

# **Niektóre wczesne przejawy zaburzeń psychicznych, czyli co może zapowiadać zaburzenia psychiczne, albo sygnalizować ich obecność**

dr n. med. Jerzy A. Sobański, Katedra Psychoterapii UJ CM  
p.o. kierownika Katedry: dr hab. med. Krzysztof Rutkowski

Uważny Czytelnik zapewne zadaje sobie pytanie czy możliwa jest autodiagnoza postawiona trafnie przez laika albo nawet wstępne postawienie rozpoznania zaburzenia psychicznego u innej osoby? Zdaniem autora NIEKIEDY TAK, chociaż NIE ZAWSZE – najpierw zajmemy się zatem istniejącymi w tym zakresie ograniczeniami.

Otóż psychika człowieka zazwyczaj funkcjonuje w sposób zapewniający jej maksymalną stabilność i spójność w zakresie obrazu siebie – także w sensie poczucia komfortu, zadowolenia z siebie, poczucia racji, przekonania o braku zaburzenia itp. Oznacza to między innymi, że nasze wewnętrzne podstawowe mechanizmy (tak zwane mechanizmy obronne i radzenia sobie) uzyskują wcześniej opisane cele nawet za cenę zafałszowania części rzeczywistości – uznanie nieprawdziwych ale służących tym celom przekonań, odczuć, wspomnień za prawdziwe i w pełni wiarygodne. Dlatego przeważnie nie pamiętamy lub nie w pełni pamiętamy bolesne wydarzenia, dostosowujemy oceny wydarzeń i osób do aktualnych sytuacji i ich relacji z nami (na przykład podczas nieprzyjaznego rozstania lub rozwodu łatwiej jest nam myśleć, że były/była partner/partnerka nigdy nie był godny/godna zaufania, zawsze był/była podły/a, zdradliwy/a etc.). Dlatego też nieradzenie sobie z trudną sytuacją może być np. powodem przypisywania innym złych intencji utrudniających tę sytuację – w świetle celów opisanych w pierwszych zdaniach tego akapitu jest to przecież „bezpieczniejsze, lepsze” niż uznanie siebie za osobę mającą trudności np. w wypełnianiu ról społecznych. Dlatego uznawanie się za osobę chorą, zaburzoną, a nawet mającą problem (co często jest najbezpieczniejszym dla samooceny rozwiązaniem) i szukającą pomocy jest zazwyczaj jedną z statycznych reakcji przyszłego pacjenta. Oczywiście zgłoszenie się do leczenia prowadzonego przez lekarza internistę lub neurologa zamiast do psychiatry jest podobnie bezpieczniejszym „psychicznie” rozwiązaniem. Następną linią obrony siebie bywa zwykle poszukiwanie pomocy u psychologa (jako mniej, przynajmniej w powszechnym mniemaniu „kompromitującego”

niż psychiatra), u coacha lub doradcy, a znacznie mniej chętnie u psychoterapeuty czy psychiatry. Podjęcie terapii lekami bywa często odrzucane bardziej niż psychoterapii, zgoda na hospitalizację jest trudniejsza do udzielenia niż na leczenie otwarte np. ambulatoryjne lub w oddziale dziennym.

Z tego powodu pacjent, który czuje dolegliwości psychiczne często próbuje je odsunąć, przypisać zewnętrznym powodom: stresowi (wydarzeniom stresującym), pogodzie (meteoropatia bądź „meteoropatia” – ta ostatnia nazwa jest oczywiście nieprawidłowa, sugeruje bowiem szkodliwość meteorów czy meteorytów...), innym osobom jako „toksycznym rodzicom” lub przyjaciółom, „wampirom energetycznym” i podobnym czynnikom – wszystkim znajdującym się poza pacjentem (zewnątrzpsychicznym). Tymczasem sygnały o wewnątrzpsychicznym źródle dolegliwości są przeważnie wygaszane, pomijane, wiązane raczej z krzywdami, chorobami somatycznymi, niż z błędnymi przekonaniem, wypaczonymi ciągami uczuć, zakłóconymi układami rodzinnymi. Nie bez powodu poznanie samego siebie już starożytni filozofowie uznawali za jedno z największych odkryć i osiągnięć.

