



VYTAUTO DIDŽIOJO UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ MOKSLŲ FAKULTETAS
TEORINĖS PSICHOLOGIJOS KATEDRA

Rasa Misiukaitė

**SERGANČIŲ ŠIZOFRENIJA ASMENŲ PSICHOSOCIALINIO
FUNKCIONAVIMO GERINIMO GALIMYBIŲ, TAIKANT PSICHOLOGINĖS
KOREKCIJOS METODUS, ANALIZĖ**

Magistro baigiamasis darbas

Sveikatos psichologijos studijų programa, valstybinis kodas 62406S109

Psichologijos studijų kryptis

Vadovė doc. dr. Liuda Šinkariova _____ (Moksl.
laipsnis, vardas, pavardė) (Parašas) (Data)

Apginta prof. dr. Jonas Ruškus _____ (Parašas)
(Fakulteto/studijų instituto dekanas/direktorius) (Data)

Kaunas, 2012

Turinys	
Sąvokų žodynėlis.....	4
Summary.....	6
Santrauka.....	8
Įvadas	10
1. Šizofrenijos apibrėžimas.....	10
1.1. Šizofrenijos kilmę aiškinančios teorijos.....	11
1.2. Šizofrenijos klasifikacija.....	14
1.3. Šizofrenijos požymiai.....	15
1.4. Galvos smegenų struktūriniai pokyčiai sergant šizofrenija.....	17
2. Šizofrenija ir suicidiniai ketinimai.....	19
3. Psichosocialinės problemos sergant šizofrenija.....	22
3.1. Psichologinės problemos sergant šizofrenija.....	22
3.2. Socialinės problemos sergant šizofrenija.....	24
3.3. Profesinės problemos sergant šizofrenija.....	25
4. Sergančiųjų šizofrenija psichosocialinė adaptacija.....	27
5. Sergančiųjų šizofrenija psichosocialinės diagnostikos ypatumai.....	28
6. Sergančiųjų šizofrenija psichosocialinė rehabilitacija.....	30
7. Psichologinės korekcijos metodai sergant šizofrenija.....	33
7.1. Sergančiųjų šizofrenija psichologinis konsultavimas.....	34
7.2. Individualioji psichoterapija.....	35
7.3. Šeimos psichoterapija.....	37
7.4. Meno terapija.....	39
7.5. Grupinė psichoterapija.....	41
Apibendrinimas.....	44
Išvados.....	46
Literatūros sąrašas.....	47

Sąvokų žodynelis

Adaptacija – žmogaus prisitaikymas prie kintančių gyvenimo sąlygų (tarptautinių žodžių žodynas, 1985).

Automatinės mintys – minčių srautas, egzistuojantis šalia kito ryškesnio minčių srauto (Beck S., 2008).

Depresija – liūdnai prislėgta nuotaika, pasireiškianti fiziniu išsekimu, padidėjusiu nuovargiu, interesų praradimu, energijos stoka, sutrikusiu miegu ir sumažėjusia dėmesio koncentracija. Su depresija taip pat pasireiškia žemas savęs vertinimas, mažas aktyvumas, kaltės jausmas, beviltiškumas ir savižudybinės idėjos.

Diskriminacija - teisių sumažinimas arba atėmimas tam tikrai kategorijai asmenų dėl kokių nors požymių (Tarptautinių žodžių žodynas, 1985). Diskriminacija gali būti socialinė arba kultūrinė.

Haliucinacijos - tariamas nesamų dalykų jutimas. Suvokimas be jokio išorinio dirgiklio ir realaus objekto pvz., įsivaizduojamų balsų girdėjimas.

Kliedesiai – klaidingi įsitikinimai nepasiduodantys korekcijai (Leonavičius R., 2011).

Prodromas – pradinė ligos stadija, kai dar nėra išryškėję pagrindiniai klinikiniai požymiai.

Psichikos ligos – ligos atsirandančios dėl galvos smegenų patologijos ar egzogeninių veiksnių poveikio ir pasireiškiančios psichikos veiklos sutrikimais (Psichologijos žodynas, 1993).

Psichokorekcija – psichikos sutrikimų įveikimas arba neutralizavimas psichoterapijos būdu (Psichologijos žodynas, 1993).

Psichologinė diagnostika – psichologijos mokslo šaka, kurianti metodus, kuriais nustatomos žmogaus individualios ypatybės, numatoma asmenybės perspektyva. Tai tam tikrų žmogaus psichologinių bruožų buvimo ir išreikštumo nustatymas.

Psichologinis konsultavimas – psichologo teikiami žmonėms profesionalūs patarimai, rekomendacijos, paaiškinimai (Psichologijos žodynas, 1993). Psichologinio konsultavimo trukmė priklauso nuo konsultuojamojo psichologinių problemų sudėtingumo.

Psichoterapija – gydymas kompleksiniu psichiniu poveikiu (Psichologijos žodynas, 1993). Psichoterapija gydomi visi žmogaus psichikos procesai, o ypač emocijos, mąstymas ir savimonė.

Psichoze – psichikos būklė, kai asmuo nepajėgus teisingai suvokti ir įvertinti savo minčių ir pojūčių. Su psichoze pasireiškia neadekvatus elgesys, ryškūs emocijų, mąstymo ir suvokimo sutrikimai.

Reabilitacija - priemonių, padedančių atgauti žmonių su sutrikusiomis organizmo funkcijomis, sveikatą ir darbingumą kompleksas (Tarptautinių žodžių žodynas, 1985).

Savižudybė –daugiamodalis reiškinys, apimantis biologinius, biocheminius, kultūrinius, tarpasmeninius, socialinius, psichologinius, filosofinius elementus. Dažniausios savižudybę lemiančios priežastys yra: sunki situacija, nepakeliamas psichologinis, dvasinis skausmas ir kriziniai išgyvenimai. Labiausiai savižudybei būdingi jausmai – bejėgiškumas ir neviltis.

Sindromas – vienos kilmės simptomų visuma.

Šizofrenija – psichikos liga, kuri pasireiškia įvairiais simptomais ir sindromais – haliucinacijomis, kludiesiais, liguistais afektais panašiais į neurozę ar psichopatiją, hebefrenijos, katatonijos, oneiroidiniais ir kitais sindromais (Medicinos enciklopedija, 1991). Šizofrenija yra progresuojantis psichikos sutrikimas.

Summary

The aim - to reveal psychosocial functioning of patients with schizophrenia, improvement in the context of psychological adjustment methods. Schizophrenia affects approximately 1 percent people in the world. According to the State Mental Health Centre (2006) show that schizophrenia may suffer from any person, regardless of nationality, social status or education.

Schizophrenia is a severe mental disorder or group of such disorders characterized by psychotic symptoms, which violate the human behavior and perception. This Polyetiological mental disorder.

With schizophrenia-related reasons may be: a viral infection before birth, hypoxia (oxygen deficiency), poisoning, chemical imbalances in the body, a neurotransmitter imbalance, cerebrovascular disorders, psychosocial stress, and some family models.

Schizophrenia vulnerable to this mental activity spheres: the will, thought and emotion. With schizophrenia can lead to suicidal intent. Highest risk of suicide during the first 6 years after the diagnosis of schizophrenia. Fenton MV (1997) argues that a possible link between schizophrenia spectrum disorders, positive and negative symptoms and suicidal behavior.

Patients with schizophrenia have a lot of psychosocial problems. These include: anxiety, depression, social isolation, career planning and employment issues. Persons with schizophrenia have a duty to adapt to the social environment.

With schizophrenia and mental status assessment of disease severity of the psychological tests used. actively applied psychosocial rehabilitation to help restore impaired mental function and performance.

Schizophrenia as well as the following basic methods of psychological adjustment, including psychological counseling, cognitive behavioral therapy, family therapy, art therapy and group psychotherapy.

Conclusions: Patients with schizophrenia are subject to various psychological methods of correction. These include: psychological counseling, individual psychotherapy (short-term problem-oriented, long-term maintenance, cognitive, behavioral therapy), family, art and group psychotherapy. Individual psychotherapy of schizophrenia by reducing non-occurring mood disorders and suicide attempt risk. Combination of cognitive and behavioral therapy to effectively treat mental disorders (anxiety, depression, fear and annoying thoughts syndrome. Art therapy is applied with communication difficulties, it is behavioral adjustment and social skills. One of the most common methods of group

psychotherapy in schizophrenia is a clinical psychotherapy (therapeutic) group. This group is directed to the symptoms of the disease treatment and disposal. schizophrenia is seldom applied psychological counseling, as this correction method is more focused on clinically healthy individual.

Santrauka

Darbo tikslas - atskleisti sergančiųjų šizofrenija psichosocialinio funkcionavimo gerinimo galimybes taikant psichologinės korekcijos metodus. Šizofrenija serga vidutiniškai 1 proc. pasaulio žmonių. Remiantis Valstybinio psichikos sveikatos centro (2006) duomenimis, šizofrenija gali susirgti bet kuris asmuo nepriklausomai nuo tautybės, socialinės padėties ar išsilavinimo.

Šizofrenija yra sunkus psichikos sutrikimas arba grupė tokių sutrikimų, kuriems būdingi psichozės simptomai, pažeidžiantys žmogaus elgesį ir suvokimą. Tai polietiologinis psichikos sutrikimas.

Su šizofrenija susijusios priežastys gali būti: virusinė infekcija iki gimimo, hipoksija (deguonies trūkumas), apsinuodijimai, cheminių medžiagų organizme disbalansas, neuromediatorių pusiausvyros sutrikimas, smegenų kraujotakos sutrikimai, psichosocialinis stresas ir tam tikri šeimos modeliai.

Sergant šizofrenija pažeidžiamos šios psichikos veiklos sferos: valia, mąstymas ir emocijos. Su šizofrenija gali atsirasti suicidinių ketinimų. Savižudybės rizika didžiausia pirmuosius 6 metus, po šizofrenijos diagnozės nustatymo. V.Fenton (1997) teigimu, galimas ryšys tarp šizofrenijos spektro sutrikimų, teigiamų ir neigiamų simptomų ir suicidinio elgesio.

Sergantiems šizofrenija kyla daug psichosocialinių problemų. Tai: nerimas, depresija, socialinė izoliacija, karjeros planavimo ir įsidarbinimo problemos. Sergantys šizofrenija asmenys turi tinkamai adaptuotis socialinėje aplinkoje.

Sergantiems šizofrenija psichikos būklei įvertinti ir ligos požymių sunkumui nustatyti naudojami psichologiniai testai. Aktyviai taikoma psichosocialinė rehabilitacija, kuri padeda atstatyti sutrikusias psichikos funkcijas ir darbingumą.

Sergant šizofrenija taip pat taikomi šie pagrindiniai psichologinės korekcijos metodai: psichologinis konsultavimas, kognityvinė elgesio terapija, šeimos psichoterapija, meno terapija ir grupinė psichoterapija.

Išvados: Sergant šizofrenija yra taikomi įvairūs psichologinės korekcijos metodai. Tai: psichologinis konsultavimas, individuali psichoterapija (trumpalaikė į problemas orientuota, ilgalaikė palaikomoji, kognityvinė, elgesio psichoterapija), šeimos, meno ir grupinė psichoterapija. Individuali psichoterapija taikoma mažinant su šizofrenija pasireiškiančius nuotaikos sutrikimus ir suicidinių ketinimų riziką. Derinant kognityvinę ir elgesio terapiją efektyviai gydomi psichikos sutrikimai (nerimas, depresija, baimės ir įkyrių minčių sindromas). Meno terapija taikoma turintiems bendravimo

sutrikimų, ji skirta elgesio korekcijai ir socialinių įgūdžių tobulinimui. Vienas dažniausiai taikomų grupinės psichoterapijos metodų sergant šizofrenija yra klinikinės psichoterapijos (gydomosios) grupės. Šios grupės yra nukreiptos į ligos simptomų gydymą ir šalinimą. Sergant šizofrenija rečiausiai yra taikomas psichologinis konsultavimas, nes šis korekcijos būdas yra daugiau orientuotas į kliniškai sveiką asmenybę.

Įvadas

Šizofrenija – tai progresuojanti psichikos liga. Šizofrenijos priežastys nėra tiksliai žinomos ir visiškai iširtos. Manoma, kad ligos išsivystymui gali turėti įtakos genetiniai, biologiniai, aplinkos ir psichologiniai veiksniai. Remiantis valstybinio psichikos sveikatos centro (2006) duomenimis, šizofrenija gali susirgti bet kuris asmuo nepriklausomai nuo tautybės, socialinės padėties, profesijos ar išsilavinimo. Šizofrenija susergama jaunystėje, o kartais ir vėlesniame amžiuje. Kuo anksčiau susergama, tuo labiau paveikiama asmenybė.

Šiuolaikinėje visuomenėje šizofrenija yra aktuali problema, nes pažeidžia įvairias psichikos funkcijas: jausmus, mąstymą, elgesį ir suvokimą. Šia liga sergantis žmogus negali sutelkti dėmesio ir tinkamai funkcionuoti socialinėje aplinkoje, mokytis ir dirbti. Apart farmakologinio gydymo, siekiant sumažinti ligos simptomus ir pagerinti psichikos sveikatą, taikomos psichosocialinės reabilitacijos priemonės ir psichologinės korekcijos metodai.

Darbo tikslas - atskleisti sergančiųjų šizofrenija psichosocialinio funkcionavimo gerinimo galimybes taikant psichologinės korekcijos metodus.

Darbo uždaviniai: aprašyti vykstančius galvos smegenų struktūrinius pokyčius sergant šizofrenija; išryškinti kylančias psichologines, socialines ir profesines problemas sergant šizofrenija; įvardinti taikomas pagrindines psichoterapijos kryptis sergant šizofrenija.

Darbo metodika: teorinė mokslinės literatūros šaltinių apžvalga.

1. Šizofrenijos apibrėžimas

Šizofrenija (lot. schizophrenia, gr. schisis - skilimas, phrenos dvasia, protas) – lėtinė psichikos liga, pasižyminti didele simptomų įvairove – nuo nedidelių mąstymo, vertinimų, požiūrių, gyvensenos pakitimų iki sugebėjimo suvokti tikrovę ir supantį pasaulį, aiškiai mąstyti, valdyti savo jausmus ar bendrauti, jausti neįprastus reiškinius praradimo (Pilkauskienė A., 2011). Pagal Medicinos enciklopediją (1991), šizofrenija – psichikos liga, kuri pasireiškia įvairiais sindromais – haliucinacijomis, kliesiais, liguistais afektais panašiais į neurozę ar psichopatiją, hebefrenijos, katatonijos, oneiroidiniais ir kitais sindromais. Tai polietiologinis psichikos sutrikimas.

Šizofrenija yra sunkus sutrikimas arba grupė tokių sutrikimų, kuriems būdingi psichozės simptomai, pažeidžiantys žmogaus emocijas ir elgesį. Kiekvienam ligoniui būdingas individualaus

simptomų ir išgyvenimų derinys. Šizofrenija - tai lėtinis psichozinis sutrikimas, pasižymintis charakteringų požymių ir simptomų kompleksu. Tačiau nėra nė vieno simptomo ar požymio, būdingo tik šizofrenijai. Psichikos sveikatos priežiūros specialistų požiūriu, šizofrenija yra viena sudėtingiausių psichikos ligų. Šizofreniją galima apibūdinti kaip patologišką psichikos būseną, kurios pagrindinis bruožas yra disociacija, progresuojantis psichikos funkcijų skilimas, lydimas kontaktų nutraukimo, tarpasmeninių ryšių suirimo, maksimalios introversijos ir savotiškos, autistiškos kliesinės egzistencijos. Taigi šizofrenijos pavadinimą ir atspindi disociacija – psichikos procesų vienovės nebuvimas.

Remiantis valstybinio psichikos sveikatos centro (2006) duomenimis, šizofrenija - tai lėtinė psichikos liga, kuri pažeidžia jausmus, mąstymą, suvokimą ir valią. Šizofrenija sutrikdo gebėjimą aiškiai mąstyti, atskirti tikrovę nuo fantazijos, išreikšti emocijas, priimti sprendimus ir bendrauti su aplinkiniais. Tai chroniška psichikos liga. Pacientas ima šalintis įprastinės veiklos ir pasineria į kitokią realybę. Tai sukelianti negalią psichikos liga. Šizofrenija yra smegenų liga, pasireiškianti tam tikrais specifiniais simptomais, atsirandančiais dėl organinių ar biocheminių pokyčių smegenyse (Reklionė V., Rakauskienė D., 2006).

Remiantis Medicinos enciklopedija (1991) ir kitais moksliniais šaltiniais, šizofrenija serga vidutiniškai 1 proc. pasaulio žmonių, daugiausiai 15 – 25 metų amžiaus. Daugelyje pasaulio šalių dažniausiai pasitaikantis šizofrenijos tipas – paranoidinė šizofrenija.

1.1. Šizofrenijos kilmę aiškinančios teorijos

Daugelį metų šizofrenija buvo laikoma mistine liga. Anot A.Dembinsko (2003), apibūdinti šizofrenijos kliniką stengtasi jau seniai. Kai kurie mokslininkai netgi neigė šizofreniją kaip atskirą reiškinį. 1857 m. B.Morelis aprašė jaunų žmonių psichikos ligą, kurios metu gilėja psichikos funkcijų nykimo požymiai, vyksta degeneracija. Dabar taip suprantama šizofrenijos paprastoji (simplex) forma. B.Morelis šį sutrikimą pavadino *dementia praecox*, t. y. ankstyvoji silpnaprotystė.

