

Tadeusz Parnowski

## Zdrowie psychiczne – granice niewiadomego

*Nie zepsuj tego, co masz, przez pożądanie tego, czego nie masz;  
pamiętaj, że to, co masz teraz,  
wcześniej było jedną z rzeczy, o których marzyłeś*  
Epikur

### Trudności w definiowaniu zdrowia psychicznego

Paradoksem może wydawać się fakt, że na przestrzeni wieków rozważania o zdrowiu psychicznym najczęściej ograniczano do odstępstw od zdrowia w postaci chorób i zaburzeń psychicznych. Charakterystyczne dla czasów najdawniejszych było zrozumienie zmienności stanu somatycznego i psychicznego u ludzi. W ślad za tym pojawiały się zalecenia ze szkoły Asklepiosa, Hipokratesa i innych. Zdrowiem psychicznym zajmowali się bardziej filozofowie, natomiast jego brakiem – lekarze, którzy poszukiwali źródeł choroby, aby przywrócić stan zdrowia. Już teoria humoralna wprowadzała pojęcie zdrowia jako równowagi pomiędzy czterema podstawowymi płynami ustrojowymi, zaburzenia tej równowagi powodowały chorobę (dyskrazję). Warunkiem utrzymania zdrowia fizycznego i psychicznego było uwzględnienie wpływu licznych czynników środowiskowych, psychologicznych i kulturowych, sposobu odżywiania się, stylu życia oraz wewnętrznej harmonii pomiędzy jednostką a środowiskiem społecznym i naturalnym. Lekarze, zgodnie z zaleceniami wprowadzonymi w Asklepiejonie na wyspie Kos, w ramach holistycznego podejścia do zdrowia, zalecali leczenie lekami, dietą oraz ćwiczeniami, takimi jak masaże i spacer, oddziałującymi na obie sfery: psychiczną i fizyczną.

Wtedy właśnie Juwenalis wprowadził słynne stwierdzenie „w zdrowym ciele zdrowy duch”. Promocja zdrowia psychicznego i fizycznego polegała na wprowadzeniu zasad stabilizujących rodzaj i jakość życia, np. gr. *paidotrivai* (‘uczenie osiągnięcia dobrostanu’). Oznaczało to utrzymywanie odpowiedniej aktywności fizycznej i poznawczej oraz odpowiedniego wspomaganie zdrowia.

Dyskusja dotycząca zdrowia psychicznego rozpoczęła się więc dawno i trwa nadal. Lucjan Korzeniowski pisał o tym zjawisku tak:

Normę psychiczną należy ujmować w relacjach dynamicznych, a nie stacjonarnych, biorąc pod uwagę, że chodzi tu m.in. o harmonijne zrównoważenie często sprzecznych tendencji wynikających z cech charakteru, temperamentu i popędów, jak również czynności intelektualnych danego osobnika w celu osiągnięcia optymalnego zaspokojenia zarówno