**PSYCHOANLIZA**

**SUPERWIZJA**

**Leczenie nerwic i innych problemów natury psychicznej**

**1. NERWICE:**

**\*lęki, natręctwa myśli i działania, obsesje**

Zaburzenie obsesyjno- kompulsyjne - nerwica natręctw, to jak sama nazwa wskazuje – zaburzenie, którego cechą charakterystyczną jest występowanie nawracających, natrętnych myśli (obsesje) i/lub czynności (kompulsje), którym trudno się oprzeć, ponieważ próba powstrzymania się od nich wiąże się z narastającym lękiem, niepokojem, napięciem, cierpieniem.

Obsesje mają charakter nasilony, intensywny i praktycznie zawsze są przeżywane przez pacjenta jako „przykre”, „wstydliwe”, „absurdalne”, „niechciane”. Pomimo że obsesje pojawiają się wbrew woli i budzą u pacjenta sprzeciw, to jednak uznawane są przez niego jako jego własne myśli. Obsesje można podzielić na następujące kategorie:

- natrętna niepewność – dotycząca najczęściej rzeczy prozaicznych – np. nawracająca i nieustępująca pomimo wielokrotnego i różnorakiego sprawdzania – niepewność czy: drzwi zostały zamknięte, światło zostało wyłączone, kurki z wodą zostały zakręcone, przedmioty zostały ułożone właściwie i równo, ręce zostały właściwie i skutecznie umyte itp.;

- natrętne, niechciane i często kontrastujące z czyimś światopoglądem myśli o bluźnierczym czy obscenicznym lub wulgarnym charakterze – często nasilające się w miejscach czy okolicznościach, w których szczególnie są one nie na miejscu (np. kościół, modlitwa, spotkanie z bliskimi itp.);

- impulsy natrętne – np. nasilone, nieodparte myśli o tym, aby zacząć krzyczeć lub obnażyć się w miejscu publicznym, zrobić rzecz kompromitującą lub też zachować się agresywnie wobec osób, w stosunku do których nie mamy złych zamiarów i które są nam bliskie (np. popchnąć matkę, kopnąć dziecko, wychylić się nadmiernie przez okno itp.) – co istotne, w nerwicy natręctw impulsy te nie są nigdy przez pacjenta realizowane, natomiast towarzyszy im nasilony lęk, iż niebawem dojdzie do ich realizacji, i usilne próby zapobieżenia temu;

- luminacje – ciągłe, wielogodzinne, bezużyteczne, pseudofilozoficzne i trudne do przerwania „przeżuwanie” jednego tematu, kwestii lub myśli z niemożnością podjęcia decyzji i dojścia do konstruktywnych wniosków;

- obsesyjny lęk przed brudem, nieczystością, zabrudzeniem siebie lub innych;

- obsesyjna konieczność utrzymywania perfekcyjnego, nierealnego porządku, symetrii, określonego układu przedmiotów w otoczeniu itp.

**\*emocjonalność, płaczliwość, nadmierna wrażliwość
\*fobie, napady paniki, nerwicowe bóle i dolegliwości**

Szacuje się, że zaburzenia nerwicowe występują u 5–7% społeczeństwa, natomiast fobia społeczna dotyka 3–4% polskiej populacji. Podobnie często spotykamy się z nią zarówno wśród mężczyzn, jak i wśród kobiet, choć według niektórych statystyk kobiety chorują 1,5–2 razy częściej. Najczęściej pierwsze objawy obserwuje się pomiędzy 10. a 20. rokiem życia, u 90% pacjentów zaburzenie rozpoczyna się przed 23. rokiem życia. Analizując kwestie związane z płcią, zauważa się, że u kobiet częściej fobii społecznej towarzyszą zaburzenia depresyjne, dwubiegunowe i inne lękowe, natomiast u mężczyzn obawy częściej dotyczą umawiania się na randki oraz powszechniej współwystępują zaburzenia opozycyjno-buntownicze, zaburzenia zachowania oraz nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Także wśród panów w przebiegu fobii społecznej częściej obserwuje się [nietrzymanie moczu](https://www.mp.pl/pacjent/nefrologia/choroby/chorobyudoroslych/57804%2Cnietrzymanie-moczu).

