

16.1. Spektrum schizofrenii i zaburzenia psychotyczne

16.1.1. Analiza objawów schizofrenii

16.1.2. Typowe objawy zaburzeń schizofrenii

Podział względem Timitiego Crowa

A) objawy pozytywne (wytwórcze) dotyczą:

- procesów poznawczych
- języka
- komunikowania się
- zachowania

Objawy wytworzone i „produkty” przeżyć psychotycznych. Należą do nich jakościowe zaburzenia spostrzegania i myślenia:

→ Halucynacje

- spostreżanie nieistniejących w rzeczywistości przedmiotów i zdarzeń
- błędne przekonanie o ich realnym działaniu
- przykłady: omamy słuchowe

→ Urojenia

- jakościowe zaburzenia myślenia, fałszywe i sprzeczne z racjonalną rzeczywistością
- mają charakter wielkościowy i prześladowczy
- przykłady urojeń : urojenia oddziaływania, wpływu, odsłonięcia –nieznane moce nasycają ,wykradają myśli pacjenta

→ Formalne zaburzenia procesów myślenia i mowy

- niespójność kojarzenia i myślenia, rozrywanie toku myślenia co ujawnia się w zaburzeniach mowy i języka pisanego
- dezintegracja myślenia – nasilenie zaburzeń

→ Zaburzenia psychomotoryki

- występują pod postacią hiperkinetyczną (pobudzenie psychoruchowe) lub hipokinetyczną (znieruchomienie,szttywność ruchowa, osłupienia)

→ Zaburzenia zachowania – zachowanie zdeorientowane

- obserwowane w fazie ostrej dekompensacji psychotycznej – niedostosowanie do sytuacji (zachowanie niezrozumiałe „dziwaczne”)
- jego reakcje są niedostosowane do sytuacji (rozmowy z samym sobą lub urojonymi osobami)

B) objawy negatywne (deficytowe)

- obniżenie i spłylenie aktywacji, motywacji i emocji
- pojawiają się w okresie przedchorobowym i nasilają się w toku trwania choroby

Możliwe zaburzenia:

- zahamowanie i obniżenie aktywności celowej
- spontaniczność
- wycofanie się z kontaktów społecznych
- brak chęci do działania
- spłylenie emocji wyrażane w ubogiej mimice
- deficyty pamięci i czynności wykonawczych (zaburzenia funkcjonalnei i strukturalne w mózgu)

BLOK ROZSZERZAJĄCY 16.1. Kryteria diagnostyczne schizofrenii w ICD-10

Są to:

1. echo myśli, zgłoszenie, narzucanie lub pozbawianie myśli;
2. urojenia bycia kontrolowanym, oddziaływania lub owładnięcia, poczucie bycia kontrolowanym i kierowanym w odniesieniu do ruchów ciała, myśli, czynności lub odczuć; spostrzeganie urojeniowe;
3. głosy komentujące lub prowadzące dialog na temat zachowań pacjenta, albo inne głosy dobiegające z różnych części ciała;
4. utrzymujące się niedostosowanie kulturowe albo zupełnie niemożliwe do zaistnienia w rzeczywistości urojenia tożsamości religijnej lub politycznej czy nadludzkiej;
5. utrwalone omamy z różnych zmysłów, z towarzyszącymi im albo zwiwnymi, albo w pełni niewykształconymi urojeniami bez wyraźnego nasycenia afektywnego bądź utrzymującymi się tygodniami i miesiącami ideami nadwartościowymi;
6. przerwy lub wtręty w toku myślenia, co prowadzi do rozkojarzenia, nieadekwatnych wypowiedzi lub tworzenia neologizmów;
7. objawy katatoniczne, takie jak: pobudzenie, zastyganie lub giętkość woskowa, negatywizm, mutyzm, osłupienie;
8. objawy „negatywne”: apatia, zubożenie wypowiedzi, spłycone lub nieadekwatne afekty, co prowadzi do zmniejszenia dostosowania społecznego lub wycofania się z kontaktów społecznych; stanowczo należy wykluczyć zależność tych objawów od depresji i leczenia neuroleptycznego;
9. znacząca i utrwalona, obejmująca wiele aspektów życia psychospołecznego jednostki zmiana funkcjonowania przejawiająca się utratą zainteresowań, bezcelowością, bezczynnością, postawą zaabsorbowania sobą i społecznym wycofaniem.

