

Grey Scale #13



DANES
-PICTA
.COM

A 1 2 3 4 5 6 M 8 9 10 11 12 13 14 15 B 17 18 19



WOJSKOWA AKADEMIA POLITYCZNA
im. F. Dzierżyńskiego

Katedra Psychologii Wojskowej

ZDZISŁAW RYDZYŃSKI

ZARYS PSYCHOPATOLOGII

WARSZAWA 1967



WOJSKOWA AKADEMIA POLITYCZNA
im. F. Dzierżyńskiego

Katedra Psychologii Wojskowej

ZDZISŁAW RYDZYŃSKI

ZARYS PSYCHOPATOLOGII

WARSZAWA 1967

WOJSKOWA AKADEMIA POLITYCZNA
im. F. Dzierżyńskiego

Katedra Psychologii Wojskowej

ZDZISŁAW RYDZYŃSKI

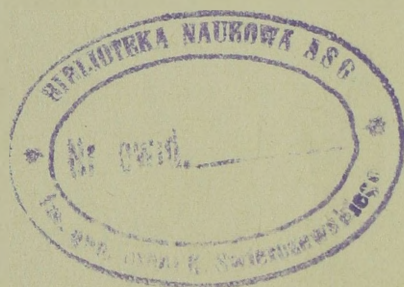
ZARYS PSYCHOPATOLOGII

XVII.

XX XVI. 2.2

WARSZAWA 1967

18529



	str.
WSTĘP	5
CZĘŚĆ PIĘRWSZA - PSYCHOPATOLOGIA OGÓLNA.	8
I. Poszczególne objawy zaburzeń psychicznych.	8
1. Zaburzenia świadomości	9
2. Zaburzenia spostrzegania.	10
3. Zaburzenia czynności myślowych.	13
4. Zaburzenia pamięci	21
5. Zaburzenia życia uczuciowego.	22
6. Zaburzenia napędu psychoruchowego	25
II. Zespoły psychopatologiczne	28
Uwagi wstępne	28
1. Zespół maniakalny	28
2. Zespół depresyjny	29
3. Zespół majaczeniowy	30
4. Zespół urojeniowy	30
5. Zespół neurasteniczny	31
6. Zespół psychoorganiczny	32
Uwagi końcowe	32
CZĘŚĆ DRUGA - PSYCHOPATOLOGIA SZCZEGÓŁOWA	34
Uwagi wstępne	34
I. Niedorozwój intelektualny	37
II. Psychopatie	40
III. Zaburzenia psychiczne pochodzenia endogennego	46
1. Schizofrenia	46
2. Psychoza maniakalno-depresyjna.	49
3. Oblęd	50
4. Choroby psychiczne okresu przekwitania i starzenia się. Psychozy inwolucyjne	51
IV. Zaburzenia psychiczne pochodzenia egzogenego	54
1. Choroby spowodowane urazem psychicznym	54
a/ nerwice /psychonerwice/	55
b/ psychozy reaktywne	62

	str.
2. Zaburzenia psychiczne wywołane zatruciem organizmu.	63
a/ zaburzenia psychiczne pochodzenia alkoholowego.	63
b/ zaburzenia psychiczne w następstwie zatrucia etyliną.	69
c/ zaburzenia psychiczne w następstwie zatrucia ołowiem.	70
d/ zatrucie czadem	70
e/ choroba prochuwa.	70
3. Zaburzenia psychiczne pochodzenia infekcyjnego.	71
4. Zaburzenia psychiczne po urazie czaszki.	72
5. Zaburzenia psychiczne w przebiegu padaczki.	74
CZĘŚĆ TRZECIA - PROBLEMY PSYCHOPATOLOGII W WOJSKU	77
Uwagi wstępne	77
I. Problemy psychiatryczne w wojsku w czasie pokoju.	78
II. Problemy psychiatryczne w wojsku w czasie wojny	82

W S T ę P

PSYCHOPATOLOGIA - to nauka, która zajmuje się o p i - s e m zaburzeń psychicznych /bez wnikania w materialną przyczynę ich powstawania/. Rozróżniamy psychopatologię ogólną i szczegółową. PSYCHOPATOLOGIA OGÓLNA wyjaśnia pojęcia i terminy, charakteryzujące poszczególne objawy oraz zespoły objawów chorób i zaburzeń psychicznych. Przedmiotem zainteresowań PSYCHOPATOLOGII SZCZEGÓŁOWEJ są natomiast j e d n o s t k i c h o r o b o w e.

Psychopatologia jest - w zasadzie - jedną z dziedzin PSYCHIATRII, tej gałęzi medycy^{ny}, która zajmuje się wykrywaniem przyczyn, opisem, zapobieganiem i leczeniem chorób psychicznych. Bywa jednak wykładana również poza fakultetami medycznymi, jako uzupełnienie PSYCHOLOGII, czyli nauki o właściwościach działania i rozwoju z d r o w e j p s y - c h i k i. Nie ulega bowiem wątpliwości, że znajomość psychopatologii ułatwia zrozumienie prawidłowych czynności psychicznych.

W Wojskowej Akademii Politycznej, która kształci i wychowuje oficerów politycznych wykłady z ^{psychopatologii} mają na celu nie tylko uzupełnienie wiadomości słuchaczy o czynnościach psychicznych, lecz również ułatwienie im właściwego rozeznania i postępowania z ludźmi /także anormalnymi/ w czasie codziennej pracy dowódczej. Zachorowalność na choroby psychiczne - w ścisłym tego słowa znaczeniu - jest w wojsku znikoma. Jednakże niewielkie możliwości selekcyjne komisji poborowych i rekrutacyjnych, w stosunku do większości osób z anomaliami psychicznymi różnego typu, są przyczyną, że do wojska stale przedostaje się stosunkowo dużo psychopatów, /s ⁴⁰...../ epileptyków /s. .74../, osobników łagodnie niedorozwiniętych itp. Wczesne wykrycie ich i usunięcie z szeregów wojska należy właściwie do zadań służby zdrowia. W praktyce jednak najwcześniej zajmują się nimi dowódcy i oficerowie polityczni. Lekarz jednostki jest zwykle ostatnim, który dowiadyuje się o nieprawidłowych reakcjach

żołnierza, o jego nieadekwatnym postępowaniu lub dziwacznym zachowaniu się. Dlatego bezpośredni dowódca i oficer polityczny powinni orientować się, jaka jest prawdziwa przyczyna istotnych trudności żołnierzy w szkoleniu, czy dostosowania ich do wymagań dyscypliny wojskowej.

Wczesne skierowanie tego typu żołnierzy na obserwację i oddanie ich pod opiekę służby zdrowia-zmniejszając wybitnie liczbę przekroczeń dyscyplinarnych, obniżając wskaźnik przestępczości oraz zapobiegając samobójstwom i dezercji - zapobiega w wojsku wielu tragicznym sytuacjom, przyczynia się do podwyższenia wyników szkolenia. Poza tym - co jest nie mniej chyba ważne - zapobiega wielu osobistym dramatom. Poddani przymusowemu rygorowi służby wojskowej, żołnierze nie są w stanie wskutek anomalii psychicznych poddać narzuconym obowiązkom, przez co narażeni są niesłusznie na represje i kary lub choćby tylko na wrogi stosunek otoczenia.

W naszym kraju dosyć często stawia się znak-równości między psychopatologią /psychiatrią/ a neurologią. Wynikiem tego jest kierowanie osób wykazujących różnego rodzaju zaburzenia psychiczne do neurologa, a nie do psychiatry. Zdarza się to szczególnie często w wojsku, gdzie służba psychiatryczna dopiero się rozwija i wobec tego jest bardzo mało popularna. Nie trzeba wyjaśniać, że postępowanie takie jest błędne, gdyż NEUROLOGIA /a właściwie neuropatologia/ jest nauką medyczną, zajmującą się chorobami, które ujawniają się w postaci wszystkich zaburzeń w układzie nerwowym z wyjątkiem psychicznych. A mianowicie, bada ona, opisuje, zapobiega i leczy te choroby, których objawami są - między innymi - porażenia kończyn, zaburzenia czucia bólu, dotyku i temperatury, równowagi, niektóre wady wzroku, słuchu i innych zmysłów oraz zaburzenia pochodzenia nerwowego w działaniu mięśni. Jest rzeczą oczywistą, że w niektórych chorobach neurologicznych można zaobserwować również zaburzenia psychiczne, podobnie jak u wielu chorych psychiatrycznie stwierdza się objawy neurologiczne. Ma to jednak w tych wypadkach znaczenie drugorzędne, margine-

sowe, w związku z czym neurologowie nie są nastawieni na leczenie zaburzeń psychicznych.

Wychodząc z założenia, że student przystępujący do czytania tego skryptu przyswoił sobie już podstawowe pojęcia z psychologii, omawiam w dalszych rozdziałach symptomatologię psychopatologiczną, bez wyjaśniania struktury i funkcji zdrowej psychiki.

Cz ę ś ć p i e r w s z a

P S Y C H O P A T O L O G I A O G Ō L N A

I..Poszczególne objawy zaburzeń psychicznych

1.Z a b u r z e n i a ś w i a d o m o ś c i

Zaburzenia świadomości występują głównie w chorobach psychicznych o ostrym przebiegu i dużym dynamizmie. Mogą to być zmiany ilościowe lub jakościowe, trwające zaledwie sekundy bądź utrzymujące się latami. Zaburzenia te charakteryzują się częściowym lub całkowitym zerwaniem kontaktu chorego z otoczeniem przez cały czas ich trwania oraz mniejszym lub większym upośledzeniem pamięci przebytego stanu.

Klasycznym przykładem ilościowych zaburzeń świadomości jest objaw zwany z w ę ż e n i e m p o l a ś w i a d o m o ś c i. Występuje on niekiedy nawet u ludzi zdrowych, ale opanowanych silną emocją. W warunkach wojskowych zaobserwować go można na przykład u żołnierzy będących w "szale bitewnym" lub ogarniętych paniką. Człowiek działający ze zwężonym polem świadomości poddaje się całkowicie jednemu prymitywnemu uczuciu /np. lęk, nienawiść, żądza, gniew/. Swoje dążenia nastawia wyłącznie na zaspokojenie tego uczucia. Uwaga jego skupia się tak dalece na celu bezpośredniego działania, że spostrzega i śledzi tylko przedmiot swoich dążeń. Podniety nie związane z celem dążenia przestają być percepowane. Tak więc ludzie ze zwężonym polem świadomości przestają odczuwać ból, zimno, nie reagują na niebezpieczeństwo, tracą orientację co do miejsca, czasu i otoczenia, przestają krytycznie oceniać swoją sytuację. Zarówno ich zachowanie, jak i wypowiedzi wskazują, że są tak bardzo zaabsorbowani jedną ideą, że wszelkie inne podniety pozostają poza progiem świadomości. Okazuje się, że po powrocie do normy - zazwyczaj tylko część wypadków bywa notowana w ich pamięci. -

Do zaburzeń i l o ś c i o w y c h ś w i a d o m o ś c i z a l i c z a ś i ę również te objawy, które przebiegają z obniżeniem

jej natężenia. W zasadzie rozróżniamy tu, w zależności od głębokości zmian trzy rodzaje tego typu zaburzeń: sennosc /somnia/., półśpiączka /sopor/ i śpiączka /coma/.

SENNOŚĆ jako zaburzenie występuje w sytuacjach nietypowych dla okoliczności usprawiedliwiających potrzebę zaśnięcia. Chory drzemie ciągle, budzony jedynie silniejszym dźwiękiem lub innym bodźcem. Udaje się z nim nawiązać kontakt słowny. Odpowiedzi są na ogół dorzeczne, choć krótkie. Podczas rozmowy widać, że czyni on wysiłki, aby nie zasnąć. Wystarczy jednak krótkotrwałe rozproszenie uwagi, by ponownie zapadł w sen. Usnąć może również na przykład w czasie jedzenia.

PÓŁŚPIĄCZKA polega na zupełnej nieprzytomności, z której można wyrwać chorego na chwilę, wyłącznie przy pomocy bardzo intensywnych bodźców /uderzenie, dźwięk gongu, silne szczypanie lub drapanie, bardzo zimny okład itp./. Tak obudzony chory jest w stanie dać co najwyżej kilka monosylabowych odpowiedzi, po czym znów "zasypia". Niekiedy tylko jęk, stękanie, ruch obronny kończyną lub grymas twarzy mogą wskazywać na percepcję silnych bodźców.

W **ŚPIĄCZCE** chory nie reaguje na żadne bodźce, nawet najsilniejsze. Życie przejawia się tu tylko przy pomocy najistotniejszych czynności wegetatywnych, jak oddychanie, bicie serca i termoregulacja.

Półśpiączka i śpiączka kończą się całkowitą niepamięcią przebytego stanu. Wspomnienia tego, co przeżywane było w stanie senności, są zwykle bardzo mgliste i niepełne.

Ilościowe zaburzenia świadomości towarzyszą przeważnie chorobom zakaźnym układu nerwowego, ogólnoustrojowym zatruciom /np. samobójczym/ oraz guzom mózgu i innym organicznym uszkodzeniom ośrodkowego układu nerwowego.

Przykładem j a k o ś c i o w y c h zaburzeń świadomości może być bardzo rzadko występujący objaw **PRZEMIANY** /zmiany/ **OSOBOWOŚCI**. Widujemy go niekiedy w padaczce /s.⁷⁴./, w zespołach po urazie czaszki, w histerii /s.⁵⁹./. Polega

ca na nagłym przekształceniu się osobowości chorego w zupełnie inną, nie związaną z dotychczasową. Dawna osobowość zostaje ukryta w całkowitej niepamięci. Po przemianie osobowości chory zdolny jest do pracy w nowym zawodzie i wykonywania wielu innych bardzo różnych czynności. Zazwyczaj nowa osobowość różni się skrajnie od dawnej, niekiedy wykazuje wyraźnie przestępcze właściwości. Jeżeli okresowo dochodzi do pojawiania się raz starej, a raz pierwotnej osobowości /ROZCZEPLENIE OSOBOWOŚCI NAPRZEMIENNE/, to łączność pamięciowa wiąże przeżycia każdej osobowości z osobą, innymi słowy - jedna osobowość nie wie o istnieniu drugiej.

2. Zaburzenia spostrzegania

Zaburzenia funkcji spostrzegania mogą mieć również charakter ilościowy i jakościowy.

Do typowych zaburzeń ilościowych należą przede wszystkim objawy wzmożenia lub osłabienia spostrzegania.

Ze wzmożeniem spostrzegania spotykamy się często w nerwicach /s..55./, zwłaszcza w neurastenii /s..58./, kiedy to zbyt intensywne percepcowanie bodźców słuchowych, wzrokowych, a także tzw. interoceptywnych /to znaczy sygnałów z narządów ciała - serca, płuc, jelit itp./ doprowadza do niemożności usnięcia lub spokojnego kontynuowania rozmowy czy pracy. Także u ludzi z urojeniami przesadowczymi /s..16./ bardzo często skłonni są wiązać poszczególne fakty ze skierowaną przeciwko nim akcją. Na przykład chorzy nastawieni na to, że są śledzeni i podsłuchiwani, potrafią zauważyć i zapamiętać każdy gest, każdą minę osoby, z którą przejechali przypadkowo kilka przystanków tramwajem. Spostrzegają i zapamiętują każde chrząknięcie i każdą krótkotrwałą przerwę w rozmowie z człowiekiem, którego się boją, notują w pamięci każdy szelest za ścianą i każde przypadkowe spojrzenie spotkanych w drodze osób. Dzieje się tak dlatego, że w tych nic nie znaczących faktach dopatrują się knowań przeciwko sobie. W niektórych zatruciach /narkomanie i zatrucia przypadkowe/ zwykle

spostrzeżenia stają się bardziej intensywne. Na przykład barwy przedmiotów są bardziej jasne, zapachy intensywniejsze, szmery przekształcają się w huk, słabe dotknięcie odczuwane jest boleśnie.

O s ł a b i e n i e

s p o -

s t r z e g a n i a występuje przede wszystkim w depresji /s. 29/. Chorzy podają wtedy w rozmowie, że barwy wszystkich przedmiotów zmatowiały, kontury się zacierają, dźwięki dochodzą do ich uszu jakby z oddali, czucie bólu i dotyku jest znacznie mniej intensywne.

Dużo większe znaczenie praktyczne niż zaburzenia ilościowe mają jakościowe zaburzenia spostrzegania. Należą do nich głównie omamy i złudzenia: wzrokowe, słuchowe, węchowe, dotykowe, smakowe oraz tzw. ustrojowe; czyli dotyczące wrażeń z różnych narządów ustroju /serca, płuc, wątroby, stawów, mięśni, gruczołów itp./. O ile omamy występują wyłącznie u osób chorych psychicznie, o tyle złudzenia mogą zdarzać się w pewnych specjalnych sytuacjach także u ludzi psychicznie zdrowych.

Przez OMAM /halucynacja/ rozumiemy spostrzeganie rzeczy lub zjawisk w danej chwili w rzeczywistości nie istniejących.

Na przykład, chory twierdzi z całym przekonaniem, że co wieczór słyszy głos swego ojca, mieszkającego aktualnie w odległości 500 km. Głos ten wydaje mu rozkazy, jak ma postępować w dniu jutrzejszym. Nie ulega wątpliwości, że mamy tu do czynienia z omamem słuchowym.

Halucynacje mogą mieć bardzo konkretne formy lub dotyczyć trudnych do określenia doznań. Na przykład chorzy mogą słyszeć wyraźnie głos znanej sobie osoby albo odczuwać wrażenie, że słyszą bliżej nieokreślone dźwięki, przypominające ludzką mowę; mogą oni widzieć ostro dobrze im znaną osobę albo też bliżej nie rozpoznane, zamazane kontury; mogą czuć wokół siebie zapach palonej siarki albo też nieokreśloną nieprzyjemną woń.

Również lokalizacja omamu może być różna, Niekiedy chorzy dokładnie podają, że słyszą głos spoza drzwi, ze swego brzucha, z zegara, a kiedy indziej nie potrafią określić źródła dźwięku. Omamy wzrokowe mają często inne proporcje niż rzeczywiste przedmioty, bywają szaro-białe lub kolorowe. Zdarza się, że chorzy widują słońce wielkości myśzek lub koty o wymiarach lwa, fioletowe słońca, czarne liście na drzewach itd. Omamy ustrojowe bywają bardzo skomplikowane, na przykład: chorzy czują, że są wbijani na pal, że ktoś odbywa z nimi stosunek płciowy, że się ich elektryzuje, przypala ogniem, że ktoś im zamienia zęby na inne itd.

Jednym z rodzajów omamów ustrojowych typowych dla schizofrenii /s.⁴⁶....../ są o m a m y p r z e n o s z e n i a m y ś l i. Osoby cierpiące na nie podają, że odczuwają, iż inni ludzie kradną im myśli, ugłaszają je lub narzucają własne, oddziałują na nich poprzez hipnozę, telepatię czy "magnetyzm".

Chorzy bardzo różnie odnoszą się do przeżywanych omamów. Jedni są wobec nich obojętni, innych one denerwują i żenują, jeszcze inni przeżywają je bardzo intensywnie /ujawniając lęk, gniew, niepokój/. Niektórzy chętnie mówią o tym, co spostrzegają, a u innych tylko z zachowania można się domyślić, iż mają omamy. Znane są wypadki dokonywania zabójstw lub samobójstw pod wpływem głosów nakazujących mord. Przesłanką konieczną do rozpoznania omamu jest stwierdzenie pełnego przekonania pacjenta o rzeczywistym istnieniu spostrzeganego zjawiska lub przedmiotu. Jak z tego wynikać, omamów nie da się usunąć argumentacją słowną, gdyż chory przeżywa je tak realistycznie, że nie wierzy nikomu, aby wrażenia, których doznał, mogły być fałszywe.

Z L U D Z E N I E M /iluzja/ nazywamy objaw, polegający na opacznym spostrzeganiu rzeczy i zjawisk w danej chwili w rzeczywistości istniejących.

Na przykład, chory bierze do ręki leżące na stole pióro, wkłada je sobie do ust, "zapala" i porusza wargami tak jakby wciągał dym - pióro widziane jest jako papieros. Albo: chory bierze do ust wodę ze szklanki, próbuje i wypłuuwa z obrzydzeniem, mówiąc: "Moczu-ście tu nalali!". Albo słysząc odgłosy pisania na maszynie, pada na podłogę, krzycząc: "Uciekajmy, strzelają!"

Złudzenia występują niekiedy u ludzi zdrowych, będących pod wpływem emocji, na przykład w strachu widzenie krzewu przydrożnego jako bandyty.

Zarówno omamy, jak i złudzenia rozpoznajemy tylko wtedy, gdy w chwili ich przeżywania dana osoba ma pełne przekonanie o rzeczywistym istnieniu spostrzeganej rzeczy lub zjawiska.

3. Z a b u r z e n i a c z y n n o ś c i m y ś l o w y c h

Tego typu zaburzenia mają różnorodną postać. Dotyczyć mogą zarówno procesu, jak i treści myślenia - mają charakter ilościowy lub jakościowy, przebiegają zarówno przy zachowanej w pełni, jak i zniesionej lub przymglonej świadomości. Powstają pierwotnie, stanowią kanwę dla całej choroby, bądź też wtórnie mogą wikłać rozwiniętą już psychozę.

Ilościowe zaburzenia toku myślowego wyrażają się przede wszystkim w jego przyspieszeniu lub zwolnieniu.

PRZYSPIESZENIE TOKU MYŚLOWEGO typowe jest dla różnorodnych stanów maniakalnych. Podstawowym jego przejawem jest zwiększenie szybkości i łatwość kojarzeń. Jeśli zjawisko to nie przekracza pewnych granic, może być korzystne. Jeżeli jednak granice te zostaną przekroczone, wątek myśli rwie się, pacjent przeskakuje z tematu na temat; występuje objaw zwany GONITWĄ MYŚLI. Porozumienie z chorym jest wtedy trudne, gdyż nie tylko zalewa on rozmówcę potokiem nie zawsze powiązanych w sensowną całość słów, ale rezonuje, jest pewny siebie, bezkrytyczny.

ZWOLNIENIE TOKU MYŚLOWEGO jest odwrotnością omówionego objawu. W klasycznej swej formie towarzyszy zwykle depresjom różnego pochodzenia. Występuje również często u osób z poważniejszym organicznym uszkodzeniem mózgu oraz w padaczkę. Chorzy mówią powoli, odpowiadają z opóźnieniem, skarżą się na brak słów i brak chęci do mówienia.

Inną formą ilościowych zaburzeń w myśleniu jest **PATOLOGICZNA DOŁĄCZNOŚĆ MYŚLENIA**, występująca głównie w psychostenii /s. 99./ lub w niektórych psychopatiach. Polega ona na niekończącym się mądrkowaniu, rozważaniu nad tym czy dokonał jakiegoś czynu, wyszukiwaniu wszystkich teoretycznie możliwych trudności i niebezpieczeństw, jakie się z tym czynem wiążą, gubieniu się w nieistotnych szczegółach, w niezdecydowaniu.

U niektórych psychopatów, zwłaszcza młodocianych, spotkać można ^{objaw} noszący łacińską nazwę "PSEUDOLOGIA PHANTASTICA" /mythomania/. Osobnicy ci, dla zaimponowania otoczeniu, a nierzadko także w celu łatwego urządzenia się w życiu, wymyślają o sobie jakieś fantastyczne historie i w barwny sposób opowiadają je. Podają się na przykład: za jedynego spadkobiercę milionera, za zaginioną córkę cara, za bogatego cudzoziemca będącego przejazdem w tutejszych stronach, za bohatera ostatniej wojny, który tylko przez skromność nie rozgłasza, że zdemobilizowano go w 1945 roku w stopniu generała i z dożywotnią rentą 10 000 zł miesięcznie itp. Wykazywani w związku ze swymi wypowiedziami o bliższe szczegóły, snują bez ograniczeń fantastyczne opowieści, których celem jest zadziwienie słuchaczy.

Bardziej krytyczni rozmówcy bez trudu orientują się, że to co słyszą jest nieprawdą, ponieważ najbardziej nawet utalentowani pseudolodzy płaczą się w swoich wypowiedziach; zapominają co mówili uprzednio, a ośmieleni daniem im wiary - jeszcze bardziej fantazjują. Wykazują przy tym taką ²⁶aktywność, czasami trafiają w ręce władz sądowych. W zasadzie takie osoby mają rozpoznanie, że kłamią. W niektórych

jednak wypadkach - zwłaszcza po kilku latach podziwywało...
pod stworzoną przez siebie osobowość - wierzą, że są kim innym
niż w rzeczywistości i że opisywane sytuacje i osoby istot-
nie miały miejsce.

Ilościowym zaburzeniem ulega także krytycyzm. Spotykamy
się z OSŁABIENIEM lub ZAOSTRZONYM KRYTYCYZMEM. Oba te zjawiska
mogą zachodzić równocześnie lub wybiórczo. Z osłabionym kry-
tycyzmem spotykamy się najczęściej w ujawnianych przez chore-
go objawach psychotycznych /omamach, urojeniach/.

Na przykład chorey na ogół krytyczny, pracujący dobrze w swoim
zawodzie utrzymuje, że już od 6 lat żona truje go systematycz-
nie, dosypując codziennie do posiłku arszeniku. Niedorzecz-
ność takiej sytuacji nie jest dla niego oczywista, mimo że
do wszelkich innych zagadnień życiowych odnosi się z pełnym
krytycyzmem.

Duże osłabienie krytycyzmu obserwujemy bardzo często
w p s y c h o z a c h, będących następstwem ciężkiego orga-
nicznego uszkodzenia mózgu /psychozy starcze /s.53./,
miażdżycowe /s...../, pourazowe /s.72./, luetyczne^{2/} itp./
Przejawia się to w naiwnych sądach, niemożności rozróżniania
spraw nieistotnych wielkiego znaczenia, w poddawaniu się
przy ocenie sytuacji myśleniu życzeniowemu, w braku obiektyw-
nego osądu własnej choroby itd. Na przykład: chorey badany
przed chwilą, który nie potrafił dodać 7 do 5, utrzymuje, że
gdyby wypisano go zaraz ze szpitala, mógłby od razu wrócić
na poprzednie stanowisko głównego księgowego. Czuje się w
pełni zdrowy, a jego pobyt w szpitalu jest wynikiem nadmier-
nej troskliwości żony.

NADMIERNY KRYTYCYZM wobec otoczenia wykazują niektórzy
psychopaci oraz chorey z zespołami urojeniowymi /s.32./.

1/ Psychotyczne objawy - objawy psychozy /choroby psychicznej/.