Įvairios psichiatrijos kryptys šizofreniją diagnozuoja nevienodai. Teigiama, kad dabar išskiriamos šizofrenijos formos anksčiau būdavo aprašomos kaip atskiros psichikos ligos. Remiantis Medicinos enciklopedija (1991), 1896 m. pirmasis šizofreniją aprašė vokiečių psichiatras E.Kraepelinas. Jis nustatė, kad įvairios iki jo aprašytos ligos (paranoja, hebefrenija, katatonija) yra vienos ir tos pačios ligos reiškimosi formos, kurios kartais pereina vieną į kitą. Tai nėra atskiri

nozologiniai vienetai. Šią ligą E.Kraepelinas taip pat pavadino jaunatvine arba ankstyvąja silpnaprotyste, nes ligoniams jau po kelerių metų atsiranda ryškių psichikos defektų. Vėliau buvo nustatyta, kad taip vyksta nevisada, o esminis ligos požymis yra psichikos vienovės sutrikimas ir asmenybės suirimas arba suskilimas.

1911 m. šizofrenijos terminą pradėjo vartoti E.Bleuleris, kuris geriau atspindi ligos esmę. Anot A.Dembinsko (2003), 1902 m. Williamas Jamesas iškėlė mintį, kad šizofrenija - tai savotiška būties forma, kad šizofreninė sąmonė yra tam tikra realaus pasaulio, kuris kupinas kultūrinių ir socialinių skirtumų, alternatyva. Pagal K. Jaspersą šizofrenija - "neaiškiai apibrėžta, bet be galo turtinga sąvoka". "Tai didžiulė mūsų gyvenimo dalis, kurią pažįstame ne iš paprastų, apčiuopiamų, objektyvių požymių, bet kaip tam tikrą dvasios gyvenimo visumą". Šizofreninė egzistencija - turtingas savito psichinio egzistavimo pasaulis. K.Jaspersas manė, kad tarp sergančiųjų yra gabių, inteligentiškų žmonių, mokančių savitai išreikšti savo išgyvenimus, pritaikyti juos kūrybiniame procese. Jie įvairiai išreiškia suvokiamą pasaulį, kuris "tarsi nustoja būti suprantamas", kuriame išnyksta prasmės ir logikos dėsniai, kuriame žmogus lieka svetimas tikrovei. Atsiranda specifiniai šizofreniniai išgyvenimų proceso pokyčiai. Vykstant šiam procesui žmogus tarsi grimzta į save, į įsivaizduojamą pasaulį, prarasdamas galimybę atsiverti realiam pasauliui, skatindamas asmenybės nuosmukį ir suirimą.

Šizofrenijos kilmę aiškina: biologinės, psichologinės, komunikacinės ir sociologinės teorijos. Pvz., streso-diatazės (gr. diathesis polinkis, organizmo polinkis sirgti kai kuriomis ligomis) teorija, teigia, kad asmuo paveldi polinkį sirgti šizofrenija, o papildomi nepalankūs aplinkos ir psichologiniai veiksniai lemia jos išsivystymą. Anot A.Dembinsko (2003), manoma, kad šios ligos išsivystymą gali lemti keli silpnos sąveikos genai. Kai kurie autoriai teigia, kad šizofrenija yra paveldima per kelis recesinius genus, kurių vienas lemia pažeidžiamumą dėl šios ligos, o kitas paskatina pirmojo geno ekspresiją, pasireiškiančią visiškai psichoze.

Psichologines šizofrenijos teorijas pagrindžia psichoterapijos mokyklos, kurios įvairiai aiškina šios ligos priežastis. Psichoanalizės mokyklos atstovai teigia, kad pagrindinis šizofrenijos defektas yra ego dezorganizacija, dėl kurios sutrinka realybės suvokimas ir vidinių impulsų kontrolė (Dembinskas A., 2003). Paulis Federnas teigia, kad šizofrenija sergantis pacientas nesugeba atskirti savęs ir objekto. Manoma, kad šizofrenija prasideda paauglystėje, nes kaip tik tada nepakankamai susiformavęs ydingas ego susiduria su ypač dideliais išoriniais reikalavimais, būtinybe kontroliuoti vidinius impulsus, nepriklausomybę ir nepajėgia su šiais naujais reikalavimais susidoroti.

S. Freudo įsitikinimu, šizofrenija sergantys pacientai regresuoja į pirminio narcisizmo būseną,

vyksta Ego dezintegracija, tarsi grįžtama į laikotarpį iki ego. Kartais šizofrenija sergantys pacientai gali būti apibūdinami kaip silpnos ego funkcijos turėtojai. S.Freud psichoanalitinės teorijos remiasi struktūriniu modeliu, kurį sudaro trys psichikos procesai: id, ego ir superego. Id (lot. tai) – nesąmoningas ir paveldimas asmenybės struktūrinis darinys. Vienintelis psichinės energijos šaltinis. Id veikia pagal malonumo principą. Procesai, kurių pagalba id išlaisvina nuo įtampos, yra vadinami reflektoriniais veiksmais bei pirminiu procesu. Reflektoriniai veiksmai – id automatiškai atsako į sujaudinimą ir iš karto pašalina įtampą. Pirminis procesas – instinktyvių poreikių patenkinimas fantazijose. Tai ikiloginis, ikižodinis, patyrimo ir išmokymo nespacializuotas psichikos vyksmas.

Ego (lot. aš) – tai psichikos dalis, atsakinga už sprendimų priėmimą. Ego stengiasi patenkinti id norus, suderindama juos su išorinio pasaulio apribojimais ir superego reikalavimais. Veikia pagal realybės principą, loginį mąstymą ir įgūdžius. Superego (lot. virš aš) – tai internalizuotos tradicinės vertybės, idealai, kuriuos vaikui perduoda tėvai. Pagrindinė užduotis – įvertinti vieno ar kito reiškinio teisingumą, remiantis moraliniais standartais. Superego padeda palaikyti tradicijas ir tęstinumą, perduodamas vertybes iš kartos į kartą.

Kognityvinės-bihevioristinės krypties atstovai šizofreniją vertina kaip neteisingai susiformavusius elgesio stereotipus. Bihevioristinės krypties atstovai asmenybę supranta kaip elgesio reakcijų visumą. Bihevioristinėse (elgesio) teorijose išlieka svarbus operantinis ir klasikinis sąlygojimas. Psichoanalitinės, kognityvinės ir bihevioristinės teorijos priklauso asmenybės teorijų grupei. Pagal šias teorijas, ego dezorganizacija ir neteisingai susiformavę elgesio stereotipai laikomi psichologiniais šizofrenijos rizikos veiksniais. Be šių veiksnių, šizofrenijos išsivystymui įtakos turi genetiniai (genų mutacijos, paveldėjimas) ir aplinkos veiksniai.

Vertinant sąsajas tarp šizofrenijos ir paveldimumo taip pat yra svarbūs ir kiti psichoziniai sutrikimai. A.Dembinskas (2003) teigia, kad jei šeimoje yra sergančių asmenų, rizika susirgti šizofrenija labai padidėja, o monozygotiniam ligonio dvyniui ji yra net 47 proc. Anot A.Pilkauskienės (2011), tikėtina, kad šizofrenija yra genetinių ir aplinkos rizikos veiksnių sąveikos rezultatas. Pabrėžiama, kad kalbant apie aplinkos veiksnius, labiausiai paplitęs yra „pažeidžiamumo-streso-įveikos“ modelis. Ši koncepcija teigia, kad šizofrenijos simptomai išsivysto tada, kai žmogaus vidiniai įveikos mechanizmai nesugeba susitvarkyti su stresiniais aplinkos veiksniais. Kitos su šizofrenija susijusios priežastys gali būti: virusinė infekcija iki gimimo, hipoksija (deguonies trūkumas), apsinuodijimai, cheminių medžiagų organizme disbalansas, neuromediatorių pusiausvyros sutrikimas, galvos traumos, smegenų kraujotakos sutrikimai, psichosocialinis stresas, tam tikri šeimos modeliai ir

t.t. Dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo su šizofrenija gali pasireikšti toksinė psichozę.

1.2. Šizofrenijos klasifikacija

Pagal TLK 10 klasifikaciją (1992), išskiriamos šios šizofrenijos formos: paprastoji šizofrenija, paranoidinė, hebefreninė, katatoninė, nediferencijuota ir rezidualinė šizofrenija. Anot V.Šurkutės (2007), galima išskirti ir obsesinę šizofreniją, kai vienu metu su šizofrenija pasireiškia obsesinis-kompulsinis (OKS) sutrikimas. Teigiama, kad vieno tyrimo metu (angl. Epidemiologic Catchment Area Study) net 12,2 proc. sergančių OKS nustatyti ir šizofrenijai būdingi simptomai. Praėjusių 3 dešimtmečių laikotarpio tyrimų metu nustatyta, kad kliniškai reikšmingi obsesiniai-kompulsiniai simptomai pasireiškia 10–52 proc. sergančiųjų šizofrenija, o OKS kartu su šizofrenija pasireiškia 7,8–26 proc. sergančiųjų. Šizoafektinis sutrikimas diagnozuojamas, kai vienu metu pasireiškia afektyvių sutrikimų ir šizofrenijos simptomai, kurie yra vienodai išreikšti.

Šizofrenijos eiga gali būti dvejopa: priepuoliai arba tolydus progresavimas iki defekto stadijos. Jei šizofrenijos forma sunki, liga progresuoja greitai, sutrinka ligonio elgesys, ypač paūmėjus klijedesiui, haliucinacijoms ir kitoms apraiškoms (Psichologijos žodynas, 1993). Teigiama, kad dauguma ligonių serga švelnesne šizofrenijos forma, liga lėtai progresuoja. Remiantis TLK 10 klasifikaciją (1992), skiriami tokie šizofrenijos eigos variantai: nepertraukiama eiga; epizodinė su progresuojančiu defektu; epizodinė su nekintamu defektu; epizodinė remituojanti; dalinė remisija ir visiška remisija. Jeigu stebėjimo laikotarpis per trumpas, ligos eiga gali būti neaiški. Pagal Medicinos enciklopediją (1991), šizofrenijos eiga labai įvairi: ūminė šizofrenija gali trukti kelias dienas ar savaites, lėtinė – keletą mėnesių ar net daugelį metų.

P.Derosse (2008) teigimu, ligos pagrindą sudaro klinikiniai simptomai, kurie kartais trunka visą gyvenimą pvz., katatoninės šizofrenijos simptomai. Anot A.Dembinsko (2003), P.Derosse (2008) ir V.Šurkutės (2006), Šizofrenijos simptomai gali būti skirstomi į: pozityvius produkcinius, negatyvius arba deficitinius ir dezorganizuotus simptomus. Pozityvūs simptomai – tai reiškiniai, kurie atsiranda papildomai ir anksčiau asmeniui nebuvo būdingi. Negatyvūs simptomai – tai susilpnėjusios arba išnykusios kai kurios funkcijos ir savybės.

Kai kuriems ligoniams negatyvieji simptomai pasireiškia paauglystėje arba jaunystėje, dėl sudėtingo aplinkos ir genetinių veiksnių derinio. Dezorganizuoti simptomai rodo blogą ligos perspektyvą. V.Šurkutė (2006) teigia, kad negatyvieji simptomai skirstomi į pirminius ir antrinius.

Pirminiai – premorbidiniai, atsirandantys prieš išsivystant pirmam psichozės epizodui. Antrinius simptomus gali sukelti pozityvieji arba kognityviniai šizofrenijos simptomai.

Pagal A.Vidžiūnaitę (2008), per ūminį psichozės priepuolį, pozityvieji šizofrenijos simptomai yra labiau pastebimi, nei negatyvieji. Tik 15–20 proc. pacientų nustatomas deficito sindromas, kurį apibūdina 12 mėn. laikotarpiu išliekantys mažiausiai du pirminiai negatyvieji simptomai. Tačiau pirminių negatyviųjų simptomų stabilumas yra santykinis, pvz., 2 m. laikotarpiu pacientams, kuriems pasireiškė deficito sindromas, palyginti su tais, kuriems nėra deficito sindromo, buvo pastebėti nuolatiniai, tačiau su kliniškai reikšmingais svyravimais negatyvieji simptomai. Dažniausiai kinta antrinių negatyviųjų simptomų, atsiradusių dėl pozityviųjų simptomų, stresinių įvykių ar vaistų sukeltų šalutinių poveikių, intensyvumas (Šurkutė V., 2006). P.Derosse (2008) teigia, kad nei viena simptomų grupė nėra tiek optimali, kad būtų įmanoma išsiaiškinti molekulinį šizofrenijos mechanizmą. Šizofrenija neturėtų būti diagnozuojama, kai yra žymesnių depresijos ar manijos simptomų.

1.3. Šizofrenijos požymiai

Liga prasideda palengva. Apima nemiga, skauda galvą. Siekiant tiksliai diagnozuoti šizofreniją, pagal TLK 10 (1992), išskiriami šie pagrindiniai šizofrenijos požymiai: minčių skambėjimas, minčių įterpimas arba atėmimas, minčių perdavimas; poveikio, įtakos ar pasyvumo kludiesiai, aiškiai nukreipti į kūno judesius, arba specifinės mintys, veiksmai, pojūčiai; kliesinis suvokimas; haliucinaciniai balsai, komentuojantys ligonio elgesį arba kitaip aptariantys ligonį; nuolatiniai kultūriškai neadekvatūs, neįmanomi kliesiniai, pvz., religinio tapatumo; bet kokios nuolatinės haliucinacijos, lydimos pusiau suformuotų kliesių be aiškaus afektinio turinio arba nuolatinis pervertinimo idėjų; minčių eigos nutrūkimas ir dėl to atsirandantis kalbos nenuoseklumas, nerišlumas arba inkoherencija, neologizmai; katatoniškas elgesys, pvz., sujaudinimas, įmantrios pozos, vaškinis lankstumas, negatyvizmas, mutizmas, stuporas.

Sergant šizofrenija pažeidžiamos šios psichikos veiklos sferos: valia, mąstymas ir emocijos. Remiantis Medicinos enciklopedija (1991), sergantiems šizofrenija dažnai būdingas padrikas sutrikęs suvokimas, situacijos neatitinkantis afektyvumas ir šizofreninis autizmas. Šizofrenija sergančių pacientų sąmonė nesutrikusi (išskyrus oneiroidinės katatonijos atvejus) (dembinskas A., 2003).

Pozityviesiems šizofrenijos simptomams priskiriami: haliucinacijos, kliesiniai, mąstymo nenuoseklumas, keistas elgesys ir neadekvatus afektas. Pagal TIK 10 (1992) ir V.Šurkutę (2006),

negatyviems šizofrenijos simptomams priklauso: blankus afektas (skurdi veido išraiška, abejingas žvilgsnis, nenatūralus balsas, mechaniški ar dirbtini judesiai), apatija, alogija (skurdi kalba ir sutrikęs mąstymas), valios sutrikimai (iniciatyvos, tikslingo elgesio stoka), anhedonija (nejaučia pasitenkinimo ar džiaugsmo), socialinis atsiribojimas (nenoriai bendrauja, nesidomi socialiniais įvykiais). Dezorganizuoti simptomai – tai nenuosekli kalba ir neadekvatus, keistas elgesys.

Vienas iš neigiamų šizofrenijos prognostinių rodiklių yra ekstrapiramidiniai (eps) simptomai. Anot M.Karnicko (2006), išskiriami keturi EPS tipai: akatizija (subjektyvus nenusėdėjimo vietoje pojūtis, kuris objektyviai gali būti vertinamas stebint neramų vaikščiojimą, žingsniavimą vietoje); parkinsonizmas (bradikinezija, tremoras, rigidiškumas); distonija (nevalingi ilgalaikiai raumenų, dažniausiai akių, kaklo, nugaros spazmai); diskinezija (staigūs, nevalingi raumenų, dažniausiai burnos srities, susitraukimai).

Kiekvienam šizofrenijos tipui simptomai pasireiškia nevienodai. Paranoidinės šizofrenijos klinikiniame vaizde dominuoja sąlyginai stabilūs, dažniausiai paranoidiniai kliesdėsiai, kuriuos paprastai lydi haliucinacijos, ypač klausos, ir kiti suvokimo sutrikimai. Afektų, valios ir kalbos sutrikimai bei katatonijos simptomai nežymūs. Dažniausi paranoidiniai simptomai: persekiojimo, poveikio, kūno pasikeitimo, pavydo kliesdėsiai; verbalinės klausos haliucinacijos, bauginančios ligonį, arba imperatyvinės, arba neverbalinės klausos haliucinacijos (užimas, juokas); uoslės ar skonio haliucinacijos; gali pasitaikyti ir regos haliucinacijų, bet jos retai būna dominuojančios.

