

Zaburzenia psychiczne - typy, cechy a kontekst akademicki

mgr Katarzyna Klasa

Temat zaburzeń czy mówiąc bardziej potocznie – chorób psychicznych, jeszcze do niedawna stanowił swoiste tabu, kojarzące się z „czymś niezrozumiałym”, „niebezpiecznym” lub „niepoprawnym politycznie”, co jednocześnie niewątpliwie wiązało się z niską świadomością społeczną. Rozwój medycyny, zarówno w zakresie farmakoterapii, jak i psychoterapii (czyli niebiologicznej metody leczenia), oraz akcje społeczne w rodzaju „Schizofrenia – otwórzcie drzwi” (program realizowany na świecie od 1996 r. przez Światowe Towarzystwo Psychiatryczne (WPA), w Polsce koordynowany przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne) czy Forum Przeciw Depresji (www.forumprzeciwdepresji.pl) przyczyniają się jednak powoli do zmiany tego stanu rzeczy. Bez wątpienia każda inicjatywa mająca na celu rozpowszechnianie rzetelnej, aktualnej wiedzy naukowej dotyczącej zaburzeń psychicznych i możliwości ich leczenia prowadzi do poprawy sytuacji osób chorujących, jak również osób z ich otoczenia rodzinnego i społecznego.

Zanim przejdziemy do zapoznania się z podstawowymi informacjami na temat różnych zaburzeń psychicznych, zatrzymajmy się na wspomnianym pojęciu „choroby psychicznej”. Pamiętać należy, że współcześnie w psychiatrii ze względu na stygmatyzujący charakter tego określenia proponowane jest używanie określenia „zaburzenie psychiczne”¹. Termin „choroba psychiczna” odnoszony jest do tzw. psychoz – zaburzeń, w których objawy są w sposób jakościowy (a nie tylko ilościowy) odmienne od sposobu przeżywania rzeczywistości przez osoby zdrowe, gdzie chorzy nie mają poczucia choroby, niezwykłości swojego sposobu myślenia i postrzegania, np. przekonania, że inni ludzie sterują ich myślami. Różne krótkotrwałe zaburzenia funkcjonowania psychicznego, które choć mogą być nieprzyjemne jednak nie zakłócają znacząco codziennego funkcjonowania, zdarzają się każdemu (np. niepokój o przyszłość, niepewność czy zamknęło się drzwi).

U osób z zaburzeniami psychicznymi podobne objawy utrzymują się znacznie dłużej i w znacznie większym nasileniu, co wiąże się z zakłóceniem codziennego funkcjonowania i poczuciem subiektywnej uciążliwości (np. lęk o przyszłość uniemożliwiający podejmowanie decyzji, wielokrotne, przymusowe sprawdzanie czy drzwi zostały zamknięte). Dyskomfort ten często motywuje osoby doświadczane problemem do poszukiwania pomocy lekarskiej lub psychologicznej, choć niekiedy dzieje się to z inicjatywy osób trzecich (np. zaniepokojonej rodziny). Istotne jest zatem stwierdzenie tzw. klinicznego znaczenia objawów: uznania, że dane zjawisko psychiczne jest nieprawidłowe, a jego rozpoznanie jest przydatne w postępowaniu klinicznym wobec przeżywającej je osoby². Co więcej, zaburzenia psychiczne mogą mieć różny przebieg:

postępujący, przewlekły, nawrotowy albo krótkotrwały, przemijający i występować nie tylko „pojedynczo”, ale też wspólnie (tzw. **comorbidity**, np. zaburzenia nerwicowe i zaburzenia osobowości, zaburzenia osobowości i uzależnienia od substancji psychoaktywnych).

Oczywistym nasuwającym się tu pytaniem jest kwestia częstości występowania zaburzeń psychicznych, czyli ilu ludzi dotyczą? Jednoznaczne określenie rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych nie jest w pełni możliwe choćby ze względu na skomplikowaną metodologię badań epidemiologicznych³. W 1997 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) utworzyła Międzynarodowe Konsorcjum Epidemiologii Psychiatrycznej (ICPE), którego przedmiotem działania jest koordynacja badań epidemiologicznych i analiza uzyskanych w nich danych. Konsorcjum koordynowało np. przeprowadzone w ponad 20 krajach badanie World Mental Health 2000, które pozwoliło m.in. na stwierdzenie, że zaburzenia psychiczne należą do chorób przewlekłych o największym rozpowszechnieniu w populacji, najczęściej rozpoczynających się we wczesnej dorosłości (20-25 r. ż.)⁴.