2/ Luetyczne psychozy - łus - inaczej kiła albo syfilis.
Luetyczne psychozy - choroby psychiczne, wywołane późny-
mi następstwami przebytego syfilisu /głównie porażenie
postępujące /s.73./ /.

Do najwazniejszych z akosciowych zaburzen czynności myślowych należy UROJENIE. Objaw ten odgrywa w psychopatologii zasadniczą rolę, ponieważ jest bardzo częstym przejawem choroby psychicznej.

UROJENIE polega na pojawieniu się w wyobraźni przekonania o niezwyklej sile; nie oparte- go ani na obiektywnych danych, ani na pomysłce, nie ustępują- cego wobec najbardziej nawet obiektywnej i przekonującej argumentacji. Trzeba o tym pamiętać, że wszelkie psycholo- giczne /psychoterapeutyczne/ zabiegi stosowane wobec chorych z urojeniami należy traktować jako stratę czasu. Urojenia - i choroby - ustępują wyłącznie pod wpływem leczenia środkami chemicznymi.

Charaktery urojeń: wielkościowe, samoponiżenia, prześladow- cze, odnoszące.

Wszystkie z wymienionych urojeń mogą być tak absurdalne, że każdy może zorientować się, iż są one wypowiedziami chorego psychicznie. Niekiedy jednak można spotkać się z urojeniami noszącymi tak dużo cech prawdopodobieństwa, że nawet specja- listy trudno jest ustalić, czy pacjent ma rację.

Jeśli chodzi o urojenia wielkościowe - sprawa jest jasna, gdy pacjent twierdzi, że jest król eskimosów i ma do dyspozycji miliardy złotych rocznie, że jego serce zrobione jest z wielkiego rubinu, a nerki ma zawieszone na złotych łańcuskach. Rozpoznanie jest jednak o wiele trudniejsze, gdy na przykład znany inżynier twierdzi, że wynalazł genialną maszynę do ogrzewania zimną wodą i gdy przedstawi fachowo wykonaną dokumentację.

Przykładem urojeń prześladowczych łatwiejsze do rozpoznania jest często wypowiedziane przez chorych przekonanie, że są prześladowani przez bandę nieprzyjaciół, którzy otaczają ich zewsząd agentami, zakładają u nich w domu aparaty podsłuchowe, nadają im przez radio specjalne komunikaty, nasświetlają z odległości promieniami Roentgena itp. Natomiast trudne do rozpoznania są zazwyczaj urojenia prześladowcze niewiary małżeńskiej /występujące szczególnie często w przewlekłym alkoholizmie/.

O urojeniach samoponiżenia mówimy wtedy, gdy chory jest przekonany o swojej biedzie, grzeszności, wiecznym potępieniu itd. Do skrajnie absurdalnych urojeń samoponiżenia należą tzw. urojenia choroby /hipochondryczne/. Na przykład pacjent twierdzi, że zgnia mu wątroba, żółć wylewa się do płuc, serce toczą robaki itp.

Przez u r o j e n i a o d n o s z ą c e /ksohne/ rozumiemy objaw polegający na tym, że chory o d n o s i do własnej osoby wszystko co się wokół niego dzieje. Na przykład jadąc tramwajem jest przekonany, że wszyscy mówią tylko o nim; czytając artykuł w gazecie o głośnym zbrodniarzu lęka się, że w ten sposób prokuratura daje mu do zrozumienia, że to on jest tym zbrodniarzem itp.

Urojenia różnią się między sobą nie tylko treścią i stałością lecz również rolą jaką odgrywają w życiu chorego. Niektóre z nich są bardzo trwałe i utrzymują się z jednakową mocą przez wiele lat, inne szybko znikają, a na ich miejsce pojawiają się następne. Stosunek pacjenta do nich bywa bardzo różny. Niektórzy wypowiadają je chętnie przy każdej okazji /dotyczy to zwłaszcza urojen wielkościowych i samoponizenia/, inni szorstnie kryją się z nimi, a nawet wypytывani o niekategorycznie przeczą ich istnieniu.^{1/}

Dysymulowane urojenia są z wielu powodów bardzo niebezpieczne, między innymi dlatego, że opóźniają rozpoznanie i leczenie choroby oraz czynią chorego niebezpiecznym dla otoczenia; może on przez pewien czas ukrywać urojeniowo wrogie nastawienie do jakiegoś osoby, aby nagle ujawnić je w formie agresji słownej lub fizycznej. Urojenia są także bardzo różnie przeżywane przez chorych. Niektórzy bardzo przejmują się nimi, inni są wobec nich całkiem obojętni i mogą na przykład mówić bez zabarwienia uczuciowego o strasznych przesładowaniach, o ciężkich chorobach lub o wielkich zaszczytach, które ich spotkały. Mogą twierdzić, że są panem wszechświata, a jednocześnie godzić się na opróżnianie sili.

Urojenia różnego typu mogą współistnieć, na przykład wielkościowe z przesładowczymi, odnoszące z samoponizenia; natomiast wielkościowe wykluczają samoponizenia i odwrotnie.

^{1/}Objaw celowego ukrywania urojen i innych objawów chorobowych przed otoczeniem nazywa się **DYSYMULACJĄ**, w odróżnieniu od **SYMULACJI**, która polega na podawaniu objawów nie istniejących, oraz **AGRAWACJI**, polegającej na wyolbrzymianiu istniejących dolegliwości.

Urojenia mające cechy prawdopodobieństwa, tendencje do łączenia się w logicznie powiązane systemy konsekwentnie wypowiedane przez lata /przy czym ich treść się stale wzbo-
gaca/ występujące u osób o żywych reakcjach uczuciowych i dobrze zachowanej osobowości - noszą nazwę PARANOICZNYCH.

Urojenia mało prawdopodobne, bez logicznej zwartości i konsekwencji, wypowiedane bez dostosowanego do ich treści ładunku uczuciowego, występujące na tle wyraźnie rozpadłej osobowości - noszą nazwę PARANOIDALNYCH.

Urojenia paranciczne typowe są dla choroby psychicznej zwanej obłądem /paranoia/ /s.....⁵⁰/, paranoidalne zaś dla schizofrenii /s.....⁴⁸/.

Ciekawym zjawiskiem jest tak zwana INDUKCJA UROJEŃ. Występuje ona zwykle w rodzinach, w środowiskach ludzi ściśle współżyjących ze sobą, jeżeli zachoruje psychicznie osoba, która w tym otoczeniu cieszy się szacunkiem i autorytetem. W tych wypadkach zdarza się, że całe najbliższe otoczenie zaczyna wypowiadać z pełnym przekonaniem takie same urojenia. Wezwany lekarz psychiatra staje wtedy w bardzo kłopotliwej sytuacji, gdyż musi umieścić w szpitalu jednocześnie kilka osób z tego samego środowiska /niekiedy całą rodzinę/. Sprawa wyjaśnia się zwykle w ciągu 2-3 dni, gdyż jeśli wszystkie osoby zostaną rozdzielone, to u osób indukowanych urojenia ustępują, natomiast u chorego indukującego pozostają.

Urojenia, jako główny objaw zaburzeń psychicznych, istniały tak długo, jak długo istnieją choroby psychiczne. Z ich opisami możemy się spotkać już w Biblii i księgach Wedy. Treść urojeń zmienia się jednak w zależności od warunków społecznych. I tak na przykład urojenia wielkościowe istniały zawsze, ale w dawnych czasach chorzy podawali się za królów, wodzów, a dziś za zdobywców kosmosu.

Wśród urojeń prześladowczych zdarzają się często w dzisiejszych czasach skargi na nasłanianie na odległość promieniami X, obserwacje przy pomocy nadajników telewizyjnych, nagrywanie myśli na magnetofon itp.

Zaburzeniami psychicznymi zbliżonymi w swej strukturze do urojeń są NATRĘCTWA /obsesje/.

NATRĘCTWEM nazywamy objaw polegający na pojawieniu się w świadomości takich myśli, które całkowicie opanowują chorego wbrew jego woli, uporczywie nawracają mimo wszelkich wysiłków uwolnienia się od nich oraz przekonania o ich zbyteczności i bezsensowności.

Należy podkreślić, że w odróżnieniu od urojeń - chorzy są w pełni krytyczni, a zatem doskonale pojmują, że myśli, które ich opanowują mają charakter choroby psychicznej. Natręctwa występują głównie w nerwicach a czasami i w psychozach. Mogą one dotyczyć wyłączenie myślenia lub ujawniać się w postaci przymusu dokonywania pewnych czynności. W tym wypadku mówimy o natręctwach ruchowych /czynności^{ach} natrętnych/. Myśli natrętne, polegające na utrzymującej się stale obawie nazywamy FOBIAМИ.

Przykładem natręctwa jest ciągłe namawianie myśli: "Czy zakręciłem na pewno kurek od kuchenki gazowej?" Chorzy z myślą natrętną tego typu nie mogą zasnąć, ponieważ przez całą noc sprawdzają, w jakim stanie są przewody gazowe, mimo zdawania sobie sprawy, że to jest bez sensu. Dla osób religijnych szczególnie łączące są na przykład uporczywe wyobrażenia o życiu płciowym osób, będących przedmiotem ich kultu.

Przykładem natręctw ruchowych jest przymus dotykania wszelkich przedmiotów metalowych w pomieszczeniu, w którym się dana osoba znajduje, liczenie przez dotykanie słupów w ogrodzeniach itd.

Do najczęściej występujących fobii zaliczamy: a g o - r a f o b i ę - l ę k otwartej przestrzeni /osoby dotknięte tą fobią nie mogą przechodzić przez otwartą przestrzeń/; c l a u s t r o f o b i a - l ę k zamkniętej przestrzeni /ludzie z tym natręctwem wykazują strach przed zamknięciem ich w jakimś pomieszczeniu/; d r o m o f o b i a - l ę k przed podróżowaniem np. samochodem; e r y t r o f o b i a - l ę k przed zaczerwienieniem się w towarzystwie;

s y f i l i s d e f o h i a - lęł przed zarazeniem się
syfilisem lub inną chorobą weneryczną.

Zupełnie innym - niż natręctwa i urojenia - rodzajem
zaburzeń czynności myślenia są zaburzenia kojarzeń. Szczególnie często obserwujemy je w schizofrenii. Objaw ten polega na tym, że chory nie kojarzy słów w zdania, a zdań w całościową wypowiedź, wg ustalonych zasad logiki i gramatyki. Natomiast wiąże je w zależności od przypadkowego dźwięku lub rytmu albo według niezrozumiałej dla innych "własnej logiki". Wyprowadzanie bezsensownych słów, powiązanych ze sobą na zasadzie rytmu lub rytmu nazywa się **WERBIGERĄCJĄ**. Jeżeli znaczenie powiedzeń chorego jest znane tylko jemu, mówimy, że tworzy on **NEOLOGIZMY**. W przypadku gdy wypowiedzi jego w ogóle nie możemy zrozumieć, mówimy, że jest całkowicie **ROZKOJARZONY**. Mowę chorego składającą się z zupełnie porwanych słów, bez żadnego sensownego związku nazywamy **"SALATKĄ SŁOWNĄ"**.

Niekiedy chorzy rozkojarzeni podają, że mają natłok jakby narzucanych im myśli, które zmuszeni są bez żadnej kontroli wypowiadać **/MANTYZM/**. Niekiedy wypowiedzi chorych nagle się rwą, co jest przez nich relacjonowane: "Myśli mi gdzieś uciekły"; po chwili kontynuują rozmowę. Objaw ten nazywa się **CTAKOWANIEM**. Rozmowa z osobą rozkojarzoną jest bardzo trudna, gdyż chory odpowiada niedorzecznie. Wydaje się jakoby rozmawiał nie z nami. Notujemy, że "odpowiada mimo".

Ponieważ wyjaśnienie o co chodzi przy zaburzeniach w kojarzeniu jest trudne, podaję przykłady. x/

PRZYKŁAD I: Pacjent mówi: "Dziękuję - nie chcę pisać - a w i e m w s z y s t k o - wyjść z tego nie wolno - zabić kogoś tym - jak doktorzy stoją, jak tylko raz otworzy drzwi, to będzie dobrze. Beschluss von Gott - siedemnaście miesięcy jestem w szpitalu - po co są kajdany - an-schluss-banschluss. ... Frydman /nazwisko przeczytane w gazecie, leżącej na stole/ to nic nie warto - ja tego pana nie x/ Por. M. Bornsztajn: Wstęp do psychiatrii klinicznej.

Księgarnia Ludowa, Warszawa 1948, s. 215 i 218-219.

znam - pieniędzy nie nie warto - ryzyk to jest - ja się nie boję - jak to zrobić - bo nie nie warto - dwa jest osobno, jeden to jest trzy - musimy to zrobić - to jest najlepsze itd."

PRZYKŁAD II: ^{xx/} "lekceważąc napiętnując wszystkie szkalowane szubrawstwa, które pan z ciągu całego roku nadużywał. Tylko potępić takowe bez moralnego hamulca warcholcze gaudium skoleportowane przez permanentnego kowzyperdę - "persona grata", formującego intruzancką maskę na kastrowaną śmierć... Bez gwarantujących szans ciemniejszy mnie pan li tylko z dwulicową maską obrażowaną, by wstrząsnąć umysłem, udrzgotać wycieniony kuglarstwem organizm i co główna par force zgładzić ze świata... Spekulował pan, aby szynkanerskim rajfurstwem zamydlić mi oczy i haniebnie brutalizować moją samowładzę...".

4. Zaburzenia pamięci

W zasadzie obchodzą nas wyłącznie objawy osłabienia pamięci. Zdarzają się również przypadki nadmiernej pamięci, ale w psychopatologii nie ma to większego praktycznego znaczenia.

Istotne osłabienie pamięci świadczy zawsze o poważnym organicznym uszkodzeniu mózgu i występuje przede wszystkim w takich chorobach, jak: psychoza starcza, porażenie postępujące, miażdżyca mózgu, otępienie pourazowe, zespół Korsakowa, otępienie po ciężkich zatruciach i stanach zapalnych mózgu oraz guzy mózgu. W cięższych przypadkach chorzy zapominają nawet jak się nazywają, gdzie mieszkają, kiedy się rodzili, w lżejszych - raczej tylko wiadomości nabyte w szkole oraz danych o znaczeniu ogólnym /daty historyczne, ogólnie znane nazwiska itp./.

Osłabienie zdolności zapamiętywania i odtwarzania, czyli reprodukcji zdarza się w nerwicach, różnych stanach

xx/ Wyjątki z listu.

napięcia emocjonalnego, czynnościowych zaburzeniach pochodzenia intoksykacyjnego itp.

Szczególną postacią zaburzeń pamięci jest tzw. NIEPAMIĘĆ/amnezja/, polegająca na nagłym pojawieniu się luki dotyczącej albo treści, albo czasu.

Ta pierwsza forma niepamięci zdarza się na ogół rzadko, przeważnie w histerii. Polega ona na tym, że chory wybiórczo nie potrafi odtworzyć z pamięci wydarzeń, odnoszących się do pewnych faktów lub osób, mimo że w okresie kiedy te wydarzenia miały miejsce, był on w pełni świadomości. Chodzi tu o pewną patologiczną "cenzurę" emocjonalną, która wzbrania rozważać rzeczy traumatyzujące^{1/} psychikę. Niepamięć pewnych okresów zdarza się niewspółmiernie częściej. Dotyczy ona tych przeżyć, które miały miejsce w stanie utraty świadomości /np. w półśpiączce, śpiączce, omdleniu/.

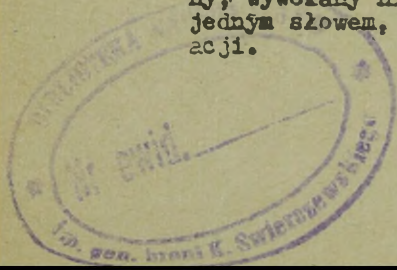
Po urazach czaszki występuje często tzw. NIEPAMIĘĆ WSTĘPCZNA oraz NIEPAMIĘĆ NASTĘPCZA. Pierwsza polega na tym, że zapomnieniu ulega okres bezpośrednio poprzedzający utratę przytomności, a druga ujawnia się w zapomnieniu faktów z bezpośredniego okresu po ustąpieniu utraty przytomności.

Poważniejszym zaburzeniem pamięci towarzyszą zwykle zaburzenia orientacji co do miejsca, czasu, otoczenia, a nawet własnej osoby.

5. Z a b u r z e n i a z y c i a u c z u c i o w e g o

Ocena, w którym miejscu zaczyna się patologia, a w którym jej jeszcze nie ma, jest szczególnie trudna tam, gdzie w grę wchodzi sfera emocjonalno-popyłowa. Życie wskazuje, że u zupełnie zdrowych ludzi zaobserwować można bardzo duże wahania emocji, afektów, nastroju. Na chorobę wskazuje w zasadzie nie tyle głębokość obserwowanych odchyłań

1/ Traumatyzujący - wywołujący uraz /od greckiego "trauma" - zranienie, uraz/. Uraz może być fizyczny lub psychiczny, wywołany nie tylko ciężkim przeżyciem ale nawet jednym słowem, użytym w określonym kontekście lub sytuacji.



od normy, ile przedłużający się czas ich trwania oraz bezzasadność pojawienia się.

Smutek, przygnębienie, złe samopoczucie - o ile występują z dużą siłą, a zwłaszcza utrzymują się bardzo długo - określane są mianem **DEPRESJI**. Chory wykazuje wszelkie zewnętrzne objawy głębokiego smutku. Wypowiada się pesymistycznie, unika kontaktu z ludźmi. W zasadzie rzadko spotkać można depresję w postaci izolowanego objawu. Zwykle towarzyszą jej różne zaburzenia zarówno w życiu uczuciowym /np. lęk/, jak i innych funkcji psychiki. Mówiąc "depresja", myślimy raczej o zespole depresyjnym /s.29./.

Odwrotnością depresji jest objaw **WZMOŻONEGO SAMOPOCZUCIA** /egzaltacja/. Polega ona na rozwinięciu się u chorego dużego optymizmu, dobrego nastroju i przekonania o swoich nieograniczonych możliwościach życiowych. Objaw ten rzadko występuje sam, przeważnie jest kluczowym składnikiem stanu maniakalnego /s.28./.

Dla ciężkich psychoz organicznych typowa jest **CHWIEJNOŚĆ UCZUCIOWA**, wyrażająca się w łatwym przechodzeniu z jednego skrajnego stanu uczuciowego w drugi - na przykład z głębokiego smutku w wielką wesołość. Wystarczy mała dygresja w rozmowie, rozproszenie uwagi, dowcipna wypowiedź, aby pacjent zapłakany, skrajnie przygnębiony uzyskał beztroski humor.

W schizofrenii występuje często objaw jednoczesnego przeżywania dwóch przeciwstawnych uczuć /ambiwalencja/, na przykład miłości i nienawiści, radości i rozpacz, bólu i przyjemności, obrzydzenia i pożądania. Prawdopodobnie współistnienie sprzecznych uczuć leży u podstaw innych dziwacznych objawów schizofrenicznych, takich jak dokonywanie z wyraźną uciechą samounzkodzeń, pożeranie własnych odchodów itd.

Barzo często spotykanym objawem psychopatologicznym jest **DRAŻLIWOŚĆ**, prowadząca do niepokoju, wybuchów gniewu, lęku, niekiedy zdecydowanej agresji. W padaczkę i niekiedy

w psychopatii obok drażliwości może występować inny objaw, zwany ogólnie **AFEKTEM PRZETRWAŁYM**. Tacy chorzy są bardzo uciążliwi, gdyż starają się na przykład przymilać lub przekonać nas o czymś, a w gniewie nie sposób ich uspokoić.

Możemy spotkać się również z częściowym lub prawie całkowitym zahamowaniem, a nawet zanikiem uczuć - pod postacią apatii i stępienia uczuciowego. W **APATII** chorzy skarżą się na zubożenie uczuciowe i zanik energii. Przestają interesować się tym, co ich dawniej żywo interesowało. Nie wykazują smutku, ani wesołości, unikają kontaktów z ludźmi, ich aktywność obniża się.

STĘPIENIE UCZUCIOWE jest jednym z podstawowych objawów schizofrenii i polega na dużo głębszych zmianach w sferze emocji i popędów. W stępieniu uczuciowym dochodzi do stopniowego zanikania uczuć, najpierw wyższych, później niższych, co doprowadza do wyraźnej zmiany osobowości. Ludzie, którzy przed zachorowaniem byli pełni ambicji, wrażliwi na piękno, przejawiali uczucia rodzinne, społeczne i ogólnoludzkie, prowadzili aktywny tryb życia - w miarę rozwijania się stępienia uczuciowego zaniedbują rodzinę, stają się nieczuli na podmioty estetyczne, obojętnieją w stosunku do swych obowiązków zawodowych i społecznych, przestają dbać o swój ubiór i czystość osobistą. Również wyraźnie degradują się moralnie.

Jednym z najważniejszych w psychopatologii objawów jest **LĘK**. W wielu wypadkach leży on u podstaw całego skomplikowanego obrazu chorobowego. Z lękiem spotykamy się również w chorobach nie mających nic wspólnego z psychiatrią /internistycznych, dermatologicznych, okulistycznych itd./.

O lęku jako objawie psychopatologicznym, mówimy wtedy, gdy pojawia się on bez istotnej przyczyny /endogennie/ lub gdy wystąpienie jego jest uzasadnione, ale natężenie zbyt wielkie lub czas trwania zbyt długi.

Może on występować w postaci ogólnego stanu lub ograniczonego do pewnych sytuacji czy przedmiotów /fobie/. Oprócz

typowych objawów /w wyglądzie, wypowiedziach itp./ mogą wystąpić objawy kliniczne, których podjęcie nie wiąże z przesłanym lękiem /porażenie w nisterii, ból głowy, wysypka na skórze, wrzód żołądka itd./.

Rzadko kiedy lęk występuje jako jedyny objaw chorobowy, nawet w nerwicy lękowej /s. 25/. Przeważnie towarzyszy depresji, urojeniom obojętnym, prześladowczym i samopokolenia, omyłkom o treści nieprzyjemnej i wielu nerwicom.

6. **Zaburzenia napędu psychoruchowego** /sfera woli, dążeń i działania/

Zaburzenia najczęściej spotykane w tej sferze psychiki dotyczą zmian w napędzie psychoruchowym, odchylen w zakresie sugestyjności oraz odmiennego przebiegu działań dowolnych.

W dziedzinie napędu psychoruchowego spotkać się możemy ze stanami pobudzenia lub zahamowania psychoruchowego.

POBUDZENIE PSYCHORUCHOWE przebiega różnie w zależności od podstawowej choroby.

W stanie maniakalnym chorzy podnieceni psychoruchowo stają się gadatliwi, głośni, bezczelni, kłótniwi, skłonni do bójki, pobudzeni erotycznie; rozpoczynają coraz to nową pracę lub akcję, których nie kończą. Jeśli natrafiają na bezkompromisowy opór, podniecają się tak dalece, że niszczą wszystko wokół siebie. Świadomość i pamięć czynów jest zachowana. Podniecenie może trwać tygodniami, a nawet miesiącami.

U pobudliwych psychopatów podniecenie psychoruchowe może rozwinąć się nagle, pod wpływem jakiegos uderzenia psychicznego, przy czym dochodzi do ostrej agresji. Niekiedy pobudzenie takie przebiega w formie tzw. **PATOLOGICZNEGO AFektu** /świadomość zostaje przygniona lub zniesiona/. Chorzy w tym stanie są bardzo groźni dla otoczenia, ale napad trwa krótko - minuty lub co najwyżej godziny. Podobne stany widuje się u epileptyków; są one wtedy z reguły bardziej długotrwałe i trudniejsze do opanowania. W schizofrenii katatonicznych

/s.....⁴⁸/ występują stany podniecenia katatonicznego, które różnią się od innych tym, że chory nie wychodzi poza miejsce, w którym się znajduje, na przykład z łóżka. Ruchy i wypowiedzi są często stereotypowe, na przykład chory powtarza wciąż to samo zdanie wyrywając sobie włosy z głowy lub uszkadzając swoje ciało.

Odwrotnością stanu pobudzenia jest STUPOR, czyli osłupienie. Objaw ten polega na całkowitym zahamowaniu ruchów chorego, który zastyga w jednej pozycji. Osłupienie obserwuje się najczęściej w przebiegu schizofrenii katatonicznej. Zdarza się także w psychozach reaktywnych //s.....⁶²/ lub w ciężkiej depresji. Chorzy przestają wtedy jeść, mówić itp. Ponieważ osłupienie może trwać miesiącami, a nawet latami, pacjenci zostawieni sami sobie zmarliby z głodu.

Zaburzeniom w dziedzinie SUGESTYWNOŚCI ulegają przede wszystkim ludzie mało krytyczni. Jeżeli chodzi o chorych, to głównie niedorozwinięci oraz chorzy z organicznym uszkodzeniem mózgu. Zjawisko to bywa wykorzystywane w środowiskach przestępczych, gdzie sprytni recydywiści namawiają takie osoby do współpracy w popełnie^{nych} przestępstwach.

Wybitną sugestywnością odznaczają się histerycy, u których pod wpływem bodźców słownych lub własnym wysiłkiem może dochodzić do porażenia kończyn, zniesienia uczucia bólu, temperatury i dotyku, uruchamiania różnych skomplikowanych reakcji wegetatywnych, utraty mowy, wzroku, słuchu itd. Najdalej posuniętą podatność na sugestie obserwujemy jednak w zespole katatonicznym, w którym wystąpić mogą takie objawy, jak automatyczna uległość rozkazom, echolalia, echopraksja lub katalepsja.

AUTOMATYCZNA ULEGŁOŚĆ ROZKAZOM polega na bezwzględny wykonywaniu przez chorego wszystkich nakazów, nawet dlań niebezpiecznych.

O ECHOLALII mówimy wtedy, gdy chory automatycznie powtarza wszelkie słowa, które słyszy, a o ECHOPRAKSJI - gdy naśladuje ruch ludzi znajdujących się w najbliższym sąsiedztwie.

KATALEPSJA nazywamy objaw następujący: chorey daje się bezwoltnie ustawić w każdej pozycji i trwa w niej tak długo, dopóki ktoś mu jej nie zmieni. Nawet w bardzo niewygodnych pozycjach chorzy wytrzymują bardzo długo: potrafią przez kilka godzin stać na jednej nodze z wyciągniętymi kończynami górnymi.