Hebefreninė šizofrenija – tai šizofrenijos forma, kurioje afektiniai pakitimai yra ryškūs, kliesdėsiai ir haliucinacijos trumpalaikiai ir fragmentiški, elgesys neatsakingas ir neprognozuojamas, būdingas manieringumas. Nuotaika yra lėkšta ir neadekvati, ją dažnai lydi perdėtas optimizmas, hipochondriniai nusiskundimai ir pasikartojančios, vienodos frazės. Mąstymas dezorganizuotas, kalba padrika ir inkoherentiška. Katatoninės šizofrenijos klinikiniame vaizde turi dominuoti vienas ar daugiau šių išvardintų požymių: stuporas (ryškiai sumažėjęs reaktyvumas į aplinką, spontaniški judesiai ir aktyvumas) arba mutizmas; sujaudinimas (išoriškai betikslis motorinis aktyvumas, neįtakotas išorinių dirgiklių); pozos (netinkamos, keistos, įmantrios pozos); negatyvizmas (išoriškai nemotyvuotas pasipriešinimas visoms instrukcijoms ir mėginimams pajudinti, pakeisti pozą); rigidiškumas (rigidiškos pozos palaikymas nepaisant pastangų ją pakeisti); vaškinis lankstumas; paklusnus automatizmas (automatinis paklusnumas instrukcijoms), ir žodžių bei frazių perseveracijos – beprasmis jų kartojimas.

Ligai progresuojant tikrosios klausos haliucinacijos transformuojasi į pseudohaliucinacijas. Kai

liga labai paūmėja, gali atsirasti senestopatijos bei dismorfofobijos (vėliau jos perauga į dismorfofomaniją), depersonalizacija ir derealizacija.

1.4. Galvos smegenų struktūriniai pokyčiai sergant šizofrenija

Remiantis medicinos enciklopedija (1991), tiriami ne tik genetiniai, bet ir biocheminiai, imunologiniai šizofrenijos mechanizmai. Atliekant šizofrenijos genetinius tyrimus vienas svarbiausių veiksnių yra endofenotipų nustatymas. Tačiau genetinius tyrimus apsunkina šios ligos kompleksiskumas ir heterogeniškumas. Pagal P.Derosse (2008), spėjama, kad su šizofrenija yra susijusi 6, 8 ir 20 chromosoma. Anot D.Gudienės (2007), 8 chromosomoje esanti dalis yra atsakinga už susirgimą šizofrenija. Naujausiais genetiniais tyrimais nustatyta, kad 15 genų, 1,4 mb srities delecija iš žmogaus 17 chromosomos ilgojo peties yra susijusi ne tik su autizmo spektro sutrikimais (ass), bet ir su šizofrenija. Šiuo metu manoma, kad šiame intervale yra svarbus LHX1 genas, kuris lemia neuronų diferenciaciją ir kontroliuoja aksonų veiklą. Per pastarąjį penkmetį genetikai atrado kopijų skaičiaus pokyčius (ksp) 6 žmogaus genomo regionuose, kurie yra susiję su ass ir šizofrenija. Mokslininkai iš JAV, Emerio universiteto atliko genetinį tyrimą, kurio rezultatai parodė, kad 18 tiriamųjų šizofrenija atsirado dėl 17 chromosomos pakitimų. Mutaciją turintys pacientai pasižymėjo veido dismorfija, makrocefalija, vidutinio sunkumo nervų sistemos ir pažinimo sutrikimu.

Esant sunkiam paveldimumui ir papildomiems nepalankiems aplinkos veiksniams sutrinka centrinės nervų sistemos vystymasis ir smegenų funkcijų struktūravimasis. Pažeidžiamas smegenų neuroplastiškumas. Sergant šizofrenija būdingi funkciniai kaktinės smegenų dalies veiklos sutrikimai. Anot M.Mazaliauskienės (2008), asmenys, kuriems yra padidėjusi rizika susirgti šizofrenija, nuo prodromo iki psichozės pasireiškimo praranda tam tikrą kiekį smegenų audinio.

Labiausiai pažeidžiama yra kaktinės ir smilkininių skilčių žievė, amono ragas, migdolinis kūnas, gumburas. Teigiama, kad anksčiau šio proceso priežastimis buvo laikoma smegenų atrofija, neurotoksiškumas ar neurodegeneracija. Bet paaiškėjo, kad smegenys sumažėja dėl neuronų supančios kapsulės susitraukimo, dendritų ilgio sutrumpėjimo, jų jungčių kiekio ir dydžio sumažėjimo. Teigiama, kad tyrimais nustatytas sumažėjęs neurotropino 3 kiekis, dėl kurio smegenų audinio praradimas psichozės metu yra susijęs su smegenų vystimuisi būtinų augimo faktorių sumažėjimu. Sergant šizofrenija haliucinacijų metu pasireiškia neįprastas smegenų aktyvumas. Kai išsivysto ūminė psichozė, prarandama žievinės ir požievinės pilkosios medžiagos.

Mokslininkai, tiriantys smegenų audinio praradimą šizofrenijos atveju, rado keletą tarpusavyje susijusių priežasčių: pernelyg didelis dopaminerginis stimuliavimas, kuris gali paskatinti ląstelių mirtį, glutamato toksinis poveikis, gama aminosviesto rūgšties (gasr) disfunkcija, sutrikęs antiapoptozinių signalų siuntimas, mitochondrijų disfunkcija, sumažėjusi azoto oksido biosintezė ir oksidacinis stresas (Mazaliauskienė R., 2008). Manoma, kad funkciniai neuronai visą gyvenimą gali būti gaminami smegenų amono rago dantytajame vingyje ir subventrikulinėje srityje. Pabrėžiama, kad atsiranda kamieninių ląstelių proliferacija į neuronines ląsteles, kurių išlieka apie 10 proc. ir diferencijuojasi į neuronus ar į gliją, o tada naujai susidariusių neuronų dendritai, gavę glutaminerginį impulsą, prisijungia prie jau esančio neuronų tinklo tiek struktūriškai, tiek funkciškai.

Taigi šizofrenijos metu vyksta intraląsteliniai pokyčiai, galintys sukelti neuronų degeneraciją ir žūtį. M.Lopaitis (2006) teigia, kad atlikus magnetinio rezonanso spektroskopijos tyrimą nustatytas nedidelis, bet svarbus n-acetil aspartato, neuronų integracijos žymens koncentracijos sumažėjimas prefrontalinėje galvos smegenų žievėje, hipokampe ir smilkininėse skiltyse.

Sergančiųjų šizofrenija galvos smegenų vaizdiniais tyrimais buvo pastebėta tam tikrų smegenų struktūros pokyčių - tai padidėjusios smegenų viduje esančios skysčiu pripildytos ertmės (vadinamieji smegenų skilveliai), sumažėję tam tikri smegenų regionai ir sumažėjęs tam tikrų smegenų aktyvumas. Bet šie smegenų pokyčiai nėra būdingi visiems šizofrenija sergantiems pacientams.

Tiriant šizofrenija sergančių asmenų smegenis kompiuteriniu tomografu randama, kad 10-50 proc. pacientų yra išsiplėtę šoniniai ir trečiasis smegenų skilveliai, o 10-35 proc. yra smegenų žievės atrofija, ypač kaktinėse ir smilkininėse skiltyse. Anot M.Lopaičio (2006) nustatyta, kad šizofrenijos metu sumažėja žievės hipokampo ir pogumburio apimtis. Laikui bėgant šie pokyčiai progresuoja. Dėl frontaliųjų skilčių pažeidimo gali atsirasti apraksijos. Atliekant kognityvinius testus, sergančiųjų šizofrenija smegenyse neaktyvuojama frontalinė žievė ir hipokampo sritis. Anot A.Dembinsko (2003), sergant šizofrenija atsiranda smegenėlių kirmino atrofijos požymių, taip pat randama limbinės sistemos atrofija, ypač migdolinio kūno, hipokampo srities ir bazalinių ganglijų. Tai rodo neuronų masės praradimą.

Sergant tiek šizofrenija, tiek obsesiniu-kompulsiniu sutrikimu struktūriniai galvos smegenų pokyčiai yra panašūs. Neurovizualiųjų tyrimų duomenimis, šizofrenijos ir oks (kiekvieno atskirai) išsivystymo mechanizme dalyvauja dalis tų pačių smegenų sričių, pvz., pamato branduoliai, tarpinių smegenų gumburas, priekinis vingis, orbitofrontalinė ir temporalinė žievė (Šurkutė V., 2008).

Pagal R.Mazaliauskienę (2008), manoma, kad dopamino apykaita skirtingose smegenų srityse

yra nevienoda. Pvz., hipodopaminerginė žievės būklė gali sukelti hiperdopaminergiją specifinėse požievio srityse. Manoma, kad šizofrenijos atveju dopaminerginės sistemos aktyvumas skirtingose smegenų dalyse yra taip pat nevienodas. Šizofrenijos procesui paaiškinti yra tiriamas daugybės kitų receptorių vaidmuo. Tai: noradrenalinai, serotoninai, gama aminosviesto (gasr) receptoriai. Sumažėjęs gasr sistemos aktyvumas gali sukelti dopaminerginių neuronų hiperaktyvumą. Šizofrenijos atvejais fiksuojamas sumažėjęs glutamato kiekis ir padidėjęs glutamatinų receptorių skaičius smegenų žievėje.

Anot A.Gudaičio (2006), visi antipsichoziniai vaistai pasižymi antagonistiniu poveikiu dopamino d2 receptoriams. Tai leido sukurti dopaminerginę šizofrenijos hipotezę, kuri teigia, kad šizofreniją sukelia bendra dopaminerginė mezokortikolimbinių sistemos disfunkcija. Įvairūs moksliniai stebėjimai parodė, kad dopamino aktyvumo padidėjimas mezolimbiniame sistemoje sukelia pozityvius šizofrenijos simptomus, o hipodopaminerginė būseną mezokortikalinėje sistemoje yra „atsakinga“ už neigiamus simptomus ir kognityvinių funkcijų sutrikimus.

Sergant šizofrenija organiniams galvos smegenų pakitimams įtakos turi psichiką veikiančių medžiagų vartojimas. Pvz., sergančiųjų cerebralinėje skystyje dažnai būna padidėjusi kai kurių endokanabinoidų koncentracija. Taigi biocheminiai ir struktūriniai galvos smegenų pokyčiai padidina šizofrenijos atsiradimo ir šios ligos simptomų pasireiškimo riziką.

2. Šizofrenija ir suicidiniai ketinimai

Savižudybė — sudėtingas ir įvairiapusis reiškinys. Jį vienokiu ar kitokiu laipsniu visada lemia biologiniai, kultūriniai, sociologiniai, tarpasmeniniai, loginiai, sąmoningi ir nesąmoningi, filosofiniai/egzistenciniai veiksniai (Gailienė D., 2001). Savižudybė – tai tragiškai beviltiškas bandymas spręsti savo sunkumus. Remiantis savižudybių prevencija (2008), dažniausiai savižudybė nėra impulsyvus veiksmas, o ilgiau trunkančio proceso rezultatas. Šį procesą sudaro trys etapai: mintys apie savižudybę, suicidiniai bandymai ir suicidinis elgesys.

Suicidinės mintys gali pasireikšti įvairiomis iliuzijomis ar planuojamais neigiamais veiksmais. Suicidinės mintys pasireiškia pataloginiu mąstymu, asmuo yra apimtas nevilties. Suicidinis bandymas gali būti apibrėžiamas kaip savęs naikinimo aktas. Suicidiniai bandymai – tai psichosocialiniai sutrikimai priskiriami arba vadinami suicidinėmis tendencijomis. Suicidiniai mėginimai atsiranda tada, kai žmogus neatviras savo problemoms, neįstengia konstruktyviai spręsti įvairių tarpasmeninių konfliktų (Jaras A., 2008). Suicidinis elgesys – tai procesas, kuris apima išorines ir vidines problemas, sąlygojančias savanorišką valingą žalojimąsi ar kitus savidestrukcinius būdus. Dažniausiai žudosi tie žmonės, kurių psichika yra sutrikusi. Ankstesnis bandymas

nusižudyti yra tiksliausias pranašautojas būsimai savižudybei ar jos bandymui.

Pagal J.Mann (2003), suicidinis elgesys apima aukštą ketinimą ir akivaizdų planavimą, dėl to individo išlikimas yra atsitiktinis, arba mažą mirtingumo tikimybę, kuri apibūdinama kaip impulsyvios pastangos sukeltos socialinės krizės. Suicidinio elgesio klinikinis modelis teigia, kad daugiau nei 90 proc. asmenų su suicidiniaus bandymais yra diagnozuotas koks nors psichikos sutrikimas pvz., apytiksliai 60 proc. suicidinių ketinimų pasireiškia su depresijos sutrikimu, o 20 proc. su maniakine depresija ir bipoliniu sutrikimu. Taigi, psichikos sutrikimai yra dažna savižudybių komplikacija, bet tai nėra pakankama sąlyga identifikuoti suicidinio elgesio rizikos veiksnių.

Pagal J.Mann (2003), W.Fenton (1997) ir kitus autorius, išskiriami tokie pagrindiniai suicidinių elgesį apimantys rizikos veiksniai: beviltiškumas, netektys, tam tikri neseni gyvenimo įvykiai, blogėjanti sveikata, socialinė izoliacija, impulsyvumo ir pesimizmo bruožai. Šių rizikos veiksnių pripažinimas yra vienas svarbiausių savižudybių prevencijos elementų.

W.Fenton (1997) teigia, kad tarp asmenų sergančiųjų šizofrenija savižudybė yra viena iš svarbiausių pirmalaimės mirties priežasčių. Tarp dažniausiai nurodomų savižudybės riziką didinančių veiksnių šizofrenija minima trečioje vietoje (po afektyvių sutrikimų ir piktnaudžiavimo alkoholiu) (Steiblienė V., 2003). Pirmieji ligos metai itin slegiantys, todėl atsiranda didesnis savižudybės pavojus. Pažymėtina, kad savižudybės rizika didžiausia pirmuosius 6 metus, po šizofrenijos diagnozės nustatymo.

Anot V.Steiblienės (2003), Psichikos sutrikimai gali būti savižudiško elgesio priežastis tiek tiesiogiai dėl psichopatologijos įtakos, pavyzdžiui, kludiesių, imperatyvių haliucinacijų, sujaudinimo ar depresijos, tiek dėl ligos sukeltų psichosocialinių, ekonominių problemų, stigmos. Teigiama, kad ryšiai tarp šizofrenijos ir savižudybių analizuojami dvejopai: tiriamas pastarųjų paplitimas tarp sergančiųjų šizofrenija bei šizofrenijos paplitimas tarp individų, kurie bandė nusižudyti arba nusižudė. Haliucinacijos ir anksčiau buvęs bandymas nusižudyti yra rimti pavojaus signalai, įspėjantys apie ateityje gresiančią savižudybę.

Tyrimai rodo, kad šizofrenija sergantys pacientai dažniausiai nusižudo ligos pradžioje, jauno amžiaus. Teigiama, kad sergantiesiems šizofrenija atsiradę depresijos simptomai laikomi stipriausiais suicidinio elgesio pranašautojais. Depresijos simptomų gali atsirasti bet kurioje ligos stadijoje. Prastas savęs vertinimas, „netikėlio“ jausmas – tai veiksniai, darantys įtaką popsichozinės depresijos pasireiškimui. Savižudybės riziką didina buvę suicidiniai bandymai, psichozės simptomų sunkumas (haliucinacijos ar svetimos mintys), panikos priepuoliai ir kiti nerimo simptomai, neigiamas požiūris į gydymą, dažnos hospitalizacijos, ankstyva ligos stadija (apie 50 proc. savižudybių atliekama per pirmus dvejus ligos metus), ryškūs gyvenimo stresoriai ir bloga socialinė pagalba.

W.Fenton (1997) teigimu, galimas ryšys tarp šizofrenijos spektro sutrikimų, teigiamų ir neigiamų simptomų ir suicidinio elgesio. Pvz., teigiami simptomai (įkyrios mintys, kliesdės, haliucinacijos) yra susiję su ilgalaikiu savižudybės pavojumi. Taip pat žinomos sąsajos tarp depresijos simptomų ir pozityviųjų simptomų vystantis psichozei. Anot V.Steiblienės (2003), aukštas premorbidinis intelektas susijęs su didėjančia suicidinio elgesio tikimybe. Piktnaudžiavimas psichoaktyviosiomis medžiagomis, gilesnis ligos esmės ir galimų padarinių supratimas, vaistų pašalinio poveikio atsiradimas didina sergančiųjų šizofrenija savižudybės riziką. Galimą savižudybės pavojų taip pat sukelia paranoidinė šizofrenija.

Pagal V.Steiblienę (2003), kitas labai svarbus su šizofrenija ir savižudybėmis susijęs rizikos veiksnys yra neurobiologiniai faktoriai. Teigiama, kad mokslininkams pavyko nustatyti ryšius tarp genetinių, biocheminių ir struktūrinių smegenų pakitimų bei suicidinio elgesio sergant šizofrenija. Ištirti panašūs biocheminiai pokyčiai prefrontalinėje smegenų žievėje sergant šizofrenija, bipoliniu sutrikimu ir didžiąja depresija, aptikti panašumai tarp nugaros smegenų skysčio biocheminių pokyčių ir padidėjusio suicidiškumo pasireiškus afekciniams sutrikimams bei šizofrenijai. Tyrėjai išskyrė neurobiologinius suicidiškumo žymenis esant psichoziniams sutrikimams, kurie yra nepriklausomi nuo genetinių ir kitų neurobiologinių faktorių, atsakingų už psichikos sutrikimų paveldimumą.

