Zaburzenia emocji ze szczególnym uwzględnieniem depresyjności

Co to są emocje

- Emocja, (łac. emovere) – silne odczucie (świadome lub nieświadome) o charakterze pobudzenia pozytywnego (pod wpływem szczęścia, zachwytu, spełnienia) lub negatywnego (pod wpływem gniewu, odrazy, strachu).

- W szerszym znaczeniu emocje (procesy emocjonalne) to procesy psychiczne, które poznaniu i czynnościom podmiotu nadają jakość oraz określają znaczenie, jakie mają dla niego będące źródłem emocji przedmioty, zjawiska, inni ludzie, a także własna osoba, czyli wartościują stymulację.

Źródła emocji:

- * głównym źródłem emocji są wszelkie bodźce odbierane przez nasze zmysły
- * przedmioty lub obiekty, które nie budziły wcześniej żadnych uczuć, np. kontakt ze śniegiem może być obojętny ale dla kogoś kto przeżył lawinę będzie wzbudzał lęk.
- * potrzeby- dążenie do ich zaspokojenia może wywoływać emocje. Kiedy wydaje się, że potrzeba może być zaspokojona pojawia się radość, podekscytowanie, duma, natomiast gdy potrzeba napotyka blokadę- smutek, żal, lęk, złość,

Źródła emocji cd.

- * kontakt z samym sobą- można siebie lubić, nienawidzić, być z siebie dumnym, złościć się na siebie.

- * słowa- mogą działać podobnie jak czyny i wywoływać emocje (nie tylko w wypowiadającym je, ale tez w innych): radość, żal, wstyd, lęk, poczucie winy, smutek, złość.

Gdzie uczymy się emocji

- Podstawowym miejscem kształtowania się emocji jest rodzina a w szczególności relacja rodzic - dziecko.
- Jest podstawową treścią kontaktu pierwotnego między dzieckiem i rodzicem.

Rodzina jako system oparty na komunikacji emocjonalnej

- Podstawa funkcjonowania rodziny jako systemu jest komunikacja wewnątrz rodzinna prowadzona w kontekście emocjonalnym

Fazy życia rodziny wg Duvall

- Pojęcie cyklu życia rodziny stworzył Duvall, tworząc tym samym nową rozwojową teorię funkcjonowania rodziny. Zadania rozwojowe rodziny muszą spełniać wymagania biologiczne, kulturowe oraz osobiste członków rodziny.
- Klasyczny podział wyróżnia 7 faz cyklu życia rodziny:
- 1 - małżeństwo bez dzieci
- 2 - rodzina wychowująca małe dzieci
- 3- rodzina z dzieckiem w wieku przedszkolnym
- 4 - rodzina z dzieckiem w wieku szkolnym
- 5- rodzina z dorastającym dzieckiem
- 6 - rodzina w stadium " pustego gniazda"
- 7 - studium starzejących się rodziców

Ogólne zasady rozwoju zaburzeń procesów emocjonalnych.

- prawo ciągłości zmian - przejście na wyższy poziom rozwoju zależy od wcześniejszych etapów, od tego co dziecko doświadczyło i przeżyło w okresie poprzedzającym,
- wpływ środowiska - przenoszenie zaburzeń emocjonalnych ze szkoły do domu i z domu do szkoły,
- wyrażanie emocji - naśladowanie zachowań dorosłych,
- język " emocjonalny" - zależy od kultury danego kraju
- związek emocji z procesami poznawczymi
- selektywne postrzeganie zjawisk pod wpływem przeżywanych emocji - np. dziecko pogryzione przez psa - każdy pies wzbudza lęk,
- związek procesu emocjonalnego z cechami układu nerwowego i stanami zdrowia - dziecko ze słabą kondycją szybciej się męczy, łatwiej wtedy o wybuchy złości i agresji, napady złego humoru.