W przypadku większości zaburzeń psychicznych nie można wskazać jednego, konkretnego czynnika wywołującego chorobę. Najczęściej można spotkać się z określeniem „etiologii wieloczynnikowej”, co oznacza, że na fakt pojawienia się objawów wpływ mają różne elementy, w różnym stopniu i u każdego człowieka mogą się one różnić. Podobnie, gdy mowa o fobii społecznej. Wyróżniono dwie podstawowe grupy czynników warunkujących rozwój zaburzeń lękowych: predyspozycje biologiczne oraz elementy psychospołeczne. Do tych pierwszych w przypadku fobii społecznej należą m.in. zmniejszenie stężenia substancji zwanej GABA, czyli kwasu γ-aminomasłowego w mózgu, który uznaje się za główny neuroprzekaźnik o działaniu hamującym w układzie nerwowym, a zatem jego niedobór skutkuje pobudzeniem, wzmożeniem czujności i większym potencjałem do generowania „reakcji ucieczkowych”. Dodatkowo u około 50% pacjentów z rozpoznaniem fobii społecznej obserwuje się zwiększone stężenie noradrenaliny, adrenaliny i fenyletylaminy w mózgu, a te neuroprzekaźniki mają działanie aktywizujące, pobudzające. Zmiany zachodzą także w zakresie stężenia serotoniny i dopaminy. Udowodniono ponadto, że u osób doświadczających fobii społecznej w reakcji na bodziec, jakim są ludzkie twarze, dochodzi do aktywacji niektórych obszarów w mózgu, także tych odpowiedzialnych za generowanie negatywnych emocji i warunkujących reakcje obronne. Kolejnymi czynnikami biologicznymi grającymi rolę w rozwoju fobii społecznej są czynniki genetyczne, na co wskazują, m.in. statystyki dotyczące jej rozpowszechnienia wśród bliźniąt jednojajowych i dwujajowych, a także fakt, że wśród krewnych pierwszego stopnia osoby z fobią społeczną, ryzyko zachorowania jest 2–6 razy większe. Przyjmuje się, że w przypadku całej grupy zaburzeń lękowych udział czynników genetycznych w stosunku do tzw. środowiskowych wynosi odpowiednio od 30% do 70%. Jak dotąd nie wykazano, którego genu mutacja miałaby odpowiadać za wywołanie choroby, uznaje się, że konieczne są modyfikacje w obrębie kilku różnych genów.

W myśl różnych teorii przyświecających różnym nurtom psychoterapeutycznym czynniki psychospołeczne, które potencjalnie wpływają na rozwój zaburzeń lękowych, w tym fobii społecznej, prezentują się odmiennie. Zgodnie z teoriami psychoanalitycznymi, kluczowe w powstawaniu tych zaburzeń są nierozwiązane konflikty wewnętrzne. Podejście poznawczo-behawioralne zwraca uwagę na wpływ wyuczonych, nieprawidłowych procesów myślowych i zaburzonych tzw. schematów poznawczych. Według teorii humanistycznych natomiast, źródłem lęku jest fakt uznawania podejścia do życia, postępowania, dążeń i doświadczeń innych ludzi jako własnych. Funkcjonowanie w dysfunkcjonalnej rodzinie, która nie daje przestrzeni i możliwości zaspokojenia podstawowych potrzeb człowieka to podstawowy czynnik etiologiczny według teorii systemowych. Podkreśla się także rolę cech temperamentalnych, które predysponują do rozwoju fobii społecznej, przede wszystkim zahamowania behawioralnego, czyli powstrzymywania się przed wykonywaniem różnych czynności, poznawaniem nowych miejsc, osób czy też podejmowaniem wyzwań oraz neurotyzmu, który rozumiemy jako tendencję do silniejszego przeżywania negatywnych emocji, takich jak lęk, gniew, zazdrość, smutek czy poczucie winy. Dominujący w tym obszarze u osób z fobią społeczną jest strach przed negatywną oceną. Za czynniki ryzyka uznaje się także traumatyczne przeżycia w okresie dzieciństwa oraz cechy osobowości unikającej lub zależnej.

**\*symptomów nie wyleczalnych medycznie**

**2. SYMPTOMY WSPÓŁCZESNE:**

**\* anoreksja i bulimia**

Do najczęściej występujących zaburzeń odżywiania zalicza się anoreksję (*anorexia nervosa*, jadłowstręt psychiczny) i bulimię (*bulimia nervosa*, żarłoczność psychiczna). Inne rzadsze postacie zaburzeń odżywiania opisane w klasyfikacji ICD-10 to m.in.: jadłowstręt psychiczny atypowy, atypowa żarłoczność psychiczna, przejadanie się lub wymioty związane z innymi czynnikami psychologicznymi oraz inne nieokreślone zaburzenia odżywiania się.

Przyczyny i mechanizmy powstawania zaburzeń odżywiania należy rozpatrywać indywidualnie dla każdej chorującej osoby, niemniej warto uwzględnić tzw. model biopsychospołeczny. W modelu tym lekarz psychiatra i/lub inny terapeuta zwraca uwagę na szereg różnych czynników biologicznych, psychologicznych, osobowościowych, społecznych, środowiskowych i kulturowych pacjenta, które mogą wpływać na początek i rozwój oraz przebieg tych zaburzeń.

**\*depresja**

Depresja jest wiodącą przyczyną niesprawności i niezdolności do pracy na świecie oraz najczęściej spotykanym zaburzeniem psychicznym. Choruje na nią w ciągu całego życia kilkanaście procent populacji osób dorosłych. Choroba ta dotyka dwa razy częściej kobiet. Co dziesiąty pacjent zgłaszający się do lekarza pierwszego kontaktu z powodu innych dolegliwości ma pełnoobjawową depresję, a drugie tyle osób cierpi z powodu pojedynczych objawów depresyjnych. Niestety ponad połowa tych przypadków pozostaje nierozpoznana, a spośród osób z rozpoznaną depresją jedynie połowa otrzymuje adekwatne leczenie. Z tego względu niezwykle ważną dla każdego (nie tylko dla lekarza) kwestią jest znajomość natury i objawów depresji oraz podstaw jej diagnostyki i leczenia.