Nie wszystkie zaburzenia rozpoczynają się, ujawniają i przebiegają w podobny sposób, szczególnie w zakresie poczucia choroby, rodzaju podstawowych objawów. Oczywiście szczegółowe zapoznanie się z podstawami psychopatologii wchodzi w zakres specjalistycznego, wieloletniego wykształcenia psychiatry oraz do pewnego stopnia psychologa oraz psychoterapeuty. Dlatego kolejnym ważnym zagadnieniem będzie przyjęty dla potrzeb tego eseju następujący uproszczony podział zaburzeń psychicznych (z pewnym przybliżeniem zarazem ujmujących ich ciężkość):

- nerwice, zaburzenia osobowości oraz inne zaburzenia np. zaburzenia odżywiania się, zaburzenia snu, zaburzenia seksualne,
- zaburzenia afektywne (depresja i mania lub jedynie depresja),
- zaburzenia z kręgu schizofrenii, oraz
- stanowiące nieco odrębną, czwartą grupę zaburzenia psychiczne związane z innymi schorzeniami np. z uszkodzeniami i chorobami mózgu (tzw. psychoorganiczne), ogólnym stanem zdrowia, zażywaniem lekami (zaburzenia nastroju po sterydach i innych lekach hormonalnych, stany podobne do depresji lub otępień w niedoczynności tarczycy), zaburzenia podobne do nerwic w nadczynności tarczycy i wiele innych...

Teraz powyżej opisany podział umożliwi nam opisanie wariantów zapowiedzi zaburzeń lub ich pierwszych objawów. Nerwice, inaczej zaburzenia nerwicowe, zapowiadają swoje pojawienie się w rozmaity sposób – w praktyce klinicznej można spotkać licznych pacjentów,

którzy przed momentem wyraźnego zachorowania bądź (to przecież nie to samo) do chwili postawienia im diagnozy, wyróżniali się aktywnością, mobilizacją, odpornością na stres (w jakimś stopniu pozorną?), założyli własne firmy, podróżowali, współzawodniczyli, natomiast pojawienie się objawów często niweczyło te umiejętności np. powodowało zamknięcie się w domu z powodu agorafobii czy unikanie ludzi z powodu fobii społecznej. Niekiedy pacjentów ograniczać zaczynało unikanie jakiegokolwiek ryzyka zdrowotnego (i nie tylko takiego ryzyka) z powodu hipochondrii i podobnych przeżyć z obszarów lęku o swoje bezpieczeństwo, wycofanie z działań społecznych i zawodowych (np. z powodu wspomnianych objawów fobii społecznej, podobnych do nasilonej niepewności siebie, nieśmiałości, poczucia niekompetencji etc.). Inni natomiast wręcz wyróżniali się w opinii swojej i otoczenia takimi cechami „słabości” od dawna lub od zawsze, a jeszcze inni nie mieli w ogóle takich wyrazistych cech, wydawali się podobni reszcie społeczeństwa.

