

Czego nie powie ci psychiatra - rzecz o psychozach

Autor tekstu: **Damian Janus**

Wprowadzenie do psychopatologii cz. 4

W artykule tym pragnę wprowadzić Czytelnika w zagadnienie psychoz. Jest ono trudne już chociażby dlatego, że mianem psychoz, a więc „chorób psychicznych”, bywa określanych sporo różnych zjawisk psychopatologicznych. Ba, nawet jedna konkretna choroba psychiczna — schizofrenia, może wyglądać bardzo różnie.

Gdy zajmujemy się zagadnieniem psychoz, to nie sposób skupić się bezpośrednio na tym problemie. Dzieje się tak dlatego, iż jednocześnie wykraczamy poza wąską działkę obserwacji klinicznej, i konfrontujemy się z mnóstwem innych obszarów. Bowiemy w tym przypadku nie sposób abstrahować od problemów epistemologicznych (np. co to jest „choroba” w ogóle?), socjologicznych (kwestia porządku społecznego, dominacji jednej grupy nad inną itd.), kwestii kompetencji psychiatrów oraz stanu i filozofii psychiatrii w ogóle (podejście biomedyczne, nozologiczne, sztampa terapeutyczna), nie sposób pominąć wpływ czynników ekonomicznych na rozumienie i leczenie psychoz (firmom farmaceutycznym zależy na pewnym ich obrazie, podczas gdy inny nie jest im na rękę), należy też wziąć pod uwagę potoczne rozumienia „wariactwa”, „ześwirowania” i „schizy”, a w końcu dojść do antropologicznej kwestii podmiotowości. Oczywiście artykuł ten, to tylko „wstęp do wprowadzenia”, a więc nie wyczerpię tych kwestii i nawet ich nie rozwinę, a jedynie zaznaczę. Zapewne będzie jeszcze sposobność je pogłębić.

Do psychoz zaliczamy:

- schizofrenię,
- paranoję,
- depresję lub manię psychotyczną,
- inne (różnorodne ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne, psychozy w przebiegu chorób mózgu oraz zatruc i różnych zapaleń itp., psychozy reaktywne — wywołane jakąś szczególnie traumatyczną sytuacją, inne).

Czym jest psychoza? Otóż nie jest możliwe podanie wyczerpującej definicji. Psychoza jest stanem oderwania od rzeczywistości, manifestującym się brakiem zaradności życiowej, niezdolnością do adekwatnych reakcji wobec ludzi. Wszystko to związane jest z wyraźnym zaburzeniem językiem lub/i spostrzeganiem lub/i rozumowaniem oraz zaburzeniem życiem emocjonalnym. Oczywiście, każdy z tych elementów może wystąpić w przypadku silnych nerwic czy poważnych zaburzeń osobowości, jednak w psychozie kontakt z człowiekiem jest szczególnie trudny, żyje on wyraźniej niż inni „w swoim świecie”.

Często mówi się, że „choroba psychiczna” to „choroba jak każda inna”. Takie stwierdzenia mają zmniejszyć dystans pomiędzy „chorymi” a pozostałymi ludźmi, uświadamiając tym drugim, że przecież każdy z nich może „zachorować”. Jest to jednak niezbyt trafne ujęcie. Zaburzeń psychicznych w ogóle, a wśród nich tego, co nazywamy chorobami psychicznymi, nie możemy traktować tak samo jak innych chorób (somatycznych). Oprócz niezbyt częstych przypadków, w których mamy do czynienia z wyraźną patologią mózgu, „choroby” te mają inny status niż choroby somatyczne. Zaburzenia psychiczne w zdecydowanej większości przypadków są czynnościowe, czyli dotyczą „software'u”, co oznacza, że ich przebieg oraz przyczyny mają w istocie niewiele wspólnego z nieprawidłowościami w funkcjonowaniu mózgu (choć za pomocą dzisiejszych czułych technik obrazowania można niekiedy sporo tam znaleźć!). Chciałbym to szczególnie podkreślić, gdyż jest to klucz otwierający drzwi do rozumienia perturbacji psychicznych: psychika stanowi przedmiot *sui generis*, ma własną strukturę i swoje drogi rozwoju. Badanie jedynie mózgu - wbrew zapewnieniom tak wielu współczesnych naukowców — nie może dać pełnego poznania *psyche*. Konieczne są obserwacje samej psychiki (funkcjonowania umysłowo-emocjonalnego ludzi).