Obniżona sugestywność przejawia się również w negatywności. Rozróżniamy negatywizm czynny i bierny. **NEGATYWIZM BIERNY** polega na niespełnianiu poleceń lekarza, przy czym postawa pacjenta wskazuje na całkowitą obojętność wobec nakazów, tak jakby ich w ogóle nie odbierał. **NEGATYWIZM CZYNNY** uwidacznia się w wykonywaniu polecenia w sposób odwrotny. Na przykład gdy mówimy: "Witam pana" i wyciągamy do chorego dłoń ten zdecydowanym ruchem chowa rękę za siebie.

Zaburzenia w przebiegu działań dowolnych typowe są dla schizofrenii. Należy tu wymienić przede wszystkim stereotypie oraz dziwaczność zachowania się.

STEREOTYPIE polegają na wielokrotnym powtarzaniu tego samego ruchu, na przykład rytmicznego kiwania głową, tułowiem, wykonywaniu napadowo dziwacznych grymasów na twarzy lub gestów. **DZIWA-CZNOŚĆ ZACHOWANIA SIĘ** przejawia się w celebrowaniu niezwykłych póz i gestów, przedziwnym chociażby, ekscentrycznym ubiorze, piśmie pełnym cudacznych ozdobników lub dziwacznym wykonywaniu prostych codziennych czynności. Chorzy zachowują się jak kiepscy zmanierowani aktorzy, są sztuczni i "udziwnieni".

II. Zespoły psychopatologiczne

U w a g i w s t ę p n e

Doświadczenie wykazuje, że w wielu wypadkach poszczególne objawy łączą się w określone zespoły, występując pod postacią swoistych STANÓW PSYCHOPATOLOGICZNYCH. Niektóre z tych zespołów są typowe dla określonych jednostek chorobowych, przeważnie jednak rozpoznanie zespołu nie daje jeszcze pojęcia o istocie choroby.

Znajomość zespołów jest bardzo pożyteczna, gdyż określa społeczną wagę choroby, orientuje czy konieczna jest natychmiastowa hospitalizacja,^{1/} ułatwia wybór metod i środków leczenia.

Poniżej podaję opis kilku najbardziej charakterystycznych zespołów psychopatologicznych.

1. Z e s p ó ł m a n i a k a l n y - s t a n m a - n i a k a l n y - m a n i a ^{2/}

Zespół maniakalny typowy jest dla psychozy maniakalno-depresyjnej. Poza tym występuje w porażeniu postępującym, rzadziej w innych psychozach.

Zasadnicze cechy:

- a/ wzmożone samopoczucie, aż do urojeń wielkościo-
wych,
- b/ przyspieszone myślenie, aż do gonitwy myśli, --
- c/ pobudzenie-ruchowe /gestykulacja, hałaśliwość,
bezsennaść/

Stan psychiki chorego przypomina film puszczony w przyspieszonym tempie: chory jest podniecony, wesoły, radosny,

1/ Hospitalizacja - umieszczenie chorego w szpitalu.

2/ We współczesnej psychiatrii termin "mania" oznacza wyłącznie stan maniakalny. W związku z tym takie wyrażenia, jak: mania prześladowcza, mania wielkościowa itp. należy uważać za błędne i nie używać ich.

pewny sobie, wtrąca się do wszystkiego. Mówi dużo, gestykuluje, mało sypia. Bierze się do coraz to nowej pracy, pisze wiersze, różne rozprawy, poucza innych, uważa, że nie ma dla niego żadnych trudności w życiu. Jeśli natrafi na opór wobec swego postępowania wybucha i może być groźny dla otoczenia.

Niekiedy stan maniakalny przybiera nie tak ostre formy, wszystkie jego objawy są bardziej stonowane, kontakt z chorymi lepszy, a liczba konfliktów ze środowiskiem mniejsza. Mówimy wtedy o stanie **HYPOMANIAKALNYM**. Bardzo często nie zaznaczone cechy maniakalne określane mianem **EUFORII** czyli błogostanu.

2. Z e s p ó ł d e p r e s y j n y - jest odwrótnością stanu maniakalnego.

Cechują go:

- a/ samopoczucie obniżone, aż do urojeń samoponiżenia i tendencji samobójczych,
- b/ tok myśli zwolniony,
- c/ zahamowanie ruchowe.

Zespół depresyjny najczęściej występuje w psychozach: maniakalno-depresyjnej, okresu przekwitania, porażenia postępującego oraz starczych.

Chory w stanie depresji jest spowolniony, na twarzy ma grymas głębokiego smutku. Twierdzi, że jest ciężarem dla otoczenia, że wszyscy nim gardzą, że jest potępiony na wieki i nie ma po co żyć. Całe życie spędza w kącie swego mieszkania, mówi niechętnie i bardzo powoli, odmawia jedzenia, nie dba o ubiór, o czystość osobistą. Wystąpienie zespołu depresyjnego grozi samobójstwem pacjenta i dlatego musi on być pilnie strzeżony, gdyż w swych tendencjach samobójczych jest zdecydowany na wszystko i bardzo pomysłowy.

3. Zespół majaczeniowy /delirium, stan deliryjny/

Jest to bardzo często występujący zespół, rokujący zwykle pełne wyleczenie i świadczący o ostrych, ale niegłębokich, biochemicznych zmianach w komórkach mózgu. Towarzyszy nierzadko wysokiej gorączce, występuje również w chorobach zakaźnych, w alkoholizmie /tzw. "biała gorączka"/, w zatruciach etyliną, czadem, spalinami, wilczą jagodą, w niektórych chorobach narządów wewnętrznych jak na przykład wątroby, nerek i układu krążenia.

Zespół ten polega na wystąpieniu ^mprzygłębienia świadomości, co pociąga za sobą zaburzenie orientacji co do czasu i otoczenia oraz częściową niepamięć przebytych stanów. Najbardziej typowym objawem są bardzo liczne omamy, przeważnie wzrokowe, oraz złudzenia wzrokowe, słuchowe i dotykowe. Nastroj bywa przeważnie obniżony, często występuje lęk, niekiedy jednak chorzy wykazują "wisielczy humor". Mogą pojawiać się okresowo urojenia, przeważnie prześladowcze. Chorzy są niespokojni, pobudzeni ruchowo /ale nie agresywni/. Zrywają się z łóżka, chcą uciekać, rozmawiają głośno z urojonymi osobami. Omamy wzrokowe mają często zmienione wymiary /np. pacjenci widzą całe stada małych słoni albo olbrzymich mrówek/ oraz są zazwyczaj bardzo kolorowe. Przedstawiają zwykle całe sceny z życia, w których chory bierze udział. Przeżycia te są niesłychanie realistyczne tak że całe zachowanie chorych wskazuje na udział w takiej scenie.

4. Do najczęściej występujących zespołów psychopatologicznych należy zespół urojeniowy: stan paranoidalny - typowy dla schizofrenii, złożony z urojeń paranoidalnych - i stan paranoiczny, typowy dla cieleń /paranoia/, złożony z urojeń paranoicznych. Zespoły urojeniowe mogą wystąpić właściwie w każdej psychozie, a więc także reaktywnej, infekcyjnej, intoksykacyjnej i po urazie czaszki.

5. Zespół neurasteniczny

Typowy jest dla nerwicy, zwanej neurastenią. Występuje jednak niekiedy także w początkowym okresie różnych psychoz organicznych, jak w porażeniu postępującym, zatruciach zawodowych /ołowiem, czadem, etyliną, dwusiarczkiem węgla itp./, w miażdżycy tętnic mózgu itd.

Objawy przyjąto dzielić na psychiczne i cielesne /somatyczne/.

Objawy psychiczne:

- a/ rozdrażnienie, niepokój przechodzący niekiedy w nieokreślony lęk, płaczliwość,
- b/ uczucie przemęczenia, mało wartościowości, niemożność skupienia uwagi przy pracy,
- c/ zaburzenia pamięci, a przede wszystkim zdolności zapamiętywania,
- d/ zaburzenia snu /chory nie może zasnąć wieczorem, w nocy budzi się wielokrotnie - często z lękiem - w ciągu dnia bywa senny/,
- e/ przygnębienie, aż do stanu niegłębokiej depresji.

Objawy somatyczne - dotyczą różnych zakłóceń w funkcjonowaniu układu wegetatywnego:

- a/ "skaczące" bóle w różnych narządach,
- b/ "bicie" serca, ucisk lub ból w okolicy serca, przyspieszone tętno, niskie ciśnienie krwi i inne zaburzenia naczyniowo-ruchowe,
- c/ zaburzenia w wydzielaniu potu. na przykład nadmierne pocenie się pod wpływem wzruszeń,
- d/ bóle głowy,
- e/ zaburzenia ze strony układu pokarmowego,
- f/ różnorodne zakłócenia czynności płciowych na przykład u kobiet osłabłość płciowa, u mężczyzn brak wzwodów, czyli impotencja.

6. Zespół psychoorganiczny

Stwierzenie tego zespołu sygnalizuje poważne organiczne uszkodzenie mózgu. Zespół psychoorganiczny występuje może w przebiegu zmian po urazie czaszki, w porażeniu postępującym, w psychozach starczych, w następstwie przewlekłego alkoholizmu lub innych zatruc, jako następstwo zapalenia mózgu i opon mózgowych, w guzach mózgu i innych procesach niszczących komórki mózgowe.

Zasadnicze jego objawy - to:

- a/ zaburzenia pamięci;
- b/ obniżenie krytycyzmu,
- c/ osłabienie wszystkich pozostałych czynności intelektualnych, jak: zwolnienie toku myślowego, utracenie zdolności przewidywania i korzystania z doświadczeń, zaburzenia kojarzeń itd.
- d/ chwiejność uczuciowa,
- e/ zaburzenia orientacji co do miejsca, czasu i otoczenia.

Chorzy z zespołem psychoorganicznym są bezradni, drażliwi, zapominają nie tylko dane ze swego życia i ważne, znane wszystkim wydarzenia, ale także swój adres, lub na przykład cel, dla którego wyszli z domu. Z łatwością przechodzą ze skrajnego smutku w wesołość, z dobrego samopoczucia w złość. Ze względu na obniżony krytycyzm, nie rozróżniają spraw wielkiej wagi od nieistotnych, są egoistyczni, nałni, rozwlekli w mowie, ograniczeni w doborze słów.

U w a g i k o ń c o w e

Objawy chorób psychicznych cechuje wielka różnorodność. Przy tym mogą one występować w całej okazałości lub też być zaledwie subtelnie zaznaczone. W wielu wypadkach ludzie poważnie chorzy psychicznie pracują latami i nie leczą się, a otoczenie może w ogóle nie orientować się, że są nienormalni. Niekiedy dziwaczne zachowanie się i wypowiedzi jakiegos człowieka zdradzają wyraźnie zły stan jego psychicznych czynności.

nerwowych, a mimo to pracuje on niesłabnie. Kiedy indziej zachowanie się i wypowiedzi są bez zarzutu, a zdolność do wykonywania zawodu prawie całkowicie zmniejsza się. W jednym wypadku chory jest krytyczny w stosunku do swej choroby i sam się domaga leczenia, a w drugim - mimo daleko posuniętych zmian w psychice - kategorycznie utrzymuje, że jest zdrowy. Większość chorych psychicznie wymaga leczenia szpitalnego lub sanatoryjnego. Zdarzają się jednak i tacy, których raczej należy leczyć ambulatoryjnie. Decyzja o postępowaniu z chorym psychicznie należy oczywiście zawsze do lekarzy specjalistów, jednakże znajomość objawów choroby psychicznej przez społeczeństwo przyczynia się do szybszego ich wykrycia i wcześniejszego skierowania chorych we właściwe ręce.

W wojsku obecność chorych psychicznie jest szczególnie niebezpieczna. Łamią oni dyscyplinę, wprowadzają niepotrzebnie napięcie i niepokój, rozbijają kolektyw, podważają autorytet dowódców, przyczyniają się do wzrostu przestępczości, liczby samobójstw itd. Wczesne zorientowanie się przełożonych co do przyczyn takiego zachowania się zapobiega wielu niepotrzebnym konfliktom i podnosi morale oraz dyscyplinę oddziału.

Część druga

PSYCHOPATOLOGIA SZCZEGÓŁOWA

Uwagi wstępne

Psychopatologia szczegółowa zajmuje się opisem chorób psychicznych. W niniejszym skrypcie przedstawię zasady klasyfikacji chorób psychicznych oraz ogólną charakterystykę ich przyczyn, przebiegu i obrazu klinicznego, żeby ułatwić Czytelnikowi orientację w tak trudnej dziedzinie, jaką jest psychiatria.

Przyczyny chorób psychicznych mogą być różnorodne i najczęściej - wbrew powszechnemu przekonaniu nie są to urazy psychiczne. Ciężkie przeżycia, zawody życiowe, niemożność dostosowania się, wyczerpanie powodują powstanie jedynie nerwic i psychoz reaktywnych.

Również dziedziczność nie ma istotnego znaczenia dla procesu powstawania zaburzeń psychicznych. Tylko w niektórych wypadkach stwierdza się rodzinne przekazywanie pewnej podatności na niektóre psychozy, przy czym dopiero warunki środowiskowe decydują o tym, czy dojdzie do ujawnienia się choroby.

Źródłem powstawania większości chorób psychicznych są czynniki nie mające pozornie nic wspólnego z życiem psychicznym: infekcje ogólnoustrojowe i układu nerwowego, różnego rodzaju zatrucia, urazy czaszki, zaburzenia przemiany materii, wady rozwojowe, guzy mózgu itd. Bardzo często na powstanie choroby psychicznej składa się kilka przyczyn, działających nieraz na mózg w różnym czasie. Dla przykładu: doznany bardzo wcześnie /np. przy porodzie/ uraz mózgu pozostawia trwałe organiczne zmiany, które jednakże w okresie dzieciństwa i młodości są kompensowane przez zdrowe części tkanki nerwowej. W miarę starzenia się, nawarstwiania coraz to nowych urazów, intoksykacji, infekcji, pogarszania się ukrwienia itp. - możliwości adaptacyjne

i kompensacyjne^{1/} ośrodkowego układu nerwowego maleją i w pewnym czasie, nawet siaby uraz może wywołać groźne zaburzenia psychiczne. Warto dodać, że nawet w chorobach, w których czynnik wywołujący jest znany i zawsze ten sam, obraz kliniczny i przebieg psychozy mogą u poszczególnych ludzi znacznie się różnić.

Na powstanie , obraz kliniczny i przebieg każdej choroby psychicznej wpływa więc nie tylko bezpośredni czynnik chorobotwórczy, ale także stan ośrodkowego układu nerwowego i całego organizmu, wiek chorego, szczególne okoliczności, w jakich działał czynnik chorobotwórczy oraz odziedziczone właściwości ośrodkowego układu nerwowego. Dopiero wypadkowa tych wszystkich czynników decyduje o powstaniu i przebiegu choroby.

Dla lepszego zobrazowania postawionej powyżej tezy spróbujemy odpowiedzieć na pytanie, dlaczego na np. obłęd opilczy / s. 68 / nie powstaje u wszystkich nałogowo pijących alkohol.

Badania statystyczne wykazały, że wszelkiego rodzaju zaburzenia psychiczne pochodzenia alkoholowego, a w tym także obłęd opilczy, rozwijają się znacznie częściej u tych osób nadużywających alkoholu, u których stwierdza się w wywiadzie urazy czaszki, neuroinfekcje itp. Ponadto na wczesne wystąpienie tych zaburzeń oraz ich głębokość, uporczywość itd. ma także wpływ wydolność wątroby, nerek i układu krążenia. Ludzie chorzy internistycznie, a zwłaszcza z chorołą wątroby, intensywniej zatruwają się alkoholem. Duże znaczenie ma również wiek. Na delirium stosunkowo częściej zapadają młodociani, a następnie starsi wiekiem, u których

1/ Kompensacja - dosł. wyrównanie. W tym wypadku cenna zdolność ośrodkowego układu nerwowego do wyrównania wadliwej czynności pewnych okolic mózgu przez wzmożoną czynność innych okolic lub wręcz przejęcie brakujących funkcji przez dotychczas nieczynne ośrodki.

rozwijają się już objawy inwolucji^{1/} organizmu. Ważnymi czynnikami wywołującymi pojawienie się psychozy są także aktualne okoliczności, jak uraz psychiczny, głód, przemęczenie, choroba itp. Można więc stwierdzić, że osobnik nadużywający alkoholu, podlegający urazom, chorujący na niewydolność wątroby, a ostatnio przechodzący jakąś infekcję - ma, statystycznie rzecz biorąc, niewspółmiernie większe szanse zachorowania na "białą gorączkę" niż inny alkoholik, u którego nie stwierdza się podobnych zmian. Tak więc najczęściej działanie samego tylko czynnika etiologicznego^{2/} nie wystarcza do wywołania psychozy gdyż musi on trafić na odpowiednio podatne podłoże. Nie dotyczy to oczywiście tych przypadków, w których czynnik uszkadzający jest tak natężony, że przekracza wszelkie możliwości obronne organizmu.

Psychopatologia /a także i psychiatria/ zajmuje się - w zasadzie - dwoma zasadniczymi grupami schorzeń psychicznych:

- a/ trwałymi a n o m a l i a m i psychiki, których objawy można prześledzić już od wczesnego dzieciństwa,
- b/ p r o c e s a m i chorobowymi, których początek można zauważyć dopiero w pewnym momencie życia, do którego dana osoba uważana była za zdrową.

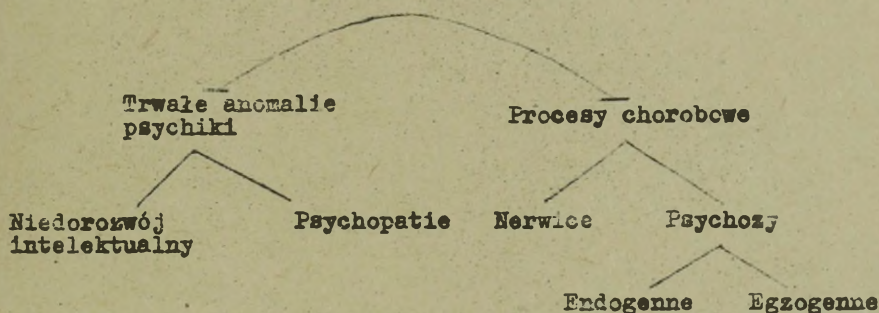
Do pierwszej grupy schorzeń zalicza się różne formy niedorozwoju i psychopatii. Drugą grupę podzielić można na nerwice i psychozy.

1/ Inwolucja - dosłownie - zwinięcie. W biologii i medycynie termin oznaczający proces rozwoju wstecznego, m.in. proces starzenia się organizmu. Inwolucja rozpoczyna się od momentu, gdy proces dojrzewania organizmu przekroczy szczyt i człowiek zaczyna się powoli starzeć.

2/ Etiologia - Nauka o przyczynach chorób. W potocznym języku lekarskim termin używany w sensie "pochodzenie", "przyczyna".

Te ostatnie przyjęto klasyfikować wg zasadniczych przyczyn, które je wywołują. Tak więc ogólnie podzielić je można na endogenne^{1/} i egzogenne, a te drugie z kolei na reaktywne, infekcyjne, intoksykacyjne, pourazowe i inne /które tu można pominąć/.

Schematyczne ujęcie
zaburzeń psychicznych



I. N i e d o r o z w ó j . i n t e l e k t u a l n y
/oligophrenia/

Niedorozwój umysłowy jest stanem zejściowym różnych chorób, uszkadzających mózg w okresie płodowym, w czasie porodu i w pierwszych latach życia. Chodzi tu zarówno o wady rozwojowe, jak i o infekcje, intoksykacje, braki w odżywianiu w czasie ciąży oraz różnego rodzaju uszkodzenia

1/ O psychozach endogennych mówimy, gdy czynnik wywołujący je zależy od zmian zachodzących wewnątrz organizmu. O egzogennych, kiedy wiemy, że czynnik ten działa spoza organizmu, zakłócając pracę ośrodkowego układu nerwowego czy to przez naruszenie tylko jego funkcji /tzw. psychozy czynnościowe/, czy też przez uszkodzenie jego struktury anatomicznej /tzw. psychozy organiczne/.

i choroby mózgu /zapalenie mózgu i opon mózgowych, zatrucie, urazy czaszki we wczesnym dzieciństwie itp./. W następstwie przebycia tych chorób dochodzi do trwałego uposiedzenia czynności intelektualnych, wyrażającego się obniżonym wskaźnikiem inteligencji przy rozwiązywaniu odpowiednich testów psychologicznych. Wszystkie postacie niedorozwoju dzielimy /bez względu na ich przyczynę/ wg stopnia głębokości zmian psychicznych na 3 grupy. I tak osoby, u których nie dochodzi w ogóle do rozwoju mowy, nazywamy IDIOTAMI lub KRETINAMI.

W idiotyzmie głębokie uposiedzenie psychiki znajduje swój wyraz w tępym wyrazie twarzy, nieproporcjonalnej budowie czaszki i ciała, nieporadnym chodzie, wadliwej koordynacji ruchów. Idiota starszy wiekiem może posługiwać się kilkoma wyrazami, służącymi do oznaczania prymitywnych stanów emocjonalnych, na przykład zadowolenia lub niezadowolenia, gniewu, głodu itp. Większość z nich - to ludzie niemrawi, jakby cęretwiali; bywają jednak idioci, podnieceni ruchowo wykazujący tendencje niszczycielskie. Nie ma mowy o jakimkolwiek przystosowaniu ich do samodzielnego życia; dobrze jeśli nauczą się sami jeść, utrzymywać czystość, rozróżniać przedmioty.

Osoby, u których stwierdza się prymitywny rozwój mowy, ale które nie są zdolne przyswoić sobie najprostszych wiadomości szkolnych, nazywamy IMBECYLAMI albo głuptakami.

W głuptactwie, zasób słów ogranicza się od 50 do 150, przy czym wypowiedzi są niegramatyczne, a wymowa przeważnie wadliwa. Mimo to głuptacy pojmują większość prymitywnych poleceń, w związku z czym mogą uczyć się automatycznego wykonywania prostych czynności. Niektórzy, po długiej pracy nad nimi, uczą się liczyć do 10, a nawet poznają litery. Przyswajają sobie niekiedy w sposób mechaniczny sporo wiadomości bez ich zrozumienia. Dzięki temu mogą deklamować wiersze, śpiewać piosenki. Czasem mają dobrą pamięć lub są uzdolnieni w jednym kierunku, na przykład mają wybitny słuch muzyczny albo zdolności rysunkowe. Ze względu

na niemożność przewidywania i następstw swego działania i całkowity beskrytycyzm wpadają nierazko w konflikt z prawem, zwłaszcza gdy staną się narzędziem w rękach kryminalistów. Często popełniają różnego typu przestępstwa seksualne. Na ogół wyraz ich twarzy, postawa, ruchy sygnalizują głęboki niedorozwój, aczkolwiek zdarzają się osoby imbecylne o normalnym wyrazie twarzy. Osoby, które potrafią opanować wiadomości mniej więcej 5 oddziałów szkoły podstawowej, wyuczyć się prymitywnego zawodu, ale u których zarówno praktyka życiowa, jak i badania testowe wykrywają niezdolność do abstrakcyjnego myślenia, samodzielnego działania i krytycznej oceny bardziej skomplikowanych sytuacji - noszą miano DEBILÓW albo ograniczonych.

W zasadzie jest rzeczą mało prawdopodobną, aby komisje lekarskie dla poborowych przepuściły kretynów lub imbecylów do służby wojskowej. Uwaga ta nie dotyczy debilów, którzy nierazko bywają wcielani do wojska, powodując tam wiele kłopotów i zamieszania. Większość debilów wyglądem swym nie przypomina osób ograniczonych intelektualnie. Dopiero dokładny wywiad, wskazujący na trudności w szkole i obserwacje zachowania się w trudniejszych sytuacjach życiowych wykrywają upośledzenie umysłowe. Z tego powodu komisje dla poborowych, które pracują szybko i bez zaplecza specjalistycznego, przepuszczają co najmniej 50% ograniczonych do wojska.

Debilizm cechuje przede wszystkim brak zdolności do abstrakcyjnego myślenia. Wynika z tego obniżony krytycyzm w ogóle, a w szczególności do własnej osoby. Często osobnicy debilni obdarzeni są wygórowanymi ambicjami, tłumacząc wypływające z własnej małej wartości niepowodzenia życiowe znową niechętnych sobie ludzi lub nieszczęśliwym układem sytuacji. Prowadzi to nieuchronnie do konfliktów z otoczeniem. Niemożność przewidywania skutków, niezdolność rozróżniania rzeczy istotnych i mało ważnych, brak umiejętności planowania i organizacji - nie pozwalają debilom na zajmowanie samodzielnych stanowisk. Jeżeli powodowani ambicją dojdą kiedykolwiek do kierowniczych funkcji, kończy się to często katastrofalnie.

Znakomita pamięć mechaniczna, którą na wielu debili, pomaga im w zdobywaniu wiedzy, dzięki czemu ich ograniczenia kończą szkołę podstawową, a niekiedy nawet średnią. Wadliwy intelektu nadrobią bogatą frazeologią, zręcznym powtarzaniem nasłyszanych powiedzeń i sloganów. W ten sposób mogą tylko przez pewien czas odczuć, że do prawdziwej wartości ich uzyskać. W wojsku z jednej strony przełożeni są z nich niezadowoleni, co wyraża się niską liczbą przepustek i pochwał oraz różnego rodzaju karami, z drugiej zaś - koledzy szybko wykorzystują ich słabości, czyniąc z nich przedmiot drwin i poniewienki. Prowadzi to w rezultacie do gwałtownych protestów pod postacią samowolnych oddażeń, prób samobójstwa oraz przekroczeń dyscyplinarnych innego rodzaju. Wczesne rozpoznanie niedorozwoju zapobiega licznym wykroczeniom w pododdziale i rozpadowi kolektywu oraz podnosi stan dyscypliny. Ujawnienie debilizmu pociąga za sobą zwolnienie żołnierza z wojska, ponieważ przewidują to przepisy orzecznictwa wojskowo-lekarskiego.

II. Psychopatie

Przez psychopatię rozumieć należy trwałe odchylenie struktury osobowości od normy w zakresie uczuć i woli. Intelekt może pozostać u psychopatów w normie. O ile rozpoznanie niedorozwoju jest względnie łatwe - zarówno klinicznie, jak i laboratoryjnie /testy/ - o tyle rozpoznanie psychopatii napotyka często duże trudności. Wahanie uczuciowości są bardzo wielkie nawet u ludzi z normalną psychiką, przy czym zależą one nie tylko od stałych właściwości charakteru, lecz także od aktualnego spłotu sytuacji i stosunków społecznych. Bardzo często psychopatię rozpoznajemy dopiero wówczas, gdy u osobnika rozwinię się tzw. "sytuacyjna reakcja psychopatyczna". O psychopatii mówimy wtedy, kiedy negatywne cechy osobowości dotychczas skrywane /w celu dostosowania się do wymagań stawianych przez określone środowisko/ ujawniają się.