Rozpoznanie schizofrenii jest możliwe, gdy wystąpi co najmniej jeden objaw o bardzo wyraźnym nasileniu (lub dwa bądź więcej o mniej wyraźnym) należący do jednej z wymienionych grup (1–4), albo objawy należące do dwóch spośród grup 5–9 przez większość czasu w ciągu miesiąca lub dłużej.

W klasyfikacji DSM-IV kryteria diagnostyczne są bardzo podobne wymienia się w niej:

1. urojenia i halucynacje
2. zaburzenia mowy
3. zachowanie zdeorganizowane lub katoniczne
4. objawy negatywne

WYKLUCZA się jednak zaburzenia schizoafektywne i zaburzenia spowodowane działaniem substancji psychoaktywnych

WAŻNYM kryterium diagnostycznym jest czas trwania objawów ! 1-6miesięcy

16.2 Zaburzenia spektrum schizofrenii i zaburzenia psychotyczne w klasyfikacjach

16.2.1. Postacie schizofrenii

→ schizofrenia paranoidalna

→ schizofrenia hebefreniczna (zdezorganizowanej)

→ schizofrenia katatoniczna (występująca rzadziej z dominującymi zaburzeniami psychomotorycznymi)

→ schizofrenia prosta (dominują w niej objawy negatywne)

→ schizofrenia rezidualna (podobna do prostej, poprzedza ją wyraźny epizod psychotyczny)

16.2.2. Zaburzenia z kręgu schizofrenii i psychozy urojeniowe

Wymienione zostaną kolejno grupy zaburzeń, które są podobne do objawów schizofrenii ale nie występują w specyficznych objawach schizofrenii.

Zaburzenia **schizotypowe** występujące NIE dla schizofrenii to:

- metaforyczne lub stereotypowe, nadmiernie ogólne myślenie przejawiające się w wypowiedziach
- niedostosowany afekt, chłód i wycofanie
- słaby kontakt z ludźmi
- ekscentryczne przekonania i zachowania
- oryginalny wygląd
- podejrzliwość i nastawienie urojeniowe

== warunki zaburzeń osobowości

Te warunki mogą przejść w --> jawną schizofrenie

Zaburzenia schizoafektywne czyli zaburzenia typowe dla schizofrenii + zaburzeń afektywnych

1 etap

- zaburzenia urojeniowe i omamowe
- zwiększona energia
- wzmógłony nastrój
- rozdrażnienie i nastawienie wielkościowe

2 etap

- zaburzenia nastroju
- spadek energii
- poczucie bezradności i winy

Osoby z zaburzeniami schizoafektywnymi stwierdza się szybki powrót do zdrowia ale... wskutek psychozy schizofrenicznej może wystąpić epizod depresyjny co w klasyfikacji ICD-10 określa się jako --- **depresję poschizofreniczną**

Psychozy urojeniowe w ICD-10 → F22, F23, F24

-uporczywe zaburzenia urojeniowe, ostre i przemijające objawy psychotyczne i indukowane zaburzenia urojeniowe

Cechy wspólne dla zaburzeń:

- urojenia pojedyncze
- urojenia tworzące cały zespół błędnych i nierealistycznych przekonań o treści :prześladowczej, hipochondrycznej, zazdrości i wielkości
- realizacja błędnych przekonań
- okazjonalnie występują zwiewne omamy

Do tych zaburzeń zalicza się : psychozy typu paranoi, zespół parafrreniczny

Zaburzenia schizofreniczne i urojeniowe to choroby psychiczne =zaburzenia o cechach psychozy