Psychozy (schizofrenia i podobne zaburzenia) inaczej niż nerwice niekiedy zapowiadane są przez bardzo zaskakujące zachowanie pacjenta, dziwaczne i nieadekwatne, jednak wyodrębnione ze względnie dobrego funkcjonowania codziennego (taki fenomen krakowski profesor psychiatrii Eugeniusz Brzeziński nazwał paragnomen, ale pojęcie to upowszechnił w swoich znakomitych książkach także luminarz krakowskiej i polskiej psychiatrii Antoni Kępiński). Może to być przysłowiowe wykąpanie odbiornika telewizyjnego czy pomalowanie mieszkania w dziwne wzory. Choroba psychiczna może też zaczynać się w sposób powolny, pełzający. Niestety, większość objawów nie jest przez chorych uznawana za przejawy zaburzenia, za cokolwiek nieprawidłowego, błędnego lecz za przekonania trafne, słuszne, niekiedy zaszczytne lub pochodzące od istot boskich. Nieprawidłowe percepcje (omamy) są uznawane za trafne odbiory rzeczywistości a podważające omam lub urojenie informacje z zewnątrz bywają odbierane jako celowe dezinformacje (np. część spisku), błędy itp. Dziwność (dziwaczność) zachowań chorego nie jest przez niego zauważana, wieloskładnikowe zakłócenia poczucia rzeczywistości nie mogą być przez niego przebadane (testowane) z powodu takiej właśnie natury choroby.

Depresja jest schorzeniem, którego pierwszym objawem może być wycofanie z życia codziennego, zaniedbanie siebie i swoich spraw – zubożenie, zaprzestanie starań, pracy zawodowej, utrzymywania higieny, a nawet próba samobójcza, samobójstwo lub samobójstwo poprzedzone uśmierceniem najbliższych (tak zwane samobójstwo rozszerzone). Na szczęście te najcięższe objawy zazwyczaj nie rozpoczynają choroby jako pierwsze sygnały. Otoczenie przyszłego pacjenta częściej niż on/ona może zauważyć wielki i nieuzasadniony smutek

(tzw. obniżony nastrój), pesymizm, poczucie beznadziejności, apatię, zahamowanie, utratę nadziei na lepszą przyszłość etc. Nie jest to jednak łatwe (chory może to ukrywać lub ukrywać siebie – w domu, unikając nawet najbliższych), a szczególnie trudne jest to dla chorego – w jego ocenie zły nastrój, poczucie winy, przekonanie o grzeszności są bowiem uzasadnione i adekwatne, a nie chorobowe i nieprawidłowe. W tym zakresie depresja (zaburzenia afektywne w ogóle, w tym także mania) jest podobnie trudna do samo-rozpoznania jak schizofrenia.

**Poczucie choroby**, nieprawidłowości, niezgodności z osobą pacjenta, obcości, błędności, jest jednym z najważniejszych wyróżników łagodniejszych zaburzeń – przede wszystkim nerwic. W najpoważniejszych stanach zaburzeń nastroju oraz zaburzeń z kręgu schizofrenii pacjenci nie uważają się za chorych, są przez to całkowicie niechętni leczeniu.

Dlatego jednym z najważniejszych przejawów ciężkiego zaburzenia jest, paradoksalnie: **brak poczucia choroby i niezbite przekonanie o zdrowiu i słuszności wszelkich przekonań** (także całkowicie nieprawdziwych-niemożliwych, tych nazywanych urojeniami), albo **przekonanie o realności głosów czy obrazów** albo innych spostrzeżeń (nieistniejących realnie, zwanych jak wspomniano omamami wzrokowymi, słuchowymi). Poczucie pacjenta, że „zwariował”, „może zwariować”, „może zrobić komuś krzywdę” dowodzi najwyżej niewielkich zaburzeń psychicznych, jeśli nie zupełnego zdrowia. Chęć badania i dyskusji stanu psychicznego, przesłanek niepokoju z akceptowaniem zdania rozmówcy czy też w ogóle braniem go pod uwagę, to kolejny filar-dowód zdrowia psychicznego (przynajmniej częściowego).