Dominuje pogląd, że schizofrenia [1] jest zaburzeniem funkcji mózgu, że jest spowodowana nierównowagą substancji chemicznych zwanych neuroprzekaznikami (mówi się m.in. o zbyt dużej ilości dopaminy). Pogląd ten jest błędny i szkodliwy. Nie miejsce teraz na rozwinięcie szerokiej jego krytyki (wymagałaby ona odniesień do epistemologii, psychoanalizy, Racjonalista.pl

terapii rodzin, socjologii nauki, neurofizjologii). Powiem tylko tyle, że to, co obserwują neurofizjologowie to jedynie korelaty fizjologiczne stanów psychicznych. Nawet jeśli na poziomie mózgowym mamy do czynienia z jakimiś „przyczynami” (schizofrenii) nie są to ostateczne przyczyny, a jedynie jedne z przyczyn. Po prostu w obecnej kulturze, gdy coś jest uchwytnie fizycznie (neurotransmitery, synapsy itd.) uznaje się to za „podłoże”. Dodatkowym dowodem jest to — a mówię to m.in. z doświadczenia — że leki neuroleptyczne (przeciwpowietrzne), które mają wyrównywać stężenia neurotransmitera wcale nie leczą, a jedynie wytlumiają objawy. Dają one co prawda niekiedy pole do rozwoju psychiki w kierunku zdrowia, jednak gdyby ten wewnętrzny rozwój był zahamowany przez czynniki psychospołeczne, żaden neuroleptyk by nikogo nie wyleczył. Tak więc również działanie leków psychotropowych — jako zasadniczo jedynie objawowych — pokazuje, że status chorób psychicznych jest specyficzny, gdyż farmakoterapia wcale nie „trafia w ich sedno”.

Schizofrenię dzieli się na paranoidalną, hebefreniczną (zdezorganizowaną), katatoniczną oraz prostą. Najczęściej występuje (czyt. jest rozpoznawany) typ paranoidalny schizofrenii. Charakteryzuje się on występowaniem omamów, urojeń, oraz zaburzeń emocjonalnych i zaburzeń zachowania. Ogólnie objawy dzieli się na pozytywne (wytwórcze) oraz negatywne. Objawy wytwórcze to urojenia i halucynacje, a do negatywnych należy stan emocjonalnej pustki oraz zubożenie ogólnej ekspresji. Najbardziej charakterystycznym dla schizofrenii objawem zdają się być tzw. urojenia odosłonięcia i wpływu. Polegają one na tym, że chory twierdzi, iż inni mają jakiś dostęp do jego umysłu, mogą nasyłać mu myśli lub też czytać w jego myślach. Chociaż te objawy nazywa się urojeniami, to jednak określenie to wydaje się błędne, gdyż są one bardziej podobne do halucynacji. Urojenie to fałszywy sąd, a halucynacja to pewne odczucie, przeżycie, obraz. W przypadku „urojeń odosłonięcia” mamy właśnie do czynienia z przeżyciem — człowiek rzeczywiście czuje, że jego umysł jest otwarty, dostępny innym. Urojenie właściwie zaczyna się dopiero w momencie „opracowania” tych odczuć, to znaczy wtedy, gdy chory interpretuje je jako wywołane ingerencją obcej cywilizacji, wpływem fal radiowych wysyłanych przez obce wywiady itp.

