przystępując do diagnozy organicznych zaburzeń należy być bardzo ostrożnym i wnikliwym. Rozpoznanie zaburzeń organicznych zależy od :

1. tego gdzie nastąpiło uszkodzenie, w którym jest miejscu
2. jak jest głębokie
3. jakie był wyjściowy intelekt, umiejętności i osobowość pacjenta
4. jaka jest ogólna sytuacja życiowa pacjenta, jakie ma warunki życia, jakie otoczenie rodzinne i społeczne
5. czasu, który upłynął od pojawienia się pierwszy raz stanu chorobowego

Należy zauważyć, że najwrażliwszą na uszkodzenia alkoholem strukturą jest kora mózgowa, a następnie układ limbiczny itd. Kora mózgowa jest najmłodsza strukturą układu nerwowego.

Bywa tak, że przy dużym uszkodzeniu a wcześniejszymi sporymi zasobami i obecnym wsparciem społecznym pacjent lepiej funkcjonuje niż inny z mniejszymi uszkodzeniami a brakiem zasobów.

Ostatnio coraz częściej wykorzystuje się pojęcie „zasobów mózgu” (Mori i in.1997, Schmand i in.1997. Mózg jest ośrodkiem integrującym zachowanie. Istnieją jednak granice wielkości uszkodzenia, poza którymi nie jest możliwa tolerancja czy kompensacja, pozwalające nie ujawniać zachowań odbiegających od normy.

Układ autonomiczny współczulny (pobudzenie układu współczulnego – zwiększa częstotliwość skurczu serca, układ trawienny, układ przywspółczulny zwalnia akcje serca)

Bardzo ważna w uszkodzeniach organicznych jest lokalizacja tych uszkodzeń. Mózg jest bardzo wysoko wyspecjalizowany. Jego poszczególne części odpowiadają za określone funkcje. Zatem uszkodzenia różnych części mózgu dają różne obrazy kliniczne.

1. Uszkodzenie czołowe – towarzyszą mu dwa obrazy kliniczne :

- a) behawioralna inercja, bierność, apatia, trudności z tworzeniem nowych wyobrażeń, niezdolność do skojarzeń
- b) impulsywność, roztargnienie, słabe hamulce moralne

2. Uszkodzenie płatów ciemieniowych prawej półkuli może osłabiać koordynację wzrokowo – ruchową lub dąć wypaczenie obrazu ciała.

Uszkodzenie płatów ciemieniowych lewej półkuli może dąć upośledzenie funkcji związanych z używaniem języka, takich jak czytanie, pisanie czy umiejętność liczenia.

3. Uszkodzenia okolic skroniowych nie pozwala na magazynowanie w pamięci rzeczy nowych, tak by mogły być wykorzystane później, przy czym pamięć dawna pozostaje praktycznie nienaruszona.

Uszkodzenia innych struktur skroniowych może powodować zaburzenia odżywiania, zaburzenia seksualne i emocjonalne.

4. Uszkodzenia potylicy powoduje trudności z widzeniem i kojarzeniem wzrokowym, pacjent może być niezdolny np. do rozpoznawania twarzy i do wizualizacji i poprawnego rozumienia bodźców symbolicznych.

Integralną częścią mózgu jest wcześniejszy układ mózgowy, układ limbiczny, który odpowiada za emocje, uwagę, reakcji walki i ucieczki człowieka.

Przykładem może tu być wejście do nowej sytuacji społecznej i błyskawiczne poczucie, że trzeba uciekać, ponieważ jest niebezpiecznie. Również ten układ może ulec uszkodzeniu, w przypadku np. uszkodzeń związanych z korą nadnerczy. Wtedy pacjent staje się nadwrażliwy, niespokojny, pobudzony, wybuchowy itd.

Również nie jest obojętne, która z półkul uległa uszkodzeniu, przy czym należy wiedzieć, że obie półkule prawa i lewa współpracują ze sobą.