**Co możemy spostrzec u znajomych zanim zachorują?** Otóż zasadniczo więcej niż u siebie samych (pod warunkiem zainteresowania innymi i motywacji do ich poznawania). Naszej obserwacji innych nie przeszkadzają wspomniane na początku mechanizmy obronne (może z wyjątkiem spostrzegania dzieci przez rodziców oraz osób podobnych do nas), ich biblijne „źdźbła w oku” są widoczne lepiej niż nasze „belki”... Oczywiście z uwagi na nasze naruszone interesy, urażone uczucia, gniew i poczucie krzywdy (lub w co trudniej uwierzyć – poczucie winy) łatwiej przypisujemy innym głupotę, złą wolę, niedbałość, roztargnienie, niż zaburzenia psychiczne. Tymczasem zapominalskość czy roztargnienie może być w rzeczywistości objawem otępienia (demencji), depresji (zajęcia się wszechogarniającym, przytłaczającym smutkiem), schizofrenii (np. czegoś w rodzaju „zasłuchania” w „głosach”, czyli omamach słuchowych), nerwicy w postaci dysocjacyjnego zaburzenia pamięci i uwagi, zaburze-

nia osobowości etc. Nie należy obwiniać osób chorujących o chorobę, ale kto o tym pamięta gdy czuje się skrzywdzony, oszukany, zraniony, wykorzystany?

Histrioniczne zaburzenia osobowości, hipochondryczne zaburzenia nerwicowe, stany silnego lęku (napady paniki), mogą wysoce angażować pacjentów i już od samego początku także ich otoczenie, a w szczególności osoby zobowiązane do udzielania im pomocy lub poczuwające się do takiej odpowiedzialności. Pacjenci tacy niekiedy ponawiają nasilające się próby o pomoc kierowane do lekarzy rodzinnych, psychologów szkolnych, przyjaciół, krewnych, którzy „robią co mogą” ale często nie mogą skutecznie zdiagnozować pacjenta albo przekazać mu diagnozy w sposób przekonujący (z uwagi na wspomniane mechanizmy obronne). Zaburzenia osobowości, szczególnie niektóre, takie jak: osobowość chwiejna emocjonalnie (szczególnie jej podtyp z pogranicza – borderline), osobowość narcystyczna, osobowość impulsywna, osobowościowe podłoże uzależnień, osobowość bierno-zależna i inne, mogą dawać znać o sobie właściwie przez całe życie pacjenta – jednak w wielu przypadkach – najbardziej dają się we znaki jego otoczeniu, szczególnie najbliższym lub osobom od niego zależnym np. podwładnym. To często oni zgłaszają się sami do leczenia lub poszukują porady, ewentualnie organizują próby terapii dla jednostki z zaburzeniem osobowości. Początkowe objawy rozmaitych zaburzeń osobowości mogą więc stanowić powtarzalne wzorce niezadowolenia bliskich, ich odchodzenia, wyrzucania pacjenta z pracy, odsuwanie się od niego, ale także wielokrotne i podobne do siebie rozstania lub rozwody, niemożność utrzymania stałej pracy, konsekwentnego powtarzania zamierzonego wyboru itp.

Dlatego jednym z najważniejszych sygnałów o zaburzeniach osobowości u osób w wieku „młodym dorosłym” będą trudności na studiach:

- niezdawanie egzaminów z powodu objawów (albo raczej z „niezrozumiałych” przyczyn poza wpływem chorego),
- nieprzystosowanie się do grup studenckich i życia studenckiego w żadnym jego wariancie (albo w wariancie chcianym przez pacjenta),
- przewlekanie studiów a szczególnie ich końcowych elementów takich jak prace licencjackie lub magisterskie,
- regularne nieporozumienia „międzyludzkie” („nie dogadywanie się”) z nauczycielami akademickimi lub promotorami (wieloma, wszystkimi albo jakimś określonym typem ludzkim takim jak np. starsi panowie z innego pokolenia, albo młodzi niedawno awansowani nauczyciele), jako osobami mającymi władzę, sprawującymi kontrolę itp.
- rozpoczynanie zbyt wielkiej liczby przedmiotów, ścieżek, fakultetów, kół naukowych,

- zbytnie zbliżenie lub oddalenie się od kolegów i koleżanek, niemożność oddzielenia się od rodziców i in.