Savižudybės rizika sietina su tais ligoniais, kurie informuoja apie savo ketinimus, nuolat jaučiasi depresiškai, liūdni, išgyvena egzistencinę neviltį. Suicidinių ketinimų atsiradimas blogina ligos eigą. Suicidinių bandymų labai padaugėja, kai tam tikri įvykiai išprovokuoja krizines situacijas. Suicidinis ketinimas dažniausiai vykdomas klinikinio pagerėjimo metu, sugrįžus aiškiam mąstymui. Jeigu šizofrenija sergantis pacientas bando nusižudyti, tai būtų galima atpažinti pagal tokius suicidiškumo požymius: pacientas gali jaustis labai prislėgtas arba manyti, kad jo gyvenimas niekam vertas; jis gali jaustis persekiojamas; jis gali žudyti veikiamas klausos haliucinacijų; norėdamas pabėgti nuo sąmyšį keliančių minčių; suicidiniai ketinimai gali atsirasti impulsyviai.

Pacientas galvoja apie savižudybę jeigu: dažnai kalba apie savižudybę; nuolat parodo, kad jaučiasi niekam vertas; susidūrė su gyvenimo sunkumais; ligos remisijos metu taip pat susidūrė su dideliais sunkumais. Kai pacientas kalba apie savižudybę būtina atkreipti dėmesį apie ką jis kalba, ar nesutriko jo miegas ir nepasikeitė elgesys. Jeigu pastebima, kad pacientas yra labai susirūpinęs, būtina stengtis jį nuraminti. Žudomasi dėl skausmingai įsivaizduojamos ateities ir minčių, kad liga yra nepagydoma.

Taigi šizofrenija ir suicidiniai ketinimai yra tarpusavyje susijusios ir sunkiai įveikiamos

psichikos sveikatos problemas.

3. Psichosocialinės problemos sergant šizofrenija

Sergant šizofrenija kyla daug psichosocialinių problemų. Tai: psichologinės (asmenybės, bendravimo, emocinės, mąstymo, kognityvinių funkcijų), socialinės ir profesinės (darbo, įsidarbinimo, ekonominės, karjeros planavimo ir veiklos) problemos. Kai kurie šizofrenijos požymiai, rizikos veiksniai yra laikomi ir šios ligos psichologinėmis problemomis. Stebint sergančiuosius šizofrenija asmenis, vienokias ar kitokias problemas patiria ir jų artimieji.

3.1. Psichologinės problemos sergant šizofrenija

Sergant šizofrenija pakinta asmenybė, sutrinka bendravimas, susilpnėja pažintinės funkcijos ir pasikeičia elgesys. Ligonis užsisklendžia savyje, tampa viskam abejingas, pasidaro šaltėnis su artimaisiais, tampa vis įtaresnis ir atšiauresnis. Su šizofrenija pasireiškiantiems asmenybės sutrikimams būdingi bruožai yra pirminis uždarumas ir introversija. Anot A.Dembinsko (2003), E.Kretschmeris analizuodamas sergančiųjų šizofrenija asmenybės bruožus teigė, kad jie sunkiai supranta kitų išgyvenimus ir norus, jiems būdingas vienišumas, vaikystėje ir paauglystėje jie neturi draugų, yra dažnai ironiški, kai kurie iš jų bejausmiai ir emociškai „buki“, jų intucija ir empatija yra nepakankama. Neretai su jais sunku bendrauti, nes nėra vadinamojo „emocinio rezonanso“. Jau ligos pradžioje nyksta prisirišimo prie artimųjų jausmas. Ligoniams būdinga empatijos stoka, nesugebėjimas suvokti ir įsijausti į aplinkinių emocijas. Jie negali kitų atjausti, kartu su jais išgyventi liūdnius ir džiugius įvykius.

Ligos pradžioje, dar nesant išreikštam emocijų nuskurdimui, ligonis tai skausmingai išgyvena. Ligai progresuojant emocijos tampa vis monotoniškesnės, išnyksta jų spalvingumas, įvairovė ir amplitudė, nyksta aukštesnieji jausmai (gėda, meilė, užuojauta). Sutrinka "emocijų logika", jos tampa neadekvačios - nebeatitinka aplinkos įvykių. Ligonis būna patetiškas, abejingai reaguoja į aplinkinių nelaimes ir kančią. Sergant šizofrenija labai būdingas blankus afektas, jutiminių išgyvenimų skurdumas, anhedonija ir pošizofreninė depresija. Anot A.Dembinsko (2003), Apie 20-45 proc. atvejų po šizofrenijos epizodo prasideda depresijos epizodas. Depresijos epizodas gali būti ilgalaikis arba praeinantis per trumpesnį laiką. Pošizofreninė depresija diagnozuojama esant klinikiniams depresijos simptomams, išryškėjusiems po šizofrenijos epizodo.

Pagal Medicinos enciklopediją (1991), sergantį apima ambivalencija - priešingi jausmai, stereotipijos – nuolatinis judesių kartojimas, negatyvizmas – nevykdo ko prašomas, katatonija – asmuo liguistai jaudinasi arba negali judėti.

Sergant šizofrenija intelektas smarkiai nenukenčia nors kai kurie autoriai teigia, kad intelekto koeficientas gali kristi maždaug 10 balų per visą ligos laikotarpį, o ligai progresuojant gali sutrikti kognityvinės funkcijos. Su protinės veiklos nuskurdimu, atsiranda ir temperamento pokyčių. Anksčiau buvo manyta, kad šizofrenija yra susijusi su šizoidinio tipo asmenybės sutrikimu, nes šizoidų gyvenime didelę dalį užima fantazijos. Bet dabar įrodyta, kad tarp šizoidinio tipo asmenybės ir šizofrenijos jokio ryšio nėra, nes šizoidinės asmenybės neturi empatijos ir visiškai neišreiškia jausmų. Tačiau sergantiesiems šizofrenija daug psichologinių problemų kyla dėl atminties ir dėmesio sutrikimų, emocijų sutrikimų, mąstymo ir valios sutrikimų ar kitokių psichologinių traumų.

Sergantys šizofrenija pacientai kartais skundžiasi blogėjančia atmintimi. A.Dembinskas (2003) teigia, kad šis subjektyvus atminties nusilpimo jausmas atsiranda dėl aprozeksijos – dėmesio koncentracijos sutrikimų arba hiperprozeksijos - liguisto dėmesio sukonzentravimo į kokias nors nereikšmingas detales, pvz., ligonis neatsako į klausimus, atrodo visiškai išsiblaškęs, tik staiga kokias nors detales ar pašalinis dirgiklis patraukia ir ilgam prikausto jo dėmesį.

Neigiamą įtaką šizofrenijai daro psichikos procesų disociacijos. Pagal A.Dembinską (2003), disociacijas 1970 m. aprašė J.Bobonas ir H.Ey. Jie išskyrė disociaciją aplinkos atžvilgiu ir disociaciją savyje arba šizofreninę disociaciją. Disociacija su aplinka reiškiasi ryšiu su aplinkiniu pasauliu praradimu arba iškrypimu. Pabrėžiama, kad pacientai tampa taip pat indiferentiški aplinkai, išnyksta ryšių poreikis, atsiranda visiško nusiramimo (ataraksijos) būseną, kai paciento niekas nejaudina, jis tarsi nebeegzistuoja, praranda ryšį su aplinkiniu pasauliu. Kai aplinkos disociacija pasireiškia ūmios psichozės metu, ligonis jaučia aplinkinio pasaulio ir savojo „aš“ kitimą, jį dažnai apninka beribis, paralyžiuojantis nerimas.

Esant šizofreninei disociacijai ligoniai jaučia, kad jų sąmonė, protas prarado savo jėgą, nuoseklumą ir aiškumą, jie jaučiasi diskordantiški - pamišę, jų psichikoje siaučia suvokimo, vaizdinių ir minčių anarchija. Šizofreninės disociacijos metu atsiranda „intrapšichinė ataksija“ ir „ataksinis antagonizmas“ – tai būsenos, kai pacientai sakosi esą tarsi atskirti nuo pasaulio „stiklo siena“, jie gali matyti, tačiau negali jausti. Jie pasakoja, kad pasaulis esą netikras dirbtinis, o jie patys jaučiasi svetimi ir sau, ir pasauliui.

Sergant šizofrenija pakinta savęs vaizdas, tarsi išnyksta savojo „aš“ ribos. Iš pakitusio savęs

vaizdo sunku spręsti apie ligonių vidinį gyvenimą ir patyrimus. būdingas „veidrodžio“ sindromas – ligoniai labai susidomi savo išvaizda. Remiantis Medicinos enciklopedija (1991), dėl pasikeitusio suvokimo tikslumo, ligoniams atrodo, kad pasikeitė aplinkinių ar jų pačių išvaizda pvz., sergantysis ištisas valandas tyrinėja savo veidą.

Šizofrenijai įtakos turi ilgalaikės psichikos sveikatą traumuojančios situacijos. Tai įtemptos situacijos, su kuriomis pacientas pats negali susidoroti.

3.2. Socialinės problemos sergant šizofrenija

Sergant šizofrenija socialinėms problemoms priskiriama: socialinė izoliacija, socialinis atstūmimas, menkas socialinių ryšių palaikymas, socialinio pritarimo bei kitų socialinių poreikių patenkinimo trūkumas. Sergant šizofrenija būdingas žymus ir nuolatinis kai kurių asmens savybių pasikeitimas, pasireiškiantis interesų praradimu, betiksliskumu ir socialiniu atsiribojimu. Remiantis socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (2011) duomenimis, socialinė izoliacija padėtis, kuriai esant asmens ar grupės ryšiai su kitais visuomenės nariais yra labai riboti, todėl neretai pastebima sergančiųjų šizofrenija visuomenės diskriminacija.

Diskriminuojama dėl ligos sukulto keisto elgesio ir nesugebėjimo tinkamai pasirūpinti savimi. Kai kurių nuomone, šizofrenija sergantys ligoniai turi būti hospitalizuojami ir atskiriami nuo visuomenės gyvenimo. Taigi sergant šizofrenija yra prasta socialinė integracija – nesudaromos tinkamos sąlygos dalyvauti visuomenės gyvenime. Atsiranda socialinis vengimas. Anot S.Kay (1987), menkas socialinis dalyvavimas siejasi su nepateisinama baime, priešišku ir nepasitikėjimu savimi.

Sergantieji šizofrenija patiria socialinę atskirtį, todėl dažnai jaučiasi vieniši, pasinėrę į savo fantazijų pasaulį yra uždari ir mano, kad niekas jų nesupranta. A.Vidžiūnaitės (2008) teigimu, Jiems būdingas atsiskyrimas nuo visuomenės, verčiami bendrauti jie neturi ką pasakyti. Sergantieji sunkiai paklūsta drausmei ir stereotipų pokyčiams.

Stigma yra ne tik psichologinė, bet ir socialinė sergančiųjų šizofrenija problema, nes stigmatizacijos procesą nulemia visuomenės formuojamas elgesys. Visuomenės narių bendravimas su stigmatizuotais asmenimis kelia nerimą ir įtampą; sukelia baimę, paniką ir atsiribojimą nuo stigmatizuotų asmenų. Žmonėms, turintiems stigmą, priskiriamas negatyvus elgesys ir neigiami charakterio bruožai. Stigma – tai žymė išliekanti visą žmogaus gyvenimą. Stigma pasižymi

negatyvumu, nes trikdo komunikaciją ir sudaro neigiamą įspūdį apie sergančiuosius.

Stigmos negatyvumui nustatyti nėra fiksuotos vertės, nes ji priklauso nuo aplinkinių teikiamo dėmesio ir bendravimo su stigmatizuotu asmeniu. Sergant šizofrenija stigma yra psichologinė (psichikos liga, vertybių skirtumai) ir socialinė problema (gyvenimo būdo skirtingumas nuo normos). Socialinė stigma keičia asmens gyvenimo stilių. Anot S.Kay (1987), sergantiesiems dėl apatijos ir pasyvumo trūksta iniciatyvos socialinėse sąveikose ir tai priveda prie kasdinių veiksmų nepaisymo. Šizofrenija neigiamai įtakoja asmens gyvenimo trukmę.

Kita labai svarbi šizofrenijos problema yra išoriški apribojimai, kurie iki tam tikro laipsnio nepriklauso nuo ligos, tačiau gali turėti įtakos jos eigai (gyvenimo sąlygos, skurdas, nedarbas, silpnai išvystytas bendruomenės pagalbos jausmas, komplikuoti šeimyniniai santykiai).

A.Vidžiūnaitė (2008) teigia, kad visuomenėje gausu klaidingų mitų apie šią ligą. Manoma, kad sergantiesiems šizofrenija būdinga „skilusi“ asmenybė, arba jie yra pavojingi aplinkiniams. Iš tiesų tokie žmonės retai būna agresyvūs (nebent ūmių priepuolių metu), ir daug dažniau jie patys tampa agresijos aukomis, nei panaudoja ją prieš kitus. Taip pat manoma, jog šizofrenijos priežastys yra neteisingas auklėjimas ir valios stoka, tačiau ši liga neturi nieko bendro su auklėjimu, o valios silpnėjimas yra šizofrenijos požymis, tačiau ne priežastis.

Šizofrenija yra sudėtinga asmens socialinio funkcionavimo, visuomenės ir socialinio tinklo problema.

3.3. Profesinės problemos sergant šizofrenija

Sergant šizofrenija yra apribotas laisvalaikis ir darbinė veikla. Pagal Medicinos enciklopediją (1991), jau ligos pradžioje asmenims nebesiseka mokytis, protiškai dirbti, nors ir labai stengtųsi. Nepalengvėja net pailsėjus, po atostogų. Tai suprasdamas ligonis mėgina laiką kompensuoti ilgesniu, atkaklesniu darbu. Jis įsigilina į save, anksčiau daryta veikla tampa neįdomi, jis atsiriboja nuo bendramokslių. Pagal S.Kay (1987), atsiranda nebendradarbiaujamumas– asmens atsisakymas laikytis kitų reikšmingų nurodymų pvz., mokymosi, darbinėje, profesinėje ar kitoje veikloje.

Jeigu šizofrenija susergama paauglystėje, tuomet sunku įgyti išsilavinimą, pasirinkti tinkamą profesiją. Bet dažniausiai šizofrenija susergama jauname amžiuje, kai asmenys yra savarankiški ir

pradedama produktyvią darbinę veiklą. Dėl ligos prarandama kompetencija, asmenys tampa nekūrybiški, jiems trūksta patirties, pakinta intelektiniai gebėjimai. Šizofrenijos atveju labiau nukenčia intelekto pritaikymas, sprendžiant praktines ir teorines problemas, nes išnyksta sugebėjimas panaudoti turėtus įgūdžius. A.Dembinsko (2003) teigimu, sergant šizofrenija pasitaiko E.Kraepelino aprašytas "intelektinis negatyvizmas", kuomet į klausimus ligonis atsako negalvodamas ir neteisingai, nes jam sunku mąstyti. Sergant šizofrenija somatiniai nusiskundimai įgyja liguistą išraišką – atsiranda kliedėjimo idėjos. Manoma, kad dėl to ligoniai vis mažiau pajėgūs atlikti įvairius darbus, greitai pervargsta. Dėl nesugebėjimo dirbti daugelis jų atleidžiami iš darbo.

Anot A.Vidžiūnaitės (2008), sergant šizofrenija pasireiškia motyvacijos ir entuziazmo trūkumas - atrodo, jog žmogus nesidomi jį supančiu pasauliu, jam nerūpi jo paties gyvenimo sąlygos, asmuo netenka gyvenimo džiaugsmo. Toks žmogus gali praleisti ištisas dienas nieko neveikdamas. Sergantieji šizofrenija neturi pakankamo užimtumo, tačiau kai kurie iš jų turi siaurą pomėgį, į kurį labai ilgai įsitraukia ir toje srityje yra puikūs žinovai pvz., kolekcionavimas. Atsiranda susidomėjimas abstrakčiomis idėjomis, filosofiniais ir religiniais klausimais.

Maždaug 10 proc. sergančiųjų šizofrenija konstatuojamas visiškas neįgalumas, reikalaujantis priežiūros institucijoje, apie 60 proc. šių asmenų yra socialiai remtini, tik apie 12-30 proc. jų dirba. Siekiant gerinti sergančiųjų darbinę veiklą, turi būti teikiamos profesinės reabilitacijos paslaugos. Anot E.Vaitiekiaus (2009), profesinė reabilitacija apibrėžiama kaip asmens darbingumo, profesinės kompetencijos bei pajėgumo dalyvauti darbo rinkoje atkūrimas. Profesinės reabilitacijos sistema sudaro: profesinis konsultavimas, profesinis rengimas, įdarbinimas. Profesinis konsultavimas - tai tinkamo darbo parinkimas ir laisvalaikio planavimas.

A.Dembinskas (2003) teigia, kad sergantieji šizofrenija gali dirbti ne bet kokį darbą (pvz., yra ribojama jų teisė turėti šaunamąjį ginklą, individualiai sprendžiami vairuotojo teisių suteikimo klausimai, jiems draudžiama užimti kai kurias pareigas). Darbo ekspertizės klausimus sprendžia gydytojų komisijos. Jeigu neapribojamas veiksnumas, sergantieji šizofrenija turi tas pačias teises kaip ir kiti piliečiai. Įvykdžius nusikaltimą teismas gali spręsti paciento pakaltinamumo arba nepakaltinamumo klausimą.