Półkula lewa odpowiada za funkcje związane z przetwarzaniem uporządkowanych informacji, takie jak posługiwanie się językiem lub rozwiązywanie zadań matematycznych. To logika myślenia, liczenie, stwierdzenie faktów. Przy postrzeganiu werbalnym analizuje się to co się widzi. Prawa półkula odpowiada za intuicję, myślenie magiczne, nie wynikające bezpośrednio z logiki. Są to interpretacje niekoniecznie logiczne, jest to raczej intuicyjne dodawanie znaczeń.

Zaburzenia funkcji psychicznych a uszkodzenia mózgu

1. **Zaburzenia pamięci** – pojawienie się problemów w zapamiętywaniu ostatnich zdarzeń, skłonność do konfabulowania, gdy powstają luki w pamięci. Stosunkowo dobra pamięć wsteczna.
2. **Zaburzenia uczenia się, rozumienia i zdolności osądu** – pacjent nie uczy się nowych treści lub uczy się z trudnościami, myślenie jest ociężałe, nieprecyzyjne. Ma trudności w abstrahowaniu i planowaniu.
3. **Zaburzenia orientacji** – trudności z umiejscowieniem siebie w czasie, również trudności z umiejscawianiem innych wydarzeń np. z życia rodziny w czasie i miejscu.
4. **Oslabienie kontroli emocji** – nagłe zmiany nastroju, nagłe wybuchy smutku lub radości.
5. **Apatia i spłylenie emocji**
6. **Zaburzenia inicjacji działania** – jest to trudność polegająca na niemożności samodzielnego rozpoczęcia działania. Nawet, gdy czynności,

które pacjent ma wykonać są mu znane, ma trudność z ich rozpoczęciem. Wymaga, aby go zachęcać i przypominać mu o nich.

7. **Zaburzenia oceny czy dana sytuacja jest stosowna a zachowanie zgodne z obowiązującymi normami** – pacjent zaniedbuje swój wygląd, zachowuje się niezgodnie z normami, nie szanuje wymagań innych, nie odczytuje ich oczekiwań.
8. **Zaburzenia odbioru i przekazu komunikatów** – niezdolność do rozumienia języka pisanego lub mówionego.
9. **Zaburzenia zdolności wzrokowo – przestrzennych** – obniżona sprawność wymagająca koordynacji wzrokowo – ruchowej. Zaburzenie to jest widoczne przy czynnościach manipulacyjnych. Wykrywalne stosunkowo łatwo za pomocą testów psychologicznych.

Rozumienie psychoorganicznych zespołów i zaburzeń

Podstawową cechą wszystkich zaburzeń psychoorganicznych jest występowanie „anomalii psychologicznych lub behawioralnych związanych z przejściową lub utrwaloną dysfunkcją mózgu. Jeśli takie uszkodzenie występuje, a psychiatrzy wiedzą, która część mózgu uległa uszkodzeniu, określają je jako zaburzenia psychoorganiczne. Jeśli nie określa się etiologii czyli przyczyny powstania zaburzenia stosuje się określenie zespół psychoorganiczny. Terminu zaburzenie używamy wtedy, gdy znana jest przyczyna takiego stanu (choroba somatyczna, guz mózgu, inna choroba mózgu, udar, uraz itd.).

Niezależnie czy znamy czy też nie znamy przyczyny cechą wspólną dla tych stanów jest występowanie dysfunkcji mózgu.

Zespoły psychoorganiczne

majaczenie

otępienie

zespół amnestyczny

psychoorganiczny zespół urojeniowy

psychoorganiczne zaburzenia nastroju

psychoorganiczne zaburzenia osobowości

stan intoksykacji

zespół abstynencyjny

zespoły psychoorganiczne inne

Wiemy, że jest dysfunkcja mózgu, ale nie wiemy dokładnie jakie obszary uległy uszkodzeniu.

Zaburzenia psychoorganiczne

Otępienia organiczne ujawniające się w okresie starczym (procesy starzenia podobne do choroby Alzheimera)

Zaburzenia psychoorganiczne wywołane przyjmowaniem substancji psychoaktywnych

Zaburzenia psychoorganiczne wywołane chorobami lub stanami somatycznymi

Objawy powyższych zaburzeń

Majaczenie – zaburzenia toku myślenia, rozkojarzone, niedostosowane wypowiedzi, zaburzenia orientacji w miejscu i czasie, iluzje, zaburzenia rytmu snu i czuwania, zmniejszony poziom aktywności sensorycznej.