Stopniowa utrata radości życia i odczuwania przyjemności, umiejętności cieszenia się rzeczami i wydarzeniami, które do tej pory były odczuwane jako radosne, aż do całkowitego ich zaniku (anhedonia). Obniżenie nastroju i przeżywania, połączone ze zobojętnieniem („jest mi wszystko jedno, co się dzieje i co się stanie”), poczucie pustki. Czasami zmienny (labilny), drażliwy nastrój, trudność w kontrolowaniu nastroju oraz smutek (mające głęboki i przenikliwy charakter, doświadczane przez większość czasu), płacz, który coraz trudniej kontrolować, a czasami niemożność panowania nad własnymi emocjami, impulsywność niezgodna z dotychczasowym zachowaniem.

Ograniczenie aktywności życiowej, stopniowa utrata dotychczasowych zainteresowań, trudności w podejmowaniu różnych czynności i działań, aż do skrajnego zaniechania tych czynności (abulia) – na przykład niemożność wstania z łóżka, wykonania najprostszych czynności higienicznych, jak ubranie się, umycie, uczesanie. Stopniowa utrata energii życiowej i zmniejszenie wrażliwości na bodźce emocjonalne (apatia). Wzmożona męczliwość, przewlekłe zmęczenie z ograniczeniem codziennej aktywności. Czasami pobudzenie psychoruchowe z poczuciem zwiększonego napięcia wewnętrznego, niepokoju oraz niemożnością znalezienia sobie miejsca.

Myślenie depresyjne to pesymistyczna ocena własnej przeszłości, teraźniejszości i przyszłości, utrata poczucia własnej wartości, zaniżona samoocena, poczucie bycia bezwartościowym, niepotrzebnym. Czasami urojenia depresyjne (fałszywe sądy, w których prawdziwość pacjent wierzy, pomimo daremnych prób skonfrontowania go z rzeczywistością) dotyczące poczucia winy, bycia grzesznym, karanym, skazanym, czy też dotyczące biedy, ubóstwa, braku jakichkolwiek perspektyw na przyszłość dla siebie i rodziny. Obecność takich urojeniowych myśli jest bezwzględnym wskazaniem do konsultacji u psychiatry.

Lęk wprawdzie nie jest typowym objawem depresji, ale bardzo często jej towarzyszy. Pacjentowi, choć ma poczucie stale utrzymującego się lęku, trudno określić, czego konkretnego się boi (lęk nieokreślony). Lęk niejednokrotnie ma charakter przewlekły, jego nasilenie stopniowo narasta i zmniejsza się (lęk wolno płynący), często jest umiejscawiany przez pacjenta gdzieś w środku ciała, na przykład w klatce piersiowej.

Narastające poczucie utraty sensu życia, bezsens życia, poczucie beznadziejności, myśli rezygnacyjne, myśli o śmierci. Może to być pragnienie śmierci drogą naturalną („chciałbym usnąć i więcej się nie obudzić”, „proszę Boga o śmierć”, „chciałbym ulec jakiemuś wypadkowi”), aż do myśli o popełnieniu samobójstwa. Myśli samobójcze pojawiają się często wbrew woli pacjenta, który stara się sobie z nimi radzić, ignorować je, ale z czasem staje się to coraz trudniejsze. Często wtedy pacjent „woła o pomoc”, m.in. informując o tym otaczające osoby. W skrajnych przypadkach pacjent zaczyna myśleć, w jaki konkretny sposób popełni samobójstwo (tendencje samobójcze). Może być ono szczegółowo zaplanowane, ale też może być impulsywne – nieplanowane i nagłe. Myśli rezygnacyjne, o śmierci, o samobójstwie również są bezwzględnym wskazaniem do konsultacji psychiatrycznej.

W przebiegu depresji często występują też inne mniej typowe dolegliwości, które często utrudniają właściwe rozpoznanie i bywają przyczynami błędów diagnostycznych. Wśród nich należy wymienić następujące grupy objawów:

* Zaburzenie koncentracji uwagi, poczucie pogorszenia pamięci i funkcji poznawczych, które stopniowo ustępują wraz z postępującym leczeniem depresji i poprawą nastroju.
* Zaburzenia snu w depresji przejawiają się często trudnościami w zasypianiu i utrzymaniu snu, sen często jest płytki, przerywany. Charakterystyczne dla depresji jest również częste budzenie się w godzinach porannych (3.00–5.00 rano) z możliwością ponownego zaśnięcia przy mniejszym nasileniu depresji, albo z niemożnością ponownego zaśnięcia u osób z depresją w znacznym stopniu nasilenia. Zaburzenia snu w przypadku depresji mogą również występować pod postacią nadmiernej senności zarówno nocnej, jak i w ciągu dnia. Trudno się wtedy wybudzić ze snu nocnego, pacjenci twierdzą, że „przesypiają całą noc i cały dzień” z krótkimi przerwami.
* Często występuje zmniejszenie lub utrata apetytu. Pacjenci często mówią, że jedzą na siłę, zmuszają się, bo wiedzą, że trzeba, albo że jedzenie pozbawione jest smaku. Towarzyszy temu czasem znaczna utrata wagi ciała (kilka kilogramów w ciągu miesiąca). Czasami jednak depresji może towarzyszyć nadmiernie łaknienie, objadanie się nietypowe dla dotychczasowego zachowania (zwłaszcza słodkimi pokarmami), co w połączeniu z brakiem aktywności fizycznej może prowadzić do zwiększenia masy ciała. W tej sytuacji mówimy o tak zwanej atypowej depresji.
* Spadek libido (popędu seksualnego) – brak ochoty na seks zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn często występuje w depresji. Zmniejszenie lub utrata zainteresowań sferą seksualną może nasilać depresyjne poczucie zmniejszenia własnej wartości, kobiecości, męskości, atrakcyjności. A to z kolei zwrotnie może wpływać na jeszcze większe osłabienie libido. Życie seksualne nie sprawia przyjemności, nie daje satysfakcji. Może to dodatkowo nasilać przeżywanie depresji. Zaburzenia seksualne towarzyszące depresji najczęściej ustępują wraz z poprawą nastroju przy leczeniu odpowiednimi lekami.
* U kobiet mogą wystąpić zaburzenia cyklu płciowego i zaburzenia miesiączkowania
* Dla typowych postaci depresji charakterystyczne jest tzw. dobowe wahanie samopoczucia. Pacjenci zazwyczaj gorzej czują się w godzinach porannych, południowych i bardzo trudno im jest rozpocząć dzień. W godzinach wieczornych mają wrażenie nieco lepszego samopoczucia i aktywności. W procesie postępującego leczenia depresji wieczorne godziny lepszego samopoczucia „wydłużają się” w kierunku najpierw godzin południowych, a potem rannych. Ale są też pacjenci z depresją, którzy lepiej czują się w godzinach porannych niż wieczornych, albo też nie mają poczucia dobowych wahań swojego nastroju.