Nazwa „schizofrenia” oznacza „rozszczepiony umysł”. Rzeczywiście w schizofrenii następuje coś, co można nazywać rozpadem powiązań pomiędzy myślami, emocjami, wspomnieniami, zachowaniem. Wszystko staje się jakieś poplątane, niezborne, trudno zrozumieć o czym właściwie chory mówi, nie widać czego chce, jaki jest jego stosunek emocjonalny do danej sytuacji czy jego własnej wypowiedzi. Człowiek przestaje być jednością, która charakteryzuje się m.in. występowaniem postaw, czyli całości składających się z wzajemnie powiązanych potrzeb, myśli, afektów i zamierzeń (czegoś się chce, coś się o tym wie, ma się do tego jakiś stosunek emocjonalny oraz plany itd.), jednak prawdopodobnie nazwa „schizofrenia” stała się powodem pewnych nieporozumień. Wydaje się bowiem, że w potocznym rozumieniu schizofrenia jest niekiedy mylona z tzw. zespołem osobowości mnogiej. W tym bardzo rzadkim zaburzeniu — znanym z filmów sensacyjnych — dochodzi do rzeczywistego podziału w osobowości na dwie lub kilka „podosobowości”, które jednak są „pełnymi jednostkami”, to znaczy mają własne cechy charakteru własną pamięć (jakąś część pamięci jednostki) oraz zachowują się w zwarty (niepsychotyczny) sposób, chociaż oczywiście mogą być bardzo nieprzyjemne.

Na ogół wskaźnikami psychozy są urojenia oraz halucynacje, musimy jednak pamiętać, iż mogą one wystąpić też w innych zaburzeniach (pamiętam anorektyczkę, która przez jeden dzień wypowiadała urojenia oraz pacjentów z zaburzeniami osobowości, którzy miewali halucynacje). Z drugiej strony psychotyczną — w psychoanalitycznym sensie — strukturę osobowości może mieć ktoś bez klinicznie rozpoznawalnej psychozy, czyli także bez urojeń i halucynacji (o tym jeszcze będzie).

Wielu ludzi sądzi, że urojenia czy halucynacje to twory zupełnie bezsensowne, coś na kształt *śniegu* i *pasów* w popsutym telewizorze. Tak jednak nie jest. Halucynacje i urojenia często są do siebie podobne, dotyczą podobnych sytuacji i obiektów. Już ta powtarzalność każe nam przypuszczać, że nie są one przypadkowe, że u ich podłoża leżą jakieś czynniki kształtujące (gdyby w popsutym telewizorze zawsze pojawiało się coś na kształt figur geometrycznych, czerwonego, żółtego bądź zielonego tła, oraz cztery rodzaje pulsującego dźwięku, musielibyśmy przypuścić, że nie wysiadł całkowicie, że pewne układy modulują obraz i dźwięk). Ogólnie należy stwierdzić, a dotyczy to wszelkich zaburzeń, że objawy (urojenia, halucynacje) spełniają funkcję stabilizującą psychikę. Może to się komuś wydać paradoksalne lub wręcz idiotyczne, ale tak jest w istocie. Nie będzie to tak dziwne, jeśli uświadomimy sobie rolę i strukturę wielu objawów somatycznych. Np. każde zapalenie, chociaż tak dla nas