Kryteria przy określaniu zaburzeń emocjonalnych

- Trwałość występujących objawów – za przejaw zaburzenia można uznać jedynie symptomy, które utrzymują się przez dłuższy czas.
- Intensywność objawów – duża ich liczba i natężenie mogą wskazywać na zaburzenia emocji.
- Częstość symptomów – znaczna częstość występowania określanych objawów wskazuje na istnienie problemów typu emocjonalnego.

Rodzaje zaburzeń emocji

- Samo określenie zaburzenie emocjonalne w przybliżeniu opisuje kategorie diagnostyczne, które obejmują subiektywny niepokój osoby nie zakłócający jego postrzegania rzeczywistości. Zalicza się do nich:

  - Stany lękowe
  - Natręctwa myślowe i czynności przymusowe
  - Fobie
  - Zaburzenia nastroju

Lęk

- odczuwany
  - Zaburzenia związane ze strachem
    - Fobia, Zespół stresu pourazowego (PTSD)
  - Zaburzenia związane z lękiem
    - Zespół paniki, Zespół lęku uogólnionego
- domniemany
  - zaburzenia obsesyjno-kompulsywne
  - zaburzenia somatoformiczne
    - zaburzenia dysocjacyjne, konwersyjne
      - Amnezja psychogenna, fuga
      - zaburzenia somatyzacyjne
        - Uporczywe bóle psychogenne, hipochondria
          - dysmorfofobia
      - osobowość mnoga

Natręctwa myślowe i czynności przymusowe

Obsesje - to zaburzenie związane z nawracającymi, uporczywymi myślami natrętnymi, wyobrażenia, idee, impulsy do działania.

Kompulsje - czynności przymusowe, rytuały są to wielokrotnie powtarzane zachowania, które mają zapobiegać jakimś mało prawdopodobnym wydarzeniom. Najczęściej wiążą się z niepokojem i lękiem, który nasila się w momencie zaniechania czynności przymusowej.

Fobie

Fobie, (ICD-10) F40, zaburzenia lękowe w postaci fobii - uporczywy lęk przed różnymi określonymi sytuacjami, zjawiskami lub przedmiotami, związany z unikaniem sytuacji wywołujących go i utrudnieniem funkcjonowania społecznego.

Fobie wywołane są przez pewne sytuacje lub obiekty, zewnętrzne wobec osoby przeżywającej lęk, które obiektywnie nie są niebezpieczne.

Fobie cd.

Krótka lista:

klaustrofobia - panika, lęk i obawa przed ciasnym lub zamkniętym pomieszczeniem; lęk przed przebywaniem w zamkniętych pomieszczeniach; psychoza więzienna

agorafobia - panika, lęk i obawa przed otwartą przestrzenią; lęk przestrzeni

akrofobia - panika, lęk i obawa przed miejscami wysoko położonymi; lęk wysokości

antropofobia - panika, lęk i obawa przed ludźmi; lękowe wyobcowanie i izolacjonizm; dawniej: lęk pustelniczy;

bakteriofobia – panika, lęk i obawa przed bakteriami

hematofobia, hemofobia - panika, lęk i obawa przed krwią, przed widokiem krwi;

kynofobia (dogofobia) – panika, lęk i obawa przed psami

mizofobia (myzofobia) – panika, lęk i obawa przed brudem

odontofobia – panika, lęk i obawy przed stomatologiem

Zaburzenia nastroju

- Najczęściej występujące u dzieci i młodzieży to:
  - Depresja (endogenna, duża depresja, zaburzenia depresyjne)
  - Dystymia (depresyjny nastrój, nawracające zaburzenia depresyjne)
  - Mania z depresją (zaburzenie dwubiegunowe)
  - Zaburzenia nastroju wywołane chorobami somatycznymi
  - Zaburzenia nastroju wywołane nadużywaniem substancji psychoaktywnych

Depresja
(endogenna, duża depresja,zaburzenia depresyjne)

- Wg DSM-IV do rozpoznania epizodu dużej depresji niezbędny jest co najmniej dwutygodniowy okres obniżonego nastroju lub też utraty zainteresowania wszystkimi niemal czynnościami i płynącym z nich przyjemnościom.