Sergantiesiems dėl didelio darbo krūvio, nuolatinių stresinių situacijų ir spaudimo darbe gali pasireikšti perdegimo sindromas. Perdegimas - tai emocinio, protinio ir fizinio išsekimo būklė, kurią paprastai sukelia stiprus ir ilgai trunkantis stresas (Mickevičiūtė D., 2010). Perdegimas gali atsirasti ne tik sergantiems įvairiomis psichikos ligomis, bet ir sveikiems asmenims. Perdegimas gali būti

nemažėjančio streso rezultatas. Teigiama, jog perdegimas atsiranda, kai asmenys jaučia, kad negali įvykdyti visų keliamų reikalavimų. Stresui tęsiantis prarandama motyvacija dirbti. Patiriant perdegimą atrodo, kad darbas reikalauja visos žmogaus energijos; atrodo, kad didžiąją dienos dalį yra atliekamos bukinančios užduotys; visą laiką jaučiamas išsekimas; viskas kas daroma nėra pakankamai įvertinama ir neturi prasmės. Pabrėžiama, kad perdegimą išgyvenantys žmonės dažnai nemato teigiamų pokyčių vilties.

Su darbu susijusios perdegimo priežastys yra: pripažinimo stoka; jausmas, kad darbas, kurį asmuo dirba yra visiškai nekontroliuojamas; neaiškūs lūkesčiai darbe; monotoniškas arba neįdomus darbas. Su gyvenimo stiliumi susijusios perdegimo priežastys yra: pernelyg daug laiko praleidžiama darbe; nepakankama miego trukmė. Su perdegimo sindromu gali būti susiję šie asmenybės bruožai: Pesimistinis požiūris į save ir pasaulį; Noras viską kontroliuoti, bet nenoras nors kažką perduoti kitiems.

Taigi sergančiųjų šizofrenija yra menkos profesinės galimybės, jiems sunku įsidarbinti ir siekti reikiamų žinių.

4. Sergančiųjų šizofrenija psichosocialinė adaptacija

Sergantieji šizofrenija sunkiai prisitaiko prie kintančių socialinės aplinkos sąlygų. Adaptacija gali būti socialinė ir psichologinė. Remiantis psichologijos žodynu (1993), socialinė adaptacija – tai individo prisitaikymas prie socialinės aplinkos. Socialinės adaptacijos turinį sudaro asmenybės socialinių poreikių patenkinimo dinamika. Nepatenkinus socialinių poreikių organizmas nežūva, bet individo gyvenimas pasidaro sudėtingesnis. Teigiama, kad adaptacija reiškia optimalią reakciją į socialinį dirgiklį. Kai adaptacija adekvati, asmenybė susikuria palankius socialinius padarinius pvz., teigiama nuostata į kokį nors įvykį – ir tai lengvina tolesnę socialinę adaptaciją.

Socialinė adaptacija yra vienas iš socializacijos procesų. Anot I.Bražiūnienės (2010), nuo ankstyvos vaikystės vykstantis socializacijos procesas sąlygoja socialinį poreikį būti reikalingu ir pritapti visuomenėje, o tai skatina psichosocialinę adaptaciją ir padeda geriau socializuotis. Socializuodamiesi žmonės įgyja tam tikrus įgūdžius, gebėjimus ir suvokia kas jie yra. I.Bražiūnienė (2010) teigia, kad socializacijos metu individas įsijungia į visuomenę, perima jos sukauptą patirtį, socialines vertybes ir normas, formuoja socialiai reikšmingus asmenybės bruožus. Socializacija yra asmenybės formavimosi ir funkcionavimo procesas. Jo metu įsisavinami visuomenės reikalavimai,

įgyjamos sąmonės ir elgesio charakteristikos, kurios reguliuoja individo santykį su visuomene. Taigi socializacija – sudėtingas, visą gyvenimą besitęsiantis procesas, kai yra tampama socialine būtybe, kuri gali prisitaikyti prie naujų situacijų įvairiais savo gyvenimo periodais.

Psichologinis prisitaikymas gali būti apibrėžtas kaip procesas, kurio metu, pasitelkus vidinius išteklius, keičiamas elgesys arba vyksta kognityviniai pokyčiai siekiant prisitaikyti prie aplinkos/situacijos (dažniausiai besikeičiančių) reikalavimų (interneto sąvokų žodynas Tezaurus, 2011). Psichologinio prisitaikymo sunkumai atskleidžiami per funkcionavimo lygį elgesio, emocijų, savęs vertinimo srityse ir profesinėje veikloje. Individo funkcionavimo lygis yra vertinamas pagal patiriamų sunkumų laipsnį. Adaptacijos klaidos keičia žmogaus elgesį, o jeigu adaptacijos procesas nevyksta, gali išsivystyti adaptacijos sutrikimas. Tuomet žmogus jaučiasi bejėgis ir nesugeba susidoroti su iškilusiomis problemomis.

Adaptacijos sutrikimai - tai subjektyvaus distreso ar emocijų sutrikimo būseną, pasireiškianti kuomet žmogui tenka prisitaikyti prie stresogeniškų gyvenimo įvykių. Sutrikimas atsiranda veikiant stresoriui pvz., liga, ir labai priklauso nuo individualaus jautrumo.

5. Sergančiųjų šizofrenija psichologinės diagnostikos ypatumai

Šizofrenijos psichologinė diagnostika yra pagrįsta psichologinių testų naudojimu, kurie įvertina paciento klinikinę psichikos būklę. Pagal valstybinės teismo psichiatrijos tarnybos direktoriaus 2008-02-15 įsakymu patvirtintus psichodiagnostinių tyrimų, atliekant teismo psichiatrijos, teismo psichologijos ekspertizes, metodinius nurodymus, nustatant kludiesinius, šizoafektinius sutrikimus ir šizofreniją yra taikomos šios pagrindinės psichologinės diagnostikos metodikos: H-T-P metodika, piktogramos, PPD klausimynas, „4-1“, objektų klasifikacijos, sąvokų palyginimo, nebaigtų sakinių, Rozencveigo ir Bender- Geštalt psichologiniai testai. Taip pat gali būti atliekamas laisvų ir atsakomųjų asociacijų tyrimas. Diagnozuojant katatoninės šizofrenijos atvejus yra naudojama pozityvių ir negatyvių simptomų skalė bei atliekami laboratoriniai ir instrumentiniai tyrimai Pvz., galvos smegenų kompiuterinė tomografija. Minėtos psichologinės diagnostikos metodikos taipogi dažnai taikomos atliekant teismo psichiatrijos ir psichologines ekspertizes.

Sergant šizofrenija kyla daug psichologinės adaptacijos sunkumų: asmenys negali tinkamai bendrauti, spręsti iškilusių problemų. Tyrimais nustatyta, kad jie prasčiau atlieka psichologinių testų užduotis, pvz., pacientams atliekant psichologinius projekcinius testus (Rorschacho testą, TAT) gali

išryškėti keistos idėjos, mintys. Daugelis tyrinėtojų pažymi, kad vienas iš dažniausių šizofrenijos požymių, nustatomas tiriant Rorschacho metodu, yra tai, kad sumažėja atsakymų apie žmogaus judesį ir pagausėja apie spalvos suvokimą (Dembinskas A., 2003).

Sergantiesiems šizofrenija būdingi tokie Rorschacho testo atsakymai: tuščiažodžiavimas (verbalizacijos elementai), konfabuliacijos, būsenos perkėlimas į dėmes paaiškinimą, automatiniai pakartojimai (perseveracijos). Pagal teminį apersepcijos testą (TAT) šizofrenijai būdingi požymiai yra: rigidiškumas ir konkretumas, neigimas, perseveracijos, baimių ir grėsmės projekcija, smulkmeniškumas, dažnas ir atidus antros piešinio pusės apžiūrinėjimas, labai ilgas reakcijos laikas. Asmenybės tyrimų (MMPI ir kt) rezultatai dažnai yra nukrypę nuo normos. Neretai matomi bendri adaptacijos sunkumai, aukštos vadinamosios psichozinės skalės Pa, Pt, Sc, pastebimi tokie asmenybės bruožai, kaip uždarumas ir socialinė izoliacija.

A.Dembinskas (2003) teigia, kad kiekybinės analizės metodais yra nustatyti požymiai, pagal kuriuos atliekant Vechslerio testą galima itarti šizofrenijos tikimybę: tai ryškūs skirtumai tarp atskirų subtestų taškų (vienas subtestas skiriasi nuo kito 7 ir daugiau), žemi supratingumo, aritmetikos ir dėlionių testų rezultatai, žemas "panašumų" įvertis esant aukštam žodyno subtesto įverčiui, verbalinė dalis ryškiai aukštesnė už konstrukcinę.

Iš sergančiųjų šizofrenija piešinių matyti, mažėja ar gilėja disociacijos procesai. Vokiečių psichiatras H. Rennertas (1962) savo stebėjimus apie šizofrenikų piešinius bei piešinių analizę pateikė išleistoje monografijoje. H.Rennertas rašo, kad sergančiųjų šizofrenija piešiniuose vyrauja žaidimų tendencijos - psichikos regeso išraiška, juose nėra perspektyvos, viskas vaizduojama vienoje plokštumoje, vaizdai groteskiški. Piešiniai būna perpildyti, tuščios vietos pripildomos hieroglifų. Mėgstama į piešinį įterpti kokį nors simbolio prasmę turintį žodį arba pateikti simbolinių pavadinimų ir paaiškinimų. Gausu geometrinių figūrų ir schemų. Figūros dažniausiai neproporcingos.

Sergant šizofrenija ir kitomis psichikos ligomis yra atliekamos Psichiatro veiklos užduotys, nes turi būti žinomi ir įvertinami biologiniai, tarpasmeniniai, socialiniai ir kultūriniai veiksniai, kurie gali padėti arba kliudyti paciento adaptacijai.

Remiantis tarptautinio testų naudojimo reglamentu (2000), naudodamas psichologinius testus tiriamiesiems psichologas privalo: garantuoti testo rezultatų konfidencialumą t. y. apibrėžti konfidencialumo lygius ir nustatyti kam konkrečiai gali būti prieinami testų rezultatai; psichologas privalo gauti reikiamą sutikimą prieš pateikiant rezultatus kitiems. Pabrėžiama, kad jis turi nustatyti galimą testavimo naudą įvertinimo procese. Pagal tarptautinį testų naudojimo reglamentą (2000),

įgūdžiai, gebėjimai, savybės ar kitos charakteristikos, kurias ketinama matuoti testu, yra relevantiniai – reikšmingi elgesio koreliatai tuo kontekstu, apie kurį daromos išvados. Taigi psichologiniu įvertinimu siekiama nuodugniai išanalizuoti kliento poreikius, kreipimosi priežastis, išsamiai apibrėžti diagnostines kategorijas.

6. Sergančiųjų šizofrenija psichosocialinė reabilitacija

Pagal M.Karnicką (2006), šizofrenija sergančių pacientų ligos prognozė vertinama nagrinėjant keletą aspektų: gebėjimą savarankiškai gyventi; visavertį socialinį funkcionavimą (darbingumą); atkryčių dažnį; gyvenimo kokybę; gyvenimo trukmę.

E.Vaitiekus (2009) teigia, kad reabilitacija – tai įvairiapusė ir koordinuota medicininių bei socialinių priemonių sistema, padedanti kiek įmanoma atstatyti sutrikusias žmogaus organizmo funkcijas, jo savarankiškumą bei integracijos į visuomenės gyvenimą galimybes. Tai jėgų atkūrimo ir sveikatos grąžinimo procesas. Reabilitacija – tai koordinuotas, kompleksinis medicininių, socialinių, pedagoginių, profesinių priemonių naudojimas, siekiant maksimalaus reabilituojamojo funkcinio aktyvumo (Tarptautinių žodžių žodynas, 1983). Pagrindiniai reabilitacijos tikslai: siekti nepriklausomumo visose gyvenimo srityse; stengtis išlaikyti fizinį, jutiminį, protinį, psichinį ir socialinį funkcinį lygį.

Anot E.Vaitiekaus (2009), socialinė reabilitacija – tai socialinio poveikio priemonių visuma, skatinanti klientų socialinį savarankiškumą, dalyvavimo galimybių didėjimą ir veiklos ribojimo mažėjimą, siekiant užtikrinti lygias teises ir galimybes dalyvauti visuomenės gyvenime. Tai asmenybės, socialinių grupių, socialinių funkcijų atstatymo procesas. Socialinės reabilitacijos tikslas – įgyti funkcionalius žmogaus gebėjimus reikalingus įvairioms socialinėms situacijoms. Vienas iš svarbiausių socialinės reabilitacijos elementų yra pagerėjęs aktyvus socialinis kontekstas.

Pagal A.Kopelowicz (2003), dėl tinkamo socialinio ir vaidmenų funkcionavimo vyksta tam tikrų psichikos procesų atkūrimas. Šį funkcionavimą lemia trys faktoriai: savybės (pažintinis funkcionavimas, anksčiau įgyta patirtis), bendruomenės reikalavimai tinkamam funkcionavimui ir aplinkos palaikymas. Socialinė aplinka gali būti palanki (paremianti) arba pasyvi nukreipta į asmens pastangas funkcionuoti tinkamomis sąlygomis. Tam tikrų psichikos procesų atkūrimas yra valdomas specialistų pagal standartizuotus psichologinius testus. Kiekvienas testas įvertina tinkamą atskirą savybę susijusią su liga pvz., simptomai, funkcionavimo lygmuo ir kt.

Sergantiems šizofrenija asmenims dažniausiai gali būti taikoma psichiatrinė rehabilitacija. Anot D.Survilaitės (2011), psichiatrinė rehabilitacija - tai suderintų visuomeninių, psichologinių, auklėjimo ir medicininių priemonių sistema, suteikianti psichikos ligoniams pakankamai savarankišką gyvenimą ir integraciją į visuomenę. Psichiatrinė rehabilitacija – tai ligonių resocializacija.

Pagal A.Vaitiekų (2009), išskiriami tokie pagrindiniai psichosocialinės integracijos ir rehabilitacijos bruožai: gebėjimų ir pasiekimų akcentavimas; pataloginių simptomų išryškimas. Dėmesys skiriamas daugiaašiam sutrikimų įvertinimui, įskaitant diskriminacijos ir stigmatizacijos tikimybę bei individo socialinės adaptacijos galimybes. Gydytas nukreiptas į biologinius, psichologinius, socialinius ir kultūrinius sutrikimų komponentus.

Vienas iš psichosocialinės rehabilitacijos veiksnių yra individo pasitenkinimas gyvenimu. Psichosocialinės rehabilitacijos procesui paaikšinti naudojamas „gyvenimo kokybės“ terminas, pabrėžiantis, kad gyvenimas susirgus nors ir pasikeičia, bet turi būti kokybiškas. Gyvenimo kokybė - individo pozicijos gyvenime suvokimas jo kultūros ir vertybių sistemų kontekste bei santykyje su jo tikslais, lūkesčiais ir interesais. Gyvenimo kokybės įvertinimui naudojamos įvairios skalės, iš kurių populiariausia – bendros veiklos įvertinimo skalė - GAF (Global Assessment of Functioning Scale). Skalėje įvertinama psichologinė, socialinė ir darbinė asmens veikla, atsižvelgiant į psichikos būklę.

Psichosocialinė rehabilitacija remiasi įvairiais modeliais. Medicininis modelis, t. y. siekimas išgydyti. Šis modelis perimtas iš somatinės medicinos. Jis remiasi tuo, kad stebint ligos sindromą, stengiamasi nustatyti diagnozę, diagnozė nulemia atitinkamos intervencijos pasirinkimą, o intervencijos tikslas – ligos išgydytas. Tačiau šis modelis netinka daugeliui somatinių ligų, o psichiatrijoje gali turėti net žalingas pasekmes. Pagal šį modelį, sergant psichikos liga kalbama apie tam tikrą fizinį defektą, kurį gydytojai gali gydyti fizikiniais metodais, tarp jų ir farmakoterapija.

D.Survilaitė (2011) teigia, kad farmakoterapija, nors ir yra labai svarbi, yra tik elementas, kurį reikia taikyti su kitais metodais. Susikoncentravimas vien ties fizikiniu ligos aspektu nepadės, nes asmenybės funkcionavimui turi įtakos kiti jos gyvenimo aspektai (bendruomenės aplinka, psichologiniai faktoriai, savęs vertinimas ir kt.). Medicininis modelis sąlygoja, kad reikia tikėtis pasveikimo ir tai yra vienintelis trokštamas rezultatas.

Poreikių modelis remiasi tuo, kad ligoniui reikia užtikrinti individualų gydymą ir globą. Stengiamasi išvengti tokių globos aspektų, kurie susiję su institucionalizacija, t. y. algoritmų taikymas, atskyrimas paciento nuo pasaulio, ligonio kaip objekto, o ne kaip asmenybės vertinimas. Anot D.Survilaitės (2011), šis procesas nėra toks paprastas, nes tarp personalo ir pacientų nėra sutarimo,

kokie yra paciento poreikiai. Tuomet terminą “poreikis” buvo pasiūlyta pakeisti į “problema”. Paciento poreikiams vertinti Yra sukurta tam tikra skalė MRC Needs for Care Assessment (sveikatos tarnybų poreikių skalė). Iki šiol svarstoma, ar poreikių supratimas gali būti tinkamas kaip teorinė reabilitacijos esmė.