przykre, jest sumą czynników patogennych i leczniczych (obrona organizmu), jako całość jest więc przejawem walki organizmu o zdrowie. Można powiedzieć, że nie ma objawu w całości negatywnego, każdy zawiera w sobie odpowiedź organizmu i jako całość jest próbą przystosowania się organizmu do szkodliwych czynników. Podobnie jest na poziomie psychiki. Objawy psychotyczne są efektem walki psychiki o stabilizację. To nie one są głównym problemem, tylko to, co jest głębiej w umyśle. Właściwie sama struktura umysłu. Podam prosty przykład. Wiele starszych, samotnych osób mówi do siebie. Nie jest to oczywiście schizofrenia, jednak objaw psychiatryczny. Mówienie to ma z pewnością ową funkcję stabilizującą: człowiek potrzebuje relacji, a gdy jej nie ma, sam ją wytwarza. Objaw ten chroni więc przed „gorszym szaleństwem”, którego doznałby umysł zupełnie wyłączony z relacji. Dalej: niektóre z tych osób mogą przeżywać urojenia prześladowcze — twierdzą, że sąsiedzi kradną im żywność, wpuszczają insekty do mieszkania itp. Objaw ten podobnie „neutralizuje” samotność - człowiek jest w centrum zainteresowania, gdyż wszyscy na niego nastają. A to jest lepsze od samotności. I chociaż osoba będzie wyklinać na podłych sąsiadów, to nieświadomie woli wmawiać sobie, że ją prześladowają niż poczuć, że jest wszystkim obojętna. Nie inaczej jest z halucynacjami. Pozwalają one z jednej strony np. na bycie z kimś w relacji (Matka Boska, zmarły ojciec, krasnoludek itd.), a z drugiej są wynikiem projekcji na zewnątrz własnych emocji (np. agresja — diabeł, Hitler itd.). Składają się więc z własnych życzeń oraz stanów umysłowo-emocjonalnych.

Tak więc halucynacje i urojenia to twory, które mówią nam o strukturze osobowości pacjenta, dlatego nie należy tylko próbować się ich pozbywać (jak to czyni farmakoterapia), lecz także je zrozumieć (psychoterapia). W przeciwnym wypadku głębszy kontakt z chorym zostanie zaprzepaszczone.

We współczesnej psychiatrii „schizofrenia” stała się worem, do którego wrzuca się większość tego, co nie podpada pod inne jednostki diagnostyczne. Wynika to z kilku przyczyn. Po pierwsze, różnorodność przejawów życia psychicznego — w każdej jego formie, również tej zwanej patologiczną — przerasta psychiatrię i jej klasyfikację. Współczesna klasyfikacja jeśli chodzi o psychozy prezentuje się wręcz żałośnie. Pomijając wszystko inne, jest za mało „szufladek” (ja sam na podstawie swojej pracy mógłbym dołożyć ze dwie — trzy jednostki diagnostyczne, które obecnie nie są rozróżniane).

Po drugie, chodzi o postępowanie konkretnego psychiatry, który nierzadko jeszcze bardziej upraszcza tę już uproszczoną klasyfikację. Po prostu: psychiatra, gdy nie wie o co chodzi, wie, że chodzi o schizofrenię. Dlatego rozpoznaje ją chociaż, ani z wywiadu od osób trzecich, ani z rozmowy z pacjentem nie uzyskuje wszystkich jej podręcznikowych kryteriów. Niekiedy ktoś może leczyć się na schizofrenię od 20 lat u dziesięciu różnych psychiatrów, chociaż w rzeczywistości nigdy nie spełniał wszystkich kryteriów diagnostycznych. Jednak jeśli dostał to rozpoznanie od pierwszego psychiatry i leczył się jakiś czas, następnymi zwykle nie zmieniają rozpoznania. Nie robią tego, gdyż nawet gdyby to uczynili — dając np. rozpoznanie jakichś głębokich zaburzeń osobowości — i tak musiałby utrzymać obecne leczenie, gdyż w przypadkach poważnych zaburzeń podaje się neuroleptyk. Inna sprawa, że odmienne rozpoznanie jest ważne dla leczenia psychoterapeutycznego — jednak do niego, w stosunku do liczby chorych, w polskich warunkach dochodzi rzadko (myślę o prawdziwej psychoterapii, a nie o przyklepujących problem warsztatów, grupach psychoedukacyjnych itp.)