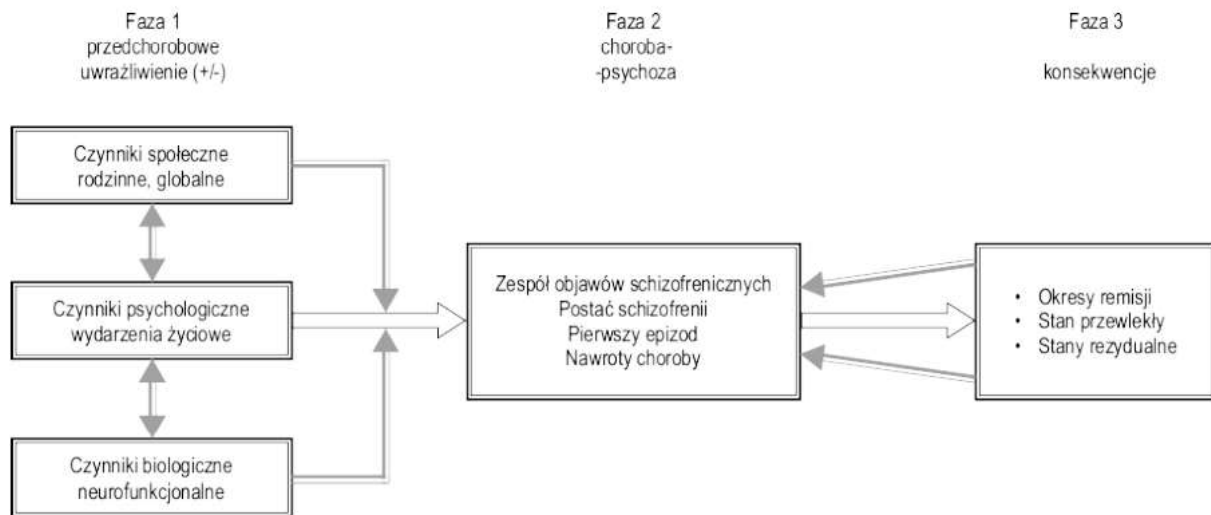
Zaburzenia psychotyczne definiujemy gdy:

1. stany umysłu, emocji i zachowania są zerwane z adaptacyjnymi relacjami z rzeczywistością na skutek błędów w interpretacji (omamy), myśleniu (urojenia), ustosunkowaniu (błędne przekonania) oraz braku możliwości skorygowania tych procesów

2. brak krytycyzmu wobec własnych spostrzeżeń i sądów

3. Psychotyczne zaburzenia schizofreniczne i urojeniowe występują w stanie zachowanej świadomości !!!

16.2.3. Przebieg zaburzeń schizofrenicznych



RYCINA 16.1. Model biopsychospołeczny schizofrenii

Źródło: opracowano na podstawie Ciompi, za: Wciórka 2002, s. 247.

Fazy choroby- nasilenie objawów pozytywnych :

- poprawa całkowita (pełna remisja)
- poprawa częściowa (przebieg choroby długoterminowy w którym wyodrębniono
 - (1)postać ciągłą,
 - (2) postać epizodyczną z postępującym deficytem, kumulacja negatywnych następstw
 - (3) postać epizodyczna – utrzymywanie negatywnych skutków na różnym poziomie
 - (4)pełna remisja po jednym epizodzie
 - (5)posta epizodyczna remitująca gdy po nawrotach obserwuje się minimalne niekorzystne następstwa

Fazy przebiegów schizofrenii i zadania psychologa

-Faza przedchorobowa – analiza czynników choroby ; biologiczne, genetyczne i psychologiczne

-Faza prodromalna – obserwacja zwiastunów choroby (poznawcze i emocjonalne uwrażliwienia) najważniejsza dla psychologa, poprzez wsparcie rodzinne i specjalistyczne ujawnienie się epizodu choroby może zostać powstrzymane

-Faza ostrego epizodu psychotycznego -klinikista uczestniczy w procesie diagnozy jako członek społeczności terapeutycznej oddziału kliniki lub szpitala

Okres Remisji – psycholog włącza formy psychoterapii

16.4. Psychologiczne badania eksperymentalne w schizofrenii

- dziś do badań nad schizofrenią używa się **testów psychometrycznych**
- w schizofrenii istotną rolę odgrywa **trudność w skupieniu uwagi**
- nieefektywnie działający filtr percepcyjny → deficyt wyselekcjonowania danych
- jedną z metod badania uwagi jest **Test Wykreślenia Liter Bourdona** co pozwala wstępnie powiązać cechę charakterystyczną dla schizofrenii zaburzeniem **nadmiernego włączania**