Najlepszym badaniem diagnostycznym dla psychopatii jest zebranie szczegółowych danych biograficznych. W życiorysach psychopatów napotkać można wiele sytuacji konfliktowych, których są oni sprawcami, przez co ludzie unikają ich i piętnują. W życiorysie uzewnętrznia się to pod postacią ciągłych zmian miejsca pracy i zamieszkania, trudności w ukończeniu studiów, usuwania ze szkół, zatargów z MO, rozwodów, targnięć na swoje życie, a w wojsku - samowolnych oddaleń, licznych kar dyscyplinarnych, przeniesień itp. Wybitny egocentryzm osób psychopatycznych nie pozwala im prawidłowo oceniać własnego postępowania. Dlatego cierpią podwójnie, gdyż narażeni na ciągłe konflikty - tłumaczą je złą otoczenia, czują się zaszczeni i wiecznie zagrożeni. Wielu autorów podkreśla, że jedną z zasadniczych cech psychopatii jest też "inność" - w porównaniu z osobami normalnymi - zachowania się osób psychopatycznych. Psychopaci ulegają łatwo prymitywnym popędom, reagują z przesadną żywocią na wszystkie bodźce środowiskowe, usiłują zaspokajać swoje ambicje bez względu na ewentualne kolizje z interesami innych osób, dochodzą swoich zachcianek przy pomocy kłamstw, oszustw i przewrotności, są teatralni, żądni ważności, często aspołeczni. Przy tych wszystkich, w zasadzie negatywnych, cechach osobowości bywają często ^{bardzo} inteligentni, ~~jedno~~ - lub wielokierunkowo uzdolnieni, ujmujący w powierzchownym kontakcie. Umiejętnie ustawieni mogą być pożyteczni aczkolwiek w większości przypadków są jedynie ciężarem dla społeczeństwa.

Cechy charakteru psychopatów sprawiają, że stają się oni udręką pododdziałów, mają ciągłe konflikty z przełożonymi, naruszają permanentnie przepisy dyscyplinarne i porządkowe, oskarżani są o wicherzycielstwo, niewykonywanie rozkazów, oporność, krnąbrność itp. Ciężsi psychopaci z reguły stają się już po kilku miesiącach pełnienia służby przedmiotem zainteresowania sądownictwa wojskowego. Spośród nich rekrutuje się spora liczba samobójców i dezertów. Nic

więc dziwnego, że wojsko zwalnia ich. Natomiast w czasie wojny psychopatów wciela się do wojska i w wielu wypadkach przynosi to korzyść obu stronom. Osobnicy ci znajdują bowiem w warunkach walki możliwość wyżycia się i zaspokojenia żądzy przygód; w niektórych wypadkach dają przykłady prawdziwego bohaterstwa. Często jednak sukcesy psychopatów wiążą się z tak poważnymi przekroczeniami dyscyplinarnymi i wybrykami, że nawet w warunkach wojennych stają się oni często zawadą pododdziału.

Poważne trudności rodzą się przy próbach klasyfikacji psychopatii. Dotychczas ogłoszono na świecie kilkadziesiąt różnych podziałów i żaden z nich nie okazał się zadowalający. Wynika to prawdopodobnie z niemożności ujęcia etiologicznego tej anomalii; podaje się głównie klasyfikacje oparte na opisie objawów klinicznych.

Ciekawą klasyfikację psychopatów, najczęściej spotykanych w wojsku podaje szwajcarski psychiatra - J. Wyrsh. Jest on twórcą koncepcji tworzenia dla psychopatów w wieku pchorowym specjalnych pododdziałów, które by miały również znaczenie wychowawczo-lecznicze.

J. Wyrsh /1946/ rozróżnił następujące typy psychopatów.

1/ Psychopaci egocentryczni, przeceniający swoje "ja", stale zajęci sobą, niezdolni do koleżeńskieggo współżycia. Wielu z nich już w życiu cywilnym zachowywało się dziwnie, stosowało "naukowe" diety, przyjmowało "zioła", wielu należało do sekt, a zwłaszcza do świadków Jehowy. W wojsku skarżyli się na niemożność spożywania ciemnego chleba itp., przerywali służbę wojskową częstymi wizytami w ambulatoriach lub w oddziałach szpitalnych.

2/ Psychopaci skłonni do gwałtownych reakcji, wchodzący w konflikt z dyscypliną wojskową i zakłócający tok służby wojskowej.

3/ Psychopaci abnegacji: ^{1/} z wyglądu niechlujni, brudni,

1/ Abnegat - tu użyte w sensie: Człowiek nie dbający o siebie zwłaszcza o swą powierzchowność, opinię o sobie, nieporządky, niechętny wobec narzucanych sobie jakichkolwiek ograniczeń postępowania.

niedbale ubrani, o postawie bynajmniej nie wojskowej, równocześnie bez wiary w siebie, w swoje zdolności, ciągle przygnębieni, niektórzy z nich ograniczeni lub ^{ociekali} ~~wrażenie~~ umysłowo. Psychopaci, którzy sprawiają - początkowo - normalnych. Potrafią oni zyskać sympatię oficerów /wskutek umiejętności towarzyskich, schlebiania itp./, ale w toku służby wojskowej zawodzą, okazują się ludźmi próżnymi.

E. i M. Bleuler /1943/ dzieli psychopatów na: pobudliwych, niestałych, żadnych ważności, sensorytywnych, uczuciowo chłodnych, dziwacznych cykloidów, epileptoidów, schizoidów, antyspołecznych, pseudologów, rzekomych pieniaczy, zboczeńców płciowych.

P s y c h o p a c i p o b u d l i w i. Osobników tych cechują niewspółmierne do siły bodźca reakcje uczuciowe. Z zupełnie błahych powodów wpadają oni w gwałtowny, niepohamowany gniew, w czasie którego mogą być niebezpieczni dla siebie i otoczenia.

N i e s t a l i. Psychopatów tych cechuje wielka zmienność nastroju, brak ^{wy} trwałości i duża podatność na sugestię. Są oni kapryśni, w pracy niesystematyczni, ciągle szukają nowych wrażeń. U tego rodzaju psychopatów rozwijają się z łatwością narkomanie - kokainizm, morfinizm, alkoholizm itp.

K ł a m c y i o s z u ś c i. Cechuje ich wzmożona fantazja, przy czym nie są w stanie odgraniczać ściśle świata urojonego od rzeczywistego. Z najlepszą wiarą wypowiadają nieprawdopodobne kłamstwa, wierząc natychmiast w to co powiedzieli. W zachowaniu wykazują chęć "błyszczczenia", imponowania. W pracy charakteryzuje ich brak systematyczności i wytrwałości oraz lekkomyślność. Obraz ten odpowiada zespołowi pseudologia phantastica.

D z i w a c z n i. Są to ludzie szukający odosobnienia, zamknięci w sobie, marzyciele. Wykazują duży chłód uczuciowy i rezerwę wobec otoczenia. Mają bardzo wysokie mniemanie o sobie. Obrażliwi, nieufni.

P s y c h o p a c i o zmienionym chorobliwie nastawieniu seksualnym /zбочeńcy/. Najczęściej spotykane zбочenia to:

- 1/ Homoseksualizm - popęd do osobników tej samej płci.
- 2/ Ekshibicjonizm - obnażanie swych narządów płciowych wobec płci przeciwnej. Wstyd i wstręt widzów powoduje u ekshibicjonisty zadowolenie płciowe.
- 3/ Fetyszyzm - doznawanie zadowolenia seksualnego przy oglądaniu lub dotykaniu pewnych przedmiotów, na przykład bucików, włosów, bielizny itp.
- 4/ Pedofilia - popęd płciowy do dzieci.
- 5/ Sodomia - popęd płciowy do zwierząt.
- 6/ Narcyzm - przeniesienie popędu płciowego na siebie samego. Łączy się z tym niekiedy uporczywy onanizm /masturbacja/.
- 7/ Sadyzm - zadawanie bólu partnerce /partnerowi/ podczas stosunku. Daleko posunięty sadyzm polega na tym, że dla zбочeńca stosunek płciowy **nie jest** konieczny do wywołania orgazmu; wystarcza zadawanie ran osobnikowi płci przeciwnej. Sadyzm prowadzi często do ohydnych mordów.
- 8/ Masochizm - uzyskiwanie zadowolenia płciowego podczas doznawania bólu od partnera.

A n t y s p o ł e c z n i /"moral insanity"/. Psychopatów tych cechuje brak hamulców moralnych, egoizm i okrucieństwo. Obce im są uczucia wyższe - wstyd, poszanowanie cudzej własności, honor, litość, współczucie itp. Znajdują przyjemność w cudzym cierpieniu; aktywnie i z upodobaniem szkodzą otoczeniu. Nie mają poczucia winy za dokonane przestępstwa. Kary wywołują w nich przekonanie o niesprawiedliwym prześladowaniu ze strony społeczeństwa i protest w formie nowych agresji.

Terminy takie, jak: **c y k l o i d z i**, **e p i l e p t o i d z i**, **s c h i z o i d z i**, **r z e k o m i p i e n i a c z e** - odnoszą się do psychopatów, których charakter przypomina swym obrazem klinicznym utrwalone na stałe cechy charakteru osób cierpiących na odpowiednie psychozy: w przypadku cykloidii - chorych na psychozę maniakalno-depresyjną,

epileptoidii - epileptyków, schizoidii - schizofreników, rzekomych pieniaczy - paranoików. Ponieważ psychozy te są opisane dalej, pomijam w tym miejscu ich charakterystykę.

Wychodząc z założenia, że szczegółowe opisy obrazu klinicznego nie mają dla wojska żadnego znaczenia, natomiast istotne w tym wypadku jest to czy dany psychopata utrzyma się w warunkach dyscypliny wojskowej, zaproponowaliśmy w roku 1958 wraz z płk. W. Steinem, żeby dla celów wojskowo-medycznych dzielić psychopatie na 3 grupy: ciężkie, oraz średniego i nieznacznego stopnia.

O ciężkiej psychopatii mówimy wtedy, gdy zdolność adaptacyjna tego typu chorych jest minimalna, a dekompen-sacja łatwa. Oczywiście, ludzie ci nie są zdolni do pełnienia służby wojskowej.

O psychopatii nieznacznego stopnia mówimy wtedy, gdy osobnicy ci łatwo adaptują się i trudno ulegają dekompen-sacji. W stosunku do tych psychopatów nie trzeba stosować specjalnych środków wychowawczych, poza stosowanymi ^{zwykle} w oddziale wojskowym. Utrzymują się oni w ramach dyscypliny wojskowej dość zrećźnie, unikając konfliktów i kar. Jeśli zdarzają się u nich reakcje psychopatyczne, to są to incydenty bardzo rzadkie, krótkotrwałe, niegroźne. Najtrudniejsze jest, oczywiście, określenie psychopatii o średnim nasileniu. Ogólnikowo można byłoby określić, że osobników z tą anomalią cechuje chwiejność zarówno zdolności kompensacyjnych, jak i adaptacyjnych. Osobnicy ci wymagają specjalnego postępowania z nimi, gdyż stosunkowo łatwo wpadają w konflikty z ustalonymi rygorami wojskowymi, z drugiej jednak strony - wykazywać mogą szereg uzdolnień korzystnych dla wojska, na przykład przejawiać męstwo, poświęcenie, odwagę, spryt, zdolności organizacyjne i inne, dużą ambicję itp. Ocenę z jakiego typu psychopatą mamy do czynienia powinien przeprowadzać doświadczony, obeznany ze specyfiką wojskową - psychiatra wojskowy.

W związku z różnymi poglądami na etiologię psychopatii coraz więcej autorów proponuje, aby pojęcie "psychopatia" ograniczyć wyłącznie do tych przypadków, w których można wykryć organiczne uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego. Natomiast te formy psychopatii, których przyczyną są błędy w wychowaniu, wadliwy wpływ otoczenia i podobne czynności^{owe} bodźce - postanowiono nazywać s o c j o - p a t i a m i.

III. Z a b u r z e n i a p s y c h i c z n e p o c h o - d z e n i a e n d o g e n n e g o

Przyczyną tego typu zaburzeń psychicznych jest określony czynnik działający wewnątrz organizmu. Niekiedy można go wykryć bez trudu, jak na przykład w przypadku zaburzeń psychicznych przebiegu nadczynności tarczycy lub przekwitania, kiedy indziej jest zupełnie nieznany, jak na przykład w schizofrenii czy psychozie maniakalno-depresyjnej. W każdym razie w psychozach endogennych proces chorobowy pojawia się i postępuje nieomal niezależnie od warunków środowiska. Ma to duże znaczenie dla orzecznictwa rentowego, gdyż w wypadku rozpoznania psychozy endogennej - stwierdzamy brak powiązania ze środowiskiem, w którym dana osoba dotychczas przebywała, na przykład brak związku z pełnieniem służby wojskowej.

Bardzo groźną i trudną do leczenia psychozą endogenną jest schizofrenia.

1. S c h i z o f r e n i a

Schizofrenia jest jedną z najczęściej spotykanych chorób psychicznych. Na oddziałach psychiatrycznych schizofrenicy stanowią zwykle mniej więcej połowę wszystkich chorych. Statystyka wykazuje, że na chorobę tę zapada średnio 1 - 2 na 1000 osób. Badania zdają się wskazywać, że przyczyną schizofrenii jest wadliwa przemiana białek w organizmie, na skutek czego dochodzi do permanentnego samozatrucia.

Nazwa tej choroby wywodzi się z greckich słów: "schizein" = rozszczępienie i "fren" = umysł, osobowość. Uważa

się bowiem, że najbardziej istotną cechą schizofrenii jest zachwianie równowagi pomiędzy intelektem, uczuciami i wolą czyli rozszczepienie osobowości chorego. W większości przypadków schizofrenii intelekt długo pozostaje w normie, podczas gdy znacznemu upośledzeniu ulega wola i uczuciowość.

Schizofrenia rozpoczyna się najczęściej między piętnastym a dwudziestym piątym rokiem życia. Początek jej może być ostry lub przewlekły. Schizofrenia może trwać przez wiele lat, z okresami pozornie całkowitego zdrowia psychicznego. Należy podkreślić "pozornie", ponieważ każdy nawrót choroby pozostawia choćby niewielki defekt w psychice chorego. U niektórych chorych, nawet nie leczonych, po 2 lub 3 nawrotach proces chorobowy ulega zatrzymaniu. Mają oni przywróconą zdolność do pracy, pozostają jednak zazwyczaj zamknięci w sobie i dziwaczni. Gdy choroba ma przebieg postępujący, wtedy z biegiem lat dochodzi do całkowitego rozpadu osobowości, a nawet otępienia. Rozróżniamy 4 postacie tej choroby: zwykła - schisophrenia simplex, paranoidalna - schis.paranoides, katatoniczna - schis.catatonica, hebefreniczna - schis.hebephrenica.

W SCHISOPHRENIA SIMPLEX na pierwszy-plan wysuwa się powoli narastające stępienie uczuciowe. Chory uprzednic żywotny, pracowity interesujący się nauką, sztuką - stopniowo coraz bardziej obojętnieje, zaniedbuje obowiązki zawodowe, rodzinne, przestaje interesować się kinem, teatrem, książkami. W końcu przestaje pracować zawodowo, przebywa tylko w domu, unika towarzystwa, staje się drażliwy, może popełniać czyny społeczne. Ponieważ krytycyzm ma zachowany, silniej zaatakowany - stara się umotywować swoje postępowanie, najczęściej jednak w sposób bezsensowny.

Schizofrenia ta rokuje raczej źle, prawdopodobnie dlatego, że podstępny przebieg choroby opóźnia początek leczenia i chorzy dostają się do szpitala już po wielu miesiącach jej trwania. Po dłuższym czasie - obok stępienia uczuciowego - rozwija się otępienie intelektualne pod postacią dezorientacji i zaburzeń pamięci.

POSTAĆ PARANOIDALNA zaczyna się zazwyczaj znacznie później, często nawet po trzydziestym roku życia. Na pierwszy plan wysuwają się powoli narastające, początkowo dość logiczne, następnie coraz bardziej bezsensowne urojenia - głównie prześladowcze i wielkościowe doprowadzające do konfliktów z otoczeniem. Urojeniom towarzyszą halucynacje wzrokowe, słuchowe, węchowe oraz dotykowe. Chory zachowuje się dziwacznie.

Bardzo typowymi dla schizofrenii paranoidalnej są różnego rodzaju zaburzenia w toku myśli. Jedni pacjenci skarżą się na ciągłą pustkę w głowie, "uciekanie" myśli i to właśnie w chwili, gdy chcą coś powiedzieć. Inni podają, że mają w głowie olbrzymi natłok rwących się myśli. Bardzo wielu chorych sądzi, że myśli, które odczuwają, nie są ich własne, - lecz nadawane do ich mózgu w różny sposób przez obce osoby. Często chorzy podają, że akcja serca, ruchy, chód itd. kierowane są przez innych. Czasami chory mówi coś i następnie dziwi się, jak mógł coś podobnego powiedzieć - widocznie to ktoś inny mówił przez niego. Schizofrenicy często odnoszą wrażenie, że pozamieniano im części ciała - zęby, włosy, serce, nogi itp. Nierzadko prowadzą jakby podwójne życie - orientując się w rzeczywistym czasie, miejscu i przestrzeni prowadzą jednocześnie inne życie w urojonym przez siebie świecie. Najczęściej kryją się z tym, lub przynajmniej nie afiszują. Uważając jednak życie urojone za bardziej wartościowe, izolują się od otoczenia, zamykają w sobie, tworząc własny - oderwany od społeczeństwa - świat. Objaw ten nazywamy AUTYZMEM. Jest on typowy dla schizofrenii w ogóle, a w szczególności dla schizofrenii paranoidalnej.

POSTAĆ KATATONICZNA zaczyna się nagle, najczęściej w okresie dojrzewania płciowego. Początkowo występuje podniecenie ruchowe - chorzy drą wszystko na sobie, gryzą, powtarzają ciągle to samo zdanie. Podniecenie może przejść w STUPOR KATATONICZNY, kiedy to chory leży w bezruchu lub stoi w dziwacznej pozycji, nawet bardzo długo. Łączy się to często z katalepsją - chory utrzymuje nadane mu kształty.

Chorem może on nagle ocknąć się ze stuporu i popełnić samobójstwo czyjś. Pora tym chorey może być we względnym kontakcie z otoczeniem, ale występują u niego negatywizm czynny lub bierny albo automatyczna uległość rozkazom itd. Zachowanie dziwaczne polegające na grymasach, wykonywaniu wciąż tych samych ruchów kończynami, pisanu godzinami tego samego zdania itp. Schizofrenia katatoniczna ma często przebieg okresowy: po stanach zaostrenia następują tzw. remisje /zwolnienia/, w czasie których pacjent jest niemal zupełnie zdrow.

POSTAC HEBEFRENICZNA ma początek ostry. Chorych cechuje niepokój ruchowy, zachowanie ich jest przy tym zupełnie nielogiczne, bezcelowe. Czyny ich mają często charakter błazeństw: na przykład rozbieranie w domu pieca kaflowego, wylwanie obiadu sąsiadowi za kołnierz, ciągle dziwaczne, rozśmieszające otoczenie grymasy itp. Ich język jest dziwaczną polszczyzną "ozdobioną" niezrozumiałymi zwrotami o śmieszym brzmieniu. Po przeminięciu ostrego stanu chorey uspokajają się, jednakże w dalszym ciągu ich zachowanie cechuje błazeńska wesołość.

Opisane postacie schizofrenii występują bardzo często w powiązaniu ze sobą.

2. P s y c h o z a m a n i a k a l n o - d e p r e s y j - n a /okresowa/.

Choroba ta występuje dużo rzadziej niż schizofrenia. Charakteryzuje się okresowo występującymi /najczęściej na przemian/ stanami manii lub depresji. Okresy chorobowe - trwają przeciętnie 2-3 miesiące i są od siebie oddzielone okresami pełnego zdrowia, często kilkuletnimi. Większość chorych zachowuje pamięć przeżytego stanu. Niektórzy pacjenci cierpią wyłącznie na stany maniakalne, inni mają wyłącznie stany depresyjne. Na ogół jednak manie przeplatają się z depresjami. Psychoza ta rozpoczyna się zwykle w okresie pokwitania i trwa całe życie. U kobiet zdarza się dwa razy częściej niż u mężczyzn.

3. C z ł ę a - p a r a n o i a

Jest to choroba psychiczna rozwijająca się powoli, której przyczyny powstawania nie są znane.

Paranoia powstaje zwykle między dwudziestym a czterdziestym rokiem życia, rozwija się stopniowo i trwa przez wiele lat. Głównym jej objawem jest zespół urojeń, zazwyczaj prawdopodobnych w swej treści i powiązanych w logiczne systemy. Urojenia te coraz bardziej narastają, aż zwracają swoją anormalnością uwagę otoczenia - zdarza się to zresztą często dopiero po latach choroby. Początkowo nikt nie podejrzewa, że ma do czynienia z chorym psychicznie. W czasie potocznej rozmowy paranoik sprawia wrażenie zupełnie zdrowego, jest zwykle /do czasu/ świetnym pracownikiem, potrafi zachowywać się swobodnie i rzeczowo. To, że rozmówca jest chory, przypuszczamy wtedy, gdy wyraża on przekonanie, iż z powodu jego nadzwyczajnych zdolności zawodowych wszyscy koledzy /powodowani zazdrością/ utworzyli tajny związek przeciwko niemu, mający na celu zniszczenie go. Chory omawia szczegółowo metody ich postępowania, twierdząc, iż rozpoznaje swoich wrogów po uśmiechach, porozumiewawczych spojrzeniach, charakterystycznych gestach, a nawet pewnych cechach ubioru.

O swych urojeniach mówi tak sugestywnie i rzeczowo, że otoczenie mu wierzy. Dopiero gdy po latach choroby urojenia stają się jawnie bezkrytyczne /pacjent twierdzi, że szajka jego wrogów przekupiła rząd i sejm celem przeprowadzenia dekretu o jego ubezwłasnowolnieniu i osadzenia go na bezludnej wyspie itd./ i jednocześnie chory zaczyna być agresywny, starając się czynnie zwalczyć rzekomych wrogów - ludzie zaczynają domyślać się, że mają do czynienia z chorym psychicznie.

Inteligencja, orientacja, pamięć zachowana jest przez cały czas choroby. Krytycyzm upośledzony jedynie w odniesieniu do zespołu urojeniowego. Chory mimo rozwiniętej już choroby, może przez wiele lat pracować na odpowiedzialnym

stanowisku i mieć doskonałą opinię u przełożonych.

Odróżnia się wiele form obłądu, uzależnionych od wpływu środowiska, w którym chory przebywał. Dość pospolicie spotyka się PARANOICIE PIENIĄCZĄ, której bezpośrednią przyczyną bywa zwykle przegrana sprawa sądowa. Chory mimo blatego wyroku czuje się głęboko pokrzywdzony, wobec czego stale apeluje, ściąga coraz to nowych świadków, skarży sąd o stronniczość, wikła się w nowe sprawy itd.

Dość często spotyka się również OBŁĘD WYNAŁAZCZY i OBŁĘD Z UROJENIAMI NIEWIARY MAŁŻEŃSKIEJ. W pierwszym przypadku pacjent twierdzi na przykład, że wynalazł niezwykłą maszynę, a zawistni wrogowie nie chcą dopuścić do jej opatentowania, w drugim - jeden z małżonków posądza drugiego o zdradę, przy czym rzekome dowody zdrady mają wszelkie cechy urojeń. Niezbitym dowodem zdrady są na przykład podkrążone oczy, chęć zapalenia papierosa w czasie rozmowy z mężem, który niespodziewanie wrócił do domu, wymienione spojrzenie z przygodnie spotkaną osobą płci przeciwnej itp. Chorzy z urojeniami niewiary małżeńskej całymi godzinami śledzą współmałżonka, sypiają z siekierą pod łóżkiem, aby zabić rywala, zakładają pasy cnoty, przywiązują się na noc do małżonki.

- Klasyczny obłąd jest chorobą względnie rzadko spotykaną. Natomiast dużo częściej spotyka się stany paranoiczne, wywołane reaktywnie lub na skutek zatrucia /alkohol/, urazów czaszki i innych bodźców egzogennych. Stany te mogą łudząco przypominać prawdziwą paranoję.

4. Choroby psychiczne okresu przekwitania i starzenia się. Psychozy inwolucyjne.

Psychozy inwolucyjne dzielimy na psychozy okresu przekwitania /KLIMAKTERYCZNE, od słowa climax - przekwit/, PSYCHOZY PRZEDSTARCZE I OTEPIENIE STARCZE.

U podłoża zaburzeń psychotycznych okresu inwolucji leży wyczerpanie, a w końcu zużycie się komórek ośrodkowego

układu nerwowego, w szczególności kory mózgowej: komórki wyrodniają, objętość mózgu zmniejsza się. Znaczące zmiany makroskopowe i mikroskopowe znajdujemy w układzie nerwowym dopiero w psychozach starczych. W psychozach przedstarczych a zwłaszcza klimakterycznych zmiany w komórkach nerwowych mają raczej charakter biochemiczny.

Ze względu na indywidualne różnice w procesie starzenia trudno jest określić kiedy powstają psychozy inwolucyjne. Orientacyjnie przyjmujemy, że zaburzenia psychiczne wieku przekwitania u kobiet przypadają na okres między 40 a 48 rokiem życia, u mężczyzn na okres 48 - 55 rok życia. Psychozy przedstarcze u obu płci występują zwykle między 55 a 60 - 65 rokiem życia. Z otępieniem starczym spotykamy się zwykle po 70 roku życia, chociaż niekiedy /rzadko/ objawy tej choroby obserwować można i po 60 roku życia.

PSYCHOZY OKRESU PRZEKWITANIA mogą mieć początek przewlekły, najczęściej jednak rozpoczynają się nagle, wyzwolone jakimś ciężkim przeżyciem /np. śmierć osoby bliskiej, aresztowanie itd./, infekcją /grypa, angina/, intoksykacją. Czynniki zwiększającymi możliwość wybuchu psychozy są: przemęczenie, alkoholizm, wyniszczenie organizmu chorobą lub niedożywieniem itp.