Pacjenci często pytają: „Jaką mam diagnozę?”, takie pytania zawsze wprowadzały mnie w zakłopotanie. Podobnie czuję się tylko, gdy ktoś pyta czy jestem wierzący. W obu wypadkach jest ten sam kruczek. Osoba pytająca ma już swoje schematy, swoje rozumienie znaczenia odpowiedzi. A to niekoniecznie jest dobre, konstruktywne. Jeśli ktoś usłyszy „ma pan schizofrenię”, to co to dla niego będzie znaczyć? Najprawdopodobniej powiąże to ze swoją wiedzą z czasopism, z uproszczonymi, a nierzadko fałszywymi wypowiedziami tzw. specjalistów z rubryk o zdrowiu. Może będzie czuł, że nosi w sobie „chorobę” jak Ripley Obcego? Może pomyśli, że teraz już do siebie nie należy i musi oddać się w pełni w ręce lekarzy? Ludzie często tak właśnie myślą, że mają w sobie coś, czego nie rozumieją, a o czym wszystko wiedzą lekarze. Ale to nie prawda! Pojęcie większości psychiatrów o schizofrenii jest mizerne. Przede wszystkim, lekarze na ogół nie próbują wnikać głębiej w świat chorego, gdyż nie ma to znaczenia w leczeniu farmakologicznym. Niezależnie bowiem od tego na ile lekarz pozna niuanse danego przypadku, i tak musi dać ten sam lek. Po prostu wybór jest niewielki: na pewno neuroleptyk, a jaki — to można dobrać już w trakcie pierwszego kontaktu. Do tego sprawdza się to raczej metodą prób i błędów - nie zadziała lub zadziała nie tak, jak lekarz by

sobie tego życzył - daje się inny lek z tej samej grupy (neuroleptyk). Takie działanie lekarzy (wynikłe oczywiście z samych podstaw medycyny) może robić na publiczności wrażenie, iż dysponują jakąś ogromną wiedzą na temat chorób psychicznych. Do czego by to przyrównać...? Wyobraźmy sobie... alianckiego eksperta lotniczego w trakcie drugiej wojny światowej. Od wywiadu dostaje on jakieś niewyraźne zdjęcie, prawdopodobnie jest to kawałek skrzydła i mały fragment kadłuba. Oraz pytanie: co to jest? Ekspert ogląda, ogląda... i zaczyna recytować: Dornier Do..., czterosilnikowy bombowiec, załoga pięciu ludzi, uzbrojenie obronne..., nośność bomb..., jest to egzemplarz z drugiej serii produkcyjnej, po modernizacji układu... itd. Zobaczył niewiele, a wiedział mnóstwo. Jednak w wypadku psychoz jest zupełnie inaczej. Choroby psychiczne nie istnieją tak, jak samoloty. W przypadku samolotu można dostrzec niewiele, a na podstawie swojej wiedzy dopowiedzieć resztę. W przypadku choroby psychicznej stwierdzenie, iż jest to „schizofrenia”, niewiele wnosi. Nie jest bowiem tak, jakby Bóg stworzył ludzi, zwierzęta i choroby, którym nadał nazwy.... To ludzie poszatkowali rzeczywistość i nazwali ją. A „poszatkowanie” w psychiatrii jest bardzo ułomne, wielu rzeczy nie bierze pod uwagę, nie rozróżnia. Tak więc w ogóle trudno mieć „pojęcie o schizofrenii”, można mieć pojęcie o pacjencie, który ma to rozpoznanie. Ale do tego potrzeba otwarcia na niego, czasu i cierpliwości. Tego niestety w psychiatrii często brakuje.

Paranoja (zaburzenie urojeniowe według ICD-10) jest niezbyt częstym zaburzeniem, w którym podstawowe zachowania nie są zaburzone, nie występują zaburzenia języka, człowiek nie zachowuje się dziwnie, a jego życie emocjonalne na pierwszy rzut oka wydaje się normalne. Występuje jednak jakaś sfera co do której utrzymują się niemożliwe do wyperswadowania błędne lub nawet absurdalne przekonania (np. że wszyscy uważają mnie za homoseksualistę; że wydzielam przykry zapach itp.).