Dodatkowo, w tym samym czasie, musi wystąpić pięć lub więcej spośród wymienionych niżej objawów:

- depresyjny nastrój przez większość część dnia
- zmniejszenie zainteresowań i zdolności do przeżywania przyjemności
- wyraźny wzrost lub spadek wagi
- bezsenność albo nadmierna senność
- pogorszenie panowania nad ruchami ciała
- wrażenie zmęczenia
- poczucie własnej bezwartościowości i winy
- spadek sprawności myślenia i koncentracji
- powracające myśli o śmierci i samobójstwie

Dystymia
(depresyjny nastrój, nawracające zaburzenia depresyjne)

- Warunkiem rozpoznania dystymii (wg DSM-IV) jest depresyjny nastrój lub poirytowanie, utrzymujący się przez większą część dni w ciągu co najmniej dwóch tygodni.

Dodatkowo muszą wystąpić nie mniej niż dwa z następujących objawów:

- spadek lub wzmożoność apetytu
- nadmierna senność lub bezsenność
- poczucie zmęczenia lub braku energii
- obniżone poczucie własnej wartości
- trudności ze skupieniem uwagi albo podejmowaniem decyzji
- poczucie beznadziejności

Mania z depresją (zaburzenie dwubiegunowe)

- Warunkiem rozpoznania manii z depresją (zaburzenie dwubiegunowe) – jest przynajmniej jeden epizod depresyjny trwający przynajmniej dwa tygodnie i przynajmniej jeden okres nastroju maniakalnego (wciąż rosnącego) trwający przynajmniej jeden tydzień.

zaburzenia nastroju wywołane chorobami somatycznymi

- Wiele chorób takich jak nowotwór, uszkodzenia ciała, infekcje i różne choroby chroniczne, może wywołać symptomy depresji.

Zaburzenia nastroju wywołane nadużywaniem substancji psychoaktywnych

- Symptomy depresji, które występują na skutek działania leków, narkotyków, toksyn i innych form leczenia, bądź nałogu.

SAMOBÓJSTWO
Fikcje na temat samobójstwa

- Pod koniec lat 50-tych Shneidman i Farberow sporządzili listę mitów panujących w wiedzy potocznej na temat samobójstwa (za Wardaszko-Łyskowska, 1983). Oto one:
- 1. Nie popełni samobójstwa ten, kto o nim mówi.
- 2. Do samobójstwa dochodzi bez oznak sygnalizacyjnych.
- 3. Kto popełnia samobójstwo, koniecznie chce odebrać sobie życie.
- 4. Kto raz skłania się do samobójstwa, będzie to czynił zawsze.
- 5. Poprawa po kryzysie samobójczym oznacza koniec zagrożenia.
- 6. Samobójstwo występuje wyłącznie wśród bogatych, lub odwrotnie wyłącznie wśród biednych (lub „Samobójstwo popełniają ludzi określonego typu”; Anthony, 1994).

Fikcje na temat samobójstwa cd.

- 7. Samobójstwo jest dziedziczne, jest złem rodzinnym.
- 8. Wszyscy, którzy popełniają lub chcą popełnić samobójstwo są chorzy psychicznie. Samobójstwo jest czynem chorego psychicznie.
- Autor książki na temat prewencji samobójstw wśród młodzieży, Anthony (1994) dodaje do tej listy jeszcze dwa błędne przekonania:
- 9. Można zmniejszyć ryzyko samobójstwa unikając tego tematu.
- 10. Samobójstwu nie można zaradzić.