Najczęściej chorzy popadają w stan depresji.^{1/} Poczucie choroby jest nie tylko zachowane, ale nawet i przesadzone - wypytywani skarżą się na różnorodne dolegliwości. W chorych występuje niepokój ruchowy, są oni trwożliwi, niepokojni, wypowiadają często urojenia samooskarżenia i grzeszności - twierdząc, że z powodu grzechów popełnionych dawniej są potępieni, nie ma dla nich ratunku ani nadziei, powinni jak najprędzej umrzeć, aby uwolnić otoczenie od swego hańbiącego towarzystwa.

^{1/} Depresja klimakteryczna różni się od depresji typowej dla psychozy depresyjno-maniakalnej tym, że twarz chorego nie wyraża zwykle tak głębokiego smutku, lecz raczej lęk.

W psychozach okresu przekwitania na ogół nie ma objawów głębszego uszkodzenia intelektu, pod postacią zaburzeń pamięci, orientacji itp. Kobiety chorują dużo częściej psychicznie w okresie przekwitania niż mężczyźni.

PSYCHOZY PRZEDSTAROCZE cechuje z jednej strony burzliwy przebieg, a z drugiej - dołączenie się do zasadniczych zespołów psychopatologicznych mniej lub więcej nasilonych objawów otępiennych - zaburzeń pamięci, orientacji, osłabienia ogólnego krytycyzmu, chwiejności uczuciowej itp. W okresie przedstaroczym stosunkowo najczęściej obserwuje się zespoły depresyjne i urojeniowe. O ile psychozy okresu przekwitania rokują zasadniczo dobrze, o tyle psychozy przedstarocze przechodzą często w otępienie starcze, rokując w związku z tym dużo gorzej.

OTĘPIENIE STARCZE jest następstwem histologicznie stwierdzonych zmian zwyrodnieniowych w komórkach mózgowia, które to zmiany rozpoczynają się zwykle po 70 roku życia, niekiedy nawet wcześniej. Typowym objawem jest tu stopniowo pogłębiający się zespół psychoorganiczny: pamięć słabnie, pojawiają się konfabulacje,^{1/} orientacja co do miejsca, czasu i otoczenia jest poważnie osłabiona, krytycyzm obniżony, nastrój chorego ulega ciągłej zmianie - od głębokiego smutku do niespodziewanej radości. Chorzy stają się w typowy sposób egoistyczni, obojętni, przestają pracować, domagają się wrośliwej opieki, dobrego wyżywienia. Często występuje przy tym nadmierne pobudzenie seksualne, skierowane przeważnie do młodoletnich. W dzień chorzy są senni, natomiast w nocy nie mogą zasnąć, krzątają się, stają się gadatliwi. W cięższych przypadkach mogą rozwinąć się urojenia, przeważnie prześladowcze i samoponiżenia.

1/ Konfabulacja - objaw, polegający na wypełnianiu luk pamięciowych naprędce zmyślonymi kłamstwami. Np. gdy pytamy o 8.00 rano chorego, co jadł dziś na obiad, a on nie pamięta, że obiadu jeszcze nie było - zamiast powiedzieć, że nie pamięta, wylicza z fantazji rzekome dania. Od łac. "fabula" - bajka.

Niektórym chorobom przemiany materii, jak np. przykład ^{Łozgu} nadczynności tarczycy, cukrzycy, a także guzom /nowotworowym i innym/ oraz procesom zwyrodnieniowym tkanki nerwowej - mogą również towarzyszyć endogenne procesy psychotyczne.

IV. Zaburzenia psychiczne pochodzenia egzogennego

Zaburzenia tego typu powstają w następstwie działania szkodliwych czynników ze środowiska zewnętrznego organizmu.

Czynniki te dzielimy na:

- 1/ urazy psychiczne,
- 2/ zatrucia środkami uszkadzającymi tkankę nerwową,
- 3/ infekcje /choroby zakaźne/ układu nerwowego,
- 4/ urazy mechaniczne czaszki, które prowadzą do uszkodzenia mózgowia,
- 5/ zaburzenia psychiczne w przebiegu padaczki.

Różnorodne bodźce wywołują często zaburzenia psychiczne zbliżone do siebie pod względem klinicznym. Niemniej jednak w większości wypadków czynnik przyczynowy swoiście rzutuje na obraz choroby, co pozwala na klasyfikowanie ^{ich} egzogennych zaburzeń psychicznych według etiologii.

1. Choroby spowodowane urazem psychicznym

Zaliczamy do nich NERWICE I PSYCHOZY REAKTYWNE. Bliższego wyjaśnienia wymaga samo pojęcie urazu psychicznego. Należy je traktować bardzo szeroko uwzględniając indywidualne cechy człowieka, który doznaje urazu tego typu. Urazem psychicznym jest niewątpliwie wielkie nieszczęście, jak śmierć kogoś bliskiego, ale dla konkretnej osoby urazem o nie mniejszej sile może być nawet słowo, lub zdanie -

w zasadzie obojętne dla innych. Jak wykazały badania Pawłowa i jego uczniów, siła reakcji na uraz psychiczny zależy od typu układu nerwowego człowieka.

Poważne zmiany w psychice wywołują nie tylko urazy o jednorazowym gwałtownym działaniu. Równie niebezpieczne następstwa mogą mieć drobne, przez długi czas powtarzające się przykrości, zawody i niepowodzenia życiowe. Wpływają one na zmniejszenie odporności psychicznej, wywołując stan **frustracji**.^{1/} Nerwice wywołane w taki sposób nazywane są "nerwicami korozyjnymi", od słowa "korozja", oznaczającego powolne niszczenie konstrukcji metalowych pod wpływem działań atmosferycznych.

Uraz psychiczny działa szkodliwie tylko na psychikę. Nie można nim/bezpośrednio/ uszkodzić wątroby, kości czy płuc. Osoba poddana urazowi psychicznemu nie zawsze zdaje sobie sprawę z jego działania. Większość urazów psychicznych ma swoją genezę w wadliwej strukturze społecznej. Zawiść, pieniactwo, złośliwe utrudnianie sobie życia, niesprawiedliwe traktowanie podwładnych, podejrzliwość, donosicielstwo, obłuda, wadliwie ułożone życie seksualne, niehigieniczny tryb życia, nadużywanie alkoholu itd. - wszystkie te często spotykane przejawy życia, typowe dla współczesnego-cywilizowanego społeczeństwa, mają charakter nerwicorodny.

a/ N e r w i c e /psychonerwice/

Terminy te /używane obecnie zamiennie/ odnoszą się do jednego z najbardziej skomplikowanych i ważnych działów nie tylko psychopatologii, ale i medycyny.

nerwice

Wydaje się, że nie będzie przesady, jeżeli zaliczymy do najbardziej rozpowszechnionych i najbardziej charakterystycznych chorób XX wieku. Doniesienia z całego świata podkreślają stały wzrost występowania schorzeń, które od dawna

^{1/} Frustracją nazywamy stan emocjonalnego napięcia, objawiający się mniej lub więcej jawnym niezadowoleniem z życia, spowodowany niepowodzeniami w realizacji pożądaných celów życiowych.

nosili mianem nerwicy, jak i wielu innych, które tradycyjnie traktowane były jako somatyczne, a które ostatnio zaliczono do chorób psychogennych /na przykład nadciśnienie, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy/.

Podkreślić należy, że nie ma dokładnych statystyk, w pełni potwierdzających te doniesienia. Składa się na to wiele przyczyn. Najważniejsze z nich to:

- 1/ Większość chorych na nerwice nie trafia nigdy do szpitali w związku z czym nie są oni dokładnie opisani, przebadani i zarejestrowani.
- 2/ Większość chorych ambulatoryjnych stara się leczyć prywatnie, czego przyczyną jest lękliwość, przesadnie złe przekonanie o swym stanie, brak wiary w wiedzę lekarską, potrzebę sugestywnego traktowania, intymność choroby itp. Z tych samych powodów wielu pacjentów leczy się również u znachorów.
- 3/ Niektórym chorym, niedoświadczeni lekarze stawiają fałszywe rozpoznanie, przeważnie jakiejś choroby somatycznej albo symulacji.

Mimo tych zastrzeżeń przybliżone statystyki niemieckie, szwajcarskie i amerykańskie określają odsetek pacjentów - którzy zgłaszają się do lekarzy bez jakichkolwiek organicznych zmian - na 50-80%. W naszym kraju odsetek ten jest, prawdopodobnie niższy, ale duża częstość ich występowania staje się i u nas poważnym problemem. Stwarzają one również wiele innych kłopotliwych zagadnień zarówno natury praktycznej, jak i teoretycznej. Przede wszystkim rzadko kiedy lekarz ogólnie praktykujący lub lekarz specjalista z dziedzin nie związanych z neurologią i psychiatrią jest w stanie z całkowitą pewnością odrzucić somatyczne tło choroby, z którą zgłosił się do niego pacjent, i ze spokojnym sumieniem rozpoznać nerwicę. Ostateczne rozpoznanie wymaga zazwyczaj konsultatywnego zbadania chorego przez kilku specjalistów, w tym z reguły przez neurologa i psychiatrę.

Jeśli jest to niemożliwe, może powstać tak zwana jatrogenna sytuacja,^{1/} polegająca na tym, że pacjentowi udaje się zasugerować lekarza i ten prowadzi go jako chorego somatycznie bądź też lekarz lekceważy skargi chorego i traktuje go jako symulanta czy agravanta, co wtórnie stwarza wiele konfliktów.

Również lekarz wojskowy bywa częstokroć w kłopotliwej sytuacji, gdy ma ocenić zdolność do służby wojskowej osobnika zdradzającego objawy nerwicy, a przy tym zdrowego i sprawnego fizycznie.

Warto też dodać, że w wojsku nerwice stały się nieomal chorobą zawodową kadry. Leczenie oraz profilaktyka nerwic staje się powoli kluczowym problemem służby medycznej wojska.

W związku z trudnością krótkiego zdefiniowania nerwicy podaję zestawienie najważniejszych cech tej choroby, występujących w każdej postaci nerwicy.

Do swoistych cech nerwic zaliczamy:

- 1/ urazy psychiczne jako czynnik wywołujący,
- 2/ brak objawów uszkodzenia organicznego tkanek, a w szczególności ośrodkowego układu nerwowego,
- 3/ zaburzenia psychiczne w przeważającej liczbie wypadków o charakterze zmian ilościowych, a nie jakościowych /osobowość nie zmieniona/,
- 4/ większość zaburzeń dotyczy życia emocjonalnego - zaburzenia te /lęk, depresja, dysforia/^{2/} zdają się być objawami pierwotnymi,
- 5/ poczucie choroby zachowane, a nawet wyolbrzymione,
- 6/ zmiany psychiczne, a także fizyczne, w zasadzie odwracalne, zejście ich bez defektu,
- 7/ przebieg przewlekły, tendencje do nawrotów,

-
- 1/ Choroba jatrogenna - spowodowana jest błędem sztuki lekarskiej - złym leczeniem albo błędnym postępowaniem lekarza /grec. iatros - lekarz, genos - pochodzenie/.
 - 2/ Dysforia - stan prymitywnych afektów /złości, wściekłości, rozdrażnienia itd./, występujący nagle bez widocznej zewnętrznej przyczyny, a zatem endogennie. Typowy dla ludzi z organicznym uszkodzeniem mózgu.

6/ obraz kliniczny przeważnie odpowiada któremus z znanych /poniżej omówionych/ zespołów nerwicowych.

O rozpoznaniu nerwicy decyduje stwierdzenie w s z y s t k i c h wyżej wymienionych cech.

Mimo psychogennej przyczyny choroby, pacjent nie jest jeszcze w całym tego słowa znaczeniu chory psychicznie. Granicy między stanem, który określamy jako nerwiczny, a stanem, który jest już "psychotyczny", nie da się jednak ściśle wyznaczyć.

Podaję opis kilku najczęściej spotykanych nerwic.

NEURASTENIA jest nerwicą, spowodowaną wyczerpaniem komórek kory mózgowej. Przyczyną jej jest długotrwałe przemęczenie psychiczne i fizyczne, do którego dołączają się drobne ale przykre i ciągle powtarzające się urazy psychiczne. Jest to więc choroba atakująca najczęściej ludzi zajmujących odpowiedzialne stanowiska, wymagające ciągłego napięcia nerwowego. Do neurastenii najlepiej pasuje wspomniane już uprzednio określenie "nerwicy korozyjnej", to znaczy powstałej jakby w następstwie stopniowej "koroźji psychicznej".

Ważnymi czynnikami przyczyniającymi się do powstania neurastenii są schorzenia ogólnie osłabiające organizm, jak: infekcje, anemizacja, różnego rodzaju zatrucia i przez to obniżające także sprawność układu nerwowego.

Objawy: jak w zespole neurastenicznym.

W okresie początkowym choroby skarżą się na brak opanowania, wybuchowość, płaczliwość, rozdrażnienie, zaburzenia snu i osłabienie potencji. Do tego dołączają się liczne zaburzenia wegetatywne, jak: kołatanie serca i bóle w jego okolicy, bóle głowy, zaburzenia jelitowe, skłonność do rumienienia się i blednięcia. Neurastenik - mimo tych wszystkich zaburzeń - może pracować niezwykle wydajnie.

W odróżnieniu od hysterii - neurastenicy - zwierzają się ze swych skarg jedynie osobom zaufanym, a przed szerszym otoczeniem ukrywają je wstydliwie. Zbyt intensywna praca prowadzi ich w końcu do całkowitego załamania. Wystąpić może

poczucie bezsilności, nieprzydatności życiowej i głębokie depresyjne przygnębienie. Pojawiać się mogą lęki, fobie i natręctwa, zaburzenia pamięci, niemożność skupienia uwagi. Objawy te potęgują się na skutek nadmiernego ich analizowania przez pacjentów.

HISTERIA jest nerwicą o bardzo skomplikowanym i różnorodnym obrazie klinicznym. Wbrew powszechnej opinii jest to nerwica raczej rzadko spotykana i - jak się zdaje - występuje głównie u osób z pewnymi charakterystycznymi rysami osobowości.

W większości wypadków rozpoczyna się nagle jako reakcja na jakąś trudność życiową - chory nie znajdując wyjścia z sytuacji reaguje napadem drgań, kołataniem serca, porażeniami itp. Objawy te mają piętno nienaturalności, teatralności; chory robi wrażenie, że "gra" swoją chorobę przed otoczeniem. Z tego powodu historycy są z reguły posądzeni o symulację. Należy jednak pamiętać, że histeria jest istotnie chorobą. Historyk mimo swej teatralności nie symuluje objawów; ma on głębokie poczucie choroby, szukając w niej - w sposób nieświadomy - ucieczki przed trudnościami żywotnymi. Traktowanie historyków, jako symulantów pogarsza ich stan zdrowia i opóźnia wyleczenie. Objawy histerii mogą imitować różne cierpienia somatyczne i psychiczne. Z tego względu nazywa się tę nerwicę wielką naśladowczynią. Ogólnymi cechami histerii są:

- 1/ Nienaturalność, teatralność w zachowaniu się i postępowaniu oraz w objawach chorobowych. Chory gra swoją chorobę jak na scenie, objawy potęgują się wobec liczego audytorium, znikają gdy pacjent jest sam. Historyk jakby stara się wzbudzić współczucie dla swojej choroby, udowodnić wszystkim, że jest śmiertelnie chory.
- 2/ Drażliwość i sugestywność.
- 3/ Brak wytrwałości i niechęć do rozumnego pokonywania trudności żywotnych. Historycy nie potrafiąc znaleźć wyjścia z trudnych sytuacji, reagują na nie płaczem, krzykiem lub porażeniami historycznymi.

Spśród najczęściej spotykanych objawów histerii wymienić należy:

dużo

- 1/ Napady drgawkowe, przypominające napady padaczkowe.
- 2/ Różnego rodzaju porażenia, będące następstwem lokalnych ognisk zahamowania w korze mózgowej: porażenie rąk, nóg, zaniemówienie lub ogłuchnięcie histeryczne, znieczulenie skóry itp.
- 3/ Napady krzyku, śmiechu, czkawki, podniecenia ruchowego itp.
- 4/ Stany snopodobne /w psychozach histerycznych/. Pacjent przeżywa w nich różne sceny, które są wspomnieniami, marzeniami lub sugerowane przez otoczenie.
- 5/ W przebiegu histerii zdarzają się również stany automatyczne, podobne do padaczkowych, lunatycznych itp.

Zaburzenia psychiczne w histerii przebiegają przy pełnym lub częściowym zniesieniu świadomości.

Ważną wskazówkę rozpoznawczą stanowi dla histerii wyraźna łączność poszczególnych objawów z ich przyczynami. Na przykład chory obawiając się wymyślań - głuchnie, bojąc się, że wybuchnie i powie coś niewłaściwego - traci mowę, odczuwając lęk przed udaniem się na front - traci władzę w nogach itp.

Czasami bodziec wywołujący histerię działa w bardzo odległym czasie /nierzadko we wczesnym dzieciństwie/ i tłumiony jest przez różne mechanizmy obronne psychiki. Okresowe osłabienie układu nerwowego, względnie niekorzystny układ sytuacji sprzyjający odnowieniu utajonego urazu - ułatwia wybuch histerii; utrudnia to jej rozpoznanie i leczenie.

PSYCHASTENIA

Psychastenia jest nerwicą spotykaną bardzo rzadko. Przyczyną jej powstania są te same czynniki, które wywołują neurastenię.

Psychasteników charakteryzuje wzmożona skłonność do mędrkowania, bezbarwnych rozważań, długotrwałego analizowania poczynień własnych i cudzych. Przed wykonaniem jakiegoś czynu psychastenik godzinami zastanawia się, wyszukuje wszystkie możliwe

świadomości i w końcu - zahamany - zamierzonej czynności nie wykonuje. Rozumie on przy tym błędność swego postępowania, co jednak nie przyczynia się do wzmożenia aktywności, a raczej jeszcze więcej osłabia jego wolę. Psychastenii rozwinętej mogą towarzyszyć natręstwa i lęki oraz /jak gdyby kompensacyjnie/ pseudologia phantastica. Postępowanie psychastenika nacechowane jest uczuciem lękliwej niepewności, braku zaufania we własne siły.

NERWICA NATRĘCTW jest nerwicą, która przez niektórych autorów traktowana jest jako specjalna postać psychastenii. Charakterystyczną jej cechą jest jedno lub wiele natręctw, podporządkowujących sobie z biegiem czasu całe życie psychiczne pacjenta. Opiszano bardzo różnorodne natręctwa, przeważnie powiązane z zawodem i środowiskiem, w którym przebywa chory. Na przykład krawcowa zadrećza się myślą, że połknęła szpilkę, a lekarz, że zapisał zbyt wysoką dawkę leku na receptę. Często spotykanym w miastach natręctwem jest niepewność, czy zakręciło się kurek od gazu.

Mimo przekonania o bezsensowności natrętej ryśli, chorzy nie są w stanie opanować się, powtarzając niepotrzebne czynności: ciągle przykręcanie kurka od gazu, wielokrotne sprawdzanie recepty, prześwietlanie siebie w celu znalezienia szpilki.

NERWICA ZE SKARGAMI HIPOCHONDRYCZNYMI. Jest to nerwica bardzo rozpowszechniona, przy czym większość pacjentów leczy się u internistów. Chorzy skarżą się na bóle i zaburzenia czynności jednego lub wielu narządów ciała. Badanie lekarskie i obiektywne badania laboratoryjne nie potwierdzają faktu, że istotnie idzie o uszkodzenie tej części organizmu, która dotknięta ma być chorobą. Przy niewłaściwym leczeniu nerwica tego typu może doprowadzić do tego, że pacjent nie jest zdolny do pracy; z jednej strony uwaga jego skupiona jest bez przerwy na analizowaniu choroby, a z drugiej - subiektywnie odczuwane dolegliwości wywołują lęk o życie, uczucie napięcia, osłabienie i bardzo złe samopoczucie.

b/ Psychozy reaktywne

Przyczyną psychoz reaktywnych - podobnie jak nerwice - jest uraz psychiczny. W odróżnieniu jednak od nerwicy mamy tu do czynienia z bardzo głębokimi, jakościowymi zaburzeniami psychicznymi, doprowadzającymi do całkowitego zerwania więzi społecznych, upośledzenia czynności intelektualnych, gwałtownych zmian emocjonalnych, zniesienia świadomości. Psychozy reaktywne leczy się jednak bardzo dobrze i nie pozostawiają one po sobie trwałego defektu.

Bezpośrednią przyczyną psychozy jest przeważnie jednorazowy ciężki uraz, na przykład udział w katastrofie, śmierć ukochanej istoty, aresztowanie, itp. Rzadziej jest ona następstwem drobnych, ale ciągle powtarzających się urazów psychicznych.

Schorzenia występują szczególnie łatwo u typów słabych i niezrównoważonych, a także u osobników, których kora mózgowa znajduje się przejściowo w stanie wyczerpania, na przykład w okresie pokwitania i przekwitania, po chorobach zakaźnych, w anemii itp.

Do najczęściej spotykanych postaci psychoz reaktywnych należą:

1/ POSTAĆ RZEKOMO OTEPIENNA /pseudodementia reactiva/.

Stwierdza się w niej objawy przypominające głębokie otępienie intelektualne. Chory nie odpowiada na najprostsze pytania, nie wie ile ma lat, ile jest dni tygodnia, ile palców u rąk; która ręka jest prawa, a która lewa, jak jest pora roku itp. W odmianie tej postaci, zwanej zespołem Gansera, chorzy często odpowiadają na opak i wykonują opacznie czynności na przykład zapalną pocierają o pudełko odwrotną stronę, klucz próbują wkładać do zamku odwrotnie, na rękę mówią noga, na deszcz - śnieg itp. Chorych tych posądza się często o symulację.

2/ POSTAĆ OSŁUPIENIOWA /osłupienie rzekomo katatoniczne/.

Chorzy pod wpływem gwałtownego przeżycia wpadają w stan stuporu katatonicznego, często z zaznaczoną katalepsią.

Od prawdziwej katatonii różni się ta postać przede wszystkim zależnością objawów od warunków zewnętrznych, na przykład w czasie badania osłupienie⁴⁸ zwiększa się, a gdy chory jest na oddziale szpitalnym sam - objawy ustępują.

3/ REAKTYWNE STANY UROJENIOWE - przypominają wybitnie schizofrenię paranoidalną /s. 48..., różniąc się od niej etiologią oraz łatwością ustępowania objawów /często wystarczy środowisko chorego/.

4/ Mogą również wystąpić psychozy reaktywne o charakterze STANÓW POMROCZNYCH, MAJACZENIOWYCH, PODNIECENIA ORAZ REAKTYWNYCH STANÓW DEPRESJI.

2/ Zaburzenia psychiczne wywołane zatruciem organizmu

Liczba środków, które mogą wywołać zatrucie, przebiegające z objawami zakłócenia czynności psychicznych, jest wielka. Niektóre świadomie są używane do oszaleńiania, jak alkohol, morfina, kokaina, peyotl, haszysz, marihuana itp. Z innymi człowiek styka się przypadkowo /wiele jagoda/ lub jest na nie narażony wykonując pewne zawody /dzusiarczki węgla przy produkcji włókien sztucznych, etylina u kierowców samochodowych, oliw w akumulatoriach itd./.

Najpospolitszym środkiem intoksykacyjnym jest alkohol etylowy.

a/ Zaburzenia psychiczne pochodzenia alkoholowego można podzielić na zaburzenia psychiczne w następstwie ostrego zatrucia alkoholem oraz w następstwie przewlekłego nadużywania alkoholu.

Do pierwszej grupy zaliczamy:

- zwykły stan upicia,
- stan patologicznego upicia.

W drugiej grupie można wymienić:

- alkoholizm nałogowy,
- alkoholizm przewlekły,
- okresowe upijanie się /dipsomania/,
- psychozy alkoholowe:
 - najaczenie drżenne /delirium tremens/,
 - halucynozja alkoholowa,
 - psychoza Korsakowa,
 - objęty alkoholowy,
 - inne rzadko spotykane, jak depresja alkoholowa /melancholia alcoholica/, różne zespoły nerwicowe itp.
- padaczka alkoholowa /epilepsia alcoholica/.

W środowisku wojskowym najczęściej spotykamy się z zaburzeniami psychicznymi powstałymi w następstwie zatrucia ^{ostrego} alkoholem.

ZWYKŁY STAN UPICIA Objawy zwykłego upicia są tak powszechnie znane, że rozpoznanie tego stanu nie nastręcza zwykle żadnych trudności.^{1/} Najbardziej jednak obiektywną miarą jest określenie poziomu alkoholu we krwi człowieka.

Mimo iż stan zwykłego upicia jest z punktu widzenia patofizjologii stanem psychotycznym, prawodawstwo polskie - kierując się interesem społecznym - nie zezwala na żadne złagodzenie wymiaru kary w odniesieniu do przestępców działających pod wpływem jednorazowego nadużycia alkoholu.

STAN PATOLOGICZNEGO UPICIA

Znajomość stanu patologicznego upicia - mimo rzadkości jego występowania - posiada wielkie znaczenie, przede wszystkim sądowno-medyczne.

1/ Przy cięższym zatruciu alkoholem może wystąpić stan śpiączki, podobny do śpiączki innego pochodzenia /na przykład cukrzycowej, insulinowej, po wstrząsie czy udarze mózgu itp./ Dlatego też nie dość jasne przypadki tego typu wymagają interwencji lekarskiej, a nawet badania szpitalnego.

stanu

Pod nazwą patologicznego upicia rozumiemy krótkotrwały stan pomroczny, wywołany spożyciem nawet bardzo niewielkiej ilości alkoholu i zakończony głębokim snem. Po przebudzeniu osobnik nie jest w stanie przypomnieć sobie co w tym czasie robił. U podstaw mechanizmu powstawania patologicznego stanu upicia leży trwała lub przemijająca nietolerancja alkoholu. Większość autorów wskazuje, że stan ten szczególnie często zdarza się u osób, które przeżyły wstrząs mózgu / u różnego rodzaju psychopatów, epileptyków i innych/, zdrażdżających takie czy inne objawy organicznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Czynnikiem sprzyjającymi powstaniu tego stanu są: bezsenność, głód, fizyczne i psychiczne wyczerpanie, ciężkie przeżycia afektywne itp.

Rozróżniamy głównie dwie postacie stanu patologicznego upicia - epileptoidalną i paranoidalną. Postać epileptoidalną cechuje nagłe i bardzo głębokie zamroczenie z całkowitym zniesieniem orientacji co do miejsca, czasu i otoczenia oraz silną agresją stosunku do niego. Osoba będąca w stanie patologicznego upicia - biorąc najbliższych ludzi za swych śmiertelnych wrogów - dąży z wyszukanym okrucieństwem i zdecydowaniem do ich unicestwienia. Skupiony i opanowany wyraz twarzy, precyzja ruchów nie nasuwają świadkom przypuszczenia, że agresor - w czasie dokonywania zarzucanych mu następnie w sądzie czynów - mógł być pijany. Charakterystyczny jest również brak dążności do zacierania śladów przestępstwa, późniejszy głęboki sen i niepamięć wsteczna czynów. Wypowiedzi osoby działającej w upojeniu patologicznym świadczą o błędnym rozpoznaniu otoczenia, na przykład: ludzi zebranych w restauracji bierze ona za agentów gestapo, stado wilków itp.

Pozornie jeszcze bardziej naturalnie niż w postaci epileptoidalnej zachowuje się osobnik działający w patologicznym stanie upicia o typie parancidalnym. Nie przypomina on zupełnie pijanego, często prowadzi pozornie dorzeczne rozmowy ze świadkami zajścia, po dokonaniu zbrodni ucieka, sprytnie kluczając. Dopiero wnikliwa analiza wykazuje, że podczas dokonywania czynów działał w lęku, wadliwie rozpoznawał osoby

otaczające /biorąc je za czyhających nań wrogów/ i atakował je w swojej obronie.

Wynika stąd, że bardzo dokładna analiza zachowania się osoby dokonującej czynu przestępczego pod wpływem alkoholu jest niesłychanie ważna, ponieważ ewentualnie może dostarczyć sądowi bezcennego materiału.

ALKOHOLIZM NAŁOGOWY A PRZEWLEKŁY. Granica między tymi dwiema postaciami alkoholizmu jest płynna. Alkoholizm przewlekły jest jakby dalszym etapem alkoholizmu nałogowego, w którym lekarz jest w stanie wykryć organiczne zmiany będące następstwem długotrwałego działania alkoholu. W alkoholizmie nałogowym tych organicznych, utrwalonych zmian w zasadzie nie ma.

Osobnik pijący nałogowo zaczyna dopasowywać wszystkie czynności do tej zasadniczej potrzeby życiowej; stąd rodzi się u niego kłamliwość, fantazjowanie oraz słabną opory moralne w odniesieniu do czynów, mających na celu zachycie alkoholu. Uczucia rodzinne stopniowo wygasają, krąg zainteresowań zaciesnia się wokół zagadnień związanych z-piciem. Dochodzi do coraz częstszych konfliktów z otoczeniem. Przy odpowiednim zadziałaniu środowiskowym możliwy jest powrót z alkoholizmu do abstynencji lub picia umiarkowanego. Poczytalność przestępców, działających w alkoholizmie nałogowym jest pełna.

W alkoholizmie przewlekłym stwierdza się^u badanego zmiany organiczne i psychiczne. Wśród zmian organicznych wymienić można na przykład: brak łaknienia, ranne wymioty, uczucie ciężaru w dołku podsercowym, zgaga itd. Do najważniejszych zmian psychicznych należą: ośpienie intelektualne, osłabienie woli, zainteresowań, pamięci, uczuć^{wyższych}, chwiejność emocjonalna, agresywność, niemoralne zachowanie się, zaburzenia seksualne i inne. Prowadzi to do takich zmian w osobowości, które czynią alkoholika jednostką społeczną. Proces ten określa się mianem psychodegradacji. U osobników z wyraźnie zaznaczoną psychodegradacją można w przypadkach sądowych orzekać znaczne ograniczenie zdolności kierowania postępowaniem w czasie dokonywania zarzucanych czynów.

DIPSOMANIA polega na okresowym występowaniu stanów nie dających się ograniczyć potrzeby picia alkoholu. W takim stanie, który trwa kilka lub co najwyżej kilkanaście dni, chorzy piją wszelkie płyny zawierające alkohol /na przykład wodę kołosańską, spirytus denaturowany, politurę/. Często okres picia okryty jest częściową lub całkowitą niepamięcią. Po najeździe picia następuje okres kilkumiesięcznej abstynencji, w czasie którego może występować nawet wstręt do alkoholu. W przeciwieństwie do innych alkoholików - dipsomani częstokroć upijają się w samotności.

to MAJACZENIA DRZENNE /biała gorączka - delirium tremens/. Jest praktycznie najczęściej spotykana psychoza alkoholowa. Rozpoczyna się przeważnie nagle, wieczorem. Często czynnikiem prowokującym jest jakaś choroba infekcyjna - zapalenie płuc, angina, grypa. Dla choroby tej charakterystyczny jest zespół trzech następujących objawów:

- 1/ Bardzo liczne, zmieniające się szybko omamy wzrokowe /przeważnie wielkie ilości poruszających się drobnych zwierzątek - myszy, królików, małych słoni, pluskiew itp./.
- 2/ Lęk, przeplatany "wisielczym" humorem.
- 3/ Drżenie rąk, nóg i mięśni twarzy.

Chory przeważnie jest pobudliwy ruchowo, nie może spać, cierpi na bezsenność. Stanowi majaczeniowemu towarzyszą często zaburzenia ze strony krążenia krwi - przyspieszenie akcji serca. Czas trwania "delirium tremens" nie przekracza z reguły 6-10 dni; średnio wynosi 2-5 dni. W okresie chorobowym zdarzają się wypadki samobójstw lub agresji.

HALUCYNACJA ALKOHOLOWA /omamica pijacka/. Psychoza ta występuje samodzielnie, bądź jako zejście delirium. Trwa zazwyczaj kilka do kilkunastu tygodni. Zasadniczymi objawami są halucynacje słuchowe i urojenia prześladowcze. Świadomość jest niemal niezmącona, zachowanie chorego - poza przesadnie rozwinętą podejrzliwością w stosunku do otoczenia i odgradzaniem się od najbliższych znajomych i rodziny - nie nasuwa przypuszczenia

choroby psychicznej. Orientacja jest w pełni zachowana. Pacjent w sposób bardzo naturalny słyszy głosy różnych osób z nim rozmawiających. Z treści rozmów wynika, że osoby te znają jego najtajniejsze sprawy. Jedne głosy potępiają go, inne bronią. Chory interpretuje tę omamę zgodnie z urojeniami prześladowczymi - nabiera przekonania, że ^{jego} szajka stoi na drodze, chce go zgładzić lub skompromitować. Działając w obronie chłobliwie zagrożonego bytu, może stać się niebezpieczny dla osób, rzekomo należących do szajki wrogów. Niekiedy, uciekając przed kompromitacją, popełnia samobójstwo. Z tego powodu, a także ze względu na konieczność stosowania intensywnego leczenia psychiatrycznego - chorych na halucynozę należy kierować do szpitala psychiatrycznego.

PSYCHOZA KORSAKOWA jest wyjątkowo ciężkim, przewlekłym i niebezpiecznym schorzeniem występującym jednak dość rzadko. Rozpoczyna się powoli, samoistnie, jako zejście halucynozy lub białej gorączki. Czynniki sprzyjającymi powstaniu tej choroby są miażdżyca, awitaminozy.

Można krótko określić objawy jako zespół organiczny, któremu towarzyszy euforia i zapalenie wielonerwowe, głównie nerwów kończyn dolnych. Pacjent jest zupełnie zdezorientowany, widoczne są znaczne zaburzenia pamięci /występują częste konfabulacje/ i uczuć. Z powodu porażenia kończyn chorey przebywają ciągle w łóżku, co sprzyja powstawaniu odleżyn, które są najczęstszą przyczyną zgonu.

OBŁĘD ALKOHOLOWY zdarza się stosunkowo rzadko. W większości przypadków urojenia paranoiczne dotyczą zazdrości małżeńskiej. Posądzania małżonka o zdradę stają się powoli jedyną treścią myśli, rozmów i postępowania. Chory zwalnia się z pracy, aby śledzić żonę, kontroluje jej pościel i bieliznę, w każdym ruchu, grymasie żony widzi przejaw komunikowania się z kochankiem, sypia z siekierą pod poduszką aby zawsze być gotowym do zabicia go. Żadne argumenty nie są w stanie przekonać chorego o nielogiczności rozumowania i bezpodstawności

zarzutów. W wielu przypadkach dochodzi w końcu do zamordowania żony lub kochanka. Obłąd zazdrości należy odróżniać od zwykłej zazdrości, która bardzo często przybiera u alkoholików znaczne, ale jeszcze nie patologiczne rozmiary. Rozróżnienie to jest częstokroć bardzo trudne. Za obłądem przemawia zupełnie bezkrytyczna ocena przypuszczeń jako niezbi-tych dowodów oraz wiążący się rzekomo logicznie z treścią urojeń niewiary małżeńskiej system innych urojeń prześladowczych - na przykład kochankowie żony tworzą szajkę, żona usiłuje otruć go itd.

W wojsku nadużycia alkoholu niosą ze sobą dużo większe niebezpieczeństwo niż w środowisku cywilnym. Łatwość dostępu do broni, wielka odpowiedzialność związana z pełnieniem służby, konieczność utrzymania ścisłej tajemnicy, stałej gotowości bojowej - to sytuacje nie dające się pogodzić z nadużywaniem alkoholu. Dlatego też daleko posunięta i bezkompromisowa walka z alkoholizmem w wojsku, pomyślana w szczególności jako akcja profilaktyczna, wydaje się szczególnie uzasadniona.

b/ Zaburzenia psychiczne w następstwie zatrucia czteroeetylkim ołowiu / etyliną/.

Najczęściej można spotkać je u kierowców, gdyż czteroeetylek ołowiu jest dodawany do benzyny celem cichszej i wydajniejszej pracy silnika. Przeważnie mamy tu do czynienia z zatruciami ostrymi. Rozpoczynają się one bólami głowy, nudnościami, wymiotami, wzrostem temperatury. U chorego występuje bezsenność i podniecenie ruchowe, które może przejść w stan majaczeniowy, obfitujący w omamy słuchowe, wzrokowe i inne. Świadomość jest zaburzona. Charakterystyczne dla zatrucia czteroeetylkim ołowiu są omamy dotykowe, polegające na tym, że chory ma wrażenie jakby usta miał pełne włosów.

c/ Z a b u r z e n i a p s y c h i c z n e w n a -
s t ę p s t w i e z a t r u c i a o ł o w i e m .

Choroba rozpoczyna się trudno dostrzegalnymi objawami pod postacią apatii, uczucia osłabienia, bólem głowy. W cięższym zatruciu mogą wystąpić stany majaczeniowe lub stany splątania, a niekiedy także stany lękowe z urojeniami prześladowczymi. W przewlekłym zatruciu ołowiem rozwija się czasem zespół objawów, przypominający psychozę Korsakowa. Zaburzeniom psychicznym towarzyszą poważne zaburzenia ze strony układu krążenia /zwrodnienie mięśnia sercowego, nadciśnienie, skleroza naczyń/ i pokarmowego. Występują także liczne ogniskowe objawy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego.

d/ Z a t r u c i e c z a d e m zdarza się bardzo często zarówno w czasie wojny, jak i pokoju. W okresie pokojowym przyczyną zatruc jest przede wszystkim niewłaściwa budowa lub eksploatacja pieców. Rzadziej występują przypadkowe lub samobójcze zatrucia gazem świetlnym.

W przebiegającym typowo ostrym zatruciu tlenkiem węgla obserwujemy narastające stopniowo zahamowanie ruchowe, z osłabieniem woli i przyjemną apatią, a nawet stanem maniakalnym. U uratowanych z reguły występuje niepełna wsteczna, zaburzenia w orientacji, zaburzenia krytycyzmu, utrudniony tok myśli. Czasami jako następstwo zatrucia tlenkiem węgla rozwija się zespół Korsakowa. Niektóre zatrucia tlenkiem węgla przebiegają nietypowo, pod postacią stanu majaczeniowego lub stanu splątania z podnieceniem ruchowym, określanym jako tak zwany szal. Chorzy mogą wtedy być niebezpieczni dla otoczenia.

e/ C h o r o b a p r o c h o w a

Choroba ta polega na zatruciu gazami powstałymi podczas strzelania w przestrzeniach zamkniętych, na przykład okopach, fortyfikacjach itp. Obraz kliniczny zależy tu od tego jakie składniki przeważają w dymach strzelniczych:

tlenek węgla, dwutlenek węgla, czy azotyny. Przy przewo-
żeniu związków azotowych, zatrucie przypomina zatrucie fosgenem.
Przy przewodzie tlenu węgla przebiega ono - jak wyżej. Je-
żeli przewozi dwutlenek węgla, chory zachowuje się jakby w
stanie ostrego upojenia alkoholowego, stąd nazwa "upicia
prochem". Zatruci są pobudzeni, mówią wiele, przeważnie
niełogiźnie, gestykulują, zataczają się. Skarżą się przy-
tym na ból głowy, szum w uszach, zawroty głowy i mdłości.
Po pewnym czasie jak podcięci kładą się i zapadają w sen.
Po obudzeniu mogą wystąpić przemijające objawy zahamowania,
i niepamięć.

3. Zaburzenia psychiczne po cho- dze ni a i n f e k c y j n e g o / zakaźnego/

Wiele chorób zakaźnych, zwłaszcza o ostrym przebiegu,
z wysoką gorączką, wywołuje różne zaburzenia psychiczne. Naj-
częściej są to stany majaczeniowe lub pobudzenia ruchowe
i agresji, przebiegające ze zniesioną świadomością. Zaburze-
nia tego rodzaju występują niekiedy w grypie, w durach, za-
paleniach mózgu i opon mózgowych, a także innych infekcjach.
Rzadziej obserwuje się śpiączkę lub półśpiączkę, stany ur-
jzeniowe lub depresję. Dłużej trwające ciężkie choroby zakaź-
ne dają jako zejście tzw. ASTENIĘ POZAKAŻNĄ. Jest to zespół
objawów polegający na:

- 1/ uczuciu wyczerpania,
- 2/ drażliwości, wybuchowości i chwiejności uczuciowej,
- 3/ zaburzeniach zdolności zapamiętywania i skupienia
uwagi.

Chorzy z astenią sprawiają niekiedy wrażenie ostepiałych
intelektualnie lub zahamowanych schizofreników. Stan ten jed-
nak szybko przemija, wraz z ogólnym powrotem do pełnego zdro-
wia.

Swoiście przebiegają zaburzenia psychiczne, będące póź-
nym następstwem infekcji kiłowej. Często po kilku lub nawet
kilkunastu latach pozornego zdrowia u osób zarażonych kiłą

i nie leczonych, lub źle leczonych, rozwija się groźna choroba psychiczna, zwana PORAŻENIEM POSTĘPUJĄCYM. Polega ona na stopniowym narastaniu ośpienia intelektualnego, wystąpieniu objawów zespołu psychoorganicznego oraz innych /różnych u różnych ludzi/ zespołów psychopatycznych - na przykład stanu maniakalnego, stanu depresji lub urojeniewego. Zaburzeniom psychicznym towarzyszą zmiany neurologiczne, jak zamazana mowa, nierówność źrenic, porażenie nerwów twarzowych i inne. O rozpoznaniu decyduje dodatni odczyn Wassermana we krwi, charakterystyczny dla syfilisu.

4. Z a t u r z e n i a p s y c h i c z n e p o u r a - z i e c z a s z k i

Uraz czaszki należy rozumieć jako mechaniczny uraz mózgowia, przebiegający pod postacią wstrząsu, stłuczenia lub skaleczenia mózgu. W dwu pierwszych przypadkach mamy do czynienia z tak zwanym zamkniętym urazem czaszki, w ostatnim - z otwartym urazem, w czasie którego dochodzi do złamania kości i przecięcia jej odłamkami tkanki mózgowej. We wstrząsie mózgu naruszona jest tylko biochemiczna struktura komórek nerwowych oraz dochodzi do zaburzeń w krążeniu płynu mózgowo-rdzeniowego i krwi. W stłuczeniu powstają w tkance nerwowej ogniska martwicy, spowodowane wylewami krwawymi bądź bezpośrednim uszkodzeniem mechanicznym. Zarówno wstrząs, jak i stłuczenie oraz skaleczenie przebiegają z reguły z dłuższą lub krótszą utratą przytomności, niepamięcią wsteczną i różnego rodzaju zaburzeniami wegetatywnymi. W zasadzie - im cięższe uszkodzenie, tym głębszy i bardziej długotrwały jest okres zaburzeń świadomości oraz poważniejsze następstwa oddalone w czasie. Zdarzają się jednak wypadki, że okres ostrych zaburzeń, związanych bezpośrednio z urazem przebiega lekko /krótkotrwała utrata przytomności, dobry stan ogólny chorego/, a mimo to później dochodzi do rozwoju bardzo poważnych następstw.

W cięższych przypadkach urazu czaszki - po przeniesieniu pierwszego okresu objawów charakterystycznych dla wstrząsu mózgu - u chorych rozwijają się niekiedy: stan majaczeniowy, zespoły podobne do kataleptycznych, zespół urojeniowy lub Korsakowa. Najczęściej zaś obserwujemy przez kilka tygodni lub miesięcy obraz tzw. ASTENII POURAZOWEJ. Chorzy w astenii są spowolniali, bez napędu psychoruchowego; przeważnie leżą w łóżku, samorzutnie nie nawiązują rozmowy, na pytania odpowiadają "byle zbyć", są senni, jakby zmęczeni. Stwierdza się u nich dużą męczliwość psychiczną, spowolnienie ruchów, mowy i toku myślowego, rozproszenie uwagi; drażliwość. Pacjenci skarżą się na bóle, zawroty głowy, płytki sen, uczucie osłabienia.

Niekiedy bezpośrednio po urazie rozwijają się u chorych objawy zbliżone do hysterii; głównie z histerycznym porażeniem mowy i słuchu.

Zazwyczaj po pewnym czasie procesy psychiczne stabilizują się i następuje pozorny powrót do zdrowia. Jednakże obserwacja osób, które przeżyły poważniejszy uraz czaszki, wykazuje bardzo często wyraźne zmiany w ich osobowości. Stają się oni mniej wydajni w pracy, z trudem skupiają uwagę, wykazują chwiejność afektywną /pod postacią skłonności do płaczu i w ogóle większej skłonności do wzruszeń/, nieznaczne zaburzenia pamięci, a w szczególności do zapamiętywania. Skarżą się na bóle i zawroty głowy, mrocзки przed oczami, uczucie wyczerpania. Źle tolerują alkohol. Upijają się małymi dawkami, a objawy zatrucia utrzymują się długo.

Czasami pod wpływem mechanicznego uszkodzenia mózgu dochodzi do trwałej zmiany osobowości, przeważnie pod postacią wykształcenia się psychopatycznych rysów charakteru.

Niekiedy zdarza się też, że wkrótce po wstrząsie mózgu wszystkie objawy zaburzenia czynności psychicznych ustępują i przez wiele lat poszkodowana osoba znajduje się w stanie pozornego zdrowia. Dopiero po dłuższym czasie występują tzw. późne następstwa urazu czaszki, przy czym najbardziej typowe z nich to: padaczka, cerebrastenia pourazowa i encefalopatia pourazowa.

CEREBRASTENIA POURAZOWA przypomina swym obrazem ciężką neurastenię. Chorzy skarżą się na bóle i zawroty głowy, uczucie ciężkości w głowie, mroczki przed oczyma, łatwe męczenie się i drażliwość. W okresie zmęczenia występują zaburzenia pamięci - po odpoczynku pamięć wraca. W cięższych jednak postaciach /przypominających zespół Korsakowa/ pamięć jest istotnie upośledzona. Chorzy stają się wybuchowi, występuje chwiejność uczuciowa. Niekiedy stwierdzić można hipochondryczne myśli lub wręcz urojenia samoponiżenia i odnoszące. Towarzyszą im liczne objawy upośledzenia układu wegetatywnego: przyspieszenie tętna już po lekkim wysiłku, zaczerwienienie twarzy ^{przy} pochyleniu tułowia, drżenie rąk i języka. Chorzy na cerebrastenię wykazują nietolerancję na alkohol - upijają się po kilku kieliszkach, a następnie przez wiele dni cierpią na bóle i zawroty głowy.

Obraz kliniczny ENCEFALOPATII PO URAZIE CZASZKI bywa różny. Przeważnie przypomina bądź to psychopatię /szczególnie postacie, w których chorych określa się jako psychopatów pobudliwych lub niestałych/, bądź cerebrastenię. Obok zmian psychicznych stwierdza się u encefalopatów znaczne zmiany neurologiczne - porażenia, zaburzenia czucia itp.

5. Zaburzenia psychiczne w przebiegu padaczki /epilepsji/

Padaczka charakteryzuje się nie tylko napadami drgawek. U wielu epileptyków występują również ostre oraz przewlekłe zaburzenia psychiczne.

Zaburzenia ostre są przeważnie równoważnikami /ekwiwalentami/ napadów drgawkowych, czyli ujawniają się zamiast nich. Przeważnie towarzyszy im zniesienie świadomości. Najbardziej typowy jest tu tak zwany STAN POMROCZNY ZWYKŁY, który polega na tym, że u chorego nagle na przeciąg minut, godzin lub dni dochodzi do całkowitego zniesienia świadomości. Pacjent jest wówczas zdezorientowany co do miejsca, czasu i otoczenia, trudno z nim nawiązać kontakt, wykonuje niedorzeczne czynności. Drażniony, może być niebezpieczny

dla otoczenia. Stan ten przechodzi nagle, z całkowitą niepamięcią tego, co działo się w czasie jego trwania. W padaczkę może wystąpić tzw. STAN POMROCZNY JASNY, który polega również na całkowitym wyłączeniu świadomości, jednakże chory w tym stanie zachowuje się pozornie poprawnie, prowadzi zwykle rozmowy, porusza się swobodnie itp. Osobowość takiego chorego jest jednak całkowicie zmieniona, a przy tym często przeżywa on przerażające w treści omamy i lęki, staje się agresywny. W takiej sytuacji bywa niebezpieczny dla otoczenia. Kryminalistyka zna wiele przypadków okrutnych zbrodni, dokonanych przez epileptyków w stanach pomrocznych. Do ostrych zaburzeń psychicznych, przebiegających w padaczkę ze zniesioną świadomością, zalicza się także SOMNAMBULIZM/lunatyzm/ oraz stany automatyczne, jak włóczęgostwo /dromomania/ i inne.

Do najbardziej typowych dla ostrych zaburzeń psychicznych, przebiegających z zachowaną świadomością, należy tak zwana DYSFORIA. Polega ona na tym, że nagle bez jakiegokolwiek przyczyny pacjenci stają się rozdrażnieni, zaczepni, by następnie przejść w stan wzmożonego samopoczucia i pełnego zadowolenia z życia. Dysforię chorych na padaczkę określa się niekiedy jako "złe i dobre dni epileptyków".

Przewlekłe zaburzenia psychiczne towarzyszące często padaczkę - to otępienie i tak zwany charakter padaczkowy. OTĘPIENIE polega na ograniczeniu intelektualnym chorych, podobnym do tego, które obserwuje się u starców. Występuje tu zespół psychoorganiczny oraz znaczne obniżenie poziomu wiadomości szkolnych i zawodowych. Myśli biegną niesprawnie, mowa staje się powolna i rozwlekła, występuje objaw zwany "niemożnością wyjścia z tematu"/perseweracja/, sądy chorych są naiwne i egocentryczne.

CHARAKTER epileptyków cechuje długotrwałość przesadnych uczuć. Gdy kogoś lubią, podkreślają to bez przerwy, w rozmowie nie można się od nich oderwać, są usłużni, przesadnie grzeczni. Gdy poczują do kogoś złość, stają się niebezpieczni, ponieważ nie można powstrzymać napadów ich gniewu

i nienawiści. Najmniejsze krzywdy pamiętają latami i w dochodzeniu swoich rzekomych praw zwołują się do zbrodni. Mimo powolności działania, są pobudliwi, drażliwi i wybuchowi. Często są przesadnie religijni, interpretując dogmaty winny w swoisty, egocentryczny sposób. Z pozytywnych cech ich charakteru należy wymienić pedanterię, dokładność czystości i schludność ubioru.

W wielu wypadkach charakter padaczkowy towarzyszy obłąpieniu, a niezależnie od tych obydwu zaburzeń przewlekłych mogą występować także i ostre.

Część trzecia

PROBLEMY PSYCHOPATOLOGII W WOJSKU

Uwagi wstępne

Powszechnie sądzi się, że problemy psychiatryczne nie mają dla wojska większego znaczenia, ze względu na to, iż do służby wojskowej powoływani są wyłącznie ludzie zdrowi. Jednak badania prowadzone przez Katedrę Psychiatrii w Wojskowej Akademii Medycznej - oparte na analizie około 65 000 orzeczeń Centralnej Wojskowej Komisji Lekarskiej - wykazały małą przydatność komisji lekarskich dla poborowych w dziedzinie wykrywania osób z zaburzeniami psychicznymi. Odsetek niedorozwiniętych, którzy przedostali się przez poborowe komisje lekarskie równy jest nieomal 50% liczby niedorozwiniętych, badanych przez te komisje. Natomiast ilość psychopatów, ujawnionych w okresie służby wojskowej jest nieomal czterekrotnie większa od liczby psychopatii stwierdzonych przez komisje dla poborowych. Tego typu fakty nie są czymś zaskakującym, gdyż wykrycie zaburzeń psychicznych jest zadaniem trudnym często nawet dla specjalistów, a co dopiero dla lekarzy nie obeznanych z tym zagadnieniem dysponujących niewielką ilością czasu. Zarówno niedorozwinięci, jak i psychopaci wcieleni niepotrzebnie do wojska stanowią - jak to później wykazę - poważną przeszkodę w utrzymaniu dyscypliny w pododdziałach.

Również w czasie odbywania służby wojskowej ujawniają się różnorodne zaburzenia psychiczne. W grupach: poborowych, szeregowców i oficerów zawodowych - stwierdza się o wiele częściej nerwice, psychozy, niedorozwoje i psychopatie niż tak pospolite choroby, jak: gruźlica płuc, choroby gośćcowe, choroby serca oraz choroby żołądka i dwunastnicy. Wśród podoficerów zawodowych zaburzenia psychiczne występują - w zestawieniu z wymienionymi wyżej chorobami - na drugim miejscu,

po schorzeniach żołądka i dwunastnicy, a u oficerów rezerwy i podchorążych-na trzecim /po gruźlicy płuc i chorobach żołądka i dwunastnicy/. Podobne dane spotkać można także w piśmiennictwie zagranicznym.

Zagadnienie higieny psychicznej w wojsku jest więc poważnym problemem, wymagającym wspólnego opracowania przez zespół psychologów i psychiatrów.

