

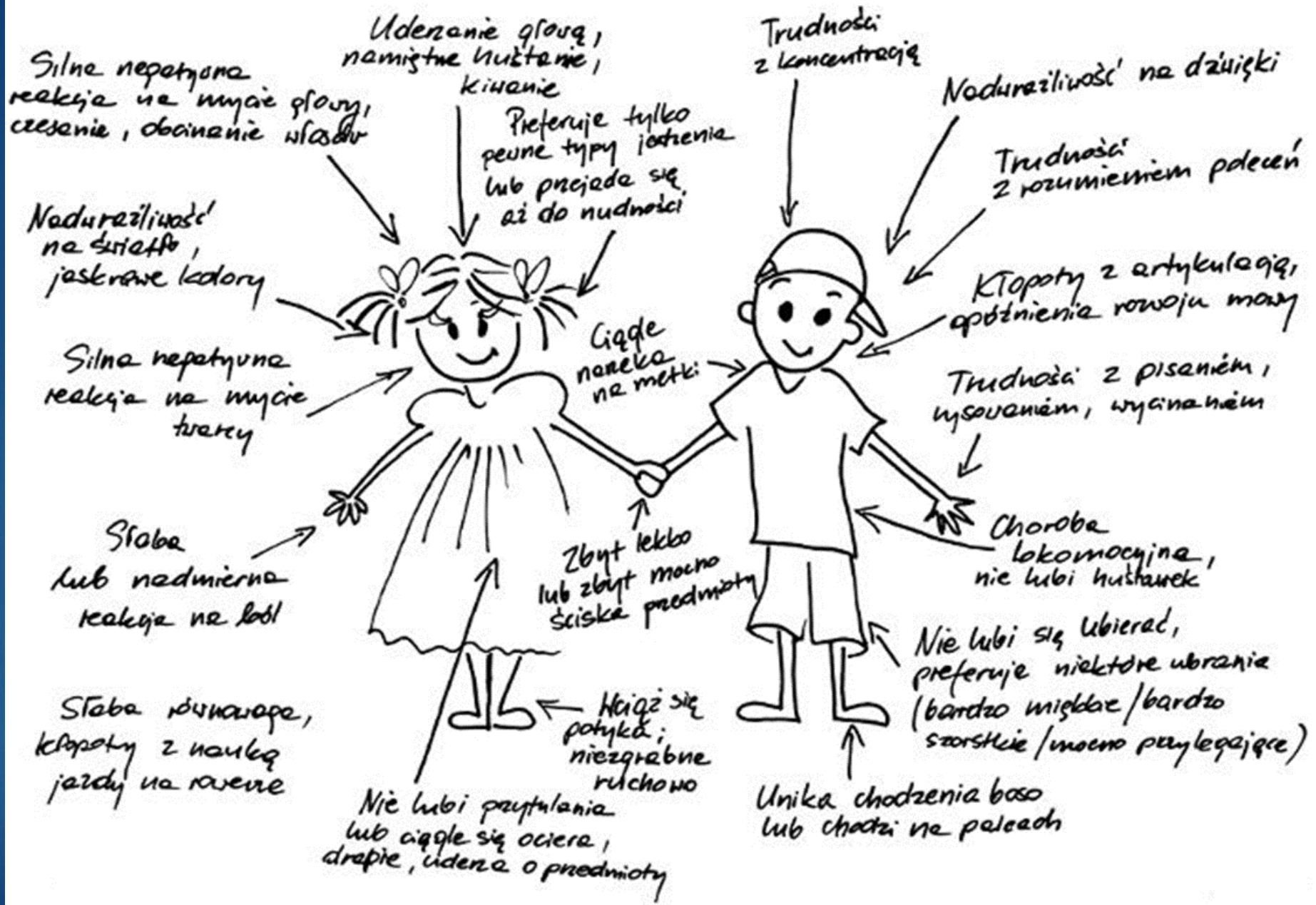
"Gdy pacjent z diagnozą całościowych zaburzeń rozwoju i innych chorób/zaburzeń psychicznych puka do drzwi psychoterapeuty/psychologa/pedagoga ... „

O holistycznym podejściu do pacjenta, współpracy z psychiatrą, mechanizmach działania leków, interwencjach psychoterapeutycznych, psychoedukacji i objęciu rodzin kompleksowym wsparciem psychologiczno-psychiatrycznym.

Marta Herstowska

CAŁOŚCIOWE ZABURZENIA ROZWOJU





Charakteryzują się wczesnie występującymi:

- ❖ Zakłóceniami rozwoju komunikacji społecznej
- ❖ Utratą zainteresowania otoczeniem
- ❖ Znacznym zubożeniem i stereotypowością zachowań



Autyzm Dziecięcy

- ❖ Termin autyzm wywodzi się od greckiego słowa **autos** – sam.
- ❖ Leo Kanner – jako pierwszy 1943 roku opisał chorobę obserwowaną po krótki czasie prawidłowego rozwoju, polegającą na zerwaniu komunikacji z otoczeniem i zamknięciu się we własnym świecie z jednoczesną potrzebą zachowania identyczności otoczenia i selektywnym interesowaniem się szczegółami przedmiotów.
- ❖ Rozpowszechnienie: 5,3 na 10 000 populacji.
- ❖ Chłopcy : Dziewczynki = 4:1



ETIOLOGIA

(koncepcja biologiczna)

- ❖ czynniki genetyczne

wyższy wskaźnik autystycznego rodzeństwa, częstsze występowanie, zaburzeń poznawczych i językowych u rodzeństwa)

- ❖ czynniki uszkodzające OUN

wirusy, substancje toksyczne

mogą powodować

nieprawidłowości rozwojowe i czynnościowe kory mózgowej, układu limbicznego i mózdzku
(pamięć, zachowania społeczne, nastrój)

Jak rozumieć autystę?