Pagal kliento pasirinkto tikslo modelį reabilitacija – tai labai specializuotas gydymas su reliatyviai ambicingais tikslais. E.Vaitiekus (2009) teigia, kad šis modelis grindžiamas kliento poreikiu vystyti specifinius įgūdžius, o tikslui pasiekti užduotys ir intervencijos yra nuosekliai planuojamos. Šio modelio pavyzdys – socialinių įgūdžių mokymas ir reabilitacijos technikų taikymas.

Įgūdžių (sugebėjimų) modelis. Anthony (1977) sukūrė 3 pakopų procesą vystant įgūdžius: Apibrėžti, dėl kokių įgūdžių trūkumo ligonis negali gyventi visuomenėje; Įvertinti kiekvieną esamą ir trokštamą įgūdį; Imtis priemonių (intervencijos), kad panaikinti neatitikimą tarp esamo ir trokštamo įgūdžių lygio.

Psichosocialinės reabilitacijos paslaugos yra vykdomos dienos stacionaruose, psichikos sveikatos centruose ir psichosocialinės reabilitacijos centruose. Dienos stacionaras - tai tarpinė pagalbos forma tarp ligoninės ir psichikos sveikatos centro. Sergantiesiems šizofrenija kartais taikomas priverstinis gydymas. Anot A.Dembinsko (2003), prievartinė hospitalizacija taikoma tada, jei pacientas kelia pavojų savo arba aplinkinių sveikatai ar gyvybei. Šiuo metu priverstinai galima hospitalizuoti ne ilgiau kaip dviem paroms. Vėliau pacientas arba sutinka toliau gydytis savanoriškai, arba reikalingas teismo sprendimas hospitalizacijai pratęsti. Tokio leidimo negavus, pacientas yra išrašomas iš stacionaro. Poūmiu laikotarpiu šizofrenija sergančius pacientus galima gydyti dienos stacionare arba ambulatoriškai.

Psichosocialinės reabilitacijos paslaugas atlieka tarpdisciplininė psichikos sveikatos priežiūros specialistų komanda: socialiniai darbuotojai, užimtumo terapeuta, psichoterapeuta, klinikiniai psichologai, psichiatrai ir kiti savanoriai. Gydant sergančiuosius šizofrenija asmenis svarbus vaidmuo tenka gydytojams psichiatriams. Psichiatras paaiškina pacientui apie ligą, seka ir vertina psichikos ir klinikinės būklės kitimą, supažindina pacientą su ligos pobūdžiu ir gydymo metodais, įvertina gydymo metodų poreikį bei santykį ir sudaro nuoseklų gydymo planą, užtikrina gydymo tęstinumą. Gydytojas siekia, kad pacientas suprastų paskirto gydymo planą ir jo laikytųsi, stengiasi numatyti veiksnius, provokuojančius atkrytį, taiko pirminę, antrinę ir tretinę profilaktiką.

A.Dembinskas (2003) teigia, kad gydytojas psichiatras taip pat koordinuoja psichikos sveikatos ir socialinės pagalbos sistemų išteklius siekiant sugrąžinti pacientą į jam įprastą gyvenimą. Liga labai

ryškiai sutrikdo emocinius ir kognityvinius procesus, neretai dėl jos prarandami darbiniai ir bendravimo įgūdžiai. Pagal A.Petrauskienę (2009), kartais pagalbos asmenims, sergantiems psichikos liga, problemišumą lemia negalios laipsnis, nepakankamas paslaugų intensyvumas ir daugiaprofesinio komandinio darbo stoka.

Užtikrinant sergančiųjų šizofrenija kompleksinę pagalbą skiriami psichosocialinės reabilitacijos metodai: psichosocialinės reabilitacijos grupės, psichoedukacija (paciento ir šeimos narių psichiatrinis švietimas – mokymas apie ligą, jos gydymo pranašumus) ir socialinių įgūdžių treniravimas. A.Kopelowicz (2003) teigimu, socialinių ir problemų sprendimo įgūdžių mokymas skatina asmenybės kompetencijos išsivystymą ir stiprina asmens apsauginius faktorius prieš įtampą ir pažeidžiamumą. Psichosocialinės reabilitacijos paslaugos taip pat apima emocinių, elgesio, intelektinių įgūdžių mokymą ir reikalingų išteklių kūrimą bei įvertinimą. Tai padeda siekti adekvačios readaptacijos visuomenėje.

A.Petrauskienė (2009) teigia, kad psichosocialinės reabilitacijos procese specialistai vadovaujasi „choose – get – keep“ (pasirinkti – gauti – išlaikyti) veikimo principu, kurį taikant klientas įvardija tai, kas jam svarbu pvz., išsirinkti alternatyvią pagalbą (gydymą, psichoterapiją, konkrečią socialinę paramą) arba dalyvauti norimose veiklose, kurios stiprintų pasiryžimą, savęs ir aplinkos suvokimą. Teigiama, kad reabilitacijos intervencijų įgyvendinimas, siejamas su lūkesčiais gerinti asmens/kliento gyvenimo kokybę ir yra nukreipiamas apriboti turimą negatyvią patirtį, susijusią su psichosocialiniu pažeidžiamumu. Taigi reabilitacijos esmė – ilgalaikė ir visapusiška bendruomeninė priežiūra.

7. Psichologinės korekcijos metodai sergant šizofrenija

Psichologinė korekcija – tai psichikos sveikatos ir funkcijų atstatymas. Psichologinė korekcija padeda gerinti sergančiųjų šizofrenija psichosocialinio funkcionavimo galimybes. Ji taip pat gerina pacientų psichologinę būseną bei atstato emocijas. Šiuolaikinėje psichologijos praktikoje yra žinomi įvairūs psichologinės korekcijos metodai. Sergantiems šizofrenija dažniausiai taikomi psichologinės korekcijos būdai yra: psichologinis konsultavimas, šeimos terapija ir meno terapija. Psichologinės korekcijos metodai yra taikomi, kai nėra šizofreninio defekto. Jie yra orientuoti į kliniškai sutrikusį elgesį ir padeda keisti stereotipinį mąstymą. Tačiau psichologinio poveikio metodų efektyvumas nėra labai lengvai nustatomas ir įvertinamas, nes jis priklauso nuo sutrikimo laipsnio, problemos sunkumo ir paciento motyvacijos dalyvauti psichoterapijoje.

Sergant šizofrenija gali būti taikoma individualioji arba grupinė psichoterapija. Psichoterapija – tai psichinių, emocinių ir psichosomatinių sutrikimų bei ligų gydymas (Iškauskienė D., 2009). Psichoterapija – tai gydymas pokalbiu arba gydymas „supratimu“. Tai psichologinių metodų visuma, padedanti klientams atsipalaiduoti ir susidoroti su sudėtingomis situacijomis, atgauti jėgas. Psichoterapija leidžia geriau atpažinti savo mąstymą, vidines būsenas, jausmus ir išgyvenimus, atskleisti savąjį patyrimą.

Anot A.Kirvaitienės (2007), psichoterapija moko kaip suprasti ir teisingai „perskaityti“ simbolius, neaiškias užuominas, vadovautis asmenine intuicija. Pabrėžiama, kad psichoterapijos esmė yra paciento keitimosi procesas, kuris vyksta betarpiškame santykiyje su psichoterapiautu. Ilgalaikės psichoterapijos metu psichoterapiautui dirbant su klientu sąlygojamas sveikimo procesas ir simptomų nykimas. Psichoterapija netaikoma tik esant sunkiems ligos simptomams.

7.1.Sergančiųjų šizofrenija psichologinis konsultavimas

Psichologinis konsultavimas, tai specifinis pagalbos klientui būdas, kai naudojamos tam tikros poveikio priemonės. Pagal R. Kočiūną (1995), konsultavimo esmė – kontaktas (pagalbos santykis) tarp kliento ir konsultanto. Konsultavimas yra orientuotas į problemas, kylančias sąveikaujant asmeniui ir aplinkai, atsižvelgiama į jo dabartį ir ateitį. Nurodoma, kad taip pat psichologinis konsultavimas yra orientuotas į trumpalaikę pagalbą (skiriama iki 15 susitikimų). Konsultavimo tikslai yra siekti kliento autonomiškumo ir saviaktualizacijos poreikių patenkinimo.

Konsultavimas padeda žmogui pasirinkti ir mokytis naujo elgesio. Konsultacijos metu yra akcentuojamas vertybinis konsultanto dalyvavimas, kuris padeda klientui priimti savarankiškus sprendimus. Konsultantas kuria sąlygas, skatinančias klientą konstruktyviems pasikeitimams. Konsultantas turi būti nuoširdus, palaikantis ir empatiškas. Konsultavimo procesas yra dinamiškas, nes konsultantas ir klientas keičiasi savo mintimis. Konsultavimo procesas priklauso nuo kliento motyvacijos konsultuotis, konsultanto nusiteikimo ir gebėjimo išklausti.

Dažniausios problemos, su kuriomis susiduria klientai, yra sutrikęs mąstymas ir nenoras pasakoti apie patiriamus ligos simptomus pvz., haliucinacijas. Jie skundžiasi jaučiantys nerimą, depresiją, baimę, menkavertiškumo jausmą ir t.t. Dėl klaidingų idėjų, iškreipto suvokimo konsultavimo procesas tampa nenuoseklus: klientai dažnai bendraudami pasimeta, nepamena reikšmingų įvykių arba jie neatitinka tikrovės, sunkiai atsako į kliento pateikiamus klausimus.

Konsultantui klientą galima konsultuoti tik esant švelnesnei ligos formai. Klientas konsultuodamas ligonius turi priimti didesnę atsakomybę ir neprovokuoti nemalonių situacijų.

Kai su šizofrenija pasireiškia suicidinis elgesys konsultantas kalbėdamas turi stengtis pacientą nuraminti; neignoruoti kalbų apie savižudybę. Atkreipti dėmesį apie ką pacientas kalba, ar nesutriko jo miegas ir nepasikeitė elgesys; esant suicidinių ketinimų tikimybei reikia nepalikti paciento vieno; konsultacijų metu nuolat stebėti paciento reakciją ir elgesį. Jei paaiškėja, kad pacientas yra bandęs žudytis, konsultantas privalo jam neleisti nerimauti ir reguliariai skirti daugiau susitikimų; konsultantui būtina aptarti su pacientą gydančiu psichiatru galimas savižudybės priežastis ir kokių atsargumo priemonių reikėtų imtis ateityje.

Taigi sergant psichikos ligomis konsultavimas negali būti integralus procesas, nes jis orientuojasi į kliniškai sveiką asmenybę.

7.2. Individualioji psichoterapija

Individuali psichoterapija gali būti taikoma šizofrenijos ir kitų psichikos sutrikimų atvejais. Anot D. Iškauskienės (2009), individuali psichoterapija yra reikšminga jeigu asmenys turi bendravimo, ilgalaikių emocinių sunkumų, yra nepatenkinti savimi ir nori pasikeisti. Remiantis šeimos santykių instituto (2007) duomenimis, individualios psichoterapijos tikslas – padėti žmogui suvokti vidinių ir išorinių konfliktų priežastis, savo elgesio stilių. Teigiama, kad individuali psichoterapija kaip ir psichologinis konsultavimas taikoma siekiant įveikti sunkumus įgyvendinant išsikeltus tikslus; mažinant nuotaikos sutrikimus (depresiją, įtampą, nerimą) ir suicidinių ketinimų riziką; bandant išspręsti su pykčiu ir priešišku susijusias problemas; stengiantis įveikti panikos priepuolius, baimės jausmą, dirglumą, įkyrias mintis, impulsyvius veiksmus, miego sutrikimus ir sunkumus darbe. Individualios psichoterapijos metu konsultantas yra aktyvus kliento klausytojas. Ši psichoterapija yra naudinga siekiant įveikti vienišumo jausmą ir atrasti gilesnį gyvenimo prasmės pajautimą.

Skiriamos šios pagrindinės individualios psichoterapijos kryptys: trumpalaikė psichoterapija (1-40 sesijų); ilgalaikė psichoterapija (trunka kelis metus); palaikomoji, atskleidžiančioji psichodinaminė psichoterapija, kognityvinė elgesio terapija.

Trumpalaikės psichoterapijos pavyzdys galėtų būti į problemas orientuota psichoterapija. Remiantis psichoterapijos centro (2011) duomenimis, trumpalaikė, į problemas orientuota psichoterapija – dar vadinama „Ego stiprinimo“ psichoterapija, skirta žadinti veiksmingus sunkumų

įveikimo mechanizmus susidūrus su viena ar keliomis konkrečiomis gyvenimo problemomis bei mažinti skausmingus, liguistus ir neadekvačius reagavimo būdus, trukdančius įveikti problemą. Ilgalaikė palaikomoji psichoterapija taikoma tais atvejais, kuomet nėra galimybių pašalinti egzistuojančių sunkumų priežasties.

Pagal S.Beck (2008), vienas iš kognityvinės psichoterapijos keliamų uždavinių yra kognityvinis struktūrinis atvejo formulavimas, kuris susistemina terapeuta supratimą apie pacientą. Prieš pradėdamas atvejo formulavimą terapeuta kelia tokius klausimus: kokia paciento diagnozė? Kokios dabartinės psichologinės problemos? Kaip šios problemos atsirado ir kas jas palaiko? Kokios disfunkcinės mintys ir įsitikinimai yra susiję su iškilusiomis problemomis? Pagrindinis kognityvinės terapijos tikslas – sušvelninti ligos simptomus t. y. sumažinti pacientų patiriamų neigiamų emocijų intensyvumą keičiant savo disfunkcinį mąstymą. Taigi šioje terapijoje būtinas emocijų atpažinimas.

S.Beck (2008) teigia, kad psichikos sutrikimų varginami pacientai dažnai patiria intensyviausias emocijas, kurios yra perdėtos ar neadekvačios jas sukėlusiai situacijai. Psichikos sutrikimų turinčių pacientų mąstymui dažnai yra būdingas sisteminis negatyvus tendencingumas. Kognityvinis modelis teigia, kad žmogaus emocijas, elgesį ir fiziologines reakcijas lemia situacijų interpretacijos, kurios pasireiškia automatinėmis mintimis. Psichologinių sunkumų turintys žmonės klaidingai interpretuoja netgi teigiamas situacijas, todėl jų automatinės mintys yra iškreiptos. Kognityvinės psichoterapijos metu yra pastebimi kertiniai įsitikinimai. Kertiniai įsitikinimai yra pačios bendriausios mintys apie save. Jie lemia tarpinių įsitikinimų, susidedančių iš nuostatų, taisyklių ir prielaidų, susiformavimą.

Kai kurie autoriai kertinius įsitikinimus vadina schemomis. S.Beck (1964) atskiria šias dvi sąvokas teigdamas, kad schemas yra žmogaus sąmonėje egzistuojančios kognityvinės struktūros, kurių konkretų turinį sudaro šie įsitikinimai. Negatyvūs kertiniai įsitikinimai gali būti susiję su bejėgiškumu, yra globalūs, pernelyg apibendrinti ir besąlygiški. Teigiama, kad negatyvūs kertiniai įsitikinimai suaktyvėja tik žmogui patiriant didesnę stresą.

Anot D.Deltuvienės (2004), kognityvinė elgesio terapija – tai mokslškai pagrįstas gydymo metodas, kurio efektyvumą galima įvertinti atliekant klinikinius tyrimus. Teigiama, kad elgesio terapija padeda susilpninti arba panaikinti ryšius tarp stresą keliančių situacijų ir įprastų žmogaus reakcijų į jas. Įprastos reakcijos gali būti baimė, depresija ar įniršis, save žlugdantis elgesys. Biheivoristų požiūriu, šios psichoterapijos metu keičiant žmogaus elgesį keičiasi ir emocijos. Elgesio terapija taip pat moko, kaip nuraminti jausmus, aiškiau pradėti galvoti ir kaip lengviau apsispręsti. Kognityvinė terapija moko, kaip tam tikri mąstymo stereotipai sukelia simptomus, iškreipdami vaizdą to, kas realiai

vyksta žmogaus gyvenime.

Teigiama, kad derinant elgesio ir kognityvinę terapijas, įgyjamas labai galingas psichologinio diskomforto simptomų nutraukimo ir gyvenimo palengvinimo mechanizmas. Kognityvinės elgesio terapijos intervencijų tikslas - keičiant mąstyseną sumažinti psichologinį stresą ir pakeisti mažai naudingą elgesį tokiu, kuris padėtų apibūdinti ir įveikti stresines situacijas. Kognityvinė elgesio terapija dažniausiai yra trumpalaikė. Ši psichoterapija pagrįsta prielaida, kad emocijos ir elgesys yra ne visada teisingų įsitikinimų rezultatas.

Anot D.Deltuvienės (2004), kiekvienas asmuo turi tarsi minčių “rinkinį”, kuris ir lemia konkrečią reakciją stresinės situacijos metu. Jeigu šių minčių “rinkiniuose” vyrauja negatyvios nuostatos, stresas gali sukelti psichikos sutrikimus. Negatyvių nuostatų susiformavimui turi įtakos prigimtinės savybės ir patirtis. Kognityvinė elgesio terapija siejasi su: įsitikinimais (ką mes galvojame), emocijomis (ką mes jaučiame), elgesiu (ką mes darome). Kognityvinės elgesio terapijos metu siekiama suprasti kliento problemas, suvokti kaip jos veikia jo mintis, elgesį, jausmus ir kasdieninę veiklą. Terapeutas ir pacientas remdamiesi individualių problemų išsiaiškinimu iškelia terapijos tikslus ir suderina gydymo planą. Pagrindinis šios terapijos tikslas yra išmokyti pacientą rasti tinkamesnius ir efektyvesnius problemų sprendimo būdus.