16.4.1. Zaburzenia myślenia w schizofrenii

„Schizofreniczne myślenie” charakteryzuje się

- myślenie za pomocą zbiorów (deficyt abstrakcji negatywnej)
- nadmierne włączanie (overinclusion) (deficyt postrzegania pojęciowych granic, pojęcia stają się bardziej abstrakcyjne i mniej precyzyjne)
- wypaczania pojęć – wypaczanie procesów myślenia wyraża się w zadaniach sortowania gdzie cierpiący na pozytywną postać schizofrenii kierują się cechami nieistotnymi, zbyt abstrakcyjnymi i oderwanymi od rzeczywistości → **przetwarzanie odgórne**

Obniżenie poziomu uogólniania występuje przede wszystkim w zaburzeniach organicznych i w schizofrenii prostej z dominacją objawów negatywnych

16.4.2. Myślenie i emocje w schizofrenii

- wrażliwość emocjonalna
- silne emocje negatywne
- zjawisko anhedonii** – zdolność do przeżywania emocji pozytywnych
- orientacja deskryptywna** – spełnia ważną rolę w neutralizacji silnych emocji, podawanie właściwości postaci i sytuacji zamiast cech emocjonalnych- wycofanie się w wartościowania

? Osoby z pozytywnymi objawami schizofrenii redukują emocje przez poznawczą kontrolę bodźców

? Osoby z objawami negatywnymi wycofują się z oceny i uczestnictwa w tych sytuacjach

-mechanizm inklinacji pozytywnej – mechanizm obronny który osoby chore na schizofrenie stosują aby zaprzeczyć o negatywnej wartości sytuacji i przeinterpretować ją na sytuację pozytywną → prowadzi to do wypaczenia procesów myślenia

Perspektywa pierwszej osoby – jest to metoda klinicznej rozmowy stosowana przez psychologów w której możemy odkryć jaką narrację tworzą pacjenci na temat swojej choroby, jak ją przeżywają, i jak doświadczają

16.5. Koncepcje wyjaśniające mechanizmy zaburzeń schizofrenii

16.5.1. Ujęcie biologiczne

W wyjaśnianiu patogenezy schizofrenii uznaje się koncepcje biochemiczne → **zaburzenia przekąźnictwa dopaminergicznego, serotonergicznego i glutaminergicznego**

- nadczynność dopaminy
- zmieniona dystrybucja receptorów serotoniny w korze czołowej
- osłabiona aktywność glutaminergicznego

-dziedziczność choroby- osoba która ma w rodzinie osobę chorą na schizofrenię ryzyko zachorowania tej osoby jest 10 krotnie razy większe
- geny w schizofrenii - G72, DTNBP1, GRM3, DISC-1
-neurorozwojowa koncepcja – predyspozycje genetyczne i czynniki działające na centralny układ nerwowy w wczesnych okresach życia
-zmiany zanikowe w płatach czołowych
-mniejsza objętość struktur układu limbicznego
-zwiększona objętość komory trzeciej
-zmiany objętości powierzchni skroniowej – deficyt mowy

Dysfunkcja płatów czołowych

- zaburzenie krytycznego odniesienia do własnych doznań
- Halucynacje jako doznania rzeczywiste
- zaburzenia poczucia własnej tożsamości, ciała i myślenia

16.5.2. Koncepcje psychodynamiczne

Jak koncepcja psychoanalityczna wyjaśnia schizofrenie? → zaburzenia funkcji EGO

Freud → wynik głębokiej regresji do oralnej fazy rozwoju libido ze stanu relacji z obiektem w odpowiedzi na silną frustrację i konflikt

- wycofanie kateksji z reprezentacji obiektu
 - obrona ego jest przytłumiona
 - gdy Ego odwraca się od rzeczywistości, następuje zerwanie więzów libidinalnych z obiektami świata rzeczywistego
-

Melanie Klein

- zmienna dla schizofrenii jest fiksacja w fazie oralnej oraz brak różnic między self i obiektem
- sposób funkcjonowania umysłu schizofrenika w najwcześniejszej fazie rozwoju nazwała → **pozycją paranoidalno-schizoidalną**

Pozycja paranoidalno-schizoidalna – obecność lęków o treściach prześladowczych i prymitywnych mechanizmów obronnych :

- 1) rozszczepienie self i obiektu na część idealną i prześladowczą
 - 2) rozszczepienie popędów
 - 3) zaprzeczanie
 - 4) tłumienie emocji
 - 5) identyfikacja projekcyjna leżąca u u podłoża urojeń i halucynacji
-

William Fairbairn

→ u podłoża wszystkich zaburzeń psychicznych leży problem schizoidalnego wycofania się jednostki z relacji ze światem rzeczywistym w którym występuje zagrożenie dla ego.