Majaczenie świadczy o załamaniu integracyjnej funkcji mózgu.

Przy majaczeniu alkoholowym może być pobudzenie aktywności ruchowej, przy sensorycznym spowolnieniu.

Pobudzenie ruchowe wynika z pobudzenia układu autonomicznego.

Wcześniej pacjent przyjmował alkohol , który jest depresantem, przy jego braku organizm jest zatem pobudzony.

Otępienie – upośledzenie pamięci krótko i długotrwałej, upośledzenie myślenia abstrakcyjnego, wydawania osądów, trudności z nabywaniem nowej wiedzy, niemożność rozpoznawania problemów, zaburzenia wyższych funkcji korowych (afazja, apraksja, agnozja). Otępieniu towarzyszy osłabienie kontroli emocji, obniżenie wrażliwości moralnej, etycznej. Przykładem mogą tu być wulgarne wypowiedzi czy też nagabywania seksualne. Dochodzi do rozpadu osobowości i braku motywacji.

Istnieje udokumentowany związek pomiędzy chorobą alkoholową a otępieniem. Z badań pośmiertnych wynika, że osoby pijące przewlekłe alkohol mają mniejsze mózgi. Najsilniej obkurczeniu ulega kora mózgowa. Szczególnie w okolicy płatów czołowych.

Zespół amnestyczny – to brak zdolności do przywoływania wydarzeń już po kilku minutach od chwili gdy ona nastąpią. Pamięć bezpośrednia oraz w mniejszym nasileniu pamięć zdarzeń, które zaistniały przed rozwinięciem choroby funkcjonują stosunkowo lepiej. Podobnie jest z zapamiętywaniem słów i pojęć. Osoby dotknięte zespołem amnestycznym żyją jedynie dniem dzisiejszym lub odległą przeszłością. To co się działo kilka dni wcześniej jest praktycznie nie możliwe do odtworzenia. Ogólne funkcje poznawcze są tu jednak zachowane. Osoba cierpiąca na amnezję może wykonywać złożone polecenia.

Zespół urojeniowy związany z dysfunkcją mózgu – w zespole tym pojawiają się fałszywe przekonania lub system przekonań. Treść urojeń związana być może z czynnikiem uszkodzającym mózg. Przy przyjmowaniu amfetaminy mamy do czynienia przykładowo z urojeniami prześladowczymi. Przy zaawansowanej kile pojawiają się urojenia wielkościowe, w chorobie Alzheimera urojenia zazdrości.

Zespół zaburzeń osobowości –charakteryzuje go negatywizm społeczny co jest związane z pogorszeniem osądu społecznego, osłabieniem kontroli emocji i impulsów, zmniejszeniem troski o konsekwencje zachowań. Najczęściej uszkodzenia zlokalizowane są w płatach czołowych.

Zespół zaburzeń nastroju – zachowanie przypomina chorobę afektywną dwubiegunową z mania i depresja naprzemiennie. Głęboki zespół depresyjny przypomina otępienie i często określa się go jako pseudodemencję.

Rola diagnozy klinicznej w rozpoznawaniu organiki

Rozpoznanie binarne

Terapeuta może zetknąć się z pacjentem, który jest w stanie kryzysu (zgłasza myśli samobójcze o dużym nasileniu) i wówczas musi dokonać szybkiej diagnozy, tzn. rozpoznania binarnego.

Takie rozpoznanie „z grubsza” odpowiada na pytanie jest czy nie ma zaburzenia. Wtedy szybko należy podjąć kolejne decyzje, o pozostawieniu pacjenta w szpitalu czy innej natychmiastowej interwencji. Nie ma tu czasu na szczegółowe badania, w tym badania testowe.

Rozpoznanie różnicowe

Dużo lepszym modelem rozpoznawania zaburzeń jest model różnicowy, który bierze pod uwagę wiele czynników i wymaga dokładnego wywiadu klinicznego, badania psychiatrycznego, analizy wyników badań laboratoryjnych, badania psychologicznego, testów psychologicznych oraz wywiadu rodzinnego. Ten model diagnostyczny jest dokładniejszy i bardziej refleksyjny, korzystniejszy z punktu widzenia dobra pacjenta.

W leczeniu odwykowym przez ostatnie lata nie poświęcano wiele miejsca na dokładne badania psychologiczne pacjentów. W wielu placówkach nie ma testów psychologicznych, a rola psychologa miesza się z rolą specjalisty uzależnień. Pacjenci organiczni traktowani są identycznie jak pacjenci bez tego typu zaburzeń. W czasie terapii na skutek różnego rodzaju deficytów, w tym zaburzeń procesów poznawczych i emocjonalnych pacjenci bywają niespokojni, drażliwi, zmienni w nastrojach. Mają problemy z koncentracją uwagi, czasem trudności z dobrym rozumieniem i przyswajaniem materiału.

Alkohol i organiczne uszkodzenia mózgu

1. Rodzina pochodzenia, a w tym nadużywanie alkoholu przez rodzica lub rodziców zwiększa ryzyko (szczególnie w linii męskiej) wystąpienia organiki.

2. Trudno rozpatrywać prostą zależność alkohol a zmiany organiczne mózgu nie biorąc pod uwagę szerszego kontekstu :

- genetyczne uwarunkowania i rodzinna historia alkoholizmu
- wiek rozpoczęcia picia
- aktualny wiek pacjenta
- ilość i jakość spożywanego alkoholu
- płeć pacjenta
- poziom edukacji

3. Okres picia

Istnieje wyraźna korelacja pomiędzy okresem picia i zmianami w CUN .

Wyniki badań nie wskazują jednoznacznie co do ilości wypijanego alkoholu a zmianami w zakresie funkcji poznawczych.

Szczególne nasilenie zmian obserwuje się po 50 roku życia. Zmiany związane z piciem alkoholu nakładają się na zmiany związane ze starzeniem się mózgu.

4. U kobiet uzależnionych od alkoholu szybciej dochodzi do zmian organicznych. Mężczyźni mają więcej wody w organizmie, być może też mają lepszy układ dehydrogenaz.

5. Niedobór witaminy B związany z piciem powoduje dysfunkcje mózgu.

6. U alkoholików podejmujących leczenie poziom inteligencji nie odbiega znacząco od populacji generalnej.

45 -70 % ma zmiany widoczne w badaniach neuropsychologicznych. Należą do nich :

- zaburzenia funkcji poznawczych
- zaburzenia zdolności wzrokowo – przestrzennych

Ale!!

W badaniach rezonansowych z 2001 roku (Pfefferbaum) alkoholicy mieli zaburzony wzorzec aktywności mózgu, jednak byli zdolni do wykonywania różnorodnych zadań równie skutecznie jak osoby niepijące.

Istnieje zjawisko neuroplastyczności mózgu. Jest to w pewnym sensie proces regeneracyjny i proce przejmowania funkcji z uszkodzonych obszarów przez obszary zdrowe. Mówi się w neurologii o alternatywnych układach mózgowych.

Pacjenci po jakimś czasie abstynencji odzyskują zdolności w zakresie uczenia się niewerbalnego, funkcji poznawczych, zdolności wzrokowo-przestrzenne, zdolności rozwiązywania problemów i pamięć krótkotrwała również ulega poprawie.

Okres 3 – 4 tygodni abstynencji poprawia koordynację ruchów i funkcje poznawcze.

Ten sam okres to okres odwrócenia procesu kurczenia się mózgu i wzrostu aktywności metabolizmu w płatach czołowych i mózdzku.

Po kilku miesiącach zmniejsza się nadpobudliwość układu nerwowego.

Przepływ krwi w okolicy płatów czołowych zwiększa się i mniej więcej po 4 latach wraca do normy.

Postępowanie lecznicze i rehabilitacyjne

Istotą leczenia pacjenta z zaburzeniami typu organicznego jest uwzględnienie w terapii jego możliwości i ograniczeń. Dobra diagnoza psychologiczna poparta badaniami testowymi odpowie na pytanie, które funkcje psychiczne pacjenta są słabsze, a zatem należy je wzmacniać i akceptować trudności z nimi związane, a które są zachowane, a zatem należy na nich bazować. Jest oczywiste, że psychologowie jak i pedagodzy wiedzą jak pracować z deficytami poznawczymi, zaburzeniami pamięci czy uwagi.