Depresja psychotyczna jest stanem ciężkiej depresji (obniżony nastrój, spowolnienie psychoruchowe, brak energii, męczliwość, poczucie bezsensu i inne), w którym występują też urojenia o charakterze obwiniania się o mnóstwo rzeczy, prorokowania własnej klęski itp. W manii, odwrotnie, nastrój jest nienaturalnie „podkreślony”, a objawy psychotyczne polegają na twierdzeniach odnośnie swojego posłannictwa, geniuszu itp.

Temat psychoz będę rozwijał, pokazując bliżej ich objawy, strukturę osobowości psychotyka, oraz niektóre czynniki psychologiczne, które sprzyjają powstawaniu psychozy.

Przypisy:

[1] Nie wiem dlaczego, ale wiele osób mówi "schizofrenia", przez "m".

Damian Janus

Ur. 1969, absolwent psychologii, filozofii i religioznawstwa na Uniwersytecie Jagiellońskim. Psycholog kliniczny. Szkolił się w zakresie terapii Gestalt, pracy z ciałem oraz psychoterapii psychoanalitycznej (które to szkolenie kontynuuje). Prowadzi psychoterapię zorientowaną analitycznie (z elementami innych podejść) w ramach oddziału psychiatrii oraz w gabinecie prywatnym. Interesuje się związkami między psychologią i psychopatologią jednostki a zjawiskami ogólnokulturowymi, psychosomatyką, filozofią nauki, epistemologią. Mieszka w Krakowie.

[Pokaż inne teksty autora](#)



(Publikacja: 20-08-2005)

[Oryginał..](http://www.racjonalista.pl/kk.php/s,4319) (<http://www.racjonalista.pl/kk.php/s,4319>)

Contents Copyright © 2000-2008 by Mariusz Agnosiewicz

Programming Copyright © 2001-2008 Michał Przech

Autorem tej witryny jest Michał Przech, zwany niżej Autorem.

Właścicielem witryny są Mariusz Agnosiewicz oraz Autor.

Żadna część niniejszych opracowań nie może być wykorzystywana w celach komercyjnych, bez uprzedniej pisemnej zgody Właściciela, który zastrzega sobie niniejszym wszelkie prawa, przewidziane w przepisach szczególnych, oraz zgodnie z prawem cywilnym i handlowym, w szczególności z tytułu praw autorskich, wynalazczych, znaków towarowych do tej witryny i jakiegokolwiek ich części.

Wszystkie strony tego serwisu, wliczając w to strukturę podkatalogów, skrypty JavaScript oraz inne programy komputerowe, zostały wytworzone i są administrowane przez Autora. Stanowią one wyłączną własność Właściciela. Właściciel zastrzega sobie prawo do okresowych modyfikacji zawartości tej witryny oraz opisu niniejszych Praw Autorskich bez uprzedniego powiadomienia. Jeżeli nie akceptujesz tej polityki możesz nie odwiedzać tej witryny i nie korzystać z jej zasobów.

Informacje zawarte na tej witrynie przeznaczone są do użytku prywatnego osób odwiedzających te strony. Można je pobierać, drukować i przeglądać jedynie w celach informacyjnych, bez czerpania z tego tytułu korzyści finansowych lub pobierania wynagrodzenia w dowolnej formie. Modyfikacja zawartości stron oraz skryptów jest zabroniona. Niniejszym udziela się zgody na swobodne kopiowanie dokumentów serwisu Racjonalista.pl tak w formie elektronicznej, jak i drukowanej, w celach innych niż handlowe, z zachowaniem tej informacji.

Plik PDF, który czytasz, może być rozpowszechniany jedynie w formie oryginalnej, w jakiej występuje na witrynie. **Plik ten nie może być traktowany jako oficjalna lub oryginalna wersja tekstu, jaki zawiera.**

Treść tego zapisu stosuje się do wersji zarówno polsko jak i angielskojęzycznych serwisu pod domenami Racjonalista.pl, TheRationalist.eu.org oraz Neutrum.eu.org.

Wszelkie pytania prosimy kierować do redakcja@racjonalista.pl