Inne dane wskazują, że w Europie w roku 2004 niemal jedna trzecia dorosłych osób (27%) doświadczała zaburzenia zdrowia psychicznego. Najczęściej były to zaburzenia z grupy zaburzeń lękowych, a także depresyjnych. Przewiduje się również, że do 2020 roku depresja stanie się najpowszechniejszym zaburzeniem psychicznym⁵. Z kolei badanie CBOS z 2008 r., pozwoliło na stwierdzenie, że w Polsce w roku 2006 w placówkach psychiatrycznych leczyło się około 1,5 mln osób (ok. 4% ludności)⁶. Należy zwrócić tu uwagę, że liczba ta jest zaniżona, gdyż nie obejmuje osób chorujących, które jednak w czasie objętym cytowanym badaniem nie korzystały z usług psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Mimo wspomnianego braku „jednoznacznych danych liczbowych” można jednak stwierdzić, że zaburzenia zdrowia psychicznego są powszechniejsze niż mogłoby się wydawać i choćby z tego względu warto mieć na ich temat choćby najbardziej podstawową wiedzę.

Obecnie w psychiatrii wykorzystywane są dwie tzw. klasyfikacje zaburzeń - klasyfikacja ICD-10 opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (obowiązująca m.in. w naszym kraju, obejmuje nie tylko zaburzenia psychiczne) i klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA) – DSM-IV-TR. Obie klasyfikacje w najbliższym czasie mają zostać uaktualnione (na podstawie badań i dyskusji zespołów ekspertów). Jakkolwiek można dyskutować na ile stanowią one uproszczenie obrazu zaburzeń zdrowia psychicznego, dokonane przede wszystkim dla potrzeb statystyki medycznej, niewątpliwie są pomocne w porządkowaniu informacji o podstawowych charakterystykach poszczególnych rozpoznań (choć oczywiście nie są podręcznikami psychiatrii).

W związku z tym podstawowe charakterystyki różnych zaburzeń psychicznych przedstawione zostaną poniżej w oparciu o klasyfikację ICD-10. Klasyfikacja ta wyróżnia następujące grupy zaburzeń psychicznych⁷:

- **Organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi.** Należą tu m.in. otępienia: w chorobie Alzheimera, naczyniowe, majaczenie (zaburzenia świadomości) niewywołane alkoholem i innymi środkami psychoaktywnymi, organiczne zaburzenia nastroju. Podłoże zaburzeń jest tu somatyczne, fizyczne, jest nim choroba lub uszkodzenie mózgu.
- **Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych,** w tym np. spowodowane używaniem alkoholu, narkotyków, leków uspokajających i nasennych.
- **Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe.** Ta grupa zaburzeń charakteryzuje się specyficznymi zaburzeniami w obszarze emocjonalnym, myślenia i spostrzegania. Zaburzone jest poczucie własnej odrębności i zdolności kierowania sobą, a także relacje z innymi. Obecne mogą być tzw. objawy pozytywne – halucynacje (omamy), czyli spostrzeżenia (wzrokowe, słuchowe, węchowe, dotykowe, smakowe) przedmiotów, bodźców słuchowych etc., realnie nieistniejących wraz z przekonaniem o ich realności lub urojenia – fałszywe, niepodatne na kontrargumenty, przekonania, postawy wobec rzeczywistości, np. o byciu obserwowanym przez innych, kierowanym przez jakieś obce siły. Zaburzenia z tej grupy mogą przebiegać w różny sposób, i choć typowo (czy też stereotypowo) kojarzą się ze stanem „nieuleczalnym”, przewlekłym i destrukcyjnym, znacząca część chorych wraca do pełnego lub niemal pełnego zdrowia.
- **Zaburzenia nastroju (afektywne).** Do grupy tej zaliczone zostały m.in. następujące rozpoznania: epizod maniackalny, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, epizod depresyjny, zaburzenia depresyjne nawracające. W zaburzeniach tych zakłócony jest przede wszystkim stan emocjonalny chorych. Najczęściej przybierają one postać depresji (ze współwystępującym lękiem lub bez lęku) tj. bardzo głębokiego, nieuzasadnionego realnie obniżenia nastroju, poczucia beznadziei w odniesieniu do siebie, świata i przyszłości, utraty zainteresowań, spadku energii i aktywności. Tak rozumianą depresję należy odróżnić od „depresji” w rozumieniu potocznym, czyli smutku. Mania wiąże się z kolei z nastrojem tzw. wzmożonym, zwiększeniem aktywności fizycznej i psychicznej, co przejawiać może się np. brakiem zahamowań w kontaktach z innymi (przekraczaniem norm społecznych), zmniejszeniem potrzeby snu, przekonaniem o swoich nieograniczonych możliwościach. Brak krytycyzmu prowadzi może do zachowań niebezpiecznych, np. związanych z demonstrowaniem takich „nieograniczonych możliwości” lub podejmowaniem ryzykownych decyzji życiowych. W chorobie afektywnej dwubiegunowej zwykle dłuższe okresy depresji przeplatają się z różną częstotliwością z krótszymi okresami manii. Opisane zaburzenia mogą przyjmować postać bez lub z