Kognityvinės elgesio terapijos metu remiamasi konstruktyvių pasikeitimų aspektais: kognityvinis terapijos aspektas reiškia, jog būtina keisti mąstyseną, t. y. kad mintys, įsitikinimai, požiūriai, nuostatos, samprotavimai ne trukdytų, o padėtų gyventi; elgesio aspektas – reikia imtis tokių veiksmų, kurie duos norimų ir laukiamų rezultatų. Kognityvinė elgesio terapija remiasi “čia ir dabar” principu: psichoterapinės intervencijos fokusuojamos į dabartį, sprendžiamos dabarties problemos ir sunkumai. Šios terapijos intervencijos nesiekia atskleisti pasąmonėje glūdinčių priežasčių iš praeities, kurios galėtų daryti įtaką dabarties problemoms, vietoj to ji stengiasi padėti sukurti naują, labiau pritaikytą būdą geriau gyventi ir jausti dabartį (Deltuvienė D., 2004). Kognityvine elgesio terapija efektyviai gydomi psichikos sutrikimai (nerimas, depresija, baimės ir įkyrių minčių sindromas) ir šalinamos įvairios psichologinės problemos (žemas savęs vertinimas, ėtampa, nepasitikėjimas savimi ir kt.).

Sergant šizofrenija ir kitomis psichikos ligomis gali būti taikomi papildomi kognityviniai ir elgesio metodai: problemų sprendimų paieška, sprendimų priėmimas, elgesio eksperimentai, veiklos planavimas ir stebėjimas, dėmesio atitraukimas ir perkėlimas. Anot S.Beck (2008), elgesio eksperimentai padeda tiesiogiai patikrinti pacientų minčių arba prielaidų patikimumą.

7.3. Šeimos psichoterapija

Šizofrenija – daug psichosocialinių problemų kelianti psichikos liga, dėl kurios psichologinė pagalba turi būti suteikta ir ligonių artimiesiems. Vienas iš psichologinės pagalbos būdų yra šeimos psichoterapija. Ji gali būti taikoma visiems šeimos nariams. Šeimos psichoterapija kaip ir šeimos konsultavimas padeda pataisyti tarpusavio santykius, pagerina kiekvieno šeimos nario emocinę būseną. Šeimos psichoterapijos metu ignoruojamas atskiras individas, į šeimą žvelgiama kaip į veikiančią sistemą.

Ligoniams ir jų artimiesiems dažniausiai yra taikomi strateginės ir struktūrinės šeimos terapijos modeliai. Strateginės šeimos terapijos tikslas – bendraujant su šeimos nariais tiksliai suformuluoti ir aptarti problemą, kurią jie norėtų spręsti.

A.Davis (2004) teigia, kad strateginė šeimos terapija susitelkia ties strategijomis, kurias terapeuta naudoja, kad pertvarkytų šeimos probleminę sistemą. Anot D.Čekuolienės (2008), struktūrinės šeimos terapijos atstovai stengiasi prisijungti prie šeimos sistemos, kad būtų įmanoma suprasti jos komunikacijos stilių. Šios terapijos metu klientams duodami pasiūlymai ir alternatyvos, bet neprimetami sukurti problemų sprendimo būdai. Per struktūrinę šeimos terapiją siekiama apibūdinti ir suvokti tarpasmenines problemas bei įvertinti šeimos įtaką šioms problemoms. Pagal A.Davis (2004), šeimos terapijos metu naudojami vaidmenų žaidimai, terapija klaidingą gyvenimo stilių keičia į adaptyvesnį ir sveikesnį. D.Čekuolienė (2008) teigia, kad terapijos pabaigoje šeima jau yra įgijusi naujų sunkumų įveikimo įgūdžių ir naujų bendravimo būdų. Nauji elgesio būdai leidžia šeimos nariams atviriau reikšti savo norus ir lengviau komunikuoti.

Šeimos psichoterapija taip pat gali būti taikoma kai yra stiprūs artimųjų išgyvenimai dėl ligonio suicidinių ketinimų, netekties ar patiriamų psichozės simptomų. Įvairiais tyrimais nustatyta, kad pacientų išgyvenamas pirmasis psichozės epizodas yra susijęs su jų artimųjų patiriama psichologine kančia ir situacijos sunkumo įvertinimu. Tai parodo Vilniaus miesto psichiatrijos ligoninėse atliktas tyrimas, kuriame dalyvavo pirmą kartą psichoze išgyvenusiujų pacientų artimieji. Respondentai nebuvo atrinkti atsitiktine tvarka, o buvo suteikta teisė dalyvauti visiems norintiesiems. Šiuo tyrimu nustatyta, kad kuo išgyvenusiujų artimieji situaciją įvertina kaip sunkesnę, tuo jie patiria didesnę psichologinę kančią bet kuriame tyrimo etape. Spėjama, kad psichologinės kančios kintamasis gali būti susijęs su emocinio reagavimo ypatumais - didesniu jaudrumu ar emociniu reaktyvumu.

Anot šio tyrimo autorių J.Povilaitienės ir D.Gailienės (2011), gali būti, kad didžiausi pokyčiai psichozę išgyvenusiųjų artimiesiems vyksta, kai tik pacientai išgyvena psichozę, o vėliau situacija tampa stabili ir jos sudėtingumo įvertinimas ar patiriama kančia nekinta. Taigi pagal atliktą tyrimą nustatyta, kad yra reikšminga koreliacija tarp artimųjų išgyvenamos psichologinės kančios ir situacijos sunkumo įvertinimo. Taip pat šie kintamieji stipriai koreliuoja laikui bėgant. Šiuo tyrimu nustatyta, kad situacijos sunkumo įvertinimas nulemia psichologinę kančią įvairiais laiko momentais. J.Povilaitienė (2011) teigia, jog pirmaisiais tyrimais (Szmukler, 1996) buvo nustatyta, kad situacijos įvertinimas bei psichologinė kančia pasikeičia laikui bėgant (per šešis mėnesius). Ligos pokyčiai buvo siejami su teikiamos pagalbos šeimai poveikiu. Tačiau vėlesni tyrimai (Szmukler, 2003) to nepatvirtino. Nei situacijos įvertinimas, nei psichologinė kančia nepasikeitė po 9 mėnesių intervencijos (stebėjimo laikas vidutiniškai 16 mėnesių), nors įveika ir pagerėjo (bet ne dėl intervencijos), o tai rodo šių kintamųjų pastovumą.

Abiejuose šiuose tyrimuose dalyvavo pakartotinai susirgusių pacientų artimieji, tačiau pirmuoju atveju tiriamieji buvo pradėti tirti ligos paūmėjimo metu, o antruoju – remisijos laikotarpiu, kai paciento negalia ir globėjiški artimųjų rūpesčiai iš esmės nelabai keitėsi. Anot J.Povilaitienės (2011), įvairių studijų duomenimis, artimųjų psichologinę savijautą geriausiai paaiškina ne paciento klinikinės ir demografinės charakteristikos, o artimųjų negatyvus situacijos įvertinimas. Tyrimais nustatyta, kad sunkios psichikos ligos turi neigiamą poveikį artimųjų fizinei sveikatai ir psichologinei gerovei.

7.4. Meno terapija

Meno terapija – tai individualaus ir grupinio darbo veiklos sąveika. Tai įvairių vaizdinių, garso ir kitų priemonių pvz., piešinių naudojimas gydymo, ugdymo, prevencijos ir reabilitacijos programose. Tai kelių meno sričių simbiozė. Meno terapijos, dar tarptautiniu mastu vadinamos ART- terapijos, procesas paremtas tuo, kad žmogaus mintys ir emocijos yra užkoduotos pasąmonėje ir jos aiškiau išreiškiamos vaizdais ar dramos išraiškos metodais. Menas terapijoje naudojamas kaip nežodinės komunikacijos priemonė, kaip būdas išsakyti sumišusius, nevisiškai suprastus jausmus, siekiant suteikti jiems aiškumo ir tvarkos. Meno terapijos esmę sudaro veiklos, kurios vysto kūrybinį procesą.

Pagal A.Dapkutę ir meno terapijos studijos (2008) parengtus duomenis, meno išraiškos priemonės, sutelktos į vientisą kūrinį, virsta specifiniais sąlyginiais dirgikliais, mobilizuojančiais visą, pirmiausia emocinę, žmogaus patirtį. Kūrybinis procesas vertinamas kaip laisvas, spontaniškas

žaidimas, kurio metu galima įgyti patirties, pažinti savo jausmų ir minčių pasaulį. Per kūrybinį procesą išmokstama būti pakančiam savo klaidoms.

Vienas iš plačiai taikomų meno terapijos metodų yra psichodrama. Pagal pateiktą Lietuvos psichodramos draugijos (2011) apibrėžimą - psichodrama yra grupinio darbo metodas, kai vaidmenų žaidimo pagalba nagrinėjamas vidinis grupės dalyvių gyvenimas. Grupės dalyviai gali spontaniškai reikšti jausmus, susijusius su savo patyrimais ar problemomis. Apie įvykius ne pasakojama, jie atkuriami su svarbiausiomis detalėmis ir veikėjais. Tai leidžia pasižiūrėti į save iš šalies. Teigiama, kad žaisdami vaikai įgyvendina savo fantazijas.

J.L.Moreno darė prielaidą, kad kiekvienas žmogus, nepriklausomai nuo amžiaus, turi natūralų sugebėjimą žaisti ir vaidinti. Atlikdamas įvairius vaidmenis, žmogus gali eksperimentuoti su realiais ir nerealiais vaidmenimis, kūrybiškai spręsti savo problemas ir konfliktus. Vaidinant įvairias situacijas, ugdomas kūrybiškumas, mezgami emociniai ryšiai su kitais grupės dalyviais. Psichodramoje žmogus tampa savo problemų "herojumi". Jis laisvai reiškia jausmus, atkurdamas problemines situacijas, o kiti dalyviai, atlikdami papildomus vaidmenis, jam padeda geriau įsijausti ir gauti papildomos emocinės ir kognityvinės informacijos. Tuo pačiu grupės nariai turi galimybę atpažinti savo pačių problemas bei sunkumus ir mokosi juos įveikti.

Psichodramos tikslas – diagnozuoti ir koreguoti neadekvačias būsenas ir emocines reakcijas, ugdyti savižiną ir socialinę percepciją. Psichodrama padeda atskleisti gilumines emocijas žymiai ryškiau ir veiksmingiau, nei žodiniai išgyvenimų apibūdinimo metodai. Gyvenimo situacijos atkuriamos ir sukuriamos taip, tarsi jos vyktų čia ir dabar. Vyksmo struktūra padeda išryškinti ir konkretinti problemą. Didelė reikšmė teikiama veiksams, fiziniams judesiams. Šie nežodiniai signalai tampa svarbiu savižinos šaltiniu. Jų įsisąmoninimas taip pat padeda geriau pažinti ir kitus. Psichodramos metu analizuojami efektyvūs elgesio stiliai, išbandomi konstruktyvesni vaidmenys.

Taip pat viena populiariausiai taikomų meno terapijos krypčių yra dailės terapija. Tai Lietuvoje nauja paslaugos forma įvairaus amžiaus klientų grupėms, kurią vykdo viešoji įstaiga „Meno terapijos centras“ įsikūręs prieš dvejus metus. Dailės terapijos metu atmetamos išankstinės nuostatos. per piešimą siekiama pažinti save. Darbas su dailės priemonėmis reikalingas žmonėms, kurie nori išsiugdyti tam tikrus įgūdžius, atsiverti naujovėms, pokyčiams, patirti saviraiškos ir bendravimo su savimi, kitu bei pasauliu džiaugsmą, auginti savyje emocinio intelekto koeficientą. Per dailės terapiją klientams siūlomas savo stipriųjų savybių lavinimas bei asmeninio bendravimo stiliaus pažinimas. Asmenybės pažinimo ir tobulinimo užduotys – tai specialiai parengtos kūrybinius impulsus

atpalaiduojančios ir kūrybingumą skatinančios užduotys. Jų atlikimo metu akcentuojami patirties įgijimo, įsisąmoninimo ir laisvo eksperimentavimo procesai.

Meno terapija suteikia galimybę sumažinti prieštaravimą tarp to, kaip asmuo norėtų elgtis ir jaustis ir to, kaip jis elgiasi, norėdamas įtikti kitiems žmonėms. Jos pagalba žmogus išdrįsta pasirodyti pasauliui toks, koks yra iš tikrųjų, bent jau vaizduotėje žmogus atkuria tai, kas yra prarasta ar buvę praeityje. Meno terapijos užsiėmimų metu jis gali atkurti nemalonius, trikdančius įvykius, kurie neleidžia gyventi toliau. Meno terapijoje, svarbu ne tai, kas pavaizduota ar kaip pavaizduota, bet tai, kaip apie vaizdinį ar išgirstą muzikos kūrinį kalbama. Meno terapija skatina saugumo poreikį, padeda pacientams atsiskleisti, keisti požiūrį į problemas ir psichologiškai socializuotis.

Remiantis šeimos santykių instituto (2007) duomenimis, ji skirta emocijų atpažinimui, elgesio korekcijai, saviraiškos ir socialinių įgūdžių ugdymui. Meno terapija yra taikoma turintiems bendravimo sutrikimų, sergantiesiems šizofrenija ir kitomis psichikos ligomis.

7.5. Grupinė psichoterapija

Sergantiesiems šizofrenija gali būti taikoma ir grupinė psichoterapija. Grupinė psichoterapija – tai psichoterapijos metodas, naudojantis grupių dinamikos veiksnius žmonių emocijų, asmenybės, elgesio problemų sprendimui, psichikos sutrikimų gydymui bei asmenybės tobulinimui (Markevičiūtė B., 2008). Grupinė psichoterapija naudojama įvairiose psichoterapijos mokyklose: humanistinėje, geštalt terapijoje, transakcinėje analizėje, kognityvinėje, bihevioristinėje ir psichoanalitinėje terapijoje.

Pagal B.Markevičiūtę (2008), išskiriami tokie pagrindiniai grupinės psichoterapijos proceso lygmenys: Atskiras asmuo ir jo vidinė psichologinė dinamika; grupės dalyvių tarpasmeninė sąveika; grupės kaip visumos situacija ir dinamika. Grupinės psichoterapijos tikslai yra universalieji, bendri konkrečios grupės ir grupės dalyvių asmeniniai. Šioje terapijoje grupė apibūdinama kaip „veidrodis“, kuriame galima pamatyti savo santykius su žmonėmis realiame gyvenime.

Grupinę psichoterapiją paskiria psichoterapijas po individualių psichologinių konsultacijų.

Grupinėje psichoterapijoje gali dalyvauti nuo 5 iki 12 asmenų. Į grupinę psichoterapiją dalyviai yra atrenkami. Terapiją veda grupės terapeutas. Jos metu grupės dalyviai gali prisistatyti, išsakyti savo psichologines problemas, somatinius nusiskundimus, pasidalinti savo patirtimi bei atskleisti stipriąsias ir silpnąsias savo puses. Pagal psichoterapijos studijos (2010) duomenis, padedant grupės terapeutui

žmonės kalba apie save, reaguoja į kitų pasakojimus, pateikia grįžtamąjį ryšį ir turi galimybę geriau pažinti save ir išmokti sveikesnio elgesio būdų. Darbas grupėje leidžia geriau suprasti kitų žmonių poreikius, vertybes, dažniau išgyventi kitų žmonių emocinį vertinimą ir palaikymą. Grupinėje terapijoje atsiskleidžia žmogaus asmenybė ir įgaunamas naujas, gilesnis savęs suvokimas. grupiniai santykiai teikia daugiau erdvės veiksmui, bandymams keisti savo elgesio motyvus. Terapijos metu galima mokytis spontaniškiau reaguoti į kitų narių elgesį. Anot B. Markevičiūtės (2008), grupėje Dažniausiai aptariamoms temoms: susvetimėjimas, vienatvė, socialinė izoliacija, santykių su kitais žmonėmis sėkmės ir nesėkmės priežastys, jausmų reiškimo problemos, pyktis, pakantumas ir nepakantumas.

Grupinės psichoterapijos efektyvumą lemia psichoterapiniai veiksniai - grupinės terapijos elementai, lemiantys paciento būsenos ar situacijos pagerėjimą. Šios terapijos veiksniai yra: vilties skatinimas, altruizmas, problemų universalumas, mėgdžiojimas, pirmosios šeimos korekcijos, socialinių įgūdžių tobulinimas ir grupės dalyvių informavimas. Terapinį procesą sudaro šie komponentai: jausmų įvardijimas ir jų išraiška; „realybės tyrinėjimas“ jausmais; emocinė iškrova (katarsis); intelektualinės įžvalgos ir tam tikro elgesio įsisąmoninimas. Terapiniame procese realus veiksmas yra tikrų pokyčių garantas. Šiame procese svarbu suprasti savo situaciją ir išgyvenimų prasmę. Efektyvaus dalyvavimo grupėje įgūdžiai yra: atvirumas, dėmesingumas ir reagavimas į žodžius bei elgesį; įsijautimas (empatija); nuoširdumas: spontaniškumas, sąžiningumas, geranoriškumas; unikalumo pripažinimas; nevertinanti nuostata; pagarba vienas kitam; konkretumas; įvairios reakcijos; Konfrontacija (priešpastatymas) ir atsiskleidimas. Atsiskleidimas yra itin susijęs su grupės sutelktumu, o grupės sutelktumas – su tarpusavio supratimu ir kuriamu dialogu. Pagrindinės taisyklės dirbant grupėje yra: mandagumas, konfidencialumas, atsakomybė, laisvė, lankymas, kraštutinumų vengimas ir darbas už grupės ribų.