SPECYFICZNY DEFICYT POZNAWCZY W AUTYZMIE

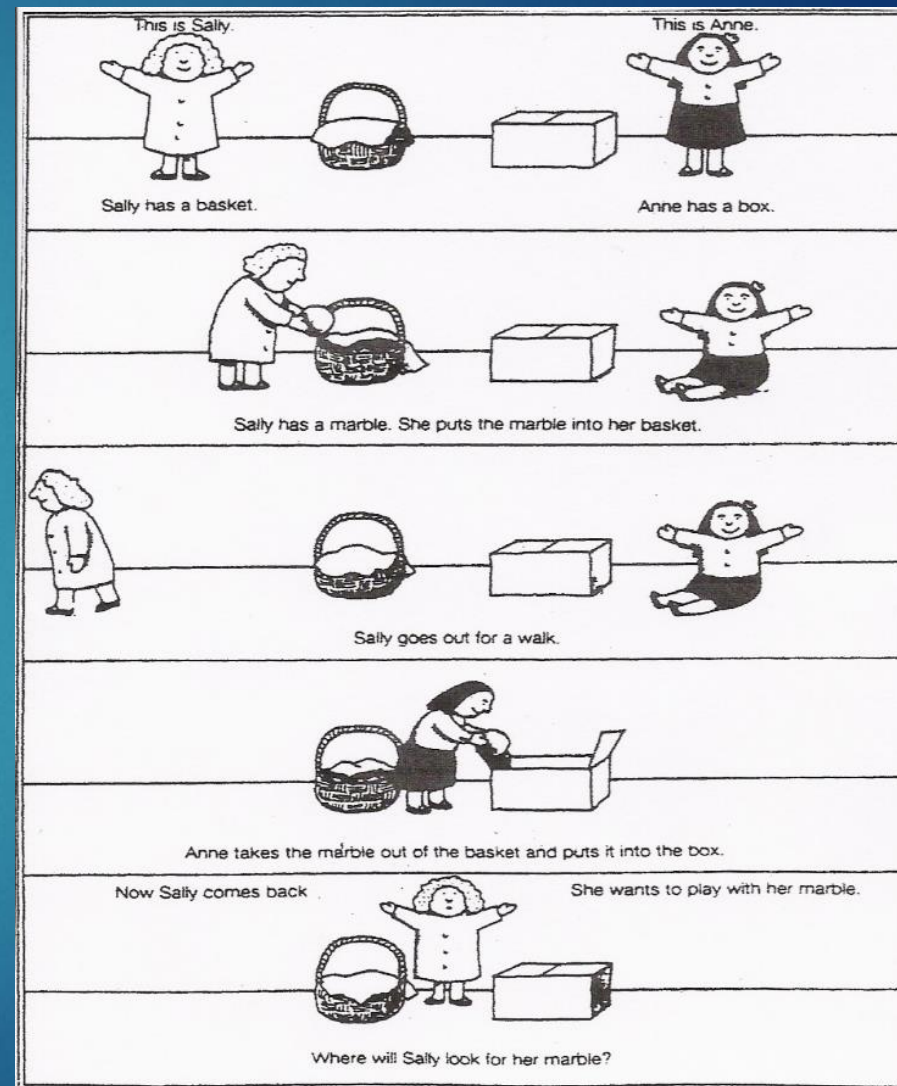
(koncepcja s. Barona-Cohen społeczno- poznawcza
teoria powtarzanych form aktywności)

Niezdolność do myślenia lub
wyobrażenia sobie stanu umysłu innej
osoby

Nieumiejętność przewidywania
zachowania innych osób

Lęk wzrastający w nieprzewidywalnej
sytuacji społecznej

Redukcja lęku przez wysoce
przewidywalną powtarzaną aktywność



Ryc. 2. Eksperyment „Sally-Ann” (Frith, 1996, s. 160)

Okres niemowlęcy i wczesnodziecięcy

- ❖ Awersja na kontakt fizyczny
- ❖ Brak reakcji emocjonalnej na widok matki, bliskich
- ❖ Zaburzenia kontaktu wzrokowego
- ❖ Brak zainteresowania innymi dziećmi
- ❖ Brak lub upośledzenie w zakresie rozwoju mowy (mowa echolaliczna, telegraficzne komunikaty, wymyślanie własnych słów, mowa monotonna, stereotypowa, odwracanie zaimków osobowych)
- ❖ Dziwaczne zabawy
- ❖ Częste objawy lęku na sytuacje i przedmioty bezpieczne
- ❖ Trudności ze snem
- ❖ Kłopoty z przejściem na pokarmy stałe

Okres przedszkolny

- ❖ Nie uczestniczenie w zabawach z rówieśnikami
- ❖ Wąskie zainteresowania
- ❖ Nie rozumienie zasad współżycia społecznego
- ❖ Brak twórczej wyobraźni
- ❖ Małe rozumienie stanów emocjonalnych
- ❖ Ograniczona zdolność rozumienia mowy
- ❖ Koncentracja na szczegółach, drobiazgach

Okres szkolny

- ❖ Utrzymują się trudności w komunikacji społecznej
- ❖ Czasem – oznaki przywiązania do osób zaufanych
- ❖ Brak gotowości do zmian (brak elastyczności, sztywność zasad, norm, zachowań)
- ❖ Zgłębianie wąskich wycinków wiedzy



Okres dojrzewania

- ❖ U około 15% pogorszenie w zakresie objawów (napady padaczkowe, zaburzenia nastroju)
- ❖ Niekiedy regres mowy
- ❖ Narastanie objawów obsesyjno-kompulsywnych
- ❖ Czasami: agresja i autoagresja
- ❖ Z wiekiem obserwowana jest poprawa w zakresie codziennego funkcjonowania