Organiczne zaburzenia psychiki mogą rozpoczynać się jeszcze inaczej, na przykład ogólnym osłabieniem czynności neuropsychicznych – pamięci, uwagi, koncentracji, albo mogą wiązać się z czynnikami przyczynowymi w rodzaju serii urazów głowy (wypadki samochodowe, boks), albo ciężkiego zapalenia opon mózgowo rdzeniowych, zatrucia tlenkiem węgla (czadem).

Można postawić sobie tu pytanie dotyczące użyteczności rozmaitych testów psychologicznych i skal oceny psychicznej dostępnych np. w Internecie albo w publikacjach fachowych. Jest ona ograniczona – zazwyczaj w praktyce klinicznej interpretuje je specjalista w powiązaniu z obrazem klinicznym pacjenta w jego oczach (właściwie ten obraz jest najważniejszą przesłanką diagnozy), zatem ponownie wracamy do badania bezpośredniego przez lekarza psychiatrę lub psychologa (tylko psycholog jest uprawniony do interpretacji testów psychologicznych).

Kiedy pojawi się pytanie czy ważniejsza, albo pilniejsza jest opinia psychologa czy psychiatry, warto zaznaczyć, że w sprawach nagłych dotyczących rozpoznawania chorób a w szczególności rozróżniania między wymienionymi ich typami oraz niepsychiatrycznymi zaburzeniami stanu zdrowia pacjenta w kontekście konieczności np. interwencji farmakologicznej w nocy, skierowania do szpitala, zlecenia przewozu karetką – najważniejszy jest kontakt z psychiatrą. W wielu kolejnych rodzajach wizyt, w mniej nagłych stanach, równorzędną rolę pełnić może psycholog (oczywiście najlepiej specjalista psycholog kliniczny, a nie psycholog reklamy lub psycholog pracy...) lub psychoterapeuta (określenie zakresu kompetencji i wykształcenia psychoterapeuty w naszym kraju jest nadal trwającym procesem legislacyjnym – w toku którego wyłoni się Ustawa o Innych Zawodach Medycznych dotycząca m.in. psychoterapii), najlepiej certyfikowany lub rekomendowany przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne lub Psychologiczne.

A teraz nieco informacji dodających mam nadzieję otuchy: wiele trudności, smutków, zakłóceń dobrostanu psychicznego, życia seksualnego, reakcji na sytuacje stresowe, nawet bardzo przykrych NIE zapowiada zaburzeń i należy do przeżyć osób zdrowych, które zdrowymi pozostaną. Psychika ludzka jest bowiem bardzo często odporna i sygnały o dyskomforcie, przeciążeniu, takie jak na przykład obawy przed egzaminem, natrętne sprawdzanie jego terminu, podejrzliwość wobec komisji czy egzaminowanych kolegów nie oznaczają zaburzeń. Przede wszystkim wtedy gdy pojawiają się w chwilach wielkiego napięcia, mijają ła-

two, mogą być zrozumiane przez ich „posiadacza”, chętnego do ich krytycznej analizy za pomocą poczucia rzeczywistości (w rodzaju rozumowania: *komisja to zwykli nauczyciele, nawet jeśli wydaje mi się, że nie są mi życzliwi to może dlatego, że czuję się zaniepokojony tym, że się mało przygotowywałem i obawiam się kary w postaci egzaminu*).

Podsumowując, w razie wątpliwości co do stanu zdrowia psychicznego swojego lub bliskich, znajomych i przyjaciół dobrze jest poszukać pomocy fachowej. To na pewno nie zaszkodzi, dostęp do psychiatrii nie wymaga skierowania, nie podlega rejonizacji, a treść kontaktu objęta jest tajemnicą. Jedynym wymaganiem jest ubezpieczenie zdrowotne, ale nawet ono – w najcięższych chorobach psychicznych – nie jest wymagane.