objawami psychotycznymi (np. urojeniami grzeszności lub omamów słuchowych w formie oskarżających głosów). W lżejszych postaciach zaburzeń afektywnych zakłóceniu może ulegać uwaga i zdolność do koncentracji, co jednak nie wpływa znacząco na wykonywanie codziennych podstawowych czynności.

- **Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną.** Jest to szeroka grupa schorzeń, obejmująca m.in. zaburzenia lękowe w postaci fobii (np. agorafobia, fobie społeczne), lęk paniczny (z towarzyszącymi silnymi doznaniem somatycznymi, np. bólami w klatce piersiowej, dusznością, zawrotami głowy, wtórnym strachem przed śmiercią lub utratą kontroli), zaburzenie lękowe uogólnione (tu główną cechą charakterystyczną jest tzw. lęk wolnopłynący), zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane, nerwicę natręctw (inaczej zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, z nawracającymi natrętnymi myślami – tzw. obsesjami lub/i czynnościami przymusowymi – tzw. kompulsjami). Pacjent doświadczający nerwicy natręctw może np. w obawy przed skrzywdzeniem kogoś czuć przymus wielogodzinnego szorowania rąk), reakcję na ciężki stres, zaburzenia stresowe pourazowe (PTSD), adaptacyjne (np. związane z dużą zmianą warunków bytowych lub kontekstów kulturowych, jak w przypadku wyjazdu na stypendium zagraniczne albo przy rozwodzie), zaburzenia dysocjacyjne (np. utrata pamięci bez podłoża organicznego – tzw. amnezja dysocjacyjna), zaburzenia występujące pod postacią somatyczną (np. zaburzenie hipochondryczne – przekonanie o występowaniu „źle diagnozowanej” choroby somatycznej, czy zaburzenia somatyzacyjnego, którego cechą podstawową są liczne, uporczywe, często zmieniające się skargi na dolegliwości somatyczne – oczywiście pacjenci realnie odczuwają np. ból serca, choć jego podłoże jest psychiczne, nie biologiczne).
- **Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi.** Do grupy tej należą m.in. zaburzenia odżywiania, nieorganiczne zaburzenia snu, dysfunkcje seksualne niespowodowane zaburzeniem organicznym ani chorobą somatyczną, nadużywanie substancji niepowodujących uzależnienia (np. leków przeciwdepresyjnych, przeczyszczających czy witamin). Zaburzenia odżywiania: anoreksja psychiczna (jadłowstręt), bulimia psychiczna (żarłoczność), przejadanie się lub wymioty związane z innymi czynnikami psychicznymi (np. żałobą) związane są ze specyficzną postawą wobec jedzenia i niezwykle dziwnymi zachowaniami związanymi z odżywianiem się. W anoreksji drastyczne ograniczenie ilości przyjmowanego pokarmu prowadzi do znacznego spadku masy ciała, a w konsekwencji do zaburzeń hormonalnych (zanik miesiączki, u mężczyzn zanik popędu seksualnego) i skrajnego wyniszczenia, przy braku leczenia (również na poziomie somatycznym, włącznie z kontrolowanym dokarmianiem) aż po śmierć. Równie niebezpiecznym zaburzeniem jest bulimia, w której występują epizody napadowego przejadania się i wymiotowania (mogące skutkować zaburzeniami elektrolitowymi i powikłaniami w postaci np. zaburzeń rytmu serca), czasami także stosowanie środków przeczyszczających lub odwadniających i intensywnych ćwiczeń fizycznych, mających na celu kontrolę masy ciała. Pacjenci z bulimią często mają również objawy

depresji, wraz z poczuciem wstrętu wobec siebie i wstydu. W obu opisywanych zaburzeniach zakłócony jest obraz ciała - chorzy (najczęściej kobiety) postrzegają się jako grube, nieatrakcyjne.