Postępowanie

- ❖ Wywiad rozwojowy
- ❖ Wywiad środowiskowy
- ❖ Ocena stanu psychicznego
- ❖ Badania laboratoryjne
- ❖ Ewentualne konsultacje i badania dodatkowe

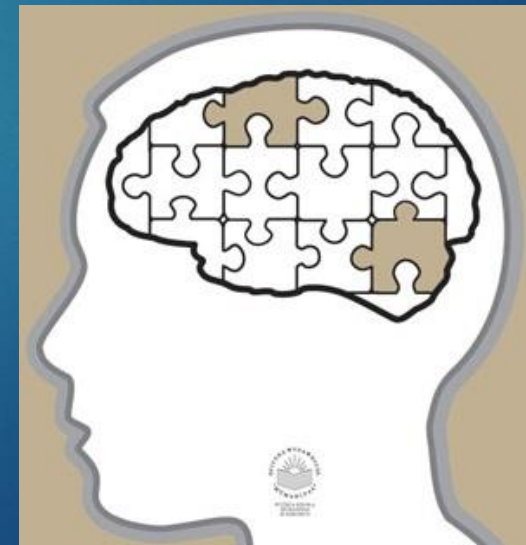
Leczenie


- ❖ Podejście eklektyczne
- ❖ Jak najszybsze rozpoczęcie terapii: nauka relacji społecznych, rozwój zainteresowań, samodzielności
- ❖ Podejścia skoncentrowane na rodzinie
- ❖ Terapia behawioralna

UPOŚLEDZENIE UMYSŁOWE

Historycznie:

- ❖ Francja – 1837 rok – ośrodek szkoleniowy dla głęboko upośledzonych
- ❖ Londyn – lata 40. XIX wieku – ośrodek szkolenia w zawodach mechanicznych
- ❖ Początek XX wieku – odrębna jednostka chorobowa
- ❖ 1971 rok – Deklaracja Praw Osób Upośledzonych






**IQ jest wartością w miarę stałą powyżej 5 roku życia.
Około 85% niepełnosprawnych to upośledzenie w stopniu lekkim, 15% - stopnie głębsze.**

Stopnie:

- ❖ Upośledzenie lekkie: IQ 50-69 (wiek umysłowy: 9-12 lat)
- ❖ Upośledzenie umiarkowane: IQ 35-49 (5-9 lat)
- ❖ Upośledzenie znaczne: IQ 20-34 (3-6 lat)
- ❖ Upośledzenie głębokie: IQ poniżej 20 (poniżej 3 lat)



Niepełnosprawność stopnia głębszego częściej jest uwarunkowana pojedynczymi czynnikami patologicznymi, genetycznymi lub środowiskowymi, lżejsza – jest uwarunkowana wieloczynnikowo.

Upośledzenie lekkie:

- ❖ 85%
- ❖ Impulsywność
- ❖ Materiał do klasy czwartej
- ❖ Brak myślenia abstrakcyjnego

Upośledzenie umiarkowane:

- ❖ 10%
- ❖ Opóźniony rozwój mowy, mały słownik
- ❖ Samoobsługa, mogą czytać i pisać, ale często bez zrozumienia
- ❖ Szukają kontaktów społecznych

Upośledzenie znaczne:

- ❖ 3-4%
- ❖ Mowa po okresie dzieciństwa
- ❖ Bardzo podstawowe czynności, unikanie niebezpieczeństwa

Upośledzenie głębokie:

- ❖ 1-2%
- ❖ Pojedyncze słowa, rozumienie prostych poleceń
- ❖ Kontrola fizjologii
- ❖ Zawsze wymagają opieki
- ❖ Często niedosłuch i inne choroby somatyczne

Zaburzenia psychiczne współwystępujące:

- ❖ **Autyzm**
- ❖ **Zaburzenia zachowania – 33%**
- ❖ **Tiki** – zespół Tourette'a
- ❖ **ChAD** – bardzo szybkie zmiany faz
- ❖ **Lęk** – do 25%
- ❖ **Samouszkodzenia** – 10-15%



ADHD

ETIOPATOGENEZA

❖ CZYNNIKI GENETYCZNE:

- ▶ Genetyka determinuje około 75 % przypadków
- ▶ Głównie geny związane z przekąźnictwem dopaminergicznym (DAT, DRD4, MAO-A, COMT)
- ▶ Mniejszy udział genów związanych z przekąźnictwem serotonergicznym



❖ **CZYNNIKI BIOLOGICZNE:**

- ▶ Uszkodzenie centralnego układu nerwowego (alkohol w ciąży, papierosy, urazy głowy, infekcje OUN)
- ▶ Niedotlenienie w czasie porodu

❖ **CZYNNIKI SPOŁECZNE:**

- ▶ Błędy wychowawcze
- ▶ Wychowywanie bez systemu zasad i konsekwencji
- ▶ Maltretowanie psychiczne, fizyczne

Sfera ruchowa:

- ❖ Niepokój ruchowy w zakresie dużej i małej motoryki
- ❖ Niemożność pozostania w bezruchu
- ❖ Bezcelowe chodzenie
- ❖ Wrażenie ciągłego pośpiechu
- ❖ Podskakiwanie, machanie rękami
- ❖ Wzmoczone drobne ruchy kończyn

Sfera poznawcza:

- ❖ Trudności w zakresie skupienia uwagi
- ❖ Pochopność
- ❖ Duża męczliwość podczas pracy intelektualnej
- ❖ Pobieżność myślenia
- ❖ Przerzucanie uwagi
- ❖ Trudności syntezy w myśleniu
- ❖ Brak umiejętności planowania

W zakresie rozwoju mowy:

- ❖ Opóźnienie rozwoju mowy
- ❖ Problemy ze strukturą zdania
- ❖ Niestaranne pismo
- ❖ Nieprawidłowe układanie dźwięków

Sfera emocjonalna:

- ❖ Bardzo silne reakcje emocjonalne
- ❖ Wybuchy złości
- ❖ Impulsywność działania
- ❖ Duża wrażliwość emocjonalna
- ❖ Wzmoczona ekspresja uczuć

Dziecko z ADHD często:

- ❖ Działa impulsywnie
- ❖ Jest empatyczne
- ❖ Chce przewodzić grupie
- ❖ Ma rozbudowaną wyobraźnię
- ❖ Dobrze rozwinięte intelektualnie
- ❖ Ma niską samoocenę
- ❖ Zachowuje się niedojrzale
- ❖ Wolniej rozwija się w sferze społecznej
- ❖ Jest nadruchliwe
- ❖ Okresowo może prezentować objawy innych zaburzeń psychicznych

DIAGNOZA

- ❖ Objawy muszą się utrzymywać 6 miesięcy
- ❖ Nasilenie utrudniające codzienne funkcjonowanie
- ❖ Objawy powinny zacząć się przed 7 rokiem życia
- ❖ Wykluczenie innego podłoża prezentowanych objawów

Postępowanie w leczeniu ADHD:

DLA PACJENTA:

- ❖ Psychoedukacja
- ❖ CBT
- ❖ Socjoterapia
- ❖ Farmakoterapia

DLA RODZINY:

- ❖ Psychoedukacja
- ❖ Warsztaty umiejętności wychowawczych
- ❖ Terapia rodzinna

LEKI DO LECZENIA ADHD:

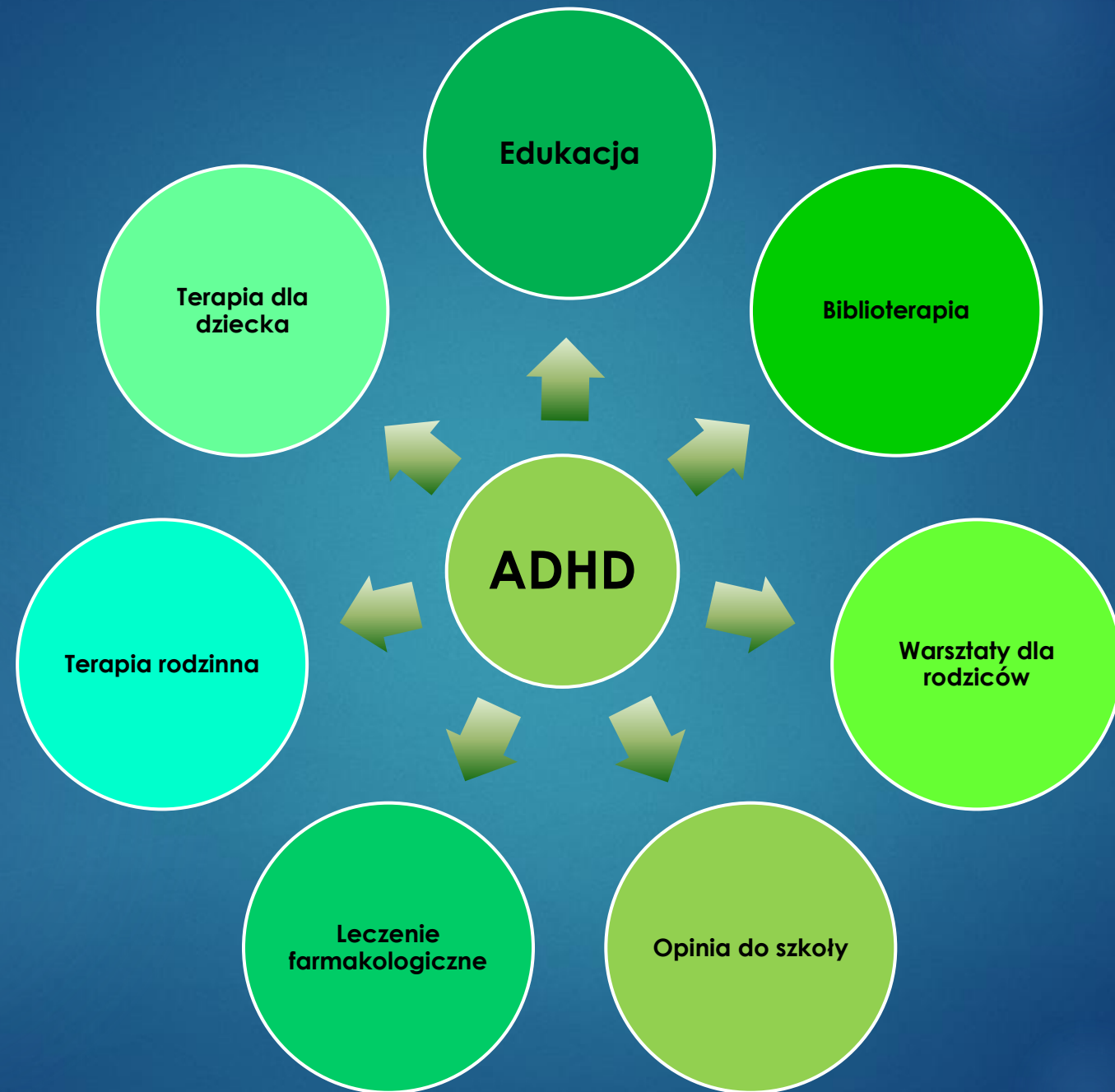
- ❖ METYLOFENIDAT – blokuje wychwyt zwrotny noradrenaliny i dopaminy (Concerta)
- ❖ ATOMOKSETYNA