**\*uzależnienia**

Zgodnie z definicją Komitetu Ekspertów WHO z 1969 roku: uzależnienie (drug dependence) jest to stan psychiczny, a niekiedy także fizyczny, wynikający z interakcji pomiędzy organizmem a środkiem uzależniającym, charakteryzujący się zmianą zachowania oraz innymi reakcjami, do których należy konieczność zażywania tego środka, w sposób ciągły lub okresowy, w celu doznania jego wpływu na psychikę, a niekiedy także po to, aby uniknąć przykrych objawów wynikających z jego braku.

Tolerancja może wystąpić równocześnie. Osoba może być uzależniona od więcej niż jednego środka.

Do kryteriów diagnostycznych uzależnienia zaliczane są następujące objawy i zachowania:

1. Silne pragnie przyjmowania substancji albo poczucie przymusu jej przyjmowania,
2. Trudności kontrolowania zachowania związanego z przyjmowaniem substancji – rozpoczęcia jej przyjmowania, zakończenia lub ilości,
3. Fizjologiczne objawy odstawienia, występujące po przerwaniu lub zmniejszeniu ilości przyjmowanej substancji, w postaci charakterystycznego dla danej substancji [zespołu abstynencyjnego](https://www.medonet.pl/zdrowie%2Czespol-abstynencyjny---objawy--leczenie%2Cartykul%2C1731006.html), albo używanie tej samej lub podobnie działającej substancji w celu zmniejszenia nasilenia lub uniknięcia objawów abstynencyjnych,
4. Stwierdzenie tolerancji,
5. Narastające zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań,
6. Zwiększona ilość czasu poświęconego na zdobywanie lub przyjmowanie substancji, albo na odwracanie następstw jej działania,
7. Przyjmowanie substancji mimo dowodów i wiedzy o jej szkodliwych następstwach somatycznych, psychicznych i społecznych.

# \*Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD)

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (*attention deficit hyperactivity disorder* – ADHD) jest stanem klinicznym, któremu towarzyszy upośledzenie funkcjonowania w wielu dziedzinach, powodując problemy w nauce, zaburzone relacje z bliskimi, trudności społeczne i występowanie różnych problematycznych zachowań. Jest to jedno z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych u dzieci, a w świadomości społecznej niesłusznie jest kojarzone jako stan dotyczący tylko właśnie tej grupy wiekowej. Do niedawna również wielu ekspertów podzielało ten pogląd – uważano, że objawy zespołu ustępują w okresie dojrzewania lub tuż po nim, a jego wpływ na funkcjonowanie osób dorosłych jest niewielki lub wręcz nie istnieje. Tak jakby po przekroczeniu pewnego wieku ustępowały objawy nadpobudliwości psychoruchowej i zaburzeń uwagi.

Jednak wyniki wiarygodnych badań z ostatnich lat wskazują, że w większości przypadków ADHD utrzymuje się również u dorosłych, wraz z towarzyszącymi mu problemami psychospołecznymi. Zespół ten rozpoczyna się w dzieciństwie i jest stanem trwającym przez całe życie. Zwykle wraz z wiekiem pacjenta obraz kliniczny zaburzeń ulega zmianie, ale w dużym stopniu jest podobny do obserwowanego u dzieci. Mimo tych danych, w wielu krajach Europy ADHD u dorosłych jest zbyt rzadko rozpoznawane i leczone. Może to prowadzić do niepotrzebnego cierpienia tych osób, ich bliskich oraz otoczenia. Należy podkreślić, iż dostępne są odpowiednie i efektywne metody diagnozowania i leczenia ADHD u dorosłych!

Obecnie w wielu krajach Europy zaleca się, by rozpoznawać ADHD i właściwie je leczyć przez całe życie pacjentów. Jednak wytyczne te są na tyle nowe, że wielu specjalistów pracujących w ośrodkach psychiatrycznych wciąż nie jest świadomych faktu, że ADHD często utrzymuje się w wieku dorosłym, stąd brak doświadczenia z odpowiednim diagnozowaniem i leczeniem tych osób.

**3. STANÓW:**

**\* melancholii**

# Melancholia - co to jest?

Melancholią nazywa się potocznie stan smutku i przygnębienia, często pojawiający się bez konkretnej przyczyny. Słownik Języka Polskiego PWN podaje, że melancholia jest to:

## Melancholia – krótka historia

W 400 r pne grecki filozof Hipokrates wysunął teorię, że ludzkie ciało zawiera cztery główne płyny: krew, czarną żółć, żółć żółtą i flegmę. Człowiek zachorował, gdy płyny te były niezrównoważone w ciele. **Nadmiar czarnej żółci spowodowałby, że ktoś stałby się przygnębiony i przerażony**. Grecy nazywają ten warunek melancholią. Stał się on pierwszym terminem używanym do określenia [depresji](https://www.medonet.pl/psyche/choroby-psychiczne%2Cdepresja---objawy-i-leczenie%2Cartykul%2C1677658.html) i pierwszym sposobem, w jaki badano depresję.

Podczas renesansu Europejczycy uważali melancholię za przejaw twórczego geniuszu. Uwielbiali to poprzez sztukę, modę i dzieła pisane. Ale w XVIII wieku termin ten powrócił do swoich korzeni klinicznych.

Około XIX wieku ludzie używali terminu depresja synonimicznie z melancholią. Pisma Zygmunta Freuda w On Murder, Mourning and Melancholia pomogły zmodernizować pojęcie melancholii do jej obecnej definicji.

# Jak rozpoznać melancholię?

Melancholia jest pozornie dość prosta do rozpoznania. **Jeśli często jesteśmy smutni i przygnębieni, nie mamy ochoty na kontakt z ludźmi i popadamy w zły nastrój, prawdopodobnie cierpimy na melancholię.** Zjawisku temu mogą towarzyszyć również takie objawy jak:

Melancholia jest najczęściej zjawiskiem przejściowym. **Po epizodzie melancholijnym większość osób wraca do swojego naturalnego stanu emocjonalnego - stabilności emocjonalnej.** Niemniej jednak, czasem zdarza się, że stan ten utrzymuje się przez długi okres czasu. Wówczas mówimy już, nie o melancholii ale o dystymii.

Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD - 10 [dystymia](https://www.medonet.pl/psyche%2Cdystymia---najczestsze-objawy%2Cartykul%2C1726109.html) jest to "przewlekłe obniżenie nastroju, trwające przynajmniej przynajmniej 2 lata, które nie jest wystarczająco ciężkie lub w którym poszczególne epizody nie są na tyle długotrwałe, aby można było rozpoznać nawracające zaburzenia depresyjne o nasileniu ciężkim, umiarkowanym lub łagodnym."

Charakterystyczne symptomy dystymii to:

1. utrata zainteresowania codziennymi czynnościami,
2. [ciągły smutek, pustka](https://www.medonet.pl/zdrowie/wiadomosci%2C30-proc--polakow-uskarza-sie-na-problemy-psychiczne%2Cartykul%2C1711846.html) lub przygnębienie,
3. poczucie beznadziejność,
4. zmęczenie i brak energii,
5. niska samoocena, samokrytyka,
6. kłopoty z koncentracją i podejmowaniem decyzji,
7. drażliwość lub nadmierny gniew,
8. zmniejszona aktywność, skuteczność i wydajność,
9. unikanie spotkań,
10. poczucie winy,
11. problemy ze snem,
12. pesymistyczne spojrzenie w przyszłość lub nadmierne rozpamiętywanie przeszłości,
13. brak zainteresowania seksem.

U dzieci objawy dystymii mogą obejmować obniżony nastrój i drażliwość. Pierwsze objawy często zaczynają pojawiać się w dzieciństwie lub w wieku dojrzewania. **Dzieci i nastolatki mogą przez dłuższy czas wydawać się drażliwe, nastrojowe lub pesymistyczne.** Mogą również wykazywać problemy z zachowaniem, mieć słabe wyniki w szkole i trudności w interakcji z innymi dziećmi w sytuacjach społecznych. Ich objawy mogą pojawiać się i znikać przez kilka lat, a ich nasilenie może się zmieniać w czasie.

[www.metodent.pl](http://www.metodent.pl)

**\* manii**

Mania – [zaburzenie psychiczne](https://pl.wikipedia.org/wiki/Zaburzenia_psychiczne) (nie choroba *sensu stricto*) z grupy [zaburzeń afektywnych](https://pl.wikipedia.org/wiki/Zaburzenia_afektywne) charakteryzujące się występowaniem podwyższonego bądź drażliwego nastroju. Stany maniakalne zazwyczaj opisywane są przez pacjentów jako doświadczenia przyjemne; sprawiające, że czują się szczęśliwi. Pacjenci, których nastrój podczas manii jest drażliwy, nie opisują tego doświadczenia jako przyjemne, szybko się frustrują, a próba wpływu na ich zamiary powoduje u nich nasilenie gniewu bądź występowanie [urojeń prześladowczych](https://pl.wikipedia.org/wiki/Urojenia#Podstawowe_kategorie_uroje%C5%84).

W przypadku drażliwej odmiany manii nadmiar energii odczuwany przez pacjenta zwykle zużywany jest bezproduktywnie lub wręcz destruktywnie (np. spontaniczne i energiczne robienie „porządków” w domu, bez względu na porę dnia, przy czym wyrzucane są też potrzebne lub cenne rzeczy).

Uczucie [drażliwości](https://pl.wikipedia.org/w/index.php?title=Dra%C5%BCliwo%C5%9B%C4%87&action=edit&redlink=1) występuje u 80% chorych, obniżony nastrój u 72%, a u 69% jego chwiejność. Typowe uczucie nieuzasadnionej [euforii](https://pl.wikipedia.org/wiki/Euforia) występuje u 71% chorych.

Najczęstsze objawy manii:

* często brak [wglądu](https://pl.wikipedia.org/wiki/Wgl%C4%85d_%28psychiatria%29) w chorobę
* przymus mówienia, gadatliwość zdająca się nie mieć końca (98% chorych)
* [pobudzenie psychoruchowe](https://pl.wikipedia.org/wiki/Pobudzenie_psychoruchowe) (hiperbulia) (87% chorych)
* zmniejszona potrzeba snu (lub nawet kilkudniowy całkowity brak potrzeby snu, 81% chorych) albo zaburzenia [rytmu dobowego](https://pl.wikipedia.org/wiki/Rytm_dobowy)
* [gonitwa myśli](https://pl.wikipedia.org/wiki/Przyspieszenie_my%C5%9Blenia) (synonimicznie *tachyfrenia*, myślotok) (71% chorych)
* odhamowanie seksualne (57% chorych)
* często: trudności w koncentracji
* często: zawyżona samoocena
* niekiedy: zmniejszenie krytycyzmu (podejmowanie lekkomyślnych działań)
* ogólne zwiększenie energii, niekiedy samoistne poczucie siły

https://pl.wikipedia.org/wiki/Mania

**\* stanów po rozpadzie związku**
**\* destrukcyjnych zależności/destrukcyjne związki**

**4. OSOBOWOŚCI z:**

**\* chwiejnością emocjonalną
\* nastawieniami wielkościowymi/urojeniami**

**Urojenia** ([łac.](https://pl.wikipedia.org/wiki/%C5%81acina) *delusiones*) – zaburzenia treści [myślenia](https://pl.wikipedia.org/wiki/My%C5%9Blenie) polegające na fałszywych przekonaniach, błędnych sądach, odpornych na wszelką argumentację i podtrzymywane mimo obecności dowodów wskazujących na ich nieprawdziwość. Obecne w wielu [psychozach](https://pl.wikipedia.org/wiki/Psychoza), w tym w przebiegu [schizofrenii](https://pl.wikipedia.org/wiki/Schizofrenia). Szczególnie rozbudowany system urojeń charakteryzuje [schizofrenię paranoidalną](https://pl.wikipedia.org/wiki/Schizofrenia_paranoidalna). Treść urojeń często nie odpowiada poziomowi wiedzy chorego.

Urojenia, podobnie jak m.in. [omamy](https://pl.wikipedia.org/wiki/Halucynacje), zalicza się do tak zwanych [**objawów pozytywnych**](https://pl.wikipedia.org/wiki/Objawy_pozytywne) (wytwórczych), gdyż stanowią wyraźne odchylenie od normalnych procesów poznawczych, w przeciwieństwie do [**objawów negatywnych**](https://pl.wikipedia.org/wiki/Objawy_negatywne), które wyrażają brak lub obniżenie normalnych reakcji u chorego.