→ brak podejmowania walki i obrony przed problemami schizoidalnymi

→ schizofrenia kształtuje się w fazie wczesnodziecięcej gdy brak pozytywnej relacji matki z dzieckiem (brak miłości i akceptacji)

Wilfried Bion

→ schizofrenia objawia się u osób u których dominuje psychotyczna część osobowości

→ Należą do niej : 1) przewaga impulsów agresywnych, 2) nienawiść do rzeczywistości wewn. i zewn., 3) lęk przed unicestwieniem, 4) tendencja do tworzenia niedojrzałych relacji z obiektem

- ważna rola mechanizmów obronnych: rozszczepienie dobrych i złych reprezentacji self-obiekt
 - niszczenie ważnych części ego odbywa się za pomocą iluzji
-

Harry Sullivan

- główną przyczyną schizofrenii są popełniane przez matkę błędy w trakcie opieki nad dzieckiem → rozwój zależnionego self (uniemożliwiają zaspakajania potrzeb)
 - z czasem zależnione ego zanika (obniżenie poczucie własnej wartości) i powraca wraz z stanami paniki prowadząc do psychotycznej dezorientacji
-

16.5.3. Teorie rodzinne w wyjaśnianiu zaburzeń psychicznych

Teorie jako przyczyny mogące powodować zaostrzaniu się schizofrenii (lub ją powodować):

- zaburzenia struktury rodziny polegające na zatarciu granic w pełnieniu ról między poszczególnymi jej członkami
- nadmierne uwikłanie, którego przejawem jest wstyępowanie ścisłych zależności między członkami rodziny
- istnienie zakazu wyrażania negatywnych emocji wobec siebie
- izolowanie się od otoczenia
- przekonanie o wrogości świata zewnętrznego
- bezwzględna lojalność członków rodziny wobec siebie

Murray Bowen

- rodzina schizofreniczna – symbiotyczny związek relacji matki z dzieckiem
 - czynnikami ryzyka dla schizofrenii jest : poziom zróżnicowania Ja i procesach projekcji rodzinnej
-

P. Watzlawick, J. Beavin, D. Jackson → podejście komunikacyjne

- przyczynami zaburzeń upatruje się w patogenicznych wzorcach komunikowania się
 - **podwójne wiązanie** – rodzaj zaburzonej komunikacji rodzinnej polegający na nadawaniu sprzecznego wewnętrznie komunikatu którego treść zaprzecza formie przekazu → **kształtowanie się zachowania schizofrenicznego** → utrata przez osobę poszkodowaną zdolności do metakomunikacji
-

Theodor Lidza

- podstawowym czynnikiem patogennym w schizofrenii jest zaburzone środowisko rodzinne za względu na poważny konflikt emocjonalny
- matki w takiej rodzinie są natrętne, mało wrażliwe, dominujące, ograniczające
- ojcowie zaś są niepewni swojej męskości, podejrzliwi
- rodzina chorego nie wypełnia w właściwy sposób roli opiekuńczej i wychowawczej i nie zaspakaja podstawowych potrzeb dziecka
- skutki : zaburzenia mowy i myślenia (powrót do myślenia magicznego)

16.5.4. Podejście fenomenologiczno-egzystencjalne

Podejście fenomenologiczno-egzystencjalne mówi nam że ;

- poznanie człowieka chorego jest możliwe poprzez odtworzenie i analizę jego indywidualnego sposobu percepcji i przeżywania
- analiza fenomenologiczna jako sposób poznawania drugiego człowieka
- 1) opis fenomenologiczny
- 2) analiza kategorialna
- 3) metoda genetyczno-strukturalna