LEKI – FAKTY:

- ❖ Łatwiejsze skupienie podczas nauki i zabawy
- ❖ Dłuższa praca bez przerw
- ❖ Dziecko lepiej słyszy co się do niego mówi
- ❖ Dziecko będzie mniej ruchliwe
- ❖ Lepsze panowanie nad emocjami

LEKI – MITY:

- ❖ Lek zastąpi wychowanie i nauczanie
- ❖ Lek spowoduje, że dziecko będzie dostawało piątki
- ❖ Lek zmieni psychikę dziecka
- ❖ Lek uzależni





ZABURZENIA ZACHOWANIA

Postępowanie

Jak wytłumaczyć nadpobudliwemu dziecku, że ma być grzeczne, spokojne, nie wolno mu być agresywnym, niechlujnym, niewychowanym?

Możemy zmieniać zachowanie, a nie dziecko 😊


Zachowania są: szczegółowe, konkretne, zrozumiałe, można nad nimi pracować 😊

Wydawanie poleceń dziecku

- ❖ Podejdź do dziecka
- ❖ Zdobądź jego uwagę
- ❖ Sformułuj dwu, trzywyrazowe polecenie
- ❖ Poproś dziecko by powtórzyło polecenie
- ❖ Powtórz polecenie tyle razy ile założyłeś, poproś by dziecko je powtórzyło
- ❖ Dopilnuj jego wykonania (nie odchodź od dziecka)

Pochwały terapeutyczne

- ❖ PRAWDZIWA – sam w nią wierzę
- ❖ POWTARZALNA przez innych
- ❖ POZYTYWNA
- ❖ PRZEKONYWALNA – chwalony w nią wierzy
- ❖ POLUKROWANA – bez krytykowania
- ❖ POWAŻNA – bez żartu i ironii
- ❖ POKAZUJĄCA – co nam się podobało



ZABURZENIA AFEKTYWNE U DZIECI I MŁODZIEŻY

Depresja - epidemiologia

- ❖ Wiek przedszkolny: mniej niż 1%
- ❖ Wiek przedpokwitaniowy: 0,5 – 2,5%
- ❖ Adolescencja: 3 – 8%
- ❖ Typowy okres początku depresji to dorastanie i wczesna młodość (przed 30 rokiem życia)
- ❖ Wcześniejszy początek choroby: gdy obciążenia w rodzinie

Depresja - diagnoza

- ❖ Kryteria rozpoznania jak u dorosłych, z uwzględnieniem różnic w obrazie klinicznym
- ❖ Ocena ryzyka zachowań samobójczych
- ❖ Ocena czy objawy depresyjne nie są konsekwencją maltretowania

Objawy podstawowe

- ❖ Obniżenie nastroju (u dzieci często drażliwość i uczucie złości)
- ❖ Utrata zainteresowań lub zadowolenia
- ❖ Zmniejszona energia lub zwiększona męczliwość

Objawy kolejne

- ❖ Spadek szacunku do siebie
- ❖ Poczucie wyrzutów sumienia lub nieuzasadnionej winy
- ❖ Nawracające myśli o śmierci
- ❖ Skargi na zmniejszoną zdolność myślenia lub skupienia się
- ❖ Pobudzenie lub zahamowanie
- ❖ Zaburzenia snu
- ❖ Zmiany łaknienia
- ❖ Objawy somatyczne

W obrazie depresji młodzieńczej na plan pierwszy wysuwają się objawy, które są często nieobecne w obrazie depresji w innym wieku, takie jak:

- ❖ Objawy somatyczne: zawroty i bóle głowy, karku, brzucha
- ❖ Ciągłe uczucie nieszczęścia, negatywizmu czy drażliwości
- ❖ Niekontrolowane wybuchy złości
- ❖ Ciągły krytycyzm do swojego postępowania, poczucie winy, czy niska samoocena
- ❖ Zaburzenia w koncentracji, kłopoty w podejmowaniu decyzji, szczególnie widoczne w czasie zajęć szkolnych
- ❖ Spadek zainteresowania dotychczas absorbującymi zajęciami
- ❖ Brak energii, uczucie ciągłego zmęczenia
- ❖ Zmiany apetytu dające w efekcie znaczące zmiany wagi ciała
- ❖ Ciągłe zamartwianie się, nawet drobnostkami
- ❖ Nadmierne zainteresowanie tematyką śmierci w literaturze

Współchorobowość

- ▶ U 40-90% młodzieży z epizodem depresyjnym współwystępują inne zaburzenia psychiczne, zaś u 50% współwystępują przynajmniej 2 diagnozy (Angold et al., 1999; Birmaher et al., 1996; Fombonne et al., 2001a,b; Lewinsohn et al., 1998, 2003a; Rohde et al., 1991).
- ▶ zaburzenia lękowe (lęk uogólniony, ataki paniki, agorafobia, fobia społeczna, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne),
- ▶ zaburzenia zachowania,
- ▶ nadużywanie alkoholu i innych substancji,
- ▶ jadłowstręt psychiczny i bulimia,
- ▶ u młodszych dzieci najczęściej lęk separacyjny, ADHD, opozycyjno-buntownicze zaburzenia zachowania, moczenie, zanieczyszczanie się.

Objawy depresyjne mogą być pierwotne lub wtórne do współistniejących zaburzeń.