Problemy psychiatryczne nabierają szczególnego znaczenia na współczesnym polu walki. Składają się na to następujące przyczyny: sygnalizowane już w czasie II wojny światowej ogromne rozpowszechnienie tak zwanych "nerwic wojennych", prawdopodobieństwo powstawania panicznych reakcji w związku ze stosowaniem środków masowej zagłady oraz możliwość użycia na polu walki środków psychotropowych, tak zwanych psychogazów. W przyszłej wojnie psychiatra może więc stać się dla organizacji zabezpieczenia medycznego równie niezbędny, jak chirurg.

I. P r o b l e m y p s y c h i a t r y c z n e w w o j - s k u w c z a s i e p o k o j u

Główne zadania psychiatry wojskowego w czasie pokoju - to:

- 1/ wykrywanie w środowisku wojskowym osób niepełnowartościowych psychicznie w celu ich eliminacji z wojska,
- 2/ leczenie nerwic i innych zaburzeń psychicznych u kadry,
- 3/ współpraca z psychologami wojskowymi, z aparatem politycznym i dowódcami w opracowywaniu i realizowaniu zasad higieny psychicznej oraz zapobieganie czynnościowym zaburzeniom psychicznym.

Stosunkowo najłatwiej realizować te zadania w odniesieniu do chorych z czynną psychozą lub ciężkim niedorozwojem. Najtrudniej natomiast wykryć łagodne postacie niedorozwoju oraz psychopatii. Dopiero trwająca dłuższy czas służba wojskowa przyczynia się do ujawnienia tego typu anomalii. Z drugiej zaś strony - liczne badania wskazują na duże potencjalne

niebezpieczeństwo, jakie stwarzają w wojsku niedorozwinięci i psychopaci. Ich obecność wytwarza zawsze w pododdziale at-mosferę niepokoju i zamętu, przyczynia się do łamania dyscypliny oraz wzrostu przestępczości. Zarówno jedni, jak i drudzy nie mogą dostosować się do warunków współczesnego wojska: niedorozwinięci dlatego, że nie są w stanie przyswoić sobie wiedzy wojskowej, a psychopaci dlatego, że nie potrafią poddać się rygorom dyscypliny, która może wytworzyć w nich poczucie prześladowania i wrogości. Szukają oni zatem "obrony" pod postacią samowolnych oddaleń, dezercji, samobójstw, świadomej symulacji choroby lub nieświadomych reakcji histerycznych. Niezależnie od działań przestępczych /w ścisłym tego słowa znaczeniu/ niedorozwinięci i psychopaci dopuszczają się wielu przewinień, wynikających z niedopatrzenia, niezrozumienia lub lekkomyślności, a pociągających za sobą w warunkach wojskowych groźne następstwa.

Z przeprowadzanych przez nas dokładnych badań tego problemu wynika, że 52% dezercji i około 90% samobójstw w wojsku popełniają żołnierze z zaburzeniami psychicznymi, głównie z różnego rodzaju anomaliami charakteru oraz niedorozwinięci. Jest więc oczywiste, że wczesna eliminacja takich osób z wojska mogłaby w znacznym stopniu przyczynić się do zmniejszenia przestępczości oraz ilości nieszczęśliwych wypadków w wojsku.

Decyzja o usunięciu z wojska nie jest taka prosta i może być podjęta dopiero po dokładnym zbadaniu i obserwacji podejrzanego o anomalie psychiki przez psychologa i psychiatrę.

Należy dodać, że zbyt pośpieszna ocena mogłaby prowadzić do poważnych błędów. Wojsko składa się przede wszystkim z młodych, mało dojrzałych osób, które - zwłaszcza przy nagłej zmianie środowiska - mogą zachowywać się pozornie psychopatycznie lub jak niedorozwinięci. Bliższe poznanie ich osobowości pozwala jednak zastosować odpowiednie metody wychowawcze, dzięki czemu tacy pozornie niedorzecznie zachowujący się żołnierze przekształcają się w bardzo wartościowe jednostki.

W związku z tym właściwie zorganizowana służba zdrowia powinna posiadać dobrze rozbudowaną sieć placówek psychologów i psychiatrów wojskowych.

Niezależnie od zadań selekcyjnych psychiatra wojskowy spełnia istotną rolę w dziedzinie profilaktyki i leczenia różnego rodzaju czynnościowych zaburzeń psychicznych wśród kadry. Chodzi tu głównie o nerwice, lżejsze psychozy reaktywne oraz różnorodne zaburzenia, tak zwane psychosomatyczne, przejawiające się głównie objawami internistycznymi /nadciśnienie tętnicze, wrzód żołądka i dwunastnicy, różne dolegliwości sercowe, jelitowe itp./. Występują one często u ludzi obarczonych nadmierną odpowiedzialnością, narażonych na niebezpieczeństwa, zmuszanych do stałej czujności. Szczególną uwagę należy zwrócić na nadużywanie alkoholu w wojsku.

W odróżnieniu od środowiska cywilnego /dla którego najistotniejszy problem stanowi alkoholizm przewlekły/, w wojsku mamy przeważnie do czynienia ze zwykłym stanem upicia oraz - rzadziej - z alkoholizmem nałogowym. Zjawisko to tłumaczy się młodym wiekiem większości żołnierzy oraz ciągłą selekcją kadry, oczyszczanej z niepełnowartościowych jednostek. Z tych samych powodów prawie nie istnieją w wojsku psychozy alkoholowe. Upojenie patologiczne jest równie rzadkie, jak i poza wojskiem.

Największe, w sensie doraźnych skutków, kłopoty wywołują zwykle stany upicia, pod wpływem których dochodzi do przestępstw, będących poważnym naruszeniem dyscypliny wojskowej. Natomiast w alkoholizmie nałogowym może dojść do zupełnego **rozprzętania** dyscypliny, nadużyć ekonomicznych, nadużyć władzy oraz czynów podważających autorytet wojska i jego gotowość bojową.

Istnieje niewiele statystyk przestępstw popełnianych pod wpływem alkoholu, dotyczą one głównie obcych armii. Według Kittela, w wojsku niemieckim w siłach lądowych 28,5% a w marynarce wojennej 45,7% wykroczeń dyscyplinarnych dokonano pod wpływem alkoholu. W latach 1925-1941 odsetek ten wahał się między 20 i 34%.

Wielu autorów podkreśla natomiast ujemny wpływ nadużywania alkoholu na przebieg działań, a nawet całych kampanii wojennych. Według Stiera i Gauthiera, wojska Południa przegrały w Ameryce wojnę secesyjną z wojskami Północy - głównie z powodu szerzącego się pijaństwa. Gauthier twierdzi, że wiele kolonialnych kampanii wojsk francuskich załamywało się na skutek pijaństwa żołnierzy, a Lepine i Gauthier tą samą przyczyną tłumaczą małą operatywność wojska francuskiego w czasie I wojny światowej. Oczywiście, że upadek armii jest skutkiem jej niskiego stanu moralnego, którego alkoholizm jest tylko jednym z objawów.

Przyjęty w wielu armiach kapitalistycznych zwyczaj upajania żołnierzy przed natarciem - alkoholem - jest aktem antyludzkim. Pijany żołnierz jest wprawdzie "odważniejszy", ale wykonując ruchy zbędne, niedostatecznie maskując się i zachowując się mniej ostrożnie - powoduje powstanie większych strat. Istnieje możliwość wytworzenia się nałogu, który po wojnie staje się plagą społeczną.

Także w okresie pokoju istnieje w wojsku wiele czynników sprzyjających nadużywaniu alkoholu, a przede wszystkim współżycie wielu młodych niezmierzonych osobników, wyrwanych z środowiska, z którym przyzwyczaili się liczyć i którzy - nie wiedząc co robić z wolnym czasem na przepustkach - ciągną do restauracji i na zabawy z wyszynkiem. W tego rodzaju zbiorowisku mogą zacząć przywodzić bardziej "przedsiębiorczy" koleśdzy, a między nimi psychopaci, przyzwyczajeni do nadużywania alkoholu jeszcze przed okresem pełnienia służby wojskowej. Uwagi powyższe odnoszą się - z zastrzeżeniami - także do młodszej kadry podoficerskiej i oficerskiej. Badałem zależność przestępczości w wojsku od nadużycia alkoholu, analizując akta prokuratorskie. Pod wpływem alkoholu popełnia się w wojsku około 52% wszystkich przestępstw. Pod wpływem alkoholu dokonano w stanie zwykłego upojenia 89% wszystkich przestępstw, w przebiegu alkoholizmu nałogowego 10%, a jedynie 1% w przebiegu alkoholizmu

przewlekłego oraz w stanie patologicznego upojenia. Około 63% wszystkich przestępstw - dokonanych pod wpływem alkoholu - to wykroczenia przeciwko artykułowi 154 KKWP, to znaczy czyny hańbiące honor, godność i powagę Wojska Polskiego. Są to przeważnie awantury i bójki z osobami cywilnymi, Milicją Obywatelską lub między żołnierzami oraz niemoralne lub nietaktowne zachowanie się. Tego rodzaju przestępstwa są swoiste dla zwykłych stanów upojenia alkoholowego. Poza tym zdarzają się wśród żołnierzy, będących pod wpływem alkoholu samowolne oddalenia się / 24% - dotyczy szeregowców/, wypadki drogowe /11% - dotyczy szeregowców/ oraz różne postacie oporu w stosunku do przełożonych /5%/. W większości przypadków towarzyszyły one przestępstwom z artykułu 154 KKWP. Inne przestępstwa zdarzały się rzadko. Około 77% przestępstw dokonali pod wpływem alkoholu szeregowcy, podczas korzystania z przepustek. Najczęściej dokonywano przestępstw w lokalach rozrywkowych i na ulicy /po 37%/ i w miejscu pełnienia służby /17%/, a najrzadziej w mieszkaniach-prywatnych /4,5%/ oraz w lesie, na łące lub w parku /1%/.

II. P r o b l e m y p s y c h i a t r y c z n e w w o j s k u w c z a s i e w o j n y

Zasadnicze zadania psychiatrii wojskowej w czasie wojny, prowadzonej współczesnymi metodami polegają na selekcji poborowych pod kątem ich przydatności do nowoczesnej armii oraz zapobieganiu i leczeniu chorób psychicznych wśród żołnierzy.

Jednak ich treść jest różnie interpretowana w różnych armiach. W Polsce większość osobników z łagodniejszymi postaciami zaburzeń psychicznych zaliczanych jest do kategorii: "niezdolny do służby wojskowej w czasie pokoju", co niejako sugeruje możliwość wcielania ich do wojska w okresie wojny. Kraje dysponujące wielkimi rezerwami ludzkimi - kategorycznie odznaczają się od wcielania na wypadek wojny poborczych

z jakimikolwiek anomaliami psychiki. Na ogół wszystkie nowocześnie zorganizowane armie zastrzegają właściwe przepisy.

Charakterystyczne dla współczesnej wojny szybkie tempo walki i zmasowanie ognia-wpływają negatywnie na ośrodkowy układ nerwowy człowieka. Po dłuższym czasie pozostawiania w warunkach bojowych - ośrodkowy układ nerwowy nie wytrzymuje ciągłego napięcia uwagi i emocji, braku snu i intensywnej pracy. Zaburzenia czynności intelektualnych i emocjonalnych - mimo zachowania sprawności fizycznej - sprawiają, że żołnierz przestaje być zdolny do dalszego boju.

Zjawisko to znajduje swoje odbicie w statystyce^{znie} stwierdzanej w ostatnich wojnach coraz to większej zachorowalności na tak zwane czynnościowe zaburzenia psychiczne: nerwice i psychozy reaktywne. Wielką liczbę chorób układu nerwowego, a w tym przede wszystkim nerwic, po raz pierwszy zasygnalizowali Rosjanie w czasie wojny 1904-1905. Fakt ten tłumaczono jednak swoistą atmosferą w wojsku carskim, korupcją i bezładem organizacyjnym, które stawały się czynnikiem nerwicotwórczym.

Statystyki niemieckie z okresu I wojny światowej podają, że liczba zachorowań psychicznych ciągle rosła: w sierpniu 1914 roku - 1 chory nerwowo i psychicznie przypadał na 360 rannych, we wrześniu stosunek ten wynosił 1 : 180, w październiku 1 : 48, w listopadzie 1 : 30, a w grudniu 1 : 20. W latach 1915/16 stosunek ten równał się 1 : 10, w latach 1916/17 1 : 9, a w latach 1917/18 - 1 : 11.

Statystyki angielskie z okresu I wojny wskazują na podobne zjawisko: o ile w roku 1914 1 chory nerwowo przypadał na około 30 rannych, to w roku 1915 już na 11 rannych. Rosyjskie źródła^{1/} wykazują, że na woroneskim odcinku frontu chorzy nerwowo i psychicznie stanowili w roku 1914/15 - 1,4% wszystkich rannych i chorych, a w roku 1915/16 - 2,6%. W zasadzie

1/ Por.: Statystyka Siergiejewskiego /na 100 000 rannych i chorych/.

służba medyczna wojsk wszystkich mocarstw /z wyjątkiem może USA/ nie była przygotowana do przyjęcia i leczenia tak wielkiej ilości chorych nerwowo i psychicznie.

W brytyjskich siłach ekspedycyjnych dopiero w kwietniu 1916 roku podczas pierwszej bitwy nad Somą, gdy w ciągu kilku tygodni z powodu "zaburzeń nerwowych" odeszło z wojska 1000 żołnierzy, uznano za konieczne zorganizowanie służby psychiatrycznej. Pod koniec tego roku w każdej armii istniał już specjalny ośrodek diagnostyczny. Również w wielu oddziałach szpitalnych pracowali psychiatrzy i neurologowie. Jednak o konieczności zorganizowania odpowiedniej służby psychiatrycznej w wojsku przekonała brytyjskie władze najbardziej statystyka; w 1917 roku roczna liczba przyjęć psychiatrycznych do szpitali wojskowych wynosiła: 2% w korpusie nieekspedycyjnym, 4% w korpusie ekspedycyjnym, w porównaniu z 1% wśród cywilnej /dorosłej/ ludności Wielkiej Brytanii.

Po I wojnie światowej we wszystkich nienal krajach, które tę wojnę prowadziły, powstała bogata literatura dotycząca zaburzeń psychicznych w warunkach bojowych. Mimo że Polska nie miała wówczas własnej wojskowej służby psychiatrycznej, ukazało się wiele prac z tej dziedziny, na przykład Piltza, Nelkena, Malinowskiego. Ponieważ większość danych odnośnie do kliniki i leczenia chorób psychicznych z okresu I wojny światowej jest obecnie już przestarzała - wydaje się słuszne zwrócenie uwagi na doświadczenia II wojny światowej.

Jak wielkie znaczenie miał problem chorób psychicznych dla wojska amerykańskiego w czasie II wojny światowej, wykazują dane ze Statistical Report on the Health of the Army 1943 - 1945. Według tego źródła, zaburzenia psychiczne były najczęstszą przyczyną zwolnień personelu wojskowego ze służby wojskowej poza oficerami. W 1943 roku stanowiły one ponad 1/3 wszystkich zwolnień chorobowych, a w 1944 liczba ich wzrosła do 2/5. Około połowy wszystkich zaburzeń psychicznych stanowiły nerwice lękowe, których ilość narastała wyraźnie w ciągu 3 lat. /1943-1945/. Druga wielka grupa schorzeń -

wrzód żołądka - stanowiła tylko 13% wszystkich zwolnień w 1943 roku /w następnych latach coraz mniej/. Ze Statistical Report wynika, że jeżeli w armii dominują żołnierze młodzi - to głównymi ich chorobami są: zaburzenia psychiczne i gruźlica; w wieku średnim: zaburzenia psychiczne i wrzód żołądka; w wieku starszym: zapalenia oskrzeli i zaburzenia psychiczne. Choroby psychiczne stanowiły 6% /!/ przyjęć do szpitali wojskowych /przy średniej 3% dla ludności cywilnej w czasie pokoju/.

Należy przypuszczać, że ewentualna przyszła wojna stworzy warunki zwiększające możliwość powstania i rozwoju zaburzeń psychicznych w wojsku. Obok wszystkich czynników, które działały w II wojnie światowej, ^{mogą} być użyte jeszcze środki masowego obezwładnienia /"psychogazy"/ powodujące przemijające eksperymentalne psychozy.

Pewne jest, że zwielokrotnienie tych wszystkich czynników, które działały w czasie II wojny światowej zwiększy częstotliwość występowania tzw. nerwicy wojennych. Dlatego temu zagadnieniu należy poświęcić więcej miejsca.

Nerwice wojenne zdarzają się nie tylko u żołnierzy biorących bezpośredni udział w działaniach bojowych, ale również wśród żołnierzy oczekujących wyjazdu na front i u ludności cywilnej narażonej na naloty bombowe czy nękający ogień artyleryjski. Ich przyczyną jest nie tylko silne napięcie emocjonalne /strach/, ale także skrajne zmęczenie psychiczne i fizyczne lub nawet cierpienie fizyczne spowodowane odniesionymi urazami. Duże znaczenie mają także takie czynniki jak: typ konstytucjonalny, nierównowaga psychiczna, przebyte nerwice, uraz układu nerwowego, wytrzymałość, chęć walki, zdyscyplinowanie, stopień społecznego i politycznego uświadomienia, zaufanie do dowódców i broni, nastrój w oddziale wojskowym, dotychczasowe sukcesy lub klęski oddziału itd. Zwłaszcza narastające zmęczenie, upadek morale, zły nastrój oddziału a także zwiększająca się liczba nerwicy - mogą stanowić dla dowódców ważną wskazówkę co do konieczności ewentualnego odesłania oddziału lub jego "rozformowania".

Obraz kliniczny nerwic wojennych jest złożony. Stąd duże trudności w ^{ich} poklasyfikowaniu, pogłębiające się jeszcze w wyniku różnych poglądów na nerwice poszczególnych autorów. Najlepiej dostosowany do potrzeb praktyki jest następujący podział:

NERWICE WOJENNE WYSTĘPUJĄCE U POSZCZEGÓLNYCH ŻOŁNIERZY

Pogranicze: Zmęczenie, fizjologiczna reakcja lękowa.

1. Zespół wyczerpania walką.
2. Stany lękowe o różnym nasileniu.
3. Nerwice o obrazie odpowiadającym powszechnie przyjętym postaciom psychonerwic, tzn.
neurastenii,
psychastenii,
nerwicy natręctw,
nerwicy oczekiwania,
depresji nerwicowej,
- histerii.
4. Zespoły nerwicowe występujące u osobników
- z urazem wojennym.
5. Rzekome zespoły nerwicowe uwarunkowane organicznie,
np. po wstrząsie mózgu.

Pogranicze: Psychozy reaktywne

NERWICE WYSTĘPUJĄCE GRUPOWO

- 1/ Upadek nastroju i pesymizm ogarniający całe armie /"cafard" autorów francuskich/.
- 2/ Stany masowej rezygnacji z walki, powodujące zanik oporu wobec nieprzyjaciela, oddawanie się w jego ręce bez wystrzału, typowe dla dużych klęsk.
- 3/ Panika.
- 4/ Stany zbiorowego podniecenia, prowadzące do masowej rzezi, rabunków, pogromu, bezsensownych zniszczeń mienia.
- 5/ "Choroba drutów kolczastych" wśród jeńców.

Nerwice wojenne można więc podzielić na występujące u poszczególnych żołnierzy i ogarniające całe grupy.

Dla służby medycznej najistotniejsze znaczenie mają te pierwsze, dla aparatu politycznego i dowódczego - drugie. Obie postacie nerwic powinny być jednak znane zarówno lekarzowi, jak i dowódcy, gdyż w istotny sposób przyczyniają się do obniżenia wartości walczących oddziałów.

Najbardziej typową dla pola walki jest nerwica, nazywana zespołem wyczerpania walką. ZESPÓŁ WYCZERPANIA WALKĄ obserwowano w różnym nasileniu po przedłużających się ciężkich bojach, nawet u żołnierzy chętnych do walki, doświadczonych i dobrze przeszkolonych. Głównymi czynnikami patogenetycznymi są tu nie tyle strach przed śmiercią lub okaleczeniem, ile ogromny wysiłek fizyczny, napięcie emocjonalne, nieustanna uwaga i czujność, niemożność wypoczynku i wyspania się, trudność w zaspokajaniu głodu i pragnienia z przyczyn obiektywnych /braki w zaopatrzeniu/ i subiektywnych /utrata apetytu/. Obok tego w sposób przewlekły i męczący działa ciągłe zagrożenie oraz widok i jęki rannych kolegów. Aktywny udział w zadaniach bojowych, oczekiwanie w napięciu rozkazu od przełożonego, obowiązek i chęć dokładnego wykonania - obok wymienionych czynników - wszystko to przyczynia się do powstania

Opisywanego zespołu. Po przekroczeniu pewnej "osobistej" granicy wytrzymałości może on rozwinąć się u każdego. Czynniki konstytucyjny lub przebyte w życiu cywilnym stany nerwiczne nie mają więc większego znaczenia dla pojawienia się tego zespołu. Wśród żołnierzy starszych wiekiem objawy zespołu wyczerpania walką pojawiały się wcześniej. Ogólnie jednak biorąc, osobnicy bardziej zrównoważeni pod względem psychicznym i o wyższym morale, świadomości celów walki - wytrzymywali dłużej trudy walki niż osobnicy chwiejniejsi, załamkowi. Zdarzało się jednak, że wielu niezrównoważonych osobników doskonale znosiło długotrwałe trudy bitwy, podczas gdy osobnicy uprzednio zrównoważeni wcześniej zawodzili w walce. Zespół wyczerpania walką pojawia się najczęściej i zaczyna najwcześniej w jednostkach z najwyższym wskaźnikiem strat.

W armii amerykańskiej -- z powodu tego zespołu - mniej więcej 65% pierwotnego składu jednostek wojskowych wykruszyło się w końcu 40 dnia walki a pomiędzy 110 - 120 dniem nieustannych walk trzeba było z tego powodu 100% żołnierzy wycofać z pierwszej linii frontu.

Warto dodać, że zespół ten może rozwijać się u żołnierzy dopiero po wycofaniu oddziałów z walki.

Charakter objawów indywidualnych i rozwój objawów w zespole wyczerpania walką jest stereotypowy. Objawy te podaję poniżej.

SCHEMATYCZNE UJĘCIE OBJAWÓW ZESPOŁU WYCZERPANIA WALKI

A. Objawy psychiczne:	
1. Napięcie emocjonalne i związane z nim objawy	Bezsennaś Łęklivoś Niepokój Drażliwoś Drżenie
2. Zaburzenia emocjonalne innej natury	Apatia Depresja
3. Zaburzenia uwagi i toku myślenia	Niemożność skupienia uwagi. Zaburzenia pamięci. Ciągłe rozpamiętywanie własnej choroby Zahamowanie Splątanie
B. Objawy somatyczne:	
	Bóle głowy Zawroty głowy Duszność Bicie serca Ból w klatce piersiowej Zaburzenia żołądkowo-jelitowe Zaburzenia w oddawaniu moczu Bóle w karku Osłabienie
	Objawy somatyczne typu histerycznego

Według Bartmeiera i współautorów w rozwoju zespołu wyczerpania walką odróżnić można 3 okresy: I okres wstępny, II okres zaznaczonej dezorganizacji psychiki, III okres zupełnej dezorganizacji psychiki. Okresy te omówię kolejno.

I o k r e s. Dla okresu wstępnego najbardziej typowe są objawy napięcia emocjonalnego. Początkowo niemal wszyscy żołnierze skarżą się na uporczywe zmęczenie. Wkrótce dołączają się do tego lękliwość pod postacią obawy przed podjęciem jakiegokolwiek zadania, poczucia niebezpieczeństwa, tendencji do odosobnienia i lęku przed tłumem. Osobnicy w tym stanie - obawiają się wyjść z zajmowanego pomieszczenia czy kryjówki. Uczucia tego rodzaju są uprzednio dla większości żołnierzy zupełnie obce. Zachowanie wielu staje się dziwne, nieadekwatne w stosunku do sytuacji. Jedni stają się drażliwi, wybuchowi, skłonni do bójki, krzykliwi w rozmowie; inni posępni i milczący, niektórzy nieoczekiwanie rozbawieni i bez powodu ciągle śmiejący się. Znamienne jest to, że najmniejszy niespodziewany hałas podrywa ich gwałtownie na nogi. Wszyscy są przekonani, że "coś się dzieje" i "nie panują nad sobą". Bronią się, szukają dla siebie zajęć lub piją na umór. Prawie wszyscy mają zaburzenia snu - z trudem zasypiają, z łatwością się budzą, męczą ich przykre sny, których treścią początkowo jest bitwa.

Tym psychicznym objawom towarzyszą z reguły objawy wegetatywne, takie jak pocenie się /a zwłaszcza rąk i stóp/ i drżenie /rąk, powiek, w żołądku/. W okresie wstępnym występują często dwójakiego rodzaju bóle głowy: niezależny i zależny od postawy ciała.

Niezależny - to przewlekły ból zawsze w tej samej okolicy czaszki, mający najczęściej charakter ucisku, znoszony na ogół łatwo. Zazwyczaj istnieje on jeszcze przed walką, a w czasie walki ulega nasileniu.

Bóle głowy zależne od postawy ciała mają charakter napadowy i wędrują zwykle z jednej okolicy głowy do drugiej.

Przed walką nie występują, wyraźnie łączą się z ciężkim stanem napięcia emocjonalnego. Ten rodzaj bólów występuje w dwu postaciach: 1/ jako ciągły ból w czole, za gałkami ocznymi, w karku i kręgach szyjnych. Ból ten zanika w pozycji leżącej, nie występuje więc po obudzeniu się. Szczególnie dokuczliwie daje znać o sobie po południu i wieczorem i zazwyczaj wystarcza się położyć, aby znikł. 2/ Jako ból pulsujący zgodnie z rytmem tętna, częsty po obudzeniu, głównie w potylicy i karku; ten ból maleje w pozycji stojącej, a nasila się w pozycji leżącej.

Oprócz bólów głowy ^{żołnierze} skarżą się na tak zwaną tkliwość głowy. Polega ona na nietolerowaniu czegokolwiek ^{na} głowie. Hełm wydaje się niesznośnym ciężarem, najmniejsze dotknięcie drażni boleśnie. Często chorzy skarżą się, że czują jakby ucisk obręczy na głowie.

II o k r e s. W drugim okresie wyczerpania walką żołnierze z reguły tracą zdolność do dalszego udziału w bitwie. Ich zachowanie się i wypowiedzi tak dalece odbiegają od normy psychicznej, że zwracają uwagę kolegów i dowódców i powodują odesłanie chorych z linii frontu do punktów medycznych. Objawy drugiego okresu zespołu wyczerpania walką cechuje duża różnorodność i znaczne nasilenie. Pod względem emocjonalnym chorzy ujawniają głębszą lub płytszą depresję lub apatię. Temu stanowi towarzyszy ogólne zahamowanie psychomotoryczne utrudniające wykonywanie rozkazów, a nawet jakichkolwiek czynów. Chorzy wyraźnie odosobniają się, szukają samotności, wyraz twarzy mają lekliwy i zagubiony. W postaci depresyjnej występuje objaw "biadolenia" i narzekania, kontrastujący ostro z męską sylwetką chorego. W postaci apatycznej stwierdza się zanik uczuć i zainteresowań kolegami, jedzeniem, rozrywkami oraz utratę aktywności bojowej. Dochodzi do tego, że żołnierz przestaje nawet otwierać listy, które otrzymuje z domu. W pododdziale zdany jest całkowicie na kolegów, ponieważ nie potrafi samodzielnie myśleć ani postępować. Stwierdza się tendencje do napadów

stanów przynglenia świadomości z dezorientacją, niepewnością ruchów, wadliwymi sądami itp. Niekiedy - na podstawie obrazu klinicznego - można sądzić, że mamy do czynienia z rozpoczynającą się schizofrenią.

W tym okresie występuje również wiele zaburzeń somatycznych, jak: silne drżenie, biegunka, uporczywe wymioty, stałe bóle i zawroty głowy, ból w karku, bóle i "bicie" serca, zaburzenia w oddawaniu moczu, ogólne osłabienie.

III o k r e s. Okres ten cechuje bardzo duże nasilenie objawów psycho-tycznych, świadczących o głębokich zaburzeniach nerwowych i psychicznych. Chory jest niespokojny, podniecony, wyraźnie zdeorientowany, często zaczepny, wypowiedzi jego są niedorzeczne, rozkojarzone. Zdarzają się nie spodziewane ucieczki w pole lub stany osłupienia. U wszystkich niemal stwierdza się drżenie, szczególnie rąk i głowy, nudności, bóle i zawroty głowy. Często spotyka się wymioty, biegunkę, bóle w karku i krzyżu. Statystyki amerykańskie podają, że tylko około 4% chorych wykazywało objawy hysterii na przykład afonię,^{1/} amnezję, jękanie.

Leczenie zespołu wyczerpania walką rozpoczyna się już na szczeblu batalionowych i pułkowych punktów medycznych. We wstępnym okresie tego zaburzenia działa już leczniczo często zapewnienie kilkugodzinnego odpoczynku, napojenie gorącą kawą, nakarmienie, podanie prymitywnych środków uspokajających.

Większość chorych przesyłana była w armiach anglosaskich na dalsze etapy ewakuacji, do specjalnych placówek /samodzielny punkt medyczny lub oddział któregoś ze szpitali ewakuacyjnych/.

Jak wynika ze statystyk, około 80% żołnierzy wracało do czynnej służby wojskowej, a z tego około 40% do służby frontowej. Najlepiej rokowały przypadki uchwycone w okresie wstępnym, gdzie kilkunastowy wypoczynek poza linią frontu

1/ Afonia - niemota. Utrata zdolności mówienia.

w cieple i spokoju-przywracał żołnierzom siły i równowagę psychiczną, umożliwiając powrót na pozycje. Pomyślnie rokowali także chorzy, których skierowano na punkty medyczne w II okresie. Większość z nich wracała do służby w ciągu 2-3 miesięcy. Osoby, które uległy raz lub kilkakrotnie "wyczerpaniu walką" zawodzą szybciej w następnych, przedłużających się bojach. Ostatecznie rozwija się u nich jedna z postaci nerwic wojennych.

Inną postacią nerwicy, stosunkowo często spotykanej na polu walki, jest nerwica lękowa, nazywana dalej stanem lękowym.

STANY LĘKOWE występują w postaci łagodnej i ciężkiej. Łagodnym stanom lękowym ulegają osobnicy skłonni do takich reakcji jeszcze przed służbą wojskową. O ile na początku potrafią oni jeszcze przezwyciężać strach, to w miarę jak rozwija się groza współczesnego boju - załamują się. Pojawia się oszołomienie, drżenie, słabość kończyn-dolnych, nudności, wymioty, biegunka oraz chęć ucieczki. W niektórych wypadkach ulegający temu stanowi ma zwężone pole świadomości. Zdarzają się wtedy bezsensowne ucieczki w częściowym przemaroczeniu lub krótkotrwałe osłupienie. Inny typ reakcji - to całkowita utrata kontroli emocji. Żołnierz zachowuje się jak dziecko - jęczy, płacze, łka, krzyczy. Gdy ostra faza łagodnego stanu lękowego przemija /a na ogół trwa krótko/, pozostaje drżenie kończyn, niepokój, bezsenność, utrata apetytu. Chory jest nadmiernie ruchliwy, na nieoczekiwany głośny dźwięk - wzdyga się. Na odgłos ognia artyleryjskiego budzi się w nim strach na nowo i mimo że jest w danej chwili z dala od miejsca walki - stara się ukryć. Już w okresie uspokajania się pozostaje jeszcze wrażliwość na głośne dźwięki. Sen jest bardzo niespokojny; treścią marzeń sennych jest bitwa, niebezpieczeństwo; towarzyszą im ruchy krycia się, krzyki. Po przebyciu łagodnego stanu lękowego chorzy nie są zdolni do natychmiastowego powrotu w szeregi walczących, mimo że pozornie zachowują się normalnie. Ich dalsze skargi dotyczą bólu i zawrotów

głowy, złych snów i bezsenności, lekkiego drżenia rąk i braku apetytu. Zdolność do boju powraca dopiero po kilku tygodniach. Czasem wystarcza przetrzymanie tych osób w bliskim etapie ewakuacji.

Ciężkie stany lękowe na wojnie przypominają ostrą psychozę, przeważnie o typie schizofrenii. Chorzy często są mutystyczni,^{1/} czasem jakając się i drżąc wypowiadają jakieś słowo. Jednak widać, że są oni przytomni, obserwują otoczenie, czasem starają się coś napisać. Trwając w tym stanie prawie bez ruchu, od czasu do czasu wydają jakiś okrzyk, czasem wykonują kilka gestów, których sensu trudno się domyślić. Nagły dźwięk /nawet słaby/ wywołuje reakcję przerażenia i nasila drżenie ciała. W szpitalu układają się na łóżku skuleni na boku, leżąc tak całymi dniami. Czasami nagle zrywają się, biegną po sali. Jakkolwiek nie okazują żadnej inicjatywy, aby usiąść lub wstać, to jednak, gdy poda się jedzenie lub papierosy - zachowują się sprawnie. Również bez pomocy potrafią się ubrać. Gdy chory uspokaja się, co zwykle następuje po dwóch dniach leczenia, wypowiada się ale krótko i niepewnie. Bezradnością swoją przypomina zachowanie się przestraszonego dziecka. Stan ten powoli ustępuje w ciągu 4-6 tygodni. Chorzy chodzą przygarbieni, posuwają nogami po podłodze, ręce im zwisają, twarz jest mało mimiczna, mówią szeptem. Występują jeszcze reakcje przerażenia i grozy na błahе bodźce. Niekiedy reakcja lękowa może mieć przebieg cięższy, pod postacią osłupienia. Do reguły należy kilkumiesięczny przebieg leczenia w zakładach leczniczych na głębokim zapleczu.

Zespół wyczerpania i stany lękowe najbardziej wyróżniają nerwicę wojenną wśród innych, spotykanych w życiu cywilnym. Gdy chodzi o nerwicę odpowiadające najbardziej znanym postaciom /neurastenia, histeria i inne / - to najczęściej występują obrazy mieszane: neurasteniczno-histeryczne

1/ Mutyzm - objaw polegający na zachowaniu przez chorego całkowitego milczenia.

najrzadziej zaś występuje psychastenia i nerwica natręctw. Opisy tych nerwic podane są na s.⁶¹⁻⁶² tej pracy. W zespołach histerycznych powstałych po kontuzjach często występuje głuchota i niemota histeryczna, jękanie się, bezwład, przykurcze, hiperkinezy,^{1/} drgawki, połączone ze znieczuleniem powierzchni ciała. Do objawów wegetatywnych, najczęściej występujących, należą zaburzenia ze strony układu krążenia /przyśpieszona akcja serca, napadowe "bicie" serca, przelotne skoki ciśnienia krwi, ból przedsercowy/, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego /ból brzucha, biegunki, nudności, wymioty/ często-mocz, a nawet moczenie nocne, niekiedy napady duszności. Z każdą postacią nerwic wojennych mogą łączyć się różnorodne objawy ruchowe, opisywane przy stanach lękowych /drżenie, twarz mimicznie uboga, choć z powolnym przesuwaniem dolnych kończyn po podłodze. pozycja ciała skulona, nadwrażliwość dźwiękowa/ i przy reakcjach histerycznych /niemota, jękanie, zaburzenia chodu, głuchota, bóle nie poddające się żadnemu leczeniu itd./.

x

x

x

Z nerwic grupowych omówię najpierw panikę, a następnie "chorobę drutów kolczastych".

PANIKA jest to nagły wybuch silnego zbiorowego strachu, charakteryzujący się krótszym lub dłuższym przygmieniem świadomości, a powodujący nagłe ucieczki, wywołane rzeczywistym lub urojonym niebezpieczeństwem, w każdym jednak wypadku znacznie przesadzonym. Działania ludzkie przestają być wtedy w pełni świadome, celowe, obliczone, a stają się instynktowne **niekako** bezwarunkowo-odruchowe. Crupa żołnierzy zostaje oprowadzane w żywiołowy sposób jedną myślą - jak najszybszego

1/ Hiperkineza - nadmierne pobudzenie ruchowe.

oddalenia się od miejsca, gdzie zjawiła się nagle groźba utraty życia.

Panika jest jednym z ostrych przejawów upadku ducha bojowego. Szczególnie często występuje wśród wojsk, które prowadzą działania wojenne z niepowodzeniem /nie stanowi to jednak reguły/, a zwłaszcza gdy znajdują się one w nieustannej styczności z nieprzyjacielem i są przemęczone. Hamon, w postaniu paniki podkreśla rolę - obok narastającego zmęczenia - nadużywania alkoholu, przykrych doznań emocjonalnych, osłabienia zwartości środowiska żołnierskiego itp. Wynikiem tego jest łatwość ulegania plotce, popłochowi i zbiorowej sugestii, wyolbrzymiania niebezpieczeństwa. Gdy ^{na} tak przygotowane "podłoże" zadziała nagły bodziec - najczęściej słuchowy lub wzrokowy /ogień nieprzyjacielski, pojawienie się czołgów, nalot itd./ - może wtedy wystąpić reakcja niewspółmierna do istotnie zagrażającego niebezpieczeństwa. Oprócz gwałtownych ucieczek aż do wyczerpania sił, obserwujemy niekiedy w sytuacjach panicznego strachu gwałtowne i niebezpieczne agresje.

Stan depresji, zły nastrój oddziałów w czasie przedłużających się działań bojowych, zwłaszcza w wojnie pozycyjnej, rozprzestrzeniający się na całe fronty, jest wyrazem chronicznego zmęczenia układu nerwowego - masowej neurastenizacji.

Tego samego pochodzenia jest zespół nerwicowy, spostrzegany wśród jeńców przebywających przez długi czas w obozach. Temu zespołowi nerwicowemu nadano w czasie pierwszej wojny światowej nazwę "choroby DRUTÓW KOLCZASTYCH" /Visher/.

Zespół nerwicowy rozwija się wśród jeńców, którzy przebywają przez dłuższy czas w niewoli. Stałe życie w gromadzie /"na oczach wszystkich"/, na niewielkiej "przestrzeni życiowej", spanie na kilkupiętrowej pryczy, głód, obawa o los rodziny w kraju, szyskany wroga - wszystko to prowadzi do stanu chronicznego rozdrażnienia. Ujawnia się to między innymi w konfliktach sąsiedzkich o byle drobnostkę i wyładowywaniu podnieceń przy chętnie używanym ordynarnym słowniku.

Przy zwolnionym poczuciu czasu obniża się krytycyzm i waga zjawisk. Plotka, marzenie senne, wróżba, wiadomości wyczytane między wierszami gazety czy listu, nekrolog w gazecie - wystarczają do rozbudzenia wyobraźni, budowania daleko idącej prognostyki, burzenia frontów, niszczenia miast i podnoszenia nastroju. Walka o uzupełnienie racji żywnościowych ujawnia jeszcze inne cechy osobiste, które mogą rozwijać się w ciężkich warunkach niewoli: chciwość, egoizm, podejrzliwość. W szczególny sposób sytuacja ta wpływa na sferę uczuciową. Jeniec reaguje nieadekwatnie zarówno na zdarzenia radosne, jak i smutne. Rozwija się rodzaj astenii uczuciowej i to w tym samym czasie, gdy na przykład drobnostka może wywołać silne podniecenie. Temu stanowi przewlekłej neurastenii współtowarzyszy wiele objawów ze strony układu vegetatywnego/umiarkowane powiększenie tarczycy, "bicie" serca, wzmożone pocenie rąk, zaburzenia żołądkowo-jelitowe/.

Tak w ogólnym zarysie przedstawiają się nerwice wojenne. Niektóre z nich dokładniej omówiono w piśmiennictwie polskim, w poszczególnych numerach "Lekarza Wojskowego".

x

x

x

Środki masowego obezwładnienia

W ostatnich latach wprowadzono do arsenału bojowych środków trujących nowe substancje, których wspólną cechą stanowi silne choć przemijające działanie psychotropowe.^{1/} Innymi słowy, trucizny te wywołują na pewien czas zaburzenia psychiczne.

Od dawna wiadomo, że niektóre związki chemiczne, zwłaszcza pochodzenia roślinnego, wykazują wyraźne działanie zaburzające czynności psychiczne. Wymienić tu można dla przykładu

1/ Działanie psychotropowe - wywołujące choroby psychiczne.

opium, haszysz, atropinę, meskalinę, peyoti czy choćby pospolity alkohol etylowy. W związku z tym, jeszcze w początkach XX wieku niektórzy badacze próbowali wyjaśnić mechanizmy powstawania i rozwoju choroby psychicznej poprzez studiowanie następstw jednorazowego podania tych środków. Ze względu na możliwość powstania nałogu, która towarzyszy wszystkim wymienionym lekom - eksperymenty przy ich pomocy budziły jednak wiele zastrzeżeń natury etycznej. Poza tym ilość zaburzeń psychicznych, które można było przy ich pomocy wywołać, była niewielka, a mianowicie sprowadzała się co najwyżej do różnych odmian stanu majaczeniowego. Dopiero wprowadzenie nowych preparatów, przeważnie syntetyzowanych - jak LSD-25 /dwuetylamid kwasu lyzergowego/ czy psylocybina, które dają ^{cięższe} zmiany psychopatyczne - zwróciło uwagę psychiatrów na możliwość eksperymentalnych studiów nad istotą choroby psychicznej. Poza tym nowe leki chemiczne, wprowadzane po 1952 roku do leczenia chorych psychicznie - przy bliższym poznaniu okazały się często bronią obosieczną: usuwając jedne, wywoływały inne objawy choroby psychicznej lub też dawały komplikacje neurologiczne /np. zaburzenie koordynacji ruchów, zahamowanie ruchowe, porażenie, zapasć naczynioruchowa itp./.

Okazało się zatem, że środki psychotropowe mogą być wykorzystywane nie tylko do leczenia chorób psychicznych, ale również do ich wywoływania.

Na zjawisko to zwróciły uwagę koła wojskowe, dopatrując się możliwości stosowania tych środków do obezwładniania nieprzyjaciela, poprzez wywołanie u niego przejściowych zaburzeń psychicznych. Wkrótce wykryto wiele specjalnych substancji i opracowano metody ich najskuteczniejszego użycia.

Wszystkie te środki podzielić można - z punktu widzenia ich przydatności wojskowej - na dwie duże grupy:

- 1/ Środki wywołujące przemijającą psychozę, przebiegającą z mniej lub więcej głębokimi zaburzeniami spostrzegania, uwagi, myślenia, uczuciowości, napędu psychoruchowego oraz świadomości. Stan taki określić można jako ostry zespół urojeniowo-omamowy z rozkojarzeniem.

2/ Środki, których działanie polega głównie na przemijającym porażeniu czynności ruchowych człowieka, przy niewiele tylko przyhamowanej funkcji psychiki. Stan taki przypomina osłupienie katatoniczne /tzw. efektorowe/.

Liczba substancji, które użyte być mogą do masowego obozwardnia, jest w tej chwili duża. Większość z nich okryta jest tajemnicą. Znamy jednak działanie kilku standartowych i to już pozwala dostatecznie zorientować się w skutkach ich działania.

Są to więc przede wszystkim środki działające w bardzo nie wielkich dawkach: większość w miligramach, a niektóre nawet w gamma /0,001 miligrama/. Wiele z nich - bardzo aktywnych - nie ma smaku, barwy ani zapachu. Są one zupełnie obojętne chemicznie w stosunku do przedmiotów martwych /gleba, rośliny, fabryki, sprzęt wojskowy itd./. Nie zabijają lecz tylko na pewien czas obozwardniają po czym działanie ich po kilku godzinach lub dniach zanika, bez pozostawienia następstw. Łatwo można je syntetyzować w dowolnych ilościach. Stosowane pod postacią aerosoli^{1/} pokrywają teren jak mgła, przedostają się przez najdrobniejsze nawet szczeliny, tak że nie chronią przed nimi żadne fortyfikacje. Mogą być stosowane jako broń dywersyjna /np. zatrucie wody, składów z mąką itd./ oraz jako środek bojowy, przenoszony w ładunkach artyleryjskich czy lotniczych.

O sile ich działania może świadczyć następujący przykład: do wywołania eksperymentalnej psychozy u dorosłej osoby potrzeba 60-200 gamma LSD-25. Jeżeli przyjmiemy nawet, że istnieją osoby odporne na działanie tej substancji, to dawka 500 gamma jest w zupełności pewna. Biorąc pod uwagę tę wygórowaną dawkę można obliczyć, że do wywołania zaburzeń psychicznych u 1 000 000 mieszkańców na przykład Warszawy wystarcza zatrucie wody w filtrach zaledwie 500 gramami LSD-25.

Środki masowego obozwardnienia mają tę przewagę nad środkami masowej zagłady /broń atomowa, bakteriologiczna/, że

1/ Aerosole - zawiesina w powietrzu jakiejś substancji, rozbitej do podstawowych cząsteczek chemicznych.

pozwalają bez zniszczeń pokonać nieprzyjaciela i zająć jego tereny. Po ich działaniu pozostają nietknięte nie tylko domy, zakłady pracy, magazyny, uzbrojenie, ale ludzie po kilkudniowej przerwie mogą przystąpić do pracy. Dlatego należy spodziewać się ciągłego intensywnego rozwoju badań nad tego typu bronią.

Ze znanych obecnie środków, które mogą być zastosowane do masowego obozwładnienia, wyliczyć można:

- 1/ LSD-25. Działanie tej substancji jest już wszechstronnie poznane. Wywołuje ona stany majaczeniowe, w czasie których człowiek przeżywa złudzenia i omamy wzrokowe, często pod postacią barwnych figur, niekiedy z wewnętrznym przekonaniem o ich głębokim mistycznym sensie. Omamy słuchowe lub inne zdarzają się rzadko. Występują natomiast zaburzenia schematu ciała i czucia narządów wewnętrznych; kończyny "zmieniają" wymiary; powstaje przekonanie, że ^{nie} jest się sobą, lecz na przykład owadem itp. Czas i przestrzeń wyczuwane są inaczej, na przykład traci się poczucie czasu /czas stoi w miejscu, lub płynie z zawrotną szybkością/, występuje przeświadczenie, że jest się przeniesionym w przeszłość lub przyszłość oraz na inną planetę. Świat zmienia się w sposób bajkowy. Mogą pojawić się urojenia prześladowcze i wielkościowe, lub odwrotnie - samoponiżenia. Nastrój bywa bardzo chwiejny - od euforii po skrajne przygnębienie. Jeżeli osoby poddane działaniu eksperymentu były o tym uprzedzone, znoszą na ogół zabieg spokojnie i względnie krytycznie oceniają wszystko jako coś nienormalnego. Natomiast podanie LSD-25 bez uprzedzenia-wprowadza badanego w nastrój panicznego lęku, który znacznie zaostrza wszystkie objawy psychopatyczne i wprowadza dodatkowo element zaburzeń ruchowych. Przy małych lub średnich dawkach świadomość i pamięć przebytego stanu bywają zwykle zachowane.

Podobnie do LSD-25 działają:

- 2/ psylocybina /wyciąg z grzybka *Psilocibe mexicana*/ oraz
- 3/ pochodne tryptaminy: bufetonina, DMT i T-9.

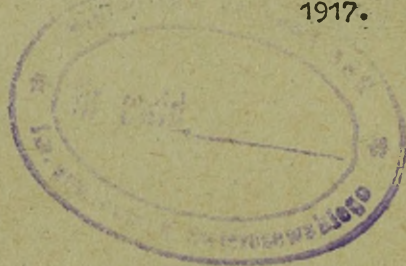
Obserwujemy po nich bardziej intensywne - w porównaniu z LSD - reakcje emocjonalne, wielką ekspresję barw przeżywanych halucynacji oraz dużą prędkość zmian przeżywanych scen.

4/ Nieco inaczej działają syntetyzowane przez Abooda i współpracowników pochodne atropiny. Działają one intensywnie halucynogennie, jednakże pod ich wpływem dochodzi z reguły do ciężkich zaburzeń świadomości i rozkojarzenia, co powoduje szybką utratę kontaktu słownego z otoczeniem, działanie w pełni nieświadome i niekrytyczne z całkowitą amnezją.

Większość z około 100 środków tego typu okryta jest tajemnicą. Szef służby chemicznej wojsk lądowych USA - generał Stubbs zeznał przed komisją senacką USA, że w każdej chwili ośrodek jego dysponuje taką ilością "psychogazów", która wystarczy do pokrycia obszaru dużego państwa europejskiego. Dla kierowanego przezeń ośrodka w sposób mniej lub więcej jawny pracuje cały przemysł farmaceutyczny USA. Również Wielka Brytania dysponuje podobnymi ośrodkami badawczymi. Tak więc należy uznać, że możliwość zastosowania środków masowego obezwładnienia jest zupełnie realna. W związku z powyższym służba zdrowia i sztaby wojsk powinny się liczyć z tym faktem i już obecnie przygotowywać zarówno kadre, jak chemiczne środki zaradcze do zwalczania tej formy walki oraz nastawić się organizacyjnie na tego typu działania wojenne.

PISMIENNICTWO UZUPEŁNIAJĄCE

1. Ahrenfeldt R.H.: Psychiatry in the british army in the second world war. Routledge and Kegan Paul London 1958.
2. Baranowski K.,
Rydziński Z.,
Sagan K.: Problem schorzeń psychicznych w aspekcie orzecznictwa wojskowo-lekarskiego /u autorów/.
3. Blood J.J.: Psychiatric casualties in the U.K. elements of Korean Force U.S. Med.J. 1955,6, 396-404.
4. Engle B.,
Lewis N.D.C.: Wartime Psychiatry, Oxford University Press, New York 1954.
5. Gauthier: Les psychopaties ethyliques en milieu militaire et leurs consequences medicales - legales Arch.Med.milit. 1935, 102.
6. Grzełak L.,
Rydziński Z.: Własne badania nad psychologicznymi i psychopatologicznymi motywami dezercji w czasie pokoju. Biuletyn WSW 1965.
7. Hamon: Za W. Steinem: Kilka uwag w sprawie paniki. Lekarz Wojskowy 1956, nr 7.
8. Heidenhain A.: Die Psychiatrie im Dienste der Wehrmacht. Georg Thieme /Verlag/ Leipzig 1938.
9. Jaśtak Z.: Skazenia promieniotwórcze, chemiczne, biologiczne. Wydawnictwo MON, Warszawa 1963.
10. Kittel: Alkohol und Wehrmacht. W: Lehrbuch der Militärhygiene. Pod redakcją Waldmanna i Hoffmanna, 1936.
11. Lépine: Troubles mentaux de guerre. Manon 1917.



12. Opyt sowietskiej medycyny w Wielikoj Ocieczestwiennoj wojnie 1941-1945. Medgiz, Moskwa 1949.
13. Rydzyński Z.: Choroby nerwowe i psychiczne w czasie II wojny światowej. Lekarz Wojskowy 1955, 8, 712, 10, 974.
14. Rydzyński Z.: W sprawie samobójstw w wojsku - analiza 120 przypadków samobójstw w wojsku w latach 1951-1955. Lekarz Wojskowy 1958, 8, 712.
15. Rydzyński Z.: Schorzenia psychiatryczne w wojsku w świetle materiałów kliniki psychiatrycznej A.Med. w Łodzi i Szpitala im. Babińskiego w Łodzi. Lekarz Wojskowy 1958, 11, 1084.
16. Rydzyński Z.: Obrazy kliniczne; postępowanie lecznicze i orzecznictwo sądowo-lekarskie w przypadkach zaburzeń psychicznych etiologii alkoholowej. Lekarz Wojskowy 1960, 3, 241.
17. Rydzyński Z.: Rys historyczny kształtowania się pojęcia psychonerwic, ocena nowoczesnych definicji i klasyfikacji psychonerwic. Materiały sympozjum w sprawie psychonerwic. PZWL, Warszawa 1962.
18. Rydzyński Z.,
Stein W.: Nadużycia alkoholu a przestępczość w wojsku w świetle własnych badań. Przegląd Wojsk Lądowych 1960, 2/8.
19. Stein W.: Kilka uwag w sprawie paniki. Lekarz Wojskowy 1956, XXXII, 7, 749.
20. Stein W.,
Rydzyński Z.: Problem psychopatii w wojsku. Lekarz Wojskowy 1958, 8, 613.

21. Stein W., - Nadużycia alkoholu w wojsku i walka
Rydzynski Z.: z nimi. Wojsko Ludowe 1960, 3.
22. Stein W., O zespole wyczerpania walką.
Rydzynski Z.: Lekarz Wojskowy 1960, 8, 819-826.
23. Stein W., .. Próba własnego podziału tzw. nerwic
Rydzynski Z.: wojennych. Lekarz Wojskowy 1961, 1,
20-29.
24. Stier: Die Trunkenheit und ihre Beurteilung
vor den Militärgerichten. Dtsch.mil.
Arztl.Zeitschr. 1906, 35.
- oraz literatura zalecona przez Katedrę Psychologii WAP.

43452



BIBLIOTEKA

ASG

NAUKOWA

18529

Warszawa 1967 r. WAP. CW-OVII-326. Zam. 549.
Druk ukończono w październiku 1967 r. Cena 5 zł