* **wielkościowe** – przekonanie o szczególnej ważności własnej osoby, np. chory uważa, że sam jest/był wielką osobistością, lub też, że jest nikomu nieznanym doradcą, przyjacielem lub kimś specjalnym dla jakiejś ważnej osoby (prezydenta, króla itp). Urojenia niekoniecznie muszą się tyczyć osoby, która je wypowiada. Mogą one odnosić się do rzekomego dalekiego przodka chorego, który sam był bardzo sławny lub był doradcą jakiejś ważnej osoby.
* urojenie **bogactwa** lub **biedy**
* **urojenia oddziaływania** (**wpływu**) – przekonanie, że myśli i zachowanie danej osoby są kontrolowane z zewnątrz (np. za pomocą hipnozy, telepatii, zaawansowanych technicznie przedmiotów); (zbliżone do tego typu są **urojenia owładnięcia** – przekonanie, że chory został owładnięty przez jakąś siłę, która kieruje jego myślami, zachowaniami itp.)
* **prześladowcze** – (najczęstsze) przekonanie o nieustannym zagrożeniu ze strony mniej lub bardziej sprecyzowanych wrogich choremu sił, przekonanie, że jednostka jest ofiarą prześladowań. Zwykle poprzedzają je urojenia ksobne;
* **ksobne** (**odnoszenia**) – przekonanie, że chory jest przedmiotem szczególnego zainteresowania otoczenia, jednostka uważa, że niewinne uwagi i zachowania innych osób odnoszą się do niej, np. ludzie na ulicy rozmawiają właśnie o niej, spiker w radiu czyni aluzje na jej temat, osoby posiadające czerwone elementy ubioru należą do wrogiego choremu stowarzyszenia etc. Często chory, długi czas nie zdradzając się z niczym, bacznie obserwuje znajomych i obcych, wysnuwając daleko idące wnioski z ich [uśmiechów](https://pl.wikipedia.org/wiki/%C5%9Amiech), [gestów](https://pl.wikipedia.org/wiki/Gest), przypadkowych działań oraz urywków [rozmów](https://pl.wikipedia.org/wiki/Komunikacja_werbalna). Z biegiem czasu dochodzi do przeświadczenia, że jest ośrodkiem zainteresowania wielkiej liczby ludzi, którzy z niewiadomych powodów, jakich jednak czasem on się domyśla, dają mu ukryte znaki, aby mu dokuczyć albo osiągnąć inne cele. Szukając wyjaśnienia rozsnutych koło niego [zagadek](https://pl.wikipedia.org/wiki/Zagadka), chory wikła się coraz bardziej. Do urojeń ksobnych dołączają się urojenia prześladowcze, urojenia wielkościowe i inne. Czasem urojenia ksobne nie mają tego charakteru zwartego logicznie systemu. Takie usystematyzowane urojenia ksobne występują w prawdziwej [paranoi](https://pl.wikipedia.org/wiki/Zaburzenia_urojeniowe) (tzw. [paranoia sensitiva](https://pl.wikipedia.org/w/index.php?title=Paranoia_sensitiva&action=edit&redlink=1" \o "Paranoia sensitiva (strona nie istnieje))). Natomiast zdarzają się takie urojenia ksobne oderwane, niekonsekwentne, nie wiążące się w jakąś logiczną całość np. w [schizofrenii](https://pl.wikipedia.org/wiki/Schizofrenia). Istotą jednych i drugich są zawsze błędne interpretacje spostrzeżeń trafnych, dokonywanych w świecie otaczającym.
* **urojenia depresyjne**, obecne w [zespołach depresyjnych](https://pl.wikipedia.org/wiki/Zaburzenia_depresyjne) o różnej etiologii, które obejmują urojenia **grzeszności i winy**, **samoponiżania**, **pokrzywdzenia**, **zubożenia**, **samooskarżające**, **nihilistyczne** (chory uważa, że jego ciało znika, że jest martwy itp.);
* **urojenia**[**hipochondryczne**](https://pl.wikipedia.org/wiki/Hipochondria);
* urojenia zdrady w pewien sposób podobne do urojeń prześladowczych. Najczęściej odnoszą się do rzekomo popełnionej zdrady małżeńskiej. Chory może interpretować drobne fakty i zachowania jako jej dowody. Urojenia te występują w przebiegu takich chorób, jak np. [psychozy](https://pl.wikipedia.org/wiki/Psychoza) starcze, [schizofrenia paranoidalna](https://pl.wikipedia.org/wiki/Schizofrenia_paranoidalna) czy [paranoja](https://pl.wikipedia.org/wiki/Zaburzenia_urojeniowe) alkoholowa ([Zespół Otella](https://pl.wikipedia.org/wiki/Zesp%C3%B3%C5%82_Otella)).
* **urojenia zniekształcenia ciała** (**dysmorfofobia**) – najczęściej są to przekonania o zniekształceniu własnej twarzy.

https://pl.wikipedia.org/wiki/Urojenia

 **\* napadami gniewu
\* niestabilnym obrazem siebie**

**5. W KRYZYSIE**

**\* żałoba**

Nasilenie i czas trwania prawidłowej żałoby bywają bardzo różne. Zależy to od wielu czynników, wśród których wymienia się między innymi wiek i stan zdrowia danego człowieka, cechy jego osobowości, sposób, w jaki nawiązuje i utrzymuje relacje z ludźmi, wzorce rodzinne, kulturowe i religijne w zakresie przeżywania żałoby, możliwość uzyskania i przyjmowania wsparcia, stopień bliskości z utraconą osobą, rodzaj i przyczyny utraty (która może być nagła lub spodziewana, może być spowodowana śmiercią naturalną lub chorobą, samobójstwem czy nagłym wypadkiem).

Żałoba jest procesem, który zazwyczaj przebiega w sposób falowy, ze zmiennie nasilonym konfrontowaniem się z utratą. Stosownie do tego dochodzi do okresowych wahań w zakresie nasilenia doznawanego cierpienia emocjonalnego i psychicznego, czemu zwykle towarzyszą odpowiednie trudności w funkcjonowaniu.

Dla wielu osób utrata kogoś bliskiego jest bardzo bolesnym wydarzeniem, któremu może towarzyszyć dezorientacja, poczucie przytłoczenia i niesprawiedliwości, smutek, gniew, lęk, poczucie winy, osamotnienia, nieszczęścia i wiele innych stanów emocjonalnych. Początkowo odczucia te są bardzo silne, ale z czasem słabną, niejednokrotnie jednak z silnymi nawrotami. Te ostatnie najpierw rozwijają się bez dodatkowej ewidentnej przyczyny, a z czasem są wywoływane przez sytuacje i zdarzenia przypominające o utraconej osobie. Z kolei zachowanie niektórych ludzi może sprawiać wrażenie, iż nie przechodzą żałoby, co jednak nie musi być równoznaczne ze stanem obojętności wobec faktu utraty i z zagrożeniem „nieprzepracowania” żałoby lub przeżywania jej z opóźnieniem. Pośrodku mogą się znaleźć osoby z dużymi zasobami adaptacyjnymi, które nie doświadczają szczególnie nasilonych wahań emocjonalnych, a przez proces żałoby przechodzą w sposób stosunkowo łagodny. Niektórzy z kolei uważają, że nasilona uczuciowość związana z ostrą fazą żałoby jest czymś budzącym zakłopotanie, wstydliwym, wręcz niepożądanym. Może to prowadzić do unikania przeżywania żałoby i wspomnień utraconej osoby i do nadmiernego kontrolowania się, co z kolei może zaburzać prawidłowo przebiegający proces żałoby.

Nie można jednak sprowadzać żałoby tylko do bólu i cierpienia. W procesie niepowikłanej żałoby obok przykrych przeżyć mogą się pojawiać w sposób naturalny uczucia „pozytywne”, takie jak ulga i uspokojenie (np. po śmierci bliskiej osoby cierpiącej na przewlekłą chorobę). Często te doświadczenia emocjonalne prowadzą do pojawiania się poczucia winy i nielojalności, które utrudniają adaptację do życia po utracie kogoś bliskiego.

\* stany pourazowe
\* traumy
\* myśli i zamiary samobójcze

**6. INNE choroby psychiczne i psychiatryczne**

**\* schizofrenia**

[Schizofrenia](https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/choroby/78549%2Cschizofrenia) to choroba przewlekła, którą można i należy leczyć. Nazwa ta obejmuje grupę tzw. zaburzeń psychotycznych o określonym, choć różnorodnym początku, przebiegu, objawach i uzależnionych od nich sposobach oraz formach leczenia. Zaburzenia psychotyczne mają w swoim przebiegu epizody, w których zaburzone jest między innymi postrzeganie, myślenie i przeżywanie rzeczywistości, otaczającego świata. Osoba chorująca ma w takich okresach problemy między innymi z krytycznym, zgodnym z rzeczywistością spojrzeniem na siebie, wydarzenia rozgrywające się wokół niej, innych ludzi, rodzinę, bliskich. Dlatego choroba ta wiąże się z różnymi utrudnieniami nie tylko dla pacjenta, ale także dla jego najbliższych.

**\* paranoja**

Zaburzenia urojeniowe, należące do grupy chorób psychicznych, dawniej nazywane były paranoją nazywane są uporczywymi zaburzeniami urojeniowymi. Charakteryzują się występowaniem usystematyzowanych, spójnych urojeń (pojedynczego urojenia lub całego ich systemu), którym nie towarzyszą zaburzenia struktury osobowości i intelektu. Również zachowanie i funkcjonowanie społeczne danej osoby w obszarach życia niezwiązanych z urojeniami mogą być niezaburzone i dezintegrować jej codzienne życie dopiero w rozwijającym się procesie chorobowym lub okresie jego nasilenia.

**\* borderline**

Zaburzenie osobowości typu *borderline*, inaczej nazywane granicznym zaburzeniem osobowości, jest jednym z dwóch podtypów zaburzenia osobowości chwiejnej emocjonalnie. Charakteryzuje się ono przede wszystkim zmiennością nastroju, tzw. labilnością emocjonalną, obawami przed opuszczeniem i samotnością, trudnościami nad panowaniem nad impulsami, co skutkuje, np. objadaniem się czy wydawaniem dużej ilości pieniędzy, częstymi zachowaniami autoagresywnymi, tworzeniem burzliwych relacji międzyludzkich i związków, zmniejszeniem poczucia własnej wartości, uczuciem lęku, a czasem wręcz objawami psychotycznymi, do których zalicza się urojenia, czyli nieprawdziwe przekonania i poglądy, co do których prawdziwości chory jest silnie przekonany i nie jest w stanie ich skorygować mimo zapewnień osób w otoczeniu, że nie ma racji oraz omamy (nazywane także halucynacjami), czyli spostrzeżenia, które powstają bez istnienia realnego bodźca i chory jest przekonany, co do ich realności

**\* choroba afektywna dwubiegunowa**

Należy do zaburzeń afektywnych, czyli zaburzeń nastroju. Charakteryzuje się występowaniem, niekoniecznie naprzemiennie, epizodów depresyjnych i dodatkowo w zależności od jej typu, tzw. maniakalnych lub hipomaniakalnych. Epizody depresyjne objawiają się przede wszystkim uczuciem smutku, utratą zdolności do odczuwania przyjemności oraz obniżeniem energii i sił do działania. Epizody maniakalne natomiast reprezentują niejako „drugi biegun” nastroju człowieka, czyli w ich przebiegu obserwuje się uczucie euforii, rozpierającej energii, silnego przekonania o możliwości osiągania rzeczy tak naprawdę niemożliwych. Chorzy w tym stanie często podejmują nieracjonalne decyzje i ryzykowne działania, np. zaciągają kredyty na bardzo wysokie sumy, dokonują kosztownych zakupów, nawiązują przypadkowe kontakty seksualne. Hipomania to lżejsza forma manii – objawy są mniej nasilone, niosą ze sobą mniejsze zagrożenie dla chorego i jego otoczenia, i trwa krócej.

www.mp.pl