Trudności w leczeniu depresji u osób młodych

- ❖ zaburzenia zachowania
- ❖ współistnienie kryzysu adolescencyjnego (K)
- ❖ ryzyko współistnienia początku psychozy
- ❖ eksperymenty z substancjami psychoaktywnymi

Próby samobójcze

- ❖ Próby samobójcze o różnym stopniu zagrożenia: prawdopodobnie około 4-5 tysięcy rocznie (dwukrotnie częściej u dziewczynek)
- ❖ Niepokojące zachowania:
 - Mówienie o braku nadziei i bezradności
 - Mówienie o samobójstwie
 - Pozbywanie się cennych przedmiotów
 - Izolacja, unikanie kontaktów
 - Nietypowe zachowania, drażliwość
 - Nie dba o siebie
 - Nie je, problemy ze snem
 - Interesuje się tematyką śmierci
 - Zachowania ryzykowne w wywiadzie

Jak rozmawiać z dzieckiem o samobójstwie? O co zapytać?


- ❖ „Czy czujesz się tak źle, że myślisz o samobójstwie?”
- ❖ „Czy często myślisz o śmierci?”
- ❖ „Czy czujesz, że nie warto żyć?”
- ❖ „Czy chciałeś kiedyś zasnąć i się nie obudzić?”
- ❖ „Czy myślałeś o odebraniu sobie życia?”
- ❖ „Jak radzisz sobie z takimi myślami?”
- ❖ „Jak często pojawiają się takie myśli, jak je oceniasz?”
- ❖ „Czy planowałeś, jak mógłbyś odebrać sobie życie?”
- ❖ „Skuteczne metody?”
- ❖ „Czy zastanawiałeś się, kiedy to zrobić?”
- ❖ „Na ile prawdopodobne jest to, że spróbujesz dokonać samobójstwa?”
- ❖ „Co stałoby się, gdybyś teraz odebrał sobie życie? Jak zareagowałoby otoczenie?”

Wskazania do hospitalizacji są następujące:

- ❖ obecność silnych tendencji samobójczych
- ❖ plan oraz przygotowane środki do dokonania samobójstwa
- ❖ myśli samobójcze i duże nasilenie zaburzeń psychicznych
- ❖ myśli samobójcze i zachowania impulsywne
- ❖ Pobudzenie, objawy psychotyczne
- ❖ stan po próbie samobójczej lub przerwana próba samobójcza
- ❖ myśli samobójcze i zmieniony stan psychiczny dziecka spowodowany zażyciem środków psychoaktywnych
- ❖ zaprzeczanie myślom i tendencjom samobójczym, podczas gdy ocena ryzyka wskazuje na wysokie ryzyko próby samobójczej

SAMOUSZKODZENIA

Według badań amerykańskich samouszkodzenia wśród młodzieży są powszechnym zjawiskiem, dotyczą od 13% do 45% nastolatków. Zwykle samouszkodzenia pierwszy raz pojawiają się w grupie wiekowej 12–14 lat. Samouszkodzenia to zamierzone, dokonane z własnej woli, stanowiące niewielkie zagrożenie życia uszkodzenia własnego ciała. Samouszkodzenie nie jest zachowaniem akceptowanym społecznie. Ma ono na celu zmniejszenie dyskomfortu psychicznego lub/i zakomunikowanie o nim. Samouszkodzenie zwykle wiąże się z regulowaniem emocji oraz zmniejszaniem stresu. Jest autodestrukcyjnym sposobem na obniżenie napięcia, na poradzenie sobie z takimi emocjami, jak: złość, smutek, wstyd czy poczucie winy, lęk, panika, frustracja, pogarda.



Do najczęstszych sposobów samouszkodzeń należą:

- ❖ drapanie i przecinanie skóry
- ❖ wycinanie wzorów na skórze
- ❖ rozdrapywanie gojących się ran
- ❖ uderzanie się przedmiotami
- ❖ przypalanie skóry
- ❖ uderzanie głową
- ❖ samodzielnie wykonywane tatuaże
- ❖ gryzienie się, wyrywanie włosów

Widzę, że jesteś
zmartwiony.
Mogę Ci jakoś pomóc?



A Ty znowu nie w
humorze?!
Ty zawsze znajdziesz sobie
jakiś problem!



język żyrafy vs. język szakala

Schemat diagnozy

- ▶ Zebranie wywiadu na temat problemów z jakimi zgłaszają się opiekunowie dziecka.
- ▶ Zebranie typowego wywiadu rozwojowego
- ▶ Zebranie wywiadu w kierunku przewlekłych chorób somatycznych.
- ▶ Zebranie wywiadu na temat funkcjonowania dziecka w trzech sferach: rodzinnej, szkolnej i rówieśniczej.

Schemat diagnozy cd

- ▶ Zebranie wywiadu rodzinnego.
- ▶ Istotne wydaje się stwierdzenie czy podobne problemy występują u innych członków rodziny.
- ▶ Diagnoza rodziny powinna być szczegółowa, tak by obejmowała nie tylko ogólne funkcjonowanie rodziny, ale także występujące w niej problemy i zasoby.

Schemat diagnozy cd.

- ▶ Badanie pediatryczne i neurologiczne.
- ▶ Badanie psychiatryczne dziecka
- ▶ Zebranie, za zgodą rodziców, niezależnego wywiadu na temat funkcjonowania dziecka w szkole.
- ▶ Dobrym sposobem na zebranie usystematyzowanej informacji są kwestionariusze bądź ustrukturyzowane wywiady (np. Kiddie SADS).
- ▶ Badanie psychologiczne

Leczenie zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży obejmuje zawsze:

- ▶ poradnictwo dla rodziców,
- ▶ psychoedukację chorego i jego rodziny
- ▶ interwencje środowiskowe

Niezbędne mogą okazać się takie interwencje w środowisku pacjenta jak:

- ▶ współpraca ze szkołą w związku z niepowodzeniami szkolnymi,
- ▶ rozstrzygnięcia prawne w sytuacji niewydolności systemu sprawowania opieki lub w przypadkach krzywdzenia dziecka),
- ▶ wzbudzanie u rodziców motywacji do leczenia ich własnych zaburzeń psychicznych np. depresji lub uzależnień.

W razie braku skuteczności interwencji psychospołecznych:

- ▶ psychoterapię (indywidualną terapię behawioralno-poznawczą, terapię interpersonalną, terapię rodzinną lub grupową),
- ▶ leczenie farmakologiczne. (Practice Parameters AACAP, 2007)

Zagadnienia poruszane podczas spotkań (spotkania rodziców):

- ▶ **1.** Zaburzenia nastroju i ich objawy (Wprowadzenie, omówienie ogólnych strategii terapeutycznych, mitów nt.: chorób afektywnych, czynników ryzyka, współwystępujących problemów, z podkreśleniem głównej strategii: „To nie wasza wina, ale wasz problem”).
- ▶ **2.** Leczenie (farmakoterapia: rodzaje leków i ich nazwy, monitorowanie bezpieczeństwa leczenia, działania niepożądane leków)
- ▶ **3.** System leczenia i system szkolny (jak uzyskać i skorzystać z pomocy, opisanie dostępnych interwencji szkolnych)
- ▶ **4.** Zdrowe i nie zdrowe sposoby radzenia sobie z chorobą (omówienie najczęściej pojawiających się problemów i powtórzenie dotychczas omówionych zagadnień)
- ▶ **5.** Sposoby rozwiązywania problemów (Unikanie negatywnych zachowań, definiowanie celu do pracy, skuteczne rozwiązywanie problemów)
- ▶ **6.** Skuteczne porozumiewanie się (elementy werbalnej i niewerbalnej komunikacji)
- ▶ **7.** Radzenie sobie z objawami (postępowanie w sytuacji manii, zachowywanie bezpieczeństwa, postępowanie w przypadku pojawienia się zamiarów samobójczych)
- ▶ **8.** Podsumowanie (sposoby szukania wsparcia)

Psychoedukacja zajęcia dla dzieci

- ▶ **1.** Objawy zaburzeń nastroju (symptomy i trudności do jakich doprowadzają w życiu)
- ▶ **2.** Leczenie (objawy jakie nie wynikają z osobowości dziecka, rodzaj leków i objawy na jakie wpływają)
- ▶ **3.** Szalony/zły/smutny radzenie sobie z własnymi emocjami (rozpoznawanie trudnych sytuacji, pojawiającego się lęku/złości i ich fizycznych oznak, nowe sposoby radzenia sobie z nimi)
- ▶ **4.** Związek pomiędzy uczuciami, myślami i zachowaniami (wprowadzenie do CBT)
- ▶ **5.** Trening kontroli impulsów i skuteczne sposoby rozwiązywania problemów (strategia 5 kroków: Stop – Pomyśl – Zaplanuj – Zrób to – Sprawdź. Monitorowanie własnej skuteczności)
- ▶ **6.** Porozumiewanie się bez słów
- ▶ **7.** Porozumiewanie się (mówienie jasno i wprost, unikanie nieefektywnych strategii np.: krzyku)
- ▶ **8.** Podsumowanie (gra - przedstawienie na temat dotychczas nauczonych umiejętności)

FARMAKOTERAPIA I CBT

- ❖ Psychoterapia i farmakoterapia są komplementarnymi częściami leczenia
- ❖ Rola psychoterapii w podtrzymywaniu motywacji do leczenia farmakologicznego
- ❖ Uzależnienie od leków negatywnie wpływa na przebieg psychoterapii

FARMAKOTEAPIA

- ▶ Wybór strategii leczenia – „zasada pięciu D”
 - Diagnoza
 - Dobór leku
 - Dobór dawki
 - Długość stosowania danego leku
 - Dialog z pacjentem
- ▶ Pseudolekooporność

LEKI PRZECIWDEPRESYJNE

Stosuje się w leczeniu:

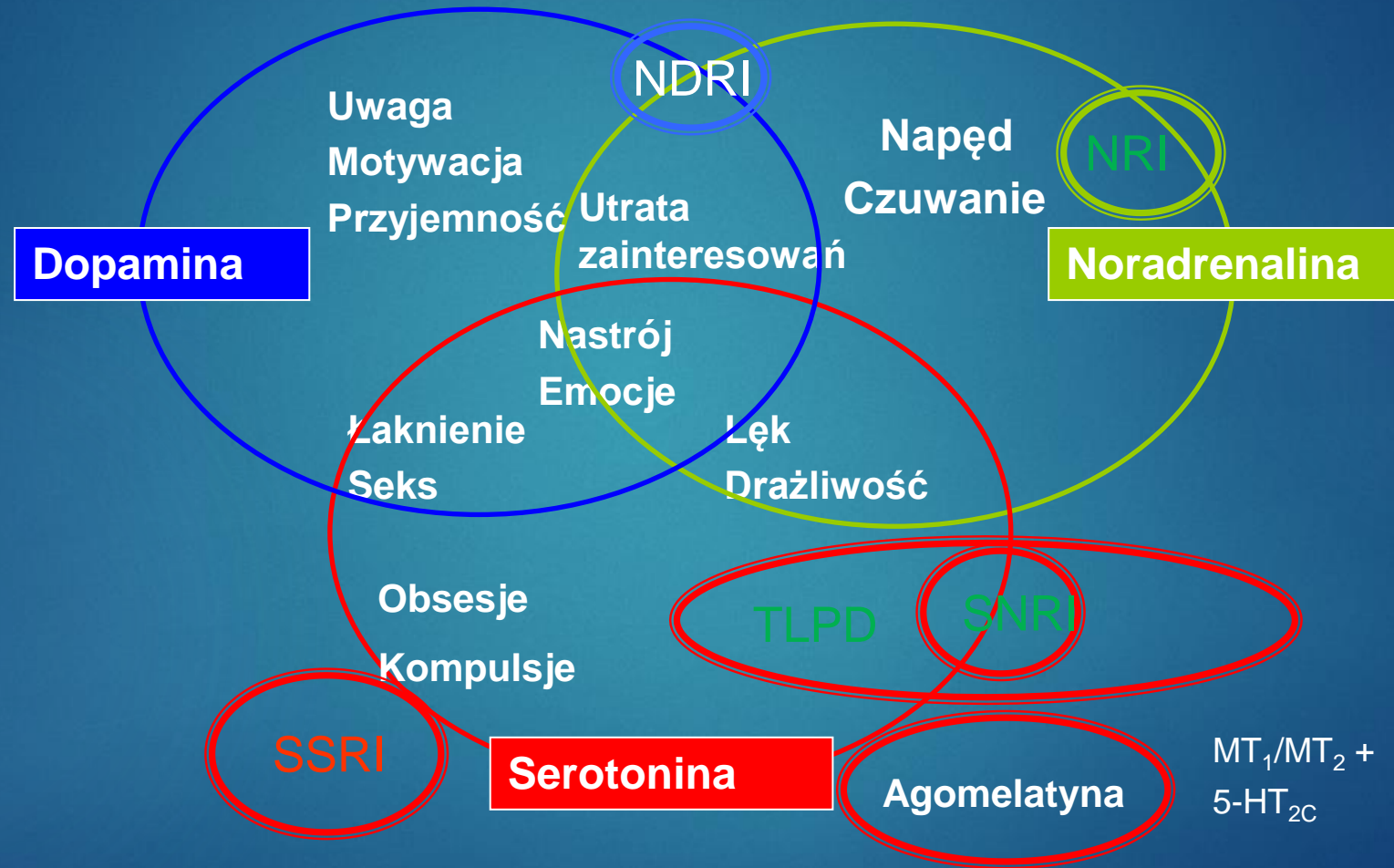
Zaburzeń afektywnych

Zaburzeń lękowych, adaptacyjnych

Zaburzeń związanych ze stresem

Zaburzeń kontroli impulsów i in.

LEKI PRZECIWDEPRESYJNE



LEKI PRZECIWDEPRESYJNE

TLPD – *trójcykliczne leki przeciwdepresyjne* - amitryptylina, klomipramina, doksepina, opipramol

SSRI- *selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny* – escitalopram, citalopram, fluoksetyna, fluwoksamina, paroksetyna, sertralina

SNRI - *selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny* - wenlafaksyna, milnacipram, duloksetyna

SARI – *antagoniści 5HT2 i inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny* - trazodon

RIMA – *odwracalne inhibitory monoaminooksydazy* – moklobemid

NaSSA – *leki działające na receptory serotonenergiczne i noradrenergiczne* – mianseryna, mirtazapina

Inne: reboksetyna, bupropion, tianeptyna, agomelatyna

SSRI

- ▶ Najczęściej stosowane (skuteczność, bezpieczeństwo, dobra tolerancja leczenia) (Rzewuska 2006, Jarema 2011)
- ▶ Działania niepożądane – na początku leczenia:
lęk, niepokój psychoruchowy, napady lęku panicznego, zaburzenia snu, drażliwość, akatyzia, impulsywność (Rabe-Jabłońska i in. 2010)
ból głowy, nudności, wymioty, utrata łaknienia, pocenie się, osłabienie libido
- ▶ Objawy odstawienne – lęk, płaczliwość, niepokój psychoruchowy, napady lęku panicznego, zaburzenia snu, drażliwość, impulsywność, uczucie pustki w głowie, obniżenie nastroju, deficyty poznawcze, depersonalizacja, zaburzenia równowagi, nudności, wymioty, biegunka, objawy grypopodobne, zaburzenia snu (Rabe-Jabłońska i in. 2010)

LEKI PRZECIWDEPRESYJNE

Psychoedukacja:

- ▶ leki działają z opóźnieniem
- ▶ leczenie profilaktyczne należy kontynuować utrzymując lek w tej samej dawce nawet po ustąpieniu objawów
- ▶ leki należy odstawiać po uzgodnieniu z lekarzem, należy omówić możliwe działania związane z odstawianiem leku (Rzewuska 2006)
- ▶ Niekiedy leki stosuje się co najmniej 2 lata (np. po 3 lub więcej przebytych epizodach depresji, przy niepełnych remisjach, przy współchorobowości uzależnienia i in.) (Jarema 2011)

LEKI STABILIZUJĄCE NASTRÓJ

Skuteczne w leczeniu i profilaktyce nawrotów epizodów depresji i manii w przebiegu CHAD; stosowane są w każdej fazie choroby

Sole litu, walproinianu, karbamazepina – leki I generacji

Atypowe leki p/psychotyczne (kwetiapina, olanzapina, aripiprazol, klozapina), lamotrygina – leki II generacji

LEKI PRZECIWPSYCHOTYCZNE (NEUROLEPTYKI)

- ▶ Zmniejszenie objawów psychiatrycznych
- ▶ Niektóre stabilizują nastrój
- ▶ Dodatkowe działanie przeciwdepresyjne

GRUPY LPP

- ▶ Klasyczne: antagoniści receptorów dopaminowych typu D2: chloropromazyna, perfenazyna, haloperidol
- ▶ Atypowe: antagoniści receptorów dopaminowych typu D2 oraz/lub serotoninowych typu 5-HT_{2A}:
risperidon, olanzapina, klozapina, kwetiapina, amisulprid, aripiprazol, ziprasidon, sertindol

DZIĘKUJĘ BARDZO ZA
UWAGĘ 😊

marta.herstowska@wp.pl