Znaki ostrzegawcze samobójstwa

- Jak podano wyżej (Shneidman, 1994), u 90% osób, które popełniają samobójstwo, można zaobserwować znaki, które ostrzegają przed zbliżającym się niebezpieczeństwem. Znaki ostrzegawcze samobójstwa można podzielić na:
- (1) werbalne (pośrednie i bezpośrednie),
- (2) behawioralne
- (3) sytuacyjne.
- Oto ich lista (za Anthony, 1994; Quinnett, 1995; AAS, 1997):

Znaki ostrzegawcze werbalne pośrednie

- Osoba myśląca o samobójstwie może mówić:
- · „Jestem zmęczony/a życiem”
- · „Jaki to wszystko ma sens?”
- · „Rodzinie będzie beze mnie lepiej”
- · „Kogo to obchodzi, czy żyję czy nie?”
- · „Mam tego wszystkiego dość”
- · „Pożałujecie, że tak mnie traktowaliście”
- · „Nikt mnie już nie potrzebuje”
- · „Wkrótce mnie tu już nie będzie”

Znaki ostrzegawcze bezpośrednie

Osoba myśląca o samobójstwie może mówić:

- „Postanowiłem/łam się zabić”
- „Chciałbym już nie żyć”
- „Mam zamiar popełnić samobójstwo”
- „Chcę skończyć z tym wszystkim”
- „Jeżeli ... się nie wydarzy, to się zabiję”

Znaki ostrzegawcze behawioralne.

- Osoba myśląca o samobójstwie może się zachowywać w następujący sposób:
- zbierać tabletki, kupować żyletki, sznur
- mieć problemy z jedzeniem, spaniem, koncentracją
- drastycznie zmieniać swoje zachowanie (np. nagle zacząć zachowywać się agresywnie, wychodzić z domu o nietypowej porze, żegnać się z osobami z najbliższego otoczenia)
- nagle pozytywnie zmienić swoje zachowanie po okresie depresji

Znaki ostrzegawcze behawioralne cd.

- wycofywać się z kontaktów towarzyskich
- tracić zainteresowanie hobby, pracą, szkołą
- przygotowywać się do śmierci pisząc testament, planując swój pogrzeb i porządkując swoje sprawy
- rozdawać ważne dla niej rzeczy
- być zainteresowaną problemem śmierci i umierania lub nagle zacząć się interesować religią
- nie dbać o swój wygląd zewnętrzny
- niepotrzebnie podejmować ryzykowne działania
- zwiększać spożycie alkoholu, narkotyków, leków

Znaki ostrzegawcze sytuacyjne.

Osoba może zacząć myśleć o samobójstwie w następujących sytuacjach:

- nagłe odrzucenie przez osobę znaczącą (np. sympatia), nie chciany rozwód lub separacja
- niedawna przeprowadzka, zwłaszcza nie chciana
- śmierć osoby bliskiej (np. współmałżonka, dziecka, przyjaciela), a zwłaszcza śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub samobójstwa
- diagnoza nieuleczalnej choroby
- poważna kłótnia z osobą znaczącą
- nagła i nieoczekiwana utrata wolności (np. aresztowanie)
- oczekiwana lub doświadczona poważna strata finansowa
- utrata cenionego terapeuty

Rozmowa z osobą zagrożona samobójstwem

Istnieje szereg wskazówek w jaki sposób rozmawiać z osobą zagrożoną samobójstwem (za Anthony, 1992; Jedliński, 1992; Quinnett, 1995; AAS, 1997):

- okazać zainteresowanie osobą zagrożoną samobójstwem
- znaleźć odpowiedni czas i miejsce na nawiązanie rozmowy (wybranie bezpiecznego i spokojnego miejsca, dysponowanie dużą ilością wolnego czasu na rozmowę)
- zapytać czy osoba myśli o samobójstwie (w sposób pośredni, np. „Czy ostatnio źle ci się w życiu wiedzie?”, „Czy było ci tak źle, że myślałeś/łaś o samobójstwie?”,” Czy chciałbyś/łabyś iść spać i się już więcej nie obudzić?” lub bezpośredni, np. ”Czy kiedyś chciałeś/łaś przestać żyć?”, „Wyglądasz na bardzo smutnego/ną. Czy myślisz o popełnieniu samobójstwa?”, „Czy myślisz o samobójstwie?”)
- rozmawiać o samobójstwie w sposób otwarty i bez skrępowania, nie próbować zmienić tematu

Rozmowa z osobą zagrożona samobójstwem cd.

- nie eksponować spraw związanych z samobójstwem i nie zmuszać rozmówcy do podtrzymywania tego tematu - może to stwarzać wrażenie lekceważenia problemów rozmówcy, a zwracania uwagi na sam fakt samobójstwa
- okazać gotowość do słuchania (skoncentrowanie się na rozmowie, nie przerywanie wypowiedzi partnera)
- nie okazywać zaskoczenia i zdziwienia
- nie pytać „dlaczego” - takie pytanie wzmaga jedynie zachowania o charakterze obronnym
- pozwolić na okazywanie emocji, akceptować je
- nie wyrażać żadnych ocen, nie dyskutować na temat dopuszczalności i słuszności samobójstwa czy emocji, nie dawać wykładów na temat wartości życia
- być empatycznym, ale nie okazywać współczucia i litości

nie dawać rad i nie podejmować decyzji za kogoś innego

Rozmowa z osobą zagrożona samobójstwem cd.

- daj nadzieję, że istnieją możliwości rozwiązania problemu inne niż samobójstwo, ale nie dawać naiwnych pocieszeń
- przekonać o konieczności zwrócenia się o pomoc do specjalisty
- nie wyzywać do podjęcia próby
- zapytać, czy są jeszcze inne osoby, które powinny wiedzieć o samobójczych zamiarach rozmówcy
- nie utrzymywać informacji o planach samobójczych w tajemnicy, szukać pomocy u psychologa, psychiatry, pedagoga szkolnego, w telefonie zaufania, ośrodku interwencji kryzysowej, poradni psychologicznej
- zaprowadzić osobę mówiącą o samobójstwie do specjalisty lub po ustaleniu szczegółów planowanej wizyty sprawdzić czy osoba rzeczywiście tam poszła (np. zapytać „Czy pójdziesz ze mną do psychologa?”, „Czy mam ci pomóc w umówieniu się z ...?”, „Czy obiecujesz mi, że ...?”)
- usunąć dostępne środki pozbawienia się życia

Dziękuję za uwagę

Wykorzystane materiały

„Tendencje samobójcze - rozpoznawanie i przeciwdziałanie” Karolina Krysińska http://dracus.eu/cmspl/item/273
http://pl.wikisource.org/wiki/Klasyfikacja_DSM-IV#Zaburzenia_afektywne

Bibliografia:

1. Radziwiłłowicz W., Sumiła A. (red), Psychopatologia okresu dorastania. Wybrane zagadnienia, Kraków 2006, Oficyna wydawnicza „Impuls”.
2. M. Orwid (red.): Zaburzenia psychiczne u młodzieży. PZWL, Warszawa 1981.
3. M. Orwid: Psychiatria młodzieżowa. W: S. Dąbrowski, J. Jaroszyński, S. Pużyński (red.): Psychiatria 1. PZWL, Warszawa 1987.
4. M. Orwid, K.Pietruszewski (red.): Psychiatria dzieci i młodzieży. Wyd. 2. CM UJ, Kraków 1996.
5. E. Jaworska-Frańczak: Zaburzenia nerwicowe w okresie młodzieńćzym i profilaktyka. W: M. Rybakowa (red.): Medycyna wieku młodzieńczego. Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2001
6. J. Bomba, I. Namysłowska, M.Orwid: Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym. W: A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.): Psychiatria. Urban & Partner, Wrocław 2002.
7. S. Pużyński: Leksykon Psychiatrii P.Z.W. Lekarskich W-wa 1993
9. H. i I. Goldenberg: Terapia rodzin W.U.J. Kraków 2006