Koncepcja Ludwiga Binswanger – Daseins-analiza

- koncepcja o analizie odnoszących się do subiektywnych doświadczeń schizofrenika
- osoba może egzystować na 4 sposoby: dualny, mnogi, anonimowy, singularny
- schizofrenia jest odzwierciedleniem zachowania równowagi pomiędzy czterema sposobami istnienia w świecie ludzkim
- proces schizofreniczny może być odpowiedzią na zasadniczy problem ludzkiej egzystencji jakim jest obawa przed nieistnieniem
- osoba chora wybiera izolację i ocenia ją jako bezpieczną

16.5.5. Egzystencjalny i godnościowy wymiar przeżywania choroby

Victor Frankl Koncepcja

Zdrowy człowiek – sens osobistego istnienia jak osiągnąć?

- 1) zaangażowanie w świecie – podejmowanie twórczej pracy, doświadczanie dobra, piękna, prawdy
- 2) kontakt z drugim człowiekiem
- 3) zmaganie się z chorobą, niepełnosprawnością, cierpieniem

Podejście egzystencjalne Frankla dot. Schizofrenii

- trudne do rozwiązania dylematy egzystencjalne dot. sensu życia
- nie możemy widzieć jedynie człowieka chorego (podejście uproszczone)
- człowiek jest czymś więcej niż organizmem psychofizycznym
- potencjał rozwojowy człowieka jest zakorzeniony w wymiarze duchowym
- wymiar duchowy dopełnia GODNOŚĆ
- Wymiar godności
 - 1) Godność osobowa (fundament niezmiennej wartości człowieka) – dobro prawne
 - chroni osobę chorą psychicznie przed pozbawieniem statusu osobowego
 - 2) Godność osobowościowa (poczucie godności- samoocena, poczucie własnej wartości)
 - 3) Godność osobista (którą człowiek uzyskuje poprzez wypełnianie roli, stanowiska)

Okoliczności naruszania godności wobec osób chorych psychicznie :

- podejmowanie decyzji z ominięciem jej osobistego stanowiska
- poniżanie ograniczenie jej prywatności
- pogardliwe i lekceważące formy zwracania się do osoby chorej
- stygmatyzację, marginalizację i wykluczanie osoby chorej

16.6. Sposób doświadczania zaburzeń schizofrenicznych

16.6.1. Uciążliwość objawów schizofrenii

- 1) Lęk → wzmożona czujność → ostre ataki paniki → lęk dezintegracyjny

Dwie fazy lęku

A) Poprzedzający zachorowanie (najczęściej w okresie dojrzewania się ujawnia)

- lęk przed niepowodzeniem,porażką, oceną społeczną, nieakceptacją, odrzuceniem
- obniżona aktywność życiowa,
- postawa wycofująca i bierna i lękowa
- niewiara w swoje możliwości

B) Ujawniający się wraz z wybuchem choroby

- halucynacje słuchowe
- wyrazistość, nagłość i aktualność objawów psychotycznych (halucynacje,urojenia)
- napiecie ,niepokój
- depresja, smutek, pustka
- samookaleczanie
- poczucie osamotnienia ma charakter trwały i łączy się z cierpieniem
- rezygnacja z kontaktów społecznych (poczucie zagrożenia,inności, bierność i ambiwalencja uczuć → **postawa autystyczna – która w początkowej fazie choroby może mieć charakter obronny**)
- depersonalizacja i derealizacja – poczucie obcości, nierealności, zmiany siebie i otoczenia, istotą depersonalizacji jest poczucie zmiany mimo że osoba chora nie jest w pełni przekonana o jej prawdziwości a jednak sprawia mu ból i cierpienie

16.6.2. Postawa wobec własnej choroby

Akceptacja własnej choroby jest procesem dynamicznym o złożonej strukturze. Można w niej wyodrębnić następujące komponenty (Mizock, Russinova i Millner, 2014):

- 1. tożsamościowy** (osoba chora ma poczucie własnej tożsamości, niezależnie od objawów chorobowych, spostrzega siebie jako inną ze względu na chorobę, ale to nie obniża jej wartości);
- 2. poznawczy** (łączy się z rozwojem nadziei, świadomości własnej choroby, szukaniem wiedzy na jej temat – kontroli objawów, leczenia, wsparcia, rozpoznania swoich ograniczeń i mocnych stron);
- 3. behawioralny** (podejmowanie działań, aktywność i terapia);
- 4. emocjonalny** (akceptacja własnych emocji, przekraczanie wstydu, tolerancja bólu, poszukiwanie znaczenia choroby i jej sensu w życiu);
- 5. relacyjny** (zachowanie więzi międzyludzkich, otwartość na innych, mówienie o swojej chorobie, otwarcie na pomoc, poczucie akceptacji i integracji społecznej).

16.7. Psychologiczne teorie wyjaśniające konsekwencje schizofrenii w życiu rodzinnym

16.7.1. Obciążenie schizofrenią w rodzinie i radzenie sobie z stresem

Okres zachorowań na schizofrenię – w okresie dorastania, wczesna dorosłość

1) Teoria obciążenia rodziny – wskazuje się w niej konsekwencje chorób psychicznych dla członków rodziny nazywane są – **brzemienia rodziny**

Brzemie rodziny może być analizowane ze względu na:

- doświadczenia w kontakcie z osobą chorą
- sposób oceny opiekuna i jego reakcji na stres

Jest ono wprost proporcjonalne do wymagań związanych z chorobą, jej oceną poznawczą i sposobami radzenia sobie

Hoening i Hamilton BRUM BRUM

1) Brzemie obiektywne

- odnosi się do obserwowalnych kosztów związanych z chorobą
- odnosi się do stawiania wymagań związanych z chorobą
- odnosi się do zakłóceń spowodowanych zachowaniem osoby chorej

2) Brzemie subiektywne

- odnosi się do indywidualnej oceny sytuacji i reakcji emocjonalnej opiekuna
- odnosi się do obciążenia związanego z opieką nad chorym

Brzemie jest zależne od zachowania osoby chorej i od podejmowanych wobec niej działań przez członków rodziny

16.7.3. Teoria odporności rodzinnej

Teoria ta pozwala na ujęcie interakcji rodzinnych, sposobów radzenia sobie i konfrontacji a także procesu adaptacyjnego rodziny do sytuacji związanej z osobą chorą

Proces obejmuje dwie fazy

- 1) przystosowania (wprowadzanie niewielkich zmian w funkcjonowanie rodziny)
- 2) adaptacji (wprowadzanie zmian które są względnie trwałe)

Model adaptacji jest wynikiem wysiłku rodziny podejmowanego w celu zaspokojenia potrzeb każdego z jej członków

W opisie modelu adaptacji wykorzystuje się pojęcia :

- (1) stresory (wydarzenia);
- (2) typologia rodziny;
- (3) zasoby rodzinne;
- (4) ocena sytuacji rodziny;
- (5) rodzinny schemat i znaczenie;
- (6) rozwiązywanie problemów i radzenie sobie z nimi

Adaptacja rodziny do choroby psychicznej wymaga zmian w sposobie jej funkcjonowania – w sposób szczególny dotyczy ról rodzinnych, wartości, priorytetów, zasobów, wsparcia i zrozumienia świata człowieka chorego.

16.7.4 Koncepcja ujawnianych emocji

W tej koncepcji emocjonalna atmosfera rodziny jest opisywana poprzez:

- wrogość,
- krytykę,
- emocjonalne nadużywanie,
- ciepło i uwagi pozytywne

Wrogość w stosunku do chorego to z jednej strony obwinianie go za chorobę, a z drugiej emocjonalne odrzucenie;

Krytyka to uwagi krytyczne na temat chorego zawierające wyraźnie negatywny wydźwięk emocjonalny

Emocjonalne nadużywanie to zachowania nadmiernie ochraniające chorego oraz przesadne zaangażowanie w jego życie

Ciepło to okazywanie troski, empatii oraz przyjaznych uczuć, natomiast uwagi pozytywne to wypowiedzi zawierające pochwałę i aprobatę zachowania

Nadmierny poziom emocji negatywnych lub pozytywnych przyczynia się do wzrostu napięcia, stanowiąc dla chorego sytuację stresową, przekraczającą jego możliwości adaptacyjne i przyczyniającą się do nawrotu choroby

16.7.5. Koncepcja redefiniowania roli rodzicielskiej

Koncepcja redefiniowania roli rodzica (Milliken, 2001) wskazuje na zmiany zachodzące w sposobie określania przez rodziców własnej roli w związku z chorobą dziecka. W procesie tym wyodrębnia się pięć kolejnych faz stawania się rodzicem dorosłego dziecka chorego

1. Pierwsza faza – znajdowania się na marginesie – charakteryzuje się bezradnością rodziców wobec narastających objawów choroby, brakiem informacji na temat choroby i poczuciem stygmatyzacji.

2. Istotą fazy drugiej – ubezwłasnowolnienia rodzica – są nadmierna koncentracja na dziecku w nadziei na poprawę stanu zdrowia oraz unikanie kontaktów towarzyskich często z obawy przed dyskryminacją.

3. Faza trzecia – przyłączenia się do grup osób z podobnymi problemami – charakteryzuje się poszerzeniem wiedzy rodziców na temat choroby oraz reinterpretacją biorcy wsparcia: jest nim nie tylko dziecko chore, lecz także cała rodzina.

4. Faza czwarta – rodzicielskie prawo wyboru – ukazuje możliwość włączania się rodziców w pracę na rzecz osób chorych i ich rodzin, łączy się także z nadzieją poprawy sytuacji życiowej własnej oraz dziecka.

5. W ostatniej, piątej fazie – doceniania wartości własnego życia – istotne stają się dwie kwestie: zabezpieczenia przyszłości dziecka chorego oraz troski o własne zdrowie.

16.8. Społeczne konsekwencje schizofrenii

16.8.1. Naznaczenie społeczne

Stygmat – piętno, naznaczenie społeczne – Erving Goffman

- Określa ono silnie dyskredytującej właściwości, która sprawia, że posiadająca ją osoba jest postrzegana jako odmienna, splamiona, umniejszona, niepełnowartościowa
-osoba ze schizofrenią jest postrzegana w sposób jednostronny z pominięciem jej cech pozytywnych i możliwości rozwojowych

Etapy stygmatyzacji

- (1) etykietowanie dotyczy wyróżnienia i nazywania osób jako obłąkanych, nienormalnych;
- (2) stereotypizacja to przypisywanie określonych negatywnych cech osobom etykietowanym, np. mówienie, że są agresywne, nieprzewidywalne, niezdolne do kierowania swoim postępowaniem;
- (3) oddzielenie jest uznaniem osób chorych na schizofrenię za innych od populacji osób zdrowych czy chorych somatycznie, a także przypisywaniem im zmienionej tożsamości społecznej;
- (4) utrata statusu społecznego znajduje odzwierciedlenie w utracie dotychczasowej pozycji, niemożliwości awansu społecznego;
- (5) dyskryminacja odzwierciedla negatywną postawę społeczną wobec osób chorych, wyrażającą się ich poniżaniem i lekceważeniem

Proces stygmatyzacji może dokonywać się na kilku poziomach równolegle:

- 1. strukturalnym** – niska jakość opieki zdrowotnej, bariery finansowe, biurokracja i złożone procedury prawne, słabe ubezpieczenie zdrowotne, brak systemów wsparcia;
- 2. interpersonalnym** – podważanie kompetencji osoby chorej, dyskryminujące komentarze, wycofywanie osób chorych z kontaktów z innymi ludźmi;
- 3. społecznym** – trudny dostęp do pracy, trudności w utrzymaniu partnerstwa ze współpracownikami, problemy z pracodawcami, osobami zarządzającymi

Stygmatyzacja wpływa negatywnie na proces zdrowienia

- Interakcje osób chorych z otoczeniem wiążą się ze znacznym stresem; z obawy przed dyskryminacją osoba może nie podejmować koniecznego leczenia
- zagrożenie tożsamości osoby chorej wpływa na pojawienie się negatywnych przekonań i emocji
- piętno związane z chorobą modyfikuje jej przebieg i wtórne zyski, do których można zaliczyć funkcjonowanie społeczne i zawodowe
- istnieje wyższe ryzyko wystąpienia problemów psychicznych i fizycznych