Grupinės psichoterapijos pranašumai yra: unikalios galimybės - tarpasmeninis (socialinis) mokymasis; galimybė „čia ir dabar“ modeliuoti savo elgesį; kitoks supratimas ir nauji elgesio būdai lengviau perkeliama į realaus gyvenimo situacijas; kito žmogaus patyrimas integruojamas į savąjį. Teigiama, jog grupinės psichoterapijos ribotumai yra tie, jog turintiems sunkių psichikos sutrikimų asmenims yra sunku sudaryti psichoterapines grupes; terapija praranda savo efektyvumą kai pasireiškia Tam tikri asmenybės bruožai (“problemiškas elgesys”); kitas trūkumas - galima iliuzinė gyvenimo regimybė, saugi „niša“.

Sergantiems šizofrenija ir kitais įvairaus pobūdžio psichikos sutrikimais yra taikomos Klinikinės psichoterapijos (gydomosios) grupės, paramos ir savitarpio pagalbos grupės. Anot

B.Markevičiūtės (2008), klinikinės psichoterapijos grupės tikslai radikalesni. Svarbiausias – asmenybės keitimasis, simptomų gydymas ir šalinimas. Klinikinės grupės stacionare sudaromos iš ūmios būklės ir lėtinių pacientų. Teigiama, kad ambulatorinės grupės gali būti kelių tipų: tarpasmeninės, psichodinaminės, elgesio keitimo ir mokymo bei reabilitacijos grupės. Grupė – tai tarsi maža bendruomenė, kurioje pacientai gali lengviau kalbėti apie savo ligą.

Grupinė psichoterapija efektyvi įveikiant krizines situacijas, gydant nerimą, depresiją ir neurozinius sutrikimus. Ja siekiama koreguoti charakterio savybes, kurios sunkina gyvenimą ir trukdo bendravimui šeimoje ar darbe. Gydymo trukmė įvairi: terapija gali būti trumpalaikė arba ilgalaikė.

Apibendrinimas

Šizofrenijos išsivystymui gali turėti įtakos genetiniai, biologiniai, aplinkos ir psichologiniai veiksniai. Šizofrenija susergama jaunystėje, o kartais ir vėlesniame amžiuje. Šizofrenija – tai progresuojanti psichikos liga. Šizofrenija sutrikdo gebėjimą aiškiai mąstyti, atskirti tikrovę nuo fantazijos, išreikšti emocijas, priimti sprendimus ir bendrauti su aplinkiniais.

Šizofrenijos kilmę aiškina: biologinės, psichologinės, komunikacinės ir sociologinės teorijos. Psichologines šizofrenijos teorijas pagrindžia psichoanalitinės mokyklos atstovai teigdami, kad pagrindinis šizofrenijos defektas yra ego dezorganizacija, dėl kurios sutrinka realybės suvokimas ir vidinių impulsų kontrolė. S.Freud psichoanalitinės teorijos remiasi struktūriniu modeliu, kurį sudaro trys psichikos procesai: id, ego ir superego. Kognityvinės-bihevioristinės krypties atstovai šizofreniją vertina kaip neteisingai susiformavusius elgesio stereotipus. Bihevioristinės krypties atstovai asmenybę supranta kaip elgesio reakcijų visumą.

Pagal TLK 10 klasifikaciją (1992), išskiriamos šios pagrindinės šizofrenijos formos: paprastoji šizofrenija, paranoidinė, hebefreninė, katatoninė, nediferencijuota ir rezidualinė šizofrenija.

W.Fenton (1997) teigia, kad tarp asmenų sergančiųjų šizofrenija savižudybė yra viena iš svarbiausių pirmalaikės mirties priežasčių. Tarp dažniausiai nurodomų savižudybės riziką didinančių veiksnių šizofrenija minima trečioje vietoje (po afektinių sutrikimų ir piktnaudžiavimo alkoholiu) (Steiblienė V., 2003).

Sergant šizofrenija gali atsirasti komunikacijos sunkumų ir temperamento pokyčių. Taip pat kyla daug asmenybinių (pirminis uždarumas, introversija), emocinių (ambivalencija, blankus afektas, apatija), intelekto ir veiklos planavimo problemų. Ligai progresuojant gali sutrikti kognityvinės funkcijos. Sergant šizofrenija pakinta savęs vaizdas ir atsiranda žemas savęs vertinimas. Šizofrenija neigiamai įtakoja asmens gyvenimo kokybę ir gyvenimo trukmę.

Sergantieji šizofrenija asmenys turi tinkamai socializuotis ir prisitaikyti socialinėje aplinkoje. Kai adaptacija adekvati, asmenybė susikuria palankius socialinius padarinius. Socializacija yra asmenybės formavimosi ir funkcionavimo procesas, kurio metu perimami visuomenės reikalavimai ir socialinės vertybės, įgyjamos sąmonės ir elgesio charakteristikos. Taigi socializacija – sudėtingas, visą gyvenimą besitęsiantis procesas, kai yra tampama socialine būtybe, kuri gali prisitaikyti prie naujų situacijų įvairiais savo gyvenimo periodais.

Sergantiems šizofrenija yra taikomi psichologinės korekcijos metodai. Psichologinis

konsultavimas padeda žmogui pasirinkti ir mokytis naujo elgesio. Konsultantas konsultuodamas pacientus turi būti nuoširdus, empatiškas ir išklausantis.

Psichoterapija padeda įveikti sudėtingas situacijas, leidžia geriau atpažinti savo jausmus ir išgyvenimus. Kognityvinė elgesio terapija keičia klientų mąstymą ir padeda sumažinti psichologinį stresą. Šeimos psichoterapija remiasi sisteminiu požiūriu ir padeda pataisyti tarpusavio santykius, pagerina kiekvieno šeimos nario psichologinę būseną. Dažniausiai taikomi strateginės ir struktūrinės šeimos terapijos modeliai. Meno terapija padeda atsiskleisti ir skatina kūrybinį procesą. Pagrindiniai meno terapijos metodai yra psichodrama ir dailės terapija. Sergantiems šizofrenija taip pat gali būti taikoma grupinė psichoterapija. Psichoterapijos metu grupės dalyviai gali išsakyti savo psichologines problemas, somatinius nusiskundimus, pasidalinti savo patirtimi bei atskleisti stipriąsias ir silpnąsias savo puses. Svarbiausi šios terapijos veiksniai yra: vilties skatinimas, altruizmas ir problemų universalumas. Gydant tiek šizofreniją, tiek kitus psichikos sutrikimus kognityvinė elgesio terapija ir klinikinės psichoterapijos (gydomosios) grupės yra veiksmingiausi psichologinės korekcijos būdai. Taigi psichologinio poveikio metodai padeda atsipalaiduoti, analizuoti problemines situacijas ir lengviau priimti pacientui palankius sprendimus.

Išvados:

1. Sergant šizofrenija yra taikomi įvairūs psichologinės korekcijos metodai. Tai: psichologinis konsultavimas, individuali psichoterapija (trumpalaikė į problemas orientuota, ilgalaikė palaikomoji, kognityvinė, elgesio psichoterapija), šeimos, meno ir grupinė psichoterapija.
2. Individuali psichoterapija taikoma mažinant su šizofrenija pasireiškiančius nuotaikos sutrikimus ir suicidinių ketinimų riziką. Derinant kognityvinę ir elgesio terapiją efektyviai gydomi psichikos sutrikimai (nerimas, depresija, baimės ir įkyrių minčių sindromas). Meno terapija taikoma turintiems bendravimo sutrikimų, ji skirta elgesio korekcijai ir socialinių įgūdžių tobulinimui.
3. Vienas dažniausiai taikomų grupinės psichoterapijos metodų Sergant šizofrenija yra klinikinės psichoterapijos (gydomosios) grupės. Šios grupės yra nukreiptos į ligos simptomų gydymą ir šalinimą. Sergant šizofrenija rečiausiai yra taikomas psichologinis konsultavimas, nes šis korekcijos būdas yra daugiau orientuotas į kliniškai sveiką asmenybę.

Literatūros sąrašas:

1. 15 genų intervalo delecija sukelia autizmą ir šizofreniją. www.medscape.com [Žiūrėta: 2011-11-10]
2. Asmenybės sutrikimai. www.sos03.lt [Žiūrėta: 2011-10-27]
3. Beck S. (2008). Kognityvinės terapijos pagrindai.
4. Bražiūnienė I. (2010). Socialinė adaptacija ir socializacija vaikystėje. Visuomenės sveikatos programa. www.poliklinika.lt [Žiūrėta: 2011-09-08]
5. Čekuolienė D. (2008). Šeimos psichologinio konsultavimo praktinės užduotys ir metodiniai nurodymai.
6. Davis A. (2004). Client-centered therapy. Clinical psychology.
7. Deltuvienė D. (2004). Kas yra kognityvinė elgesio terapija? Sveikas žmogus, nr9.
8. Dembinskas A. (2003). Psichiatrija.
9. Derosse P., Burdick K. (2008). The Genetics of Symptom-Based Phenotypes: Toward a Molecular Classification of Schizophrenia. <http://pharmacogeneticsinpsychiatry.com/Derossee> [Žiūrėta: 2011-10-04]
10. Fenton W. (1997). Symptoms, Subtype, and Suicidality in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders. American journal of elipsis.
11. Gailienė D. (2001). Savižudybių prevencijos idėjos.
12. Grupinė psichoterapija. www.psichoterapijosstudija.lt [Žiūrėta: 2011-10-19]
13. Gudaitis A. (2006). Toksinės psichozės – farmakologiniai šizofrenijos modeliai. Nervų ir psichikos ligos, nr1.
14. Gudienė D. (2007) Šizofrenija sergančių pacientų artimųjų asmenybės bruožai. Nervų ir psichikos ligos, nr3.
15. Interneto sąvokų žodynas Tezaurus. (2011).
16. Iškauskienė D. (2009). Psichoterapija. www.iskauskiene.lt [Žiūrėta: 2011-10-30]
17. Jaras A. (2008). Paauglių savižudiško elgesio ir ryšių su psichikos sutrikimais, asmenybės ypatumais bei psichologiniais veiksniais vertinimas. Daktaro disertacija.
18. Kay S., Fiszbein A., Opler L. (1987). Study positive and negative syndrome scale.
19. Karnickas M. (2006). Neuroleptinės disforijos ir ekstrapiramidinių simptomų reikšmė šizofrenijos prognozei. Nervų ir psichikos ligos, nr3.

20. Kirvaitienė A. (2007). Kas yra psichoterapija? www.psichoterapijoscentras.lt [Žiūrėta: 2011-11-04]
21. Kočiūnas P. (1995). Psichologinis konsultavimas.
22. Kokios gydymo galimybės katatoninei šizofrenijai. www.yesanswer.de/med/lt [Žiūrėta: 2011-10-27]
23. Kopelowicz A., Liberman R. (2003). Psychiatric Rehabilitation for Schizophrenia. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, nr2.
24. Kvieskienė G. (2003). Socializacija ir vaiko gerovė.
25. Leonavičius R. (2011). Haliucinozė sergant epilepsija: dviejų klinikinių atvejų pristatymas. Psichosomatinė medicina: nuo psichopatologijos atpažinimo iki proceso valdymo. Psichiatrijos ir neurologijos sąsajos. Konferencijos medžiaga.
26. Ligos ir sindromai. www.pasveik.lt. [Žiūrėta: 2011-10-11]
27. Lopaitis M. (2006). Šizofrenija: negatyviųjų simptomų ir kognityvinių sutrikimų svarba ir klopapinas. Nervų ir psichikos ligos, nr2.
28. lt.wikipedia.org/wiki/Asmenybės_psichologija. [Žiūrėta: 2011-09-30]
29. lt.wikipedia.org/wiki/Psichoanalizė [Žiūrėta: 2011-09-30]
30. lt.wikipedia.org/wiki/Stigma [Žiūrėta: 2011-09-30]
31. Mann J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. Nature Reviews Neuroscience
32. Mann J., Wateraux C. (1999). Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients. American journal of elipsis.
33. Markevičiūtė B. (2008). Grupinė psichoterapija. <http://www1165.vu.lt/request> [Žiūrėta: 2011-10-29]
34. Mazaliauskienė R. (2006). Ką žinome apie šizofreniją. Gydymo menas, nr6.
35. Mazaliauskienė R. (2008). Šizofrenija, atipiniai antipsichoziniai vaistai ir smegenų neuroplastiškumas. Nervų ir psichikos ligos, nr6.
36. Medicinos enciklopedija. (1991).
37. Meno terapija. www.konsteliacijos-d.lt [Žiūrėta: 2011-10-25]
38. Mickevičiūtė D. (2010). Perdegimo sindromas - koks jis? www.sos03.lt [Žiūrėta: 2011-10-27]
39. Petrauskienė A., Daunoraitė L. (2009). Psichosocialinės reabilitacijos poreikio vertinimas: socialinio darbo atvejis. Socialinis darbas, nr8.
40. Pilkauskienė A. (2011). Kas sukelia šizofreniją? Vieno atsakymo nėra. www.pasveik.lt [Žiūrėta: 2011-10-12]

41. Povilaitienė J. (2006). Pirmasis psichozės epizodas. www.old.gip-vilnius.lt [Žiūrėta: 2011-09-23]
42. Povilaitienė J., Gailienė D. (2011). Pirmą psichozę išgyvenusiujų artimieji: situacijos sunkumo įvertinimo ir psichologinės kančios ryšys laikui bėgant. *Psichologija*, t43.
43. *Psichologijos žodynas*. (1993).
44. Reklėnė V., Rakauskienė D. (2006). Ką žinome apie šizofreniją. *Sveikas žmogus*, nr5.
45. Savižudybių prevencija. www.sveikata.su.lt [Žiūrėta: 2011-10-27]
46. Socializacija ir vaidmenys (Asmenybės sociologija). <http://ututi.lt/subject/kmu> [Žiūrėta: 2011-11-06]
47. Steiblienė V. (2003). Šizofrenija sergančių ligonių savižudybės. *Nervų ir psichikos ligos*, nr4.
48. Survilaitė D. (2011). Psichosocialinė rehabilitacija – ir psichiatrijos, ir reabilitacijos sritis. www.rvpl.lt [Žiūrėta: 2011-09-16]
49. Šizofrenija ir kiti psichoziniai sutrikimai. [Http://ututi.lt/subject/vu/fsf/psichiatrija](http://ututi.lt/subject/vu/fsf/psichiatrija) [Žiūrėta: 2011-11-07]
50. Šizofrenija. www.vpsc.lt [Žiūrėta: 2011-10-18]
51. Šizofrenijos gydymo gairės. *Psichiatrijos aktualijos*, 2010 nr1.
52. Šizofrenijos krizės ir valdymas. *Psychika.wordpress.com* [Žiūrėta: 2011-09-24]
53. Šurkutė V. (2006) Katatonijos įvairovė. *Nervų ir psichikos ligos*, nr4.
54. Šurkutė V. (2006). Naujas požiūris į neigiamuosius šizofrenijos simptomus. *Nervų ir psichikos ligos*, nr4.
55. Šurkutė V. (2007). Ar galima išskirti obsesinę šizofreniją? *Nervų ir psichikos ligos*, nr5.
56. Tarptautinis testų naudojimo reglamentas. <http://www.intestcom.org/downloads/> [Žiūrėta: 2011-11-09]
57. *Tarptautinių žodžių žodynas* (1983).
58. *Tarptautinių žodžių žodynas*. (1985).
59. TLK10 klasifikacija. (1992).
60. Vaitiekus E. (2009). Psichosocialinės, profesinės ir socialinės reabilitacijos bei socialinės paslaugos psichikos neįgaliesiems. www.lspzgb.lt [Žiūrėta: 2011-09-26]
61. Valstybinės teismo psichiatrijos tarnybos direktoriaus 2008-02-15 įsakymu nr.12p-19 patvirtinti psichodiagnostinių tyrimų, atliekant teismo psichiatrijos, teismo psichologijos ekspertizes, metodiniai nurodymai. www.vtpt.lt [Žiūrėta: 2011-09-10]
62. Vidžiūnaitė A. (2008). Šizofrenija. [Www.infomed.lt](http://www.infomed.lt) [Žiūrėta: 2011-10-29]

63. www.agora-fobija.lt/default [Žiūrėta: 2011-09-21]
64. www.menoterapija.lt [Žiūrėta: 2011-10-19]
65. www.psichodrama.lt [Žiūrėta: 2011-10-23]
66. www.psichoterapijoscentras.lt [Žiūrėta: 2011-11-04]
67. www.Ssinstitut.lt [Žiūrėta: 2011-10-08]
68. www.Socmin.lt [Žiūrėta: 2011-10-01]