Rolą psychologa w leczeniu odwykowym jest dokonanie w takich przypadkach dokładnej analizy klinicznej, zbadanie testami psychologicznymi i danie terapeutom wskazówek odnośnie pracy terapeutycznej z pacjentem z zaburzeniami organicznymi.

Istotne są także trudności emocjonalne tego typu pacjentów, a przede wszystkim trudności z kontrolowaniem emocji i zachowań. Ze zrozumieniem i delikatnością, ale i otwartością należy reagować na drażliwość, gniewne zachowania czy złośliwość pacjenta. Jego zmiany nastroju są oczywistością, terapeuta zatem ma być osobą równoważącą zachowania gwałtowne, co nie oznacza akceptującą je.

Stawianie granic, dawanie jasnych komunikatów, cierpliwe objaśnianie wymogów terapii, życzliwość i zrozumienie są kluczami do nawiązania dobrej relacji z tego typu pacjentem. Nie należy dociskać, stawiać zbyt wysokich poprzeczek, mówić o swoich racjach, nie należy jak mówi Yalom „nigdy dolewać oliwy do ognia”.

Są wśród naszych pacjentów również tacy, u których zaburzenia typu organicznego są bardzo rozległe, nie cofają się a zaburzenia psychologiczne nie są przemijające. Tego typu pacjenci wymagają opieki i pomocy również w samodzielnym funkcjonowaniu w życiu. Chodzi tu o nawiązanie współpracy z GOPS i zwiększenie udziału tej instytucji w opiece nad pacjentem.

Upośledzenia umysłowe

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (1994) w DSM IV definiuje upośledzenie umysłowe jako „ obniżenie ogólnej sprawności intelektualnej

znacząco poniżej średniej , któremu towarzyszy wyraźne ograniczenie funkcji adaptacyjnych”. Chodzi tu o dbałość o swoje potrzeby, zdrowie, bezpieczeństwo, pracę. Trudności z dobrym rozumieniem oczekiwań społecznych, z adaptacją do wymagań społecznych, z rozumieniem bardziej skomplikowanych relacji interpersonalnych. Obserwujemy tu wyraźną przewagę mechanizmów popędowych nad wolicjonalnymi. Oznacza to, że pacjent tego typu kieruje się w życiu częściej popędami niż intelektem. Ma trudności z odraczaniem gratyfikacji, pragnie czegoś i nie rozumie dlaczego tego nie może mieć.

Upośledzenie umysłowe musi wystąpić przed osiemnastym rokiem życia. Jeżeli wcześniej pacjent funkcjonuje stosunkowo dobrze i objawy pojawiają się w okresie od 17 roku życia możemy wnioskować, że mamy do czynienia z otępieniem, nie upośledzeniem umysłowym.

Takie rozróżnienie jest istotne z uwagi na fakt, że sytuacja psychiczna osoby u której doszło do znacznego obniżenia wydolności intelektualnej w okresie po osiągnięciu przez nią dojrzałości jest znacząco inna niż u osoby, która od urodzenia miała takie ograniczenia. Można powiedzieć, że zasoby osoby upośledzonej od dzieciństwa są znacznie mniejsze.

Upośledzenie umysłowe może występować łącznie z innymi zaburzeniami psychicznymi, w szczególności koreluje z psychozami (Borthwick –Duffy, 1994; Sturmey, Sevin 1993).

Uszkodzenia mózgu w upośledzeniu umysłowym.

Im niższy intelekt tym większe organiczne upośledzenia mózgu. W przypadku upośledzenia stopnia umiarkowanego i głębokiego mamy praktycznie zawsze do czynienia z zaburzeniami typu organicznego.

W upośledzeniu umysłowym stopnia lekkiego zaburzenia typu organicznego mają mniejsze nasilenie.

Stopnie upośledzenia umysłowego

- pogranicze upośledzenia umysłowego – pacjent jest w stanie sprostać wymaganiom terapeutycznym. Wymaga nieco większej staranności w tłumaczeniu programu terapii oraz co najważniejsze dodatkowej pracy z terapeutą, który ma mu służyć pomocą w sytuacjach, gdy coś jest dla niego trudne.