- **Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych.** W tej kolejnej szerokiej grupie zaburzeń znalazły się m.in. tzw. specyficzne zaburzenia osobowości (np. osobowość zależna, w której nasiloną jest tendencja do wycofywania się i oddawania innym odpowiedzialności za swoje decyzje, obawa przed brakiem zdolności do zatroszczenia się o siebie, czy osobowość chwiejna emocjonalnie, z tendencją do impulsywności bez względu na konsekwencje oraz do niestabilności emocjonalnej), mieszane zaburzenia osobowości, zaburzenia nawyków i popędów (np. patologiczny hazard, patologiczne kradzieże), zaburzenia identyfikacji płciowej i zaburzenia preferencji seksualnych. Spośród wymienionych zaburzeń najpowszechniejsze są zaburzenia osobowości, których wspólną zasadniczą cechą jest utrwalony – krystalizujący się najczęściej w okresie dorastania, uogólniony sposób zachowania i przeżywania siebie i innych, powodujący trudności w funkcjonowaniu na wielu płaszczyznach, głównie w zakresie relacji.
- **Upośledzenie umysłowe⁸** – stan związany z zahamowaniem lub niepełnym rozwojem umysłu, a w efekcie obniżonym poziomem zdolności poznawczych („inteligencja”), społecznych, a także ruchowych i mowy. Upośledzenie umysłowe może występować bez lub z innymi zaburzeniami psychicznymi i/lub fizycznymi. ICD -10 wyróżnia cztery stopnie głębokości upośledzenia umysłowego: lekkie, umiarkowane, znaczne i głębokie.
- **Zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego)** – w tej grupie klasyfikacja ICD-10 ujmuje m.in. specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka, rozwoju umiejętności szkolnych, funkcji motorycznych, całościowe zaburzenia rozwojowe (np. autyzm)
- **Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym,** w tym zaburzenia hiperkinetyczne (nadpobudliwości ruchowej), zaburzenia zachowania (np. opozycyjno-buntownicze), mieszane zaburzenia zachowania i emocji, zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie (np. lęk przed separacją w dzieciństwie, zaburzenie związane z rywalizacją w rodzeństwie – po narodzinach młodszego rodzeństwa, związane z walką o uwagę rodziców/opiekunów), zaburzenia rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym (np. mutyzm wybiórczy – gdy dziecko mówi w niektórych sytuacjach, a w innych milczy), tiki, „inne zaburzenia”, np. moczenie mimowolne nieorganiczne.
- **Nieokreślone zaburzenia psychiczne** – jest to kategoria dodatkowa, wykorzystywana gdy nie jest możliwe zakwalifikowanie stanu chorego do żadnej z innych, bardziej precyzyjnych kategorii.

Pamiętać należy również, że zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (np. drażliwość) mogą towarzyszyć innym (licznym) stanom chorobowym, np. niektórym chorobom zakaźnym (jak grypa, AIDS), pasożytniczym, nowotworom, zaburzeniom hormonalnym (np. niedoczynność tarczycy), chorobom układu

nerwowego (np. zapalenie opon mózgowych, choroba Parkinsona, Alzheimer, stwardnienie rozsiane, migrena), chorobom układu krążenia (np. choroby naczyniowe mózgu), układu trawiennego (np. zespół jelita drażliwego) czy chorobom skóry i tkanki podskórnej (np. atopowe zapalenie skóry)⁹. Zagadnienie związków między stanem psychicznym i fizycznym jest zresztą przedmiotem zainteresowania wyodrębnionych dziedzin nauki i praktyki klinicznej, tj. medycyny psychosomatycznej, jak również psychologii klinicznej chorób somatycznych.

W odniesieniu do populacji osób studiujących – młodych dorosłych - można stwierdzić, że do zaburzeń psychicznych, jakie możemy w niej napotkać najczęściej należeć będą przede wszystkim zaburzenia nerwicowe i związane ze stresem (głównie adaptacyjne, np. w przypadku osób rozpoczynających naukę w nowym środowisku) i zaburzenia osobowości, także zaburzenia odżywiania, rzadziej zaburzenia z kręgu zaburzeń afektywnych i schizofrenii, zaburzeń schizotypowych i urojeniowych. Można przyjąć, że każde z nich będzie wpływać na proces studiowania, rozumianego zarówno jako przyswajanie wiedzy, jak i jako udział w sytuacjach społecznych związanych ze studiowaniem, na potencjalnie wiele sposobów.

