

**KATEDRA PSYCHIATRII  
AKADEMII MEDYCZNEJ IM. K. MARCINKOWSKIEGO  
W POZNANIU**

# **PODSTAWY PSYCHOPATOLOGII**

**MATERIAŁY DYDAKTYCZNE  
DLA STUDENTÓW**

**(do użytku wewnętrznego)**

**OPRACOWANIE: ANDRZEJ RAJEWSKI  
JANUSZ RYBAKOWSKI**

Poznań 1999

# Spis treści

1	Wstęp .....	3
1.1	Charakterystyka przedmiotu.....	3
1.2	Ogólne cele nauczania.....	4
2	Psychopatologia .....	5
2.1	Procesy poznawcze .....	6
2.1.1	Świadomość .....	6
2.1.2	Wrażenia i spostrzeganie .....	10
2.1.3	Pamięć.....	14
2.1.4	Uwaga .....	16
2.1.5	Myślenie.....	17
2.1.6	Intelekt .....	26
2.2	Procesy emocjonalne.....	28
2.3	Procesy motywacyjne .....	31
3	Indeks.....	36

# 1 Wstęp

## 1.1 Charakterystyka przedmiotu

Psychiatria jest dziedziną wiedzy medycznej zajmującą się chorobami psychicznymi i zaburzeniami czynności psychicznych człowieka. Czynności psychiczne są procesami zachodzącymi w ośrodkowym układzie nerwowym, mają one na celu regulację stosunków: jednostka - otoczenie. Ich sprawność działania zależy od biologicznego stanu ośrodkowego układu nerwowego oraz od czynników psychologicznych i społecznych oddziałujących na jednostkę.

Studenci opanowują wiedzę o rozwoju psychicznym człowieka i jego zaburzeniach oraz o neuro-i psychofizjologicznych mechanizmach regulujących zachowanie. Zapoznają się z psychopatologią ogólną, za pomocą której dokonuje się opisu objawów chorobowych oraz z psychopatologią szczegółową: opisem chorób i zaburzeń psychicznych. Zdobywają też wiedzę na temat podstaw leczenia biologicznego, psychoterapeutycznego i rehabilitacji oraz regulacji prawnych chroniących zdrowie psychiczne, a także wiedzę z zakresu psychiatrii sądowej.

Podstawowa wiedza o mechanizmach regulujących zachowanie człowieka, zagrożeniach w ich rozwoju oraz skutkach zaburzeń jest niezbędna lekarzowi ogólnemu - dzięki niej kształtuje on właściwe postępowanie wobec pacjenta i stosuje zasady higieny psychicznej.

Ze względu na rozpowszechnienie chorób i zaburzeń psychicznych (dotykają one ok. 20% populacji) i ich znaczenie społeczne, lekarz ogólny powinien posiadać umiejętność wstępnego rozpoznania zagrożenia i właściwego kierowania chorego, szczególnie w stanach nagłych. Współwystępowanie zaburzeń psychicznych w wielu chorobach somatycznych wymaga także podstawowych umiejętności leczenia od lekarzy innych specjalności niż

psychiatryczna. Lekarz ogólny powinien ponadto znać zasady profilaktyki i ochrony zdrowia psychicznego oraz umieć współpracować ze specjalistyczną opieką psychiatryczną i z psychologami klinicznymi.

Ćwiczenia z psychiatrii odbywają się w Klinice Psychiatrii Dorosłych i w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży; studenci biorą także udział w zajęciach internatowych w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Gnieźnie i w Kościanie oraz w poradniach zdrowia psychicznego i w poradni przeciwalkoholowej.

## **1.2 Ogólne cele nauczania**

*Po zakończeniu studiowania „Psychiatrii” student powinien:*

1. Posiadać wiedzę o podstawowych fazach rozwoju psychicznego człowieka oraz o mechanizmach biologicznych i psychologiczno-społecznych regulujących zachowanie
2. Znać pojęcia z zakresu psychopatologii ogólnej oraz posiadać wiedzę o najczęściej występujących chorobach i zaburzeniach psychicznych
3. Rozpoznawać podstawowe objawy jakościowych i ilościowych zaburzeń psychicznych; orientować się co do zaburzeń psychicznych występujących w przebiegu chorób somatycznych i wpływu stanu psychicznego na przebieg chorób somatycznych
4. Znać podstawowe zasady leczenia farmakologicznego i postępowania psychoterapeutycznego w chorobach i zaburzeniach psychicznych
5. Znać zasady organizacji ochrony zdrowia psychicznego i podstawowe akty prawne regulujące tę ochronę
6. Udzielić porad dotyczących profilaktyki zdrowia psychicznego
7. Umieć postępować w przypadku stanów nagłych wynikających z zaburzeń psychicznych

## 2 Psychopatologia

Istotą procesów biologicznych jest ich celowy i zorganizowany charakter. Procesy psychiczne są pochodnymi procesów biologicznych zachodzących w ośrodkowym układzie nerwowym. Celowość i organizacja nadaje im charakter czynności. Czynności psychiczne człowieka mają na celu regulację jego stosunków z otoczeniem. Wyrazem tego jest zachowanie i działanie. Regulacja stosunków z otoczeniem dąży do utrzymania stanu homeostazy. Ważną rolę w jej utrzymaniu odgrywa uczenie się zachowań w warunkach społecznych.

Czynności psychiczne zabezpieczające sprawność regulacji stosunków jednostka-otoczenie można podzielić na trzy grupy:

1. Procesy poznawcze - zabezpieczające orientację w otoczeniu i sprawność działania. Obejmują one:
  - a. świadomość
  - b. wrażenia i spostrzeżenia
  - c. pamięć
  - d. uwagę
  - e. myślenie
  - f. intelekt
2. Procesy motywacyjne - wyznaczające kierunek i cel działania
3. Procesy emocjonalne - zabezpieczające dynamikę działania

## 2.1 Procesy poznawcze

### 2.1.1 Świadomość

Świadomość jest to optymalny stan aktywacji ośrodkowego układu nerwowego umożliwiający samorientację i orientację w otoczeniu. Samorientacja to zdolność rozpoznania własnych procesów psychicznych - introspekcja umożliwiająca samokontrolę i plastyczną zmianę zachowania. Neuroanatomicznym podłożem świadomości jest układ siatkowaty składający się z części zstępującej i wstępującej oraz współpracujący z nim układ limbiczny. Wstępną ocenę stanu świadomości przeprowadza się poprzez pytania o orientację w czasie, otoczeniu oraz co do własnej osoby.

#### Zaburzenia świadomości

Dzielimy je na:

- a. ilościowe
- b. jakościowe

Obydwa rodzaje zawierają następujące cechy wspólne:

- różnie nasilone cechy dezorientacji
- izolację od realnej rzeczywistości wyrażoną poprzez fragmentaryczne spostrze-
- ganie otoczenia oraz trudności w skupieniu uwagi
- utrudnienie toku myślenia poprzez różnego stopnia splątanie toku myślenia
- zaburzenia procesu pamięci

#### A. Ilościowe zaburzenia świadomości

Polegają one na stopniowym ilościowym nasileniu wymienionych wyżej zaburzeń. W zależności od ich nasilenia wyodrębniamy:

1. przymglenie świadomości (obnubilatio) - z zachowanym kontaktem słownym i możliwością uzyskania prostych odpowiedzi, niepełną orientacją w czasie, niemożnością spostrzegania złożonych związków, lekką inkoherencją myślenia.
2. senność (somnoletio) - znacznie utrudniony kontakt słowny, odpowiedzi po wielokrotnym pytaniu z wyraźną inkoherencją myślenia.
3. półśpiączka (sopor) - brak reakcji na słowa, zachowana reakcja na ból.
4. śpiączka (coma) - brak reakcji na bodźce słowne i bólowe ze stopniowym zanikaniem odruchów

## B. Jakościowe zmiany świadomości

W ramach jakościowych zaburzeń świadomości wyodrębniamy następujące zespoły objawów:

### 1. zespół majaczeniowy (delirijny)

Zespół ten występuje w przebiegu działania środków toksycznych zewnątrzpochodnych (np. alkohol) lub wewnątrzpochodnych (np. bakteryjnych powodujących wysoką temperaturę).

Charakteryzuje się następującymi objawami:

- dezorientacją w czasie, a przy znacznym nasileniu, także w otoczeniu
- zaburzeniami spostrzegania pod postacią iluzji oraz prawdziwych omamów. Omamy mają zwykle charakter sceniczny, tzn. chory reaguje na nie jak widz. Omamy nasilają się w miarę pogarszania warunków spostrzegania (np. o zmroku, w ciemności)
- zaburzeniami toku myślenia pod postacią inkoherencji utrudniającej kontakt. Mogą wystąpić także zaburzenia treści myślenia pod postacią urojeń konkretno-obrazowych będących zwykle urojeniową interpretacją treści wynikających z

zaburzeń spostrzegania.

- nastroju zmiennego zależnego od treści omamowych, często lękowego z drażliwością (dysforyczny)
- sferą ruchową wyrażającą niepokój z możliwością zachowań agresywnych będących odpowiedzią na psychotyczne doznania omamowe
- pamięć - występuje częściowa amnezja z zachowaniem fragmentów wspomnień  
przeżyć chorobowych

## 2. zespół snopodobny (onejroidalny)

Przyczyny występowania tego zespołu są podobne, jak w przypadku zespołu majaczeniowego. Występuje on jednak znacznie rzadziej. Charakteryzuje się następującymi objawami:

- dezorientacją w czasie i otoczeniu
- zaburzeniami spostrzegania pod postacią złożonych omamów prawdziwych w stosunku do których chory stara się reagować czynnie. Treści omamów są zwykle rozbudowane np. bitwy, podróże, loty kosmiczne, a chory zachowuje się tak jakby brał w nich udział.
- zaburzeniami myślenia pod postacią inkoherencji oraz urojeń głównie konkret-  
no-obrazowych odzwierciedlających treści omamów
- zmiennym nastrojem, od lęku do radości i zachwyty w zależności od treści omamów
- z zakresu sfery ruchowej - mogą występować ruchy wyrażające treść omamów,  
niepokój ruchowy lub stupor



- zaburzeniami pamięci pod postacią częściowej amnezji zwykle o większym zakresie niż w zespole majaczeniowym

### 3. zespół zamroczeniowy (obnubilacyjny)

Najczęściej występuje w przebiegu padaczki, przed lub po napadzie. Czynnikiem prowokującym wystąpienie tego zespołu może być alkohol lub inny środek toksyczny. Zespół ten występuje w kilku odmianach. Charakteryzuje się następującymi objawami:

- całkowitą dezorientacją lub zawężeniem pola świadomości
- możliwością wystąpienia iluzji i omamów
- zaburzeniami toku myślenia różnego stopnia, a niekiedy tylko dyskretnej inkohereencji. Urojenia są raczej skąpe, konkretno-obrazowe.
- nastrój zależny od treści przeżyć psychotycznych
- sfera ruchowa jest zaburzona w różnym stopniu. Może występować pozorna zborność (zamroczenia jasne) lub bezładny niepokój ruchowy
- zaburzeniami pamięci pod postacią amnezji całkowitej

Odmiany tego zespołu to: zamroczenie jasne (z pozorną zbornością zachowania, np. w popędzie wędrowczym), sennowłódstwo, fuga - nagłe bezładne zachowania ucieczkowe.

### 4. zespół splątaniowy (amentywny)

Jest to zespół zaburzeń świadomości towarzyszący ciężkim stanom somatycznym w przebiegu chorób wewnętrznych lub organicznego uszkodzenia mózgu. Charakteryzuje się następującymi objawami:

- głęboką dezorientacją w czasie i miejscu, a także co do osób z otoczenia i własnej osoby
- zaburzeniami toku myślenia pod postacią silnej inkohereencji (splątania myśle-

nia)

- niepokojem ruchowym, zwykle o charakterze manipulacyjnym lub pod postacią

jaktacji (stereotypowych ruchów skubania, drapania, darcia). Rodzaj niepokoju ruchowego determinowany jest wydolnością fizyczną w przebiegu ciężkiej cho-

roby somatycznej.

- zaburzeniami pamięci pod postacią niepamięci całkowitej

Objawy psychotyczne, takie jak omamy i urojenia są trudne do stwierdzenia z powodu znacznie ograniczonego kontaktu z chorym. Na to, że mogą one występować wskazuje czasami zachowanie chorego.

## **2.1.2 Wrażenia i spostrzeganie**

### Wrażenia

Odzwierciedlają pojedyncze procesy przedmiotów i zjawisk. Jest to najprostsza informacja o działającym aktualnie bodźcu. Z odbiorem wrażeń wiąże się zjawisko adaptacji, tzn. zmiany wrażliwości na powtarzające się bodźce. Zaburzenia odbioru wrażeń to sensopatie. Zaliczamy do nich następujące objawy:

1. Nadwrażliwość (Hiperestezja) - jest to nadmierna reaktywność na wszystkie, nawet słabe bodźce. Objaw ten spotyka się w zespole neurastenicznym po zatruciach, w początkowych stadiach psychoz.

2. Zmniejszenie wrażliwości (Hipoestezje) - jest to zmniejszenie intensywności odbieranych bodźców. Objaw ten spotykamy w zespołach depresyjnych i otepiennych.

3. Cenestopatie - są to doznania płynące ze skóry lub narządów wewnętrznych, o zmiennej lokalizacji pod postacią: np. mrowień, pieczenia, kłucia, drętwienia lub ucisków. Objaw ten spotykamy w zespołach depresyjnych (depresji hipochondrycznej), schizofrenii a także w zespole neurastenicznym.

### Spostrzeganie

Jest to całościowe odzwierciedlenie zorganizowanego zespołu cech przedmiotów i zjawisk działających na receptory. Spostrzeganie stanowi podstawę procesów poznawczych, a jego treść zależy od wiedzy, doświadczenia i stanu emocjonalnego (apercepcja), a także sprawności układów receptorowych.

#### Zaburzenia spostrzegania dzielimy na:

1. Złudzenia - iluzje
2. Omamy - halucynacje
3. Zaburzenia psychosensoryczne

ad. 1. Złudzenie (iluzja) jest to fałszywe spostrzeżenie istniejącego przedmiotu lub zjawiska. Mamy wówczas do czynienia z nieprawidłową klasyfikacją prawidłowo odebranego bodźca. Złudzenia mogą powstać pod wpływem: emocji (np. strachu), na skutek zakłóconych warunków spostrzegania (np. o zmroku, w stanie zaburzonej świadomości). Złudzenia nie muszą być objawem zaburzeń psychicznych jeśli są korygowane po ustąpieniu czynników pogarszających warunki spostrzegania. Szczególnym rodzajem złudzeń są paraidolie. Jest to spostrzeganie w kształtach obłoków, wzorów tapet, nieregularnych plam, konkretnych postaci lub obrazów.

ad. 2. Omamy (halucynacje) - jest to spostrzeganie nieistniejących przedmiotów i zjawisk. Kryteria rozpoznania omamów według Kurta Schneidera są następujące:

- a. Omamy muszą być przeżyciami zmysłowymi, a nie myślowo-wyobrażeniowymi i mieć wartość realnych spostrzeżeń, niezależnych od woli chorego.
- b. Brak przedmiotu lub zjawiska powinien być stwierdzony przez badającego.
- c. Objaw powinien być powtarzalny.
- d. Należy uwzględnić jedynie jednoznaczne plastyczne i wielokrotne wypowiedzi chorych.

Omamy dzielimy według:

1. struktury - na proste (np. błyski, trzaski) oraz złożone (przedmioty, sytuacje, sceny)
2. projekcji zmysłowej - omamy słuchowe (najczęstsze), wzrokowe, czuciowe, smakowe, węchowe, interoceptywne (ustrojowe)
3. formy.

Omamy prawdziwe utożsamiane z realną rzeczywistością, zwykle żywe, jaskrawe, rzutowane w zewnętrzną przestrzeń. Ten typ omamów spotykamy w schorzeniach na podłożu egzogennym.

Omamy rzekome (pseudohalucynacje) różnią się od prawdziwych tym, że nie są utożsamiane z realną rzeczywistością. Podobnie jak w przypadku omamów prawdziwych chory wierzy w nie, ale uważa, że powstają one w wyniku działania niezwykłych sił i zjawisk, a od realnej rzeczywistości potrafi je oddzielić. Omamy te rzutowane są w wewnętrzną przestrzeń zmysłową (głosy w głowie, obrazy w oczach). Omamy rzekome spotykamy głównie w schizofrenii. Rozróżnienie omamów prawdziwych i rzekomych może być trudne szczególnie w psychozach u dzieci i młodzieży. Stąd podział ten

przyjęty jest głównie w psychiatrii europejskiej, a nie jest obowiązujący w Stanach Zjednoczonych. Omamy mogą być także zależne od warunków występowania. Spotyka się omamy psychogenne (katatymiczne) symbolicznie odzwierciedlające przeżycia emocjonalne - osoba widzi wówczas to czego pragnie lub czego się lęka. Tego typu omamy mogą występować w zespołach dysocjacyjnych. Omamy mogą wystąpić także w trakcie zasypiania (omamy hypnagogiczne), lub w trakcie budzenia się (omamy hypnopompiczne).

Ad. 3. Zaburzenia psychosensoryczne. Są to zaburzenia syntezy zmysłowej dotyczące złożonego procesu spostrzegania takich zjawisk, jak poczucie czasu, przestrzeni i schematu ciała.

- a. Zaburzenia procesu czasu. Dotyczą zjawiska nieprawidłowej oceny wpływającego czasu (zwolnienie lub przyspieszenie upływu czasu). Nosi ono nazwę dyschronozji. Spotykane jest w uszkodzeniach czynności lub struktury płatów skroniowych.
- b. Zaburzenia spostrzegania przestrzeni, spotykane także najczęściej w patologii płatów skroniowych mózgu. Objaw ten polega na zmianie odległości, wielkości, kształtu i perspektywy przedmiotów i otaczającej ich przestrzeni.
- c. Zaburzenia schematu ciała. Objaw ten polega na spostrzeganiu zniekształcenia, zmiany wielkości lub proporcji ciała. Spotykany jest w przypadku patologii płatów skroniowych mózgu.

Odrębnym objawem jest zjawisko dysmorfofobii spotykane w przebiegu schizofrenii. Objaw ten polega na spostrzeganiu zniekształcenia twarzy lub innej części ciała chorego z towarzyszącym temu lękiem i przekonaniem, że podobny wstręt i lęk budzi to w otoczeniu.

Objawami z pogranicza zaburzeń psychosensorycznych oraz zaburzeń pamięci są:

deja vu lub deja vecu - przedmiot lub sytuacja spotykana pierwszy raz wydaje się znajoma. jamais vu lub jamais vecu - przedmiot lub sytuacja dobrze znana wydaje się spostrzegana lub przeżywana pierwszy raz.

### Zespół halucynacyjny (halucynoza)

Podstawowym objawem tego zespołu są omamy prawdziwe, najczęściej słuchowe występujące w trzeciej osobie pod postacią uporczywych komentarzy, wyzwisk, gróźb pod adresem chorego. W przypadku omamów wzrokowych mogą to być uporczywie powtarzające się postacie lub obrazy.

Świadomość jest niezaburzona, pamięć zachowana. Może występować lęk i niepokój ruchowy pod wpływem treści omamowych.

Nastrój z reguły obniżony z cechami drażliwości i zniecierpliwienia.

Zespół halucynacyjny może mieć charakter ostry lub przewlekły. Występuje najczęściej u osób zażywających przewlekłe środki toksyczne, np. alkohol.

### **2.1.3 Pamięć**

Jest to utrwalanie, przechowywanie, rozpoznawanie i odtwarzanie treści doznanych uprzednio spostrzeżeń, myśli, emocji oraz dokonanych czynności ruchowych.

W procesie pamięci wyróżniamy następujące etapy:

1. Zapamiętywanie - może mieć charakter mimowolny (mechaniczny), lub celowy (logiczny).
2. Przechowywanie - składa się z dwóch faz: konsolidacji śladu pamięciowego (do 1 godziny), oraz zacierania śladu (zapominania).

3. Odtwarzanie polega na przypominaniu śladu pamięciowego poprzez rozpoznawanie (gdy zadziała bodziec uprzednio spostrzegany) lub reprodukcję (bez zadziałania bodźca).

Zjawisko zapominania w trakcie długotrwałego przechowywania śladu pamięciowego wiąże się z następującymi prawidłowościami:

- a. najpierw zanikają ostatnio nabyte ślady pamięciowe (prawo Ribot'a)
- b. nowe ślady pamięciowe powodują zacieranie starych
- c. stare ślady pamięciowe utrudniają przyswajanie nowych
- d. silne emocje np. lęk mogą powodować wyparcie śladu pamięciowego

**Wyobrażenie:** jest to złożony proces pamięciowo-myślowy polegający na odzwierciedleniu w myśli często w sposób zmieniony przez towarzyszące emocje różnych śladów pamięciowych.

### **Cechy pamięci:**

- a. szybkość zapamiętywania - liczba powtórzeń potrzebna do utrwalenia śladu
- b. zakres pamięci - ilość zapamiętanych śladów po jednorazowym spostrzeżeniu
- c. wierność pamięci - zgodność odtwarzanych śladów z zapamiętanymi
- d. trwałość pamięci - czas przechowywania śladów pamięciowych
- e. gotowość pamięci - szybkość i łatwość przypominania

### **Zaburzenia pamięci**

Mogą mieć charakter ilościowy i jakościowy

Do ilościowych zaburzeń zaliczamy:

1. Hipermnezja - nadczynność pamięci. Jest to mechaniczna nadczynność pamięci polegająca na nadmiernym zapamiętywaniu szczegółów, występująca w zespole maniakalnym, niekiedy w zespole paranoicznym lub pod wpływem emocji

2. Hipomnezja - osłabienie pamięci. Może mieć charakter czynnościowy (np. pod wpływem silnych emocji, szczególnie lęku, następuje dezorganizacja przypominania) lub organiczny, gdy pod wpływem zatruc, urazów, zmian zwyrodnieniowych, niedokrwienia mózgu zakłócone jest zapamiętywanie, jak i przechowywanie i przypominanie.
3. Amnezja - niepamięć zupełna. Polega na całkowitym wymazaniu z pamięci określonej grupy wspomnień. Może mieć charakter czynnościowy i organiczny. Niepamięć czynnościowa polega na wyparciu szczególnie przykrych wspomnień. Organiczna występuje najczęściej po urazach i może obejmować okres poprzedzający (amnesia retrogarda - wsteczna), lub okres po wystąpieniu urazu (amnesia anterogarda - następcza)

Zaburzenia jakościowe pamięci nazywamy **paramnezjami**

Paramnezje to:

- a. Złudzenia pamięciowe - zniekształcone pod wpływem emocji (strachu, zazdrości, nienawiści) wspomnienia rzeczywistych faktów.
- b. Omamy pamięciowe - rozpoznajemy gdy chory jest przekonany o realności wspomnień dotyczących nieistniejących w przeszłości faktów.
- c. Konfabulacje są to nierealne, często fantastyczne lub naiwne wymysły, którymi chorzy zapełniają luki pamięciowe, np. w zespole Korsakowa
- d. Kryptomnezje, gdy wspomnienia utraciły cechę powtórności i wydają się nowe (np. nieświadome zapożyczenia i plagiaty)
- e. Ekmnezje - mieszanie przeszłości z terażniejszością

#### **2.1.4 Uwaga**



Jest to proces psychiczny decydujący o wybiórczości zachowania poprzez selekcjonowanie i blokowanie bodźców. Uwaga pozwala na utrzymywanie ukierunkowanej aktywności.

Uwaga może być mimowolna i celowa. Posiada ona następujące cechy:

1. Trwałość - utrzymywanie koncentracji na jednej podniecie
2. Zakres - ilość bodźców, które można objąć percepcją w danym momencie
3. Podzielność - zdolność percepcji kilku bodźców na raz i wykonywania kilku czynności
4. Przerzutność - zdolność przenoszenia uwagi z bodźca na bodziec

### Zaburzenia uwagi

Związane są z nieprawidłową czynnością cech uwagi

1. Nadmierna trwałość uwagi - lepkość, występująca w padaczce lub uszkodzeniach o.u.n.
  2. Zmniejszenie zakresu uwagi - występuje w uszkodzeniach o.u.n., zespołach otępiennych, depresyjnych
  3. Nadmierna przerzutność uwagi - spotyka się w zespole maniakałnym.
- Obniżenie trwałości uwagi - występuje w zespołach otępiennych, niedorozwojach umysłowych dzieci z deficytem uwagi w zespole neurastenicznym.

### **2.1.5 Myślenie**

Myślenie jest procesem psychicznym polegającym na odzwierciedleniu stosunków pomiędzy elementami otaczającej nas rzeczywistości. Za pomocą tego procesu możemy wytwarzać nowe pojęcia i rozwiązywać problemy z zastosowaniem posiadanej wiedzy.

Myślenie może mieć charakter konkretno-obrazowy - odzwierciedla ono wówczas stosunki między konkretnymi spostrzeżeniami lub wyobrażeniami, lub

abstrakcyjny - odzwierciedlający stosunki w otaczającym świecie w oderwaniu od konkretnych spostrzeżeń z zastosowaniem wiedzy pojęciowej. Ponadto wyodrębnić można myślenie intuicyjne, w którym relacje w otaczającym świecie odzwierciedlane są z pominięciem logicznych operacji myślowych, a w oparciu o doświadczenia emocjonalne.

Myślenie abstrakcyjne wiąże się ze stosowaniem operacji myślowych, dzięki którym tworzymy nowe pojęcia.

Do operacji myślowych zaliczamy: analizę (rozkład elementów cech i relacji), syntezę (połączenie elementów cech i relacji), porównywanie (odnajdywanie różnic i podobieństw), abstrahowanie (wyodrębnianie cech istotnych z pominięciem nieistotnych), uogólnianie (łączenie cech istotnych z pominięciem nieistotnych) oraz wnioskowanie (wprowadzanie jednych twierdzeń i sądów z innych).

Wytworzone pojęcia skojarzone są ze słowami, czyli społecznie ustalonymi umownymi znakami wyrażającymi treść - znaczenie pojęć.

## **Zaburzenia myślenia**

Dzielimy je na:

- I. Zaburzenia toku myślenia
- II. Zaburzenia treści myślenia

### I. Zaburzenia toku myślenia (formalne zaburzenia myślenia)

1. Spowolnienie toku myślenia - ubogie, skąpe skojarzenia, rozwlekłość, monoideizm). Zaburzenie obecne w zespołach na podłożu organicznego uszkodzenia o.u.n., depresji.
2. Zahamowanie toku myślenia - niemożność rozpoczęcia lub dalszego kontynuowania procesu myślenia (pustka w głowie). Występuje w zespołach depresyjnych, lękowych.

3. Przyspieszenie toku myślenia - liczne bogate skojarzenia, często powierzchowne, przeskakiwanie z tematu na temat mogące prowadzić do gonitwy myśli i słowotoku (logorrhoea). Występuje w zespołach maniakalnych, schizofrenii).
4. Persewacje - powtarzanie tych samych słów lub zdań jako odpowiedzi na różne pytania. Objaw występuje w organicznych uszkodzeniach o.u.n.
5. Myślenie paralogiczne - występuje brak logicznego następstwa myśli, często z wyprowadzaniem absurdalnych wniosków. Myślenie paralogiczne może łączyć się z synkretyzmem (niedostrzeganiem sprzeczności i logicznym sprzężaniem wykluczających się tez). Objaw ten występuje w schizofrenii.
6. Myślenie rezonerskie - formalnie poprawne wypowiedzi, z których nic nie wynika, pustosłowie, bezpłodny werbalizm. Występuje w schizofrenii.
7. Myślenie magiczne - jest łączeniem spostrzeżeń i wyobrażeń na podstawie wspólnoty emocjonalnej. Występuje w schizofrenii.
8. Myślenie symboliczne - nadawanie poszczególnym przedmiotom lub zjawiskom szczególnego znaczenia. Występuje w schizofrenii, a także w pierwotnych kulturach i u dzieci do 7 r. życia.
9. Rozkojarzenie myślenia - polega na braku lub osłabieniu związków pomiędzy poszczególnymi elementami zdania, prowadząc do chaotycznego ich następstwa. Może prowadzić do schizofazji (sałatki słownej). Objaw ten występuje w schizofrenii.
10. Splątanie myślenia (inkoherencja myślenia) - porozrywanie związków myślowych w stanie zaburzonej świadomości.
11. Otamowanie myślenia - nagłe zablokowanie toku myśli. Występuje w schizofrenii.

Na pograniczu, pomiędzy zaburzeniami toku i treści myślenia, można sklasyfikować występujące w schizofrenii tzw. omamy psychiczne polegające na nasyłaniu lub odbieraniu myśli przez otoczenie, echo myśli oraz napór myśli

(mantyzm) określający natłok często przerażających i szybko zmieniających się myśli niezależnie od woli chorego.

## II. Zaburzenia treści myślenia

Zaburzenia treści myślenia związane są silnie z życiem emocjonalnym człowieka. Dzielimy je na trzy podstawowe grupy:

1. Myśli nadwartościowe - powstają pod wpływem silnych emocji i stanowią ośnowę życia psychicznego i podstawowy czynnik ukierunkowujący zachowanie. Zwykle są silnie związane z cechami osobowości. Przykładem ich może być całkowite poświęcenie się ideom politycznym lub religijnym. Myśli nadwartościowe nie muszą być objawem psychopatologicznym. Mogą jednak zakłócać funkcjonowanie innych osób, a także przekształcać się we wtórne urojenia.
2. Myśli natrętne (obsesje) - są to uporczywie powtarzające się myśli, narzucające się z uczuciem subiektywnego przymusu. Myśli te są izolowane od innych przeżyć psychicznych, a ich treść jest sprzeczna lub wręcz odwrotna w stosunku do przekonań i systemu wartości chorego. W związku z tym są one traktowane jako obce, niedorzeczne i chorobliwe, często budzące lęk. Jednak im pacjent bardziej stara się ich unikać, tym silniej go one atakują. Myśli natrętne wchodzi w skład zespołów obsesyjno-kompulsywnych. Obok myśli natrętnych występują także tzw. natręstwa organiczne charakteryzujące się banalną treścią i słabym zabarwieniem emocjonalnym. Zwykle są wyrazem kompensacji przykro odczuwanej pustki wewnętrznej.
3. Urojenia - są to sądy i przekonania wyrażające błędną treść, sprzeczną z obiektywną rzeczywistością. Wypowiadane są wbrew dotychczasowemu doświadczeniu życiowemu. Chorzy są głęboko przekonani o ich słuszności. Sądy te nie podlegają korekcji za pomocą perswazji lub oddziaływań psychoterapeutycznych.

## Urojenia dzielimy według formy poznania i treści urojeń

### Podział według formy poznania:

- Urojenia konkretno-obrazowe - powstają w wyniku fałszywej interpretacji prawidłowego lub zaburzonego procesu spostrzegania. Zwykle są nieusystematyzowane lub usystematyzowane w niewielkim stopniu, mają charakter fragmentaryczny. Najczęściej spotykamy je w egzogennych zaburzeniach psychicznych, np. w stanach jakościowych zaburzeń świadomości.
- Urojenia abstrakcyjne - powstają w oparciu o operacje pojęciowe, oderwane od konkretnych spostrzeżeń. Zwykle są usystematyzowane, mogą tworzyć logiczną całość. Najczęściej spotykamy je w zespołach paranoicznych i parafrenicznych.
- Urojenia intuicyjne według Kurta Schneidera - powstają bez żadnej przyczyny zewnętrznej w postaci nagle pojawiającego się gotowego sądu lub przekonania. Określane również jako pomysł urojeniowy. K. Schneider wyodrębnił również tzw. spostrzeżenie urojeniowe. Jest to rzeczywiste spostrzeżenie, któremu chory przypisuje szczególne znaczenie bez zrozumiałych emocjonalnych lub racjonalnych powodów. Objaw ten może pojawiać się w okresie prodromalnym schizofrenii.

### Podział urojeń według treści:

- Urojenia wielkościowe - wyrażają przekonanie chorego o jego niezwykłych ponadprzeciętnych możliwościach, znaczeniu, stanowisku, bogactwie i wiedzy. Chorzy są przekonani o wielkiej sile fizycznej, zdrowiu, zdolności wpływania na znaczące wydarzenia. Urojenia te spotykamy w zespole maniakalnym, rzadziej w paranoi lub schizofrenii.

■ Urojenia depresyjne - wyrażają negatywny stosunek chorego do samego siebie z jednoznacznym przypisywaniem sobie winy. Treść urojeń depresyjnych wiąże się z podstawowymi lękami człowieka dotyczącymi oceny moralnej (zbawienia duszy), zapewnienia bytu materialnego oraz zdrowia. W związku z tym urojenia depresyjne wyrażają się jako:

- a. urojenia winy, grzeszności, małowartościowości
- b. urojenia utraty wartości materialnej, ruiny, ubóstwa, nędzy, niedostatku lub czekającej katastrofy
- c. urojenia hipochondryczne związane z poczuciem utraty zdrowia, nieuleczalnej choroby

Urojenia depresyjne spotykamy w zespołach depresyjnych różnego pochodzenia. Mogą one być powodem tendencji samobójczych.

■ Urojenia prześladowcze - wyrażają przekonanie chorego o zagrożeniu ze strony otoczenia, które w różny sposób działają na jego szkodę. W urojeniach tych chory jest ofiarą, a winni są inni. Urojenia te należą do najczęściej spotykanych. Poprzedzone są często urojeniami ksobnymi (odnoszenia), w których chory odnosi do siebie przypadkowe rozmowy, spojrzenia, zwykłe naturalne zachowania i przypisuje im szczególne znaczenie. Urojenia prześladowcze mogą być powodem czynnego występowania przeciwko prześladowcom i prowadzić do konfliktów z prawem. Urojenia prześladowcze spotykamy w zespołach paranoicznych, parafrenicznych i paranooidalnych różnego pochodzenia.

Blisko urojeń prześladowczych można sklasyfikować urojenia oddziaływania (ktoś z zewnątrz lub jakieś zjawisko wpływa na myśli, podsuwa je, kieruje działaniem) i urojenia owładnięcia (cały organizm jest opanowany przez jakąś siłę lub innego człowieka).

Urojenia oddziaływania i owładnięcia wchodzą w skład zespołu automatyzmu psychicznego (Kandinskiego-Clerambaulta) i spotykamy je w przebiegu schizofreni.

## **Zespoły z dominującymi zaburzeniami myślenia**

### Zespół paranoiczny

Podstawowym objawem są zwykle silnie usystematyzowane urojenia abstrakcyjne lub interpretacyjne. Tworzą one zwartą logiczną całość. Towarzyszące emocje są adekwatne i mocno związane z treścią urojeń. Z treści tych wynikają też konsekwentnie podejmowane przez chorych działania. Nie stwierdza się zaburzeń spostrzegania. Zespół ten może rozwijać się na podłożu zaburzonej osobowości (osobowość paranoiczna).

Zespół paranoiczny może mieć charakter wtórny, gdy treść urojeń powiązana jest z psychologicznie zrozumiałą trudną sytuacją z przeszłości, lub pierwotny.

Ze względu na treść urojeń najczęściej spotykane zespoły paranoiczne to:

- paranoja zazdrości (invidiva) - częsta w zespole zależności alkoholowej
- paranoja pieniacza (querulatoria)
- paranoja prześladowcza (persecutoria)
- paranoja reformatorska (reformatoria)
- paranoja wynalazcza (inventoria)

Treści paranoiczne mogą być przyjmowane bezkrytycznie przez osoby blisko związane emocjonalnie z chorym. Stan taki nazywamy paranoją udzieloną lub indukowaną.

### Zespół parafreniczny

Zespół ten charakteryzuje się:

- urojeniami, głównie interpretacyjnymi, dobrze usystematyzowanymi, chociaż w mniejszym stopniu niż w przypadku zespołu paranoicznego. Urojenia te mają treści ksobne i prześladowcze.
  - zaburzeniami spostrzegania pod postacią omamów prawdziwych, najczęściej słuchowych, ale mogą występować omamy pochodzące z innych zmysłów (np. węchowe, czuciowe, rzadziej wzrokowe lub smakowe).
  - emocje i działanie dostosowane są do zaburzeń spostrzegania i treści urojeń.
- Zespół ten występuje częściej u kobiet po okresie involucji. Istotnym czynnikiem dla wystąpienia zachorowania jest deprivacja społeczna (osoby samotne).

### Zespół paranooidalny

Zespół ten charakteryzuje się:

- urojeniami abstrakcyjnymi i konkretno-obrazowymi o treści prześladowczej, ksobnej, czasem wielkościowej. Urojenia te są słabo usystematyzowane, nielogiczne, dziwaczne.
- omamami rzekomymi (pseudohalucynacje)
- zaburzeniami toku myślenia pod postacią myślenia paralogicznego, rezonerskiego, magicznego, symbolicznego aż do rozkojarzenia włącznie.
- emocje są często niedostosowane z cechami paratymii, paramimii, sztywności emocjonalnej
- zachowanie będące wyrazem przeżywanych treści psychotycznych wydaje się dziwaczne.

Odmianą zespołu paranooidalnego jest zespół automatyzmu psychicznego (Kandinskiego-Clerambaulta).

Polega on na dołączeniu do objawów zespołu paranooidalnego automatyzmów psychicznych. Polegają one na poczuciu owładnięcia i kierowania pacjentem przez inną osobę lub siłę (urojenia owładnięcia i oddziaływania).



Wyodrębniamy trzy typy automatyzmów psychicznych:

- a. automatyzm asocjacyjny - dotyczy wpływu na tok i treść myślenia poprzez nasyłanie, odciąganie, ugłaśnianie myśli
- b. automatyzm kinestetyczny - polega na kierowaniu ruchami chorego i jego działaniem
- c. automatyzm cenestopatyczny - polega na oddziaływaniu na narządy wewnętrzne chorego.

Zespół paranoidalny spotykamy w przebiegu schizofrenii. Elementy tego zespołu mogą wystąpić także w przebiegu innych psychoz egzogennych, np. po środkach psychodysleptycznych.

## 2.1.6 Intelpekt

Jest to sprawność procesów poznawczych przejawiająca się przede wszystkim zdolnością sprawnego przeprowadzania operacji myślowych oraz umiejętnością wykorzystania posiadanej wiedzy i doświadczenia.

Intelpekt uwarunkowany jest czynnikami wrodzonymi, do których należą anatomiczno-fizjologiczne cechy mózgu oraz czynnikami nabytymi w czasie nauki i poprzez doświadczenia życiowe. Poziom intelpektu można oceniać za pomocą testów określających indywidualne właściwości funkcjonowania procesów poznawczych oraz zasobu nabytej wiedzy w porównaniu ze średnią tych cech w populacji. Powszechnie stosowanym testem oceny intelpektu jest test Wechslera-Bellevue w wystandaryzowanych i znormalizowanych wersjach dla dorosłych i dzieci.

### Zaburzenia intelpektu

Zaburzenia intelpektu mogą mieć charakter wrodzony lub nabyty.

Wrodzone zaburzenia intelpektu mogą być uwarunkowane genetycznie (np. zespół Downa) lub powstawać w wyniku uszkodzeń w okresie zarodkowym, płodowym i okołoporodowym. Ocena wrodzonych zaburzeń przeprowadza się w oparciu o test Wechslera. Stosuje się następujące wersje tego testu w zależności od wieku.

Od 6 do 16 roku życia wersja WISC-R, a po 16 roku życia wersja WAIS-R.

Wynik tego testu podawany jest jako wartość indeksu inteligencji (II).

W wieku przedszkolnym nie określa się indeksu inteligencji, a indeks rozwoju (IR).

Uzyskana wartość liczebna II jest wyrazem stosunku indywidualnego wyniku do średniej populacji. Badanie testem Wechslera nie powinno być wykonywane częściej niż 1 raz w roku.

Za pomocą testu Wechslera określamy stopień upośledzenia umysłowego.

Wyróżniamy następujące stopnie upośledzenia:

- upośledzenie umysłowe lekkie - przybliżona wartość II od 50 do 69 (u dorosłych wiek umysłowy odpowiednio od 9 do mniej niż 12 lat). Może powodować pewne trudności w nauce szkolnej. Wielu dorosłych będzie w stanie pracować i utrzymywać dobre relacje społeczne oraz wносить swój wkład w rozwój społeczeństwa.
- upośledzenie umysłowe umiarkowane - przybliżona wartość II od 35 do 49 (u dorosłych wiek umysłowy odpowiednio od 6 do mniej niż 9 lat). Może powodować występowanie znacznych opóźnień w rozwoju w dzieciństwie, ale większość tych osób może osiągnąć pewien stopień niezależności w zakresie samoobsługi oraz rozwinąć umiejętności adekwatnego komunikowania oraz uczenia się. Wiele dorosłych osób będzie potrzebować wsparcia społecznego po to aby żyć i pracować w społeczeństwie.
- upośledzenie umysłowe znaczne - przybliżona wartość II od 20 do 34 (u dorosłych wiek umysłowy odpowiednio od 3 do mniej niż 6 lat). Może doprowadzić do potrzeby stałej opieki.
- upośledzenie umysłowe głębokie - wartość ilorazu II poniżej 20 (u dorosłych wiek umysłowy odpowiednio poniżej 3 lat). Doprowadza do poważnych ograniczeń w zakresie samoobsługi, kontrolowania zwieraczy, komunikowania się i poruszania się.

Nabyte zaburzenia intelektu powstają w wyniku urazów mózgu, guzów mózgu, zatruc, padaczki, zmian miażdżycowych naczyń mózgowych oraz zmian zwyrodnieniowych tkanki mózgowej. Wyrazem psychopatologicznym tych zmian jest zespół otępienny.

Zespół otępienny charakteryzuje się następującymi objawami o różnym stopniu nasilenia.

1. Spowolnieniem myślenia, nadmierną konkretyzacją, zanikiem zdolności myślenia abstrakcyjnego z ograniczeniem liczby pojęć i zawężeniem zainteresowań.
2. Zaburzeniami uwagi polegającymi na zawężeniu zakresu uwagi i zmniejszeniu jej trwałości.
3. Zaburzeniami pamięci pod postacią hipomnezji, ze szczególnym zaburzeniem zapamiętywania nowych nabytków pamięciowych.
4. Chwiejnością emocjonalną
5. Koncentracją na własnej osobie, lękiem przed zmianami (neofobia)

Odmianą zespołu otepiennego jest zespół otepienny Korsakowa spotykany w przebiegu przewlekłego zespołu zależności alkoholowej. Obok powyżej podanych cech zespołu otepiennego posiada on następujące objawy:

- znaczne zaburzenia orientacji w czasie
- głębokie zaburzenia zapamiętywania z lukami pamięciowymi
- konfabulacje zapełniające luki pamięciowe.

## **2.2 Procesy emocjonalne**

Są to procesy psychiczne, które czynnościom człowieka nadają „barwę” i wyrażają jego osobisty stosunek do przedmiotów, zjawisk, innych ludzi i własnej osoby. Procesy te są ściśle związane z funkcjonowaniem układu limbicznego, jako układu integrującego czynności struktur korowych (zwłaszcza kory czołowej) z procesami neuroendokrynnymi i czynnością autonomicznego układu nerwowego.

Nastrój jest to utrzymujące się przez dłuższy okres zabarwienie emocjonalne wszystkich przeżyć, zarówno doświadczane subiektywnie i relacjonowane, jak również możliwe do obserwacji przez otoczenie.

Nastrój prawidłowy (eutymia) - obejmuje zwykły zakres wahań nastroju, bez nastroju wyraźnie obniżonego lub wzmożonego

Nastrój obniżony (depresja) - nastrój z poczuciem smutku

Nastrój wzmożony - nastrój z poczuciem radości

Mania - nastrój wzmożony z cechami ekspansywności, nadmiernym przekonaniem o możliwościach, z towarzyszącą wzmożoną aktywnością psychiczną i ruchową; lekkie nasilenie - hipomania

Euforia - nastrój wzmożony z przeżyciem szczęścia, wielkości, bez zwiększonej aktywności psychoruchowej

Ekstaza - nagłe przeżycie niewypowiedzianego szczęścia

Labilność - łatwe wahania między nastrojem wzmożonym a obniżonym

Drażliwość - łatwe wpadanie w gniew

Dysforia - nastrój obniżony z cechami drażliwości, skłonnością do agresji i czynów impulsywnych

Nastrój żałobny - nastrój smutku związany z realną utratą bliskiej osoby

Anhedonia - niemożność odczuwania przyjemności powodująca zaprzestanie wykonywania czynności dających uprzednio przyjemność

Aleksytymia - niemożność wyrażenia za pomocą słów swoich stanów emocjonalnych

Zespół depresyjny charakteryzuje się podstawową triadą zaburzeń nastroju, myślenia i aktywności ruchowej

- 1) Obniżony nastrój; w depresji z cechami melancholicznymi (endogennymi) smutek ma charakter „witalny”, łączący się z doznaniem somatycznymi: niepokojem okolicy serca, utratą energii, poczuciem zmęczenia oraz niezdolnością do odczuwania przyjemności (anhedonia)

- 2) Zahamowanie toku myślenia, najbardziej nasilone w depresji z cechami melancholicznymi; w ciężkich depresjach mogą wystąpić zaburzenia treści myślenia - urojenia depresyjne (hipochondryczne, grzeszności, winy, ruiny materialnej), myśli samobójcze
- 3) Zahamowanie ruchowe, najbardziej nasilone w depresji z cechami melancholicznymi z towarzyszącym brakiem motywacji do działania

W depresji z cechami melancholicznymi występują również okołodobowe wahania samopoczucia (najczęściej najgorsze samopoczucie występuje w godzinach rannych) oraz zaburzenia czynności fizjologicznych: przyjmowania pokarmu (brak łaknienia z utratą masy ciała lub rzadziej nadmierny apetyt, zwłaszcza na słodczyce), zaburzenia snu (najczęściej wczesne budzenie, rzadziej nadmierna senność), zmniejszenie libido, zaparcia, u kobiet zaburzenia miesiączkowania.

Zespół maniakalny - charakteryzuje się podobną triadą zaburzeń jak zespół depresyjny, ale o przeciwnym kierunku

- 1) Nastrój podwyższony z poczuciem radości, ekspansywności, nadmiaru energii, wielkich możliwości, niekiedy z towarzyszącą drażliwością, labilnością
- 2) Przyspieszenie toku myślenia. W nasilonych stanach maniakalnych: gonitwa myśli (logorrhea), zaburzenia treści myślenia (urojenia wielkościowe)
- 3) Pobudzenia ruchowe. Nadmierna aktywność w różnych dziedzinach (przedsięwzięcia, zakupy, twórczość, seks), podejmowanie nieprzemyślanych działań pod wpływem chwilowych impulsów

Afekt - obserwowana ekspresja emocji, niekiedy niezgodna z opisem emocji przez chorego

Afekt dostosowany - ekspresja emocji żywa, dostosowana do sytuacji, prawidłowo modulowana

Afekt niedostosowany - paramimia (brak równoległości między przeżyciami a ekspresją) paratymia (brak równoległości między przeżyciami a emocjami), ambiwalencja uczuciowa (jednoczesne doświadczanie przeciwstawnych stanów emocjonalnych)

Afekt osłabiony (apatia) - osłabienie ekspresji i modulacji emocji

Afekt sztywny (sztywność uczuciowa) - niemożność współdziewczenia emocjonalnego z otoczeniem

Afekt labilny (chwiejność uczuciowa) - niemożność dłuższego utrzymania ekspresji emocji, łatwa zmiana afektu

Lęk - negatywna emocja związana z antycypacją niebezpieczeństwa nadchodzącego z zewnątrz lub pochodzącego z wewnątrz organizmu

Lęk wolnopłynący - uczucie przenikającego nieokreślonego niepokoju

Lęk napadowy (paniczny) - ostry napad lęku z poczuciem przerażenia (obawa przed śmiercią lub „zwariowaniem”) oraz z silnymi objawami wegetatywnymi

Strach - obawa przed rzeczywistym niebezpieczeństwem

Agitacja - silny lęk z towarzyszącym niepokojem ruchowym

Lęk fobiczny (sytuacyjny) - obawa przed określoną sytuacją, która doprowadza do jej unikania

## **2.3 Procesy motywacyjne**

Motywacja do działania wiąże się z zaspokajaniem potrzeb biologicznych, psychologicznych i społecznych w sposób hierarchiczny (potrzeby wyższego rzędu zaspokajane są po potrzebach niższego rzędu).

Potrzeby biologiczne określa się mianem popędów: najważniejsze z nich to potrzeba pokarmu, napoju, snu, popęd samozachowawczy, popęd płciowy.

Potrzeby psychologiczne obejmują potrzeby poznawcze, potrzeby emocjonalne, potrzebę znaczenia, potrzebę sensu życia.

Potrzeby społeczne będące w dużej mierze wynikiem społecznego uczenia się obejmują m.in. poczucie obowiązku, solidarności, patriotyzmu itp. U człowieka w niektórych sytuacjach hierarchia potrzeb może się zmienić, np. potrzeby społeczne mogą zdominować potrzeby biologiczne.

Z motywacją do działania wiąże się również pojęcie napędu, jako pewnego zasobu wewnętrznej energii pozwalającej na rozpoczęcie i utrzymanie działania. Zaburzenia napędu przejawiają się głównie zaburzoną aktywnością ruchową.

#### Najczęstsze stany wzmożenia aktywności ruchowej

- pobudzenie katatoniczne (opisane poniżej)
- pobudzenie maniakalne - uwarunkowane wzmożonym i ekspansywnym nastrojem
- pobudzenie melancholiczne (agitacja) - niepokój ruchowy w okresie depresji, uwarunkowany poczuciem nasilonego lęku i niepokoju wewnętrznego
- pobudzenie psychotyczne - związane z treścią urojeń i omamów, np. w schizofrenii, psychozach alkoholowych, psychozach na podłożu somatycznym, z zaburzeniami świadomości
- pobudzenie związane z organicznym uszkodzeniem OUN, np. u osób z niedorozwojem umysłowym, w przebiegu padaczki
- pobudzenie w zespole lęku napadowego (napad paniki)
- jaktacje - niepokój w obrębie łóżka, w stanach głębokich jakościowych zaburzeń świadomości



- akatyzja - niemożność siedzenia lub stania w jednym miejscu, z towarzyszącym niepokojem wewnętrznym, najczęściej jako objaw uboczny leczenia neuroleptykami

Z pobudzeniem często jest związane zachowanie agresywne, dotyczy to zwłaszcza pobudzenia katatonicznego, maniakalnego, psychotycznego, pobudzenia w przebiegu organicznego uszkodzenia OUN oraz w przebiegu uzależnień od substancji psychoaktywnych.

#### Najczęstsze stany osłabienia aktywności ruchowej

- zahamowanie katatoniczne (omówione poniżej)
- zahamowanie depresyjne - stan zahamowania psychoruchowego i osłabienia motywacji do działania najbardziej wyrażony w depresji typu melancholicznego (towarzyszą mu inne objawy zaburzeń funkcji poznawczych i emocjonalnych)
- abulia (hipobulia) - stan zahamowania psychoruchowego i braku motywacji do działania związany z organicznym uszkodzeniem OUN
- deficyt aktywności i motywacji (awolicja, anergia, osłabienie aktywności społecznej) związany z objawami ubytkowymi schizofrenii
- zahamowanie psychogenne - uwarunkowane sytuacją stresową o ekstremalnym nasileniu (np. wypadki, klęski żywiołowe)

Zespół katatoniczny - obejmuje różnorodne patologiczne zmiany aktywności ruchowej wynikające z zaburzeń czynności struktur mózgowych regulujących procesy ruchowe (głównie jąder podstawy mózgu). Występuje w przebiegu endogennych chorób psychicznych (schizofrenii, chorób afektywnych), w okresie ich znacznego nasilenia, w przebiegu organicznych zaburzeń OUN (np. neuroinfekcji), zaburzeń metabolicznych, w wyniku toksycznego działania środków farmakologicznych (m.in. złośliwy zespół poneuroleptyczny). Niektóre elementy zespołu katatonicznego mogą być również wywołane w stanie

głębokiej hipnozy. W zespole katatonicznym mogą występować następujące zjawiska ruchowe:

Ośłupienie katatoniczne (stupor) - znaczne spowolnienie aktywności aż do całkowitego znieruchomienia

Katalepsja - długotrwałe utrzymywanie nieruchomej pozycji, niekiedy niezwyklej (np. poduszka powietrzna)

Sztywność katatoniczna - przyjęcie sztywnej postury ciała, utrzymywanej mimo zewnętrznych prób jej zmiany

Giętkość woskowa - możliwość kształtowania postawy ciała chorego, którą chory później utrzymuje

Pobudzenie katatoniczne - nagłe chaotyczne pobudzenie psychoruchowe (beładna ucieczka, czyny agresywne itp.)

### Zaburzenia biologicznej aktywności popędowej

#### Popędu pokarmowego:

- 1) wzmożenie - żarłoczność, wilczy głód (bulimia)
- 2) osłabienie (jadłowstręt (anorexia))
- 3) spaczenie - spożywanie rzeczy niejadalnych (np. koprofagia)

#### Popędu samozachowawczego:

- 1) wzmożenie - nadmierna obawa o własne zdrowie (hipochondria)
- 2) osłabienie - zachowania autoagresywne (samobójcze, samouszkodzenia)

Ponad połowa samobójstw jest związana z zaburzeniami psychicznymi, głównie depresją, schizofrenią, uzależnieniami. Obecność choroby psychicznej zwiększa 12-krotnie ryzyko popełnienia samobójstwa.

Około 20% osób z chorobami afektywnymi umiera w następstwie zamachu samobójczego.

Liczba samobójstw w Polsce: 14/100 000

Popędu płciowego:

- 1) wzmożenie - nimfomania (u kobiet), satyriasis ( u mężczyzn)
- 2) osłabienie popędu płciowego, niekiedy z towarzyszącą impotencją
- 3) spaczenie - zaburzenia czynności seksualnych dotyczące:
  - a) ukierunkowania popędu (np. pedofilia, nekrofilia) i
  - b) sposobu jego zaspokajania (np. sadomasochizm)

Działania impulsywne - występują w przebiegu chorób psychicznych (schizofrenii, chorób afektywnych) oraz organicznych zmian mózgowych (m.in. padaczki)

Dipsomania - okresowy przymus picia alkoholu

Kleptomania - przymus dokonywania kradzieży

Piromania - przymus do podpalania

Poriomania - przymus wędrowny

Trichotillomania - natrętne wrywanie włosów z głowy

Paragnomen - nagły niezrozumiały czyn, najczęściej poprzedzający późniejsze wystąpienie procesu schizofrenicznego

### 3 Indeks

- abulia (hipobulia), 32
- afekt, 29
- afekt dostosowany, 29
- afekt labilny (chwiejność uczuciowa), 30
- afekt niedostosowany, 30
- afekt osłabiony (apatia), 30
- afekt sztywny (sztywność uczuciowa), 30
- agitacja, 30
- akatyzyja, 31
- aleksytymia, 28
- amnezja, 15
- anergia, 32
- anhedonia, 28
- awolicja, 32
- cenestopatie, 10
- deficyt aktywności i motywacji, 32
- dipsomania, 34
- drażliwość, 28
- dysforia, 28
- ekmnezje, 16
- ekstaza, 28
- euforia, 28
- giętkość woskowa, 33
- hipermnezja, 15
- jaktacje, 31
- katalepsja, 33
- kleptomania, 34
- konfabulacje, 16
- kryptomnezje, 16
- labilność, 28
- lęk, 30
- lęk fobiczny (sytuacyjny), 30
- lęk napadowy (paniczny), 30
- lęk wolnoplłynący, 30
- mania, 28
- nadwrażliwość (hiperestezja), 10
- nastrój, 27
- nastrój obniżony (depresja), 28
- nastrój prawidłowy (eutymia), 28
- nastrój wzmożony, 28
- nastrój żałobny, 28
- odtworzenie, 14
- omamy (halucynacje), 11
- omamy hypnagogiczne, 12
- omamy hypnopompiczne, 12
- omamy pamięciowe, 16
- omamy prawdziwe, 12
- omamy psychogenne (katatymiczne), 12
- omamy rzekome, 12
- osłupienie katatoniczne (stupor), 32
- paragnomen, 34
- paranoja pieniacza (querulatoria), 23
- paranoja prześladowcza (persecutoria), 23
- paranoja reformatorska (reformatoria), 23
- paranoja wynalazcza (inventoria), 23
- paranoja zazdrości (invidiva), 23
- piromania, 34
- pobudzenie katatoniczne, 31
- pobudzenie katatoniczne, 33
- pobudzenie melancholiczne, 31
- pobudzenie psychotyczne, 31
- pobudzenie w zespole lęku napadowego, 31
- pobudzenie związane z organicznym uszkodzeniem mózgu, 31
- poriomania, 34
- potrzeby biologiczne, 30
- potrzeby psychologiczne, 30
- potrzeby społeczne, 31
- półśpiączka (sopor), 7
- przechowywanie, 14
- senność (somnoletio), 7
- strach, 30
- sztywność katatoniczna, 33
- śpiączka (coma), 7
- trichotillomania, 34
- urojenia oddziaływania, 22
- zaburzenia intelektu, 25
- zaburzenia procesu czasu, 13
- zaburzenia psychosensoryczne, 12
- zaburzenia schematu ciała, 13
- zaburzenia spostrzegania przestrzeni, 13
- zaburzenia świadomości, 6
  - ilościowe, 6
- zaburzenia toku myślenia, 18
- zaburzenia treści myślenia, 19
- zaburzenia uwagi, 16
- zahamowanie depresyjne, 32
- zahamowanie katatoniczne, 32
- zapamiętywanie, 14

zespół automatyzmu psychicznego, 22  
zespół depresyjny, 28  
zespół halucynacyjny (halucynoza), 13  
zespół katatoniczny, 32  
zespół majaczeniowy (deliryjny), 7  
zespół maniakalny, 29  
zespół parafreniczny, 23  
zespół paranoiczny, 22  
zespół paranoidalny, 23

zespół snopodobny (onejroidalny), 8  
zespół splątaniowy (amentywny), 9  
zespół zamroczeniowy (obnubilacyjny), 8  
złudzenia pamięciowe, 16  
złudzenie (iluzja), 11  
zmiany świadomości  
    jakościowe, 7  
zmniejszenie wrażliwości (hipoestezje), 10