- upośledzenie umysłowe stopnia lekkiego – największa liczebnie grupa upośledzeń. Uważa się, że osoby z tej grupy są zdolne do uczenia się. Ich poziom umysłowy jest porównywalny do poziomu dzieci w wieku 8 – 11 lat. Poziom społeczny zbliżony jest do osób w okresie dojrzewania. Porównania te są trudne ponieważ dziesięcioletnie dziecko ma wyższą sprawność w zakresie tempa przetwarzania informacji, większą inwencję, osąd i wyobraźnię, a tym

samym ma większe możliwości przewidywania skutków swoich zachowań. Z drugiej strony osoba upośledzona ma większe doświadczenia życiowe.

Implikacje do terapii :

1. Dostosowanie programu do możliwości percepcyjnych danej osoby. Prostsze zadania, dodatkowe tłumaczenie zajęć, operowanie prostym językiem, upewnianie się czy pacjent zrozumiał o co chodzi. W czasie wykładów więcej form rysunkowych. Współpraca z rodziną. Akceptacja trudności, cierpliwość.

- **upośledzenia umysłowe stopnia umiarkowanego** – osoby te zdolne są do wyuczenia się prostych czynności, takich jak sprzątanie, gotowanie czy inne mało skomplikowane zajęcia. Warunkiem jest otrzymanie przez nich instrukcji jak coś mają robić. Niektóre z tych osób mogą nauczyć się czytać i pisać, ale nie operują na poziomie myślenia wyobrażeniowego, nie planują, nie przewidują konsekwencji zachowań. Proces tworzenia u nich nowych pojęć jest bardzo powolny i ograniczony. Z takim upośledzeniem pacjent wymaga pomocy rodziny w codziennym życiu.

- **upośledzenie umysłowe stopnia znacznego** - ten typ pacjenta nie kwalifikuje się do programu leczenia odwykowego. Duży niedorozwój motoryczny i niedorozwój mowy. Są to osoby zależne od opieki osób drugich.

- **upośledzenie umysłowe stopnia głębokiego** – głęboki deficyt w zakresie zachowań adaptacyjnych, brak zdolności do opanowania jakichkolwiek zadań.

Etiologia upośledzeń

- 1. Czynniki genetyczno – chromosomalne**
- 2. Zakażenia i czynniki toksyczne (wirusowe zapalenie mózgu, tlenek węgla, ołów)**
- 3. Urazy u wcześniaków i uraz fizyczny**
- 4. Promienie jonizujące**
- 5. Niedożywienie i inne czynniki biologiczne**

Dodatkowo dla psychologów wskazówki kliniczne

Badanie funkcji poznawczych u pacjentów z podejrzeniem uszkodzeń organicznych mózgu

- 1. Orientacja**
 - w czasie (data, dzień tygodnia, miesiąc, rok)
 - w miejscu (nazwa miejsca, w którym jest obecnie, nazwa miejscowości, adres)
 - co do własnej osoby (imię, nazwisko, data urodzenia)
- 2. Uwaga**
 - poproś pacjenta, aby wymienił dni tygodnia lub miesiące

- poproś , aby wymienił pory roku
- poproś, aby od 100 odjął 7 i następnie odejmował 7 od każdego wyniku

3. Pamięć

- natychmiastowe powtórzenie zdania i odtworzenie go po 3 minutach
- natychmiastowe powtórzenie adresu podanego przez psychologa i odtworzenie go po 3 minutach (można poprosić o wykonanie prób pamięci z WAIS – R (PL)

4. Inteligencja – przybliżona ocena na podstawie wykształcenia, osiągnięć zawodowych, jak było i jak jest obecnie, test WAIS- R (PL) lub Raven.

Ponadto ocenić poziom świadomości, współpracy, określić czy występują zaburzenia mowy, zbadać umiejętności przestrzenne i konstrukcyjne (interpretacja przysłów, test Układanek z WAIS –R (PL)

Literatura

Psychiatria tom II – Pdraig Wright, Julian Stern, Michael Phelan 2005