Przede wszystkim, każde zaburzenie – czy to psychiczne czy fizyczne, wiąże się z pewnym stopniem koncentracji na sobie i swoich objawach, czy to poprzez zaangażowanie w spiralę lęku związaną z objawami zaburzeń nerwicowych, koncentracją na tym jak jest się ocenianym przez innych w zaburzeniach osobowości, dążeniem do perfekcjonizmu w anoreksji, ukrywaniem „odpychających” objawów w bulimii, niemożnością „odnalezienia się” w przypadku zaburzenia adaptacyjnego, poczuciem nieszczęścia w zaburzeniach nastroju czy przekonaniem o byciu ofiarą spisku w zaburzeniu urojeniowym. Wymienione zaburzenia mogą negatywnie wpływać na zdolność do koncentracji i zapamiętywania informacji, ale również na gotowość do uczestniczenia w zajęciach na uczelni i przystępowania do egzaminów (np. z powodu lęku przed oceną, kompromitacją, możliwym pojawieniem się uciążliwych objawów, przekonaniem o wrogości ze strony innych, poczucia, że „to i tak nie ma sensu”). Obawa przed niepowodzeniem lub stawianie sobie wygórowanych wymagań (jak np. w narcystycznym zaburzeniu osobowości) czy lęk przed odpowiedzialnością za siebie (jak w osobowości zależnej), mogą wiązać się np. z niemożnością terminowego przygotowania pracy semestralnej czy magisterskiej.

Oczywiście nie jest możliwe jednoznaczne określenie związków przyczynowo-skutkowych, które byłoby adekwatnym „uniwersalnym” rozumieniem obrazu i podłoża każdego zaburzenia – możliwe jest to jedynie w ramach zindywidualizowanej i na bieżąco aktualizowanej diagnozy toczącej się w ramach psychoterapii danej, konkretnej osoby, dokonywanej przez specjalistę w dziedzinie psychopatologii i psychoterapii.

Niemniej jednak wpływ otoczenia (np. rodziny, znajomych, środowiska pracy) i udzielanego przez nie choremu wsparcia, jest czynnikiem powszechnie uznawanym za jeden z kluczowych dla przebiegu i leczenia zaburzeń psychicznych. Wydaje się, że otoczenie akademickie wpisuje się w ten wzorzec, a posiadana przez nauczycieli akademickich wiedza na temat zaburzeń psychicznych może być przydatna zarówno w procesie dydaktycznym (np. dostosowanie trybu egzaminu), jak i w przyczynianiu się do optymalizacji procesu powrotu chorych do zdrowia, a niekiedy również zwrócenia uwagi na rozpoczynający się lub ukrywany przed otoczeniem proces chorobowy i zachęcenia danej osoby do skorzystania z porady specjalisty z zakresu zdrowia psychicznego.

Przypisy:

¹ Zob. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka (red.), **Psychiatria. Podstawy psychiatrii.**, t. 1. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010.

² Tamże.

³ Zob. M. Kantorska-Janiec, A. Kiejna, G. Świątkiewicz, M. Zagnańska, **Epidemiologia zaburzeń psychicznych – dotychczasowe doświadczenia.** „Psychiatria Polska”, 2009, 43 (4): 375–385.

⁴ Zob. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka (red.), **Psychiatria. Podstawy psychiatrii.**, t. 1., dz. cyt.

⁵ Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf

⁶ CBOS. **Osoby chore psychicznie w społeczeństwie, komunikat z badań**, Warszawa, sierpień 2008 r., www.cbos.pl.

⁷ Zob. S. Pużyński, J. Wciórka, **Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne Vesalius**, wyd. II, Kraków 2000.

⁸ Z uwagi na pejoratywne zabarwienie tego terminu dąży się obecnie do zastąpienia go terminem „niepełnosprawność intelektualna”, używanym zresztą w piśmiennictwie w sposób wymienny.

⁹ Zob. S. Pużyński, J. Wciórka, dz.cyt.

Bibliografia:

1. CBOS. **Osoby chore psychicznie w społeczeństwie, komunikat z badań**, Warszawa, sierpień 2008r., www.cbos.pl

2. Kantorska-Janiec M, Kiejna A, Świątkiewicz G, Zagnańska M. **Epidemiologia zaburzeń psychicznych – dotychczasowe doświadczenia.** „Psychiatria Polska”, 2009, 43 (4): 375–385.

3. Pużyński S., Wiórka J., **Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne Vesalius**, wyd. II, Kraków 2000.
4. Rybakowski J., Pużyński S., Wciórka J. (red.), **Psychiatria. Podstawy psychiatrii.**, t.1. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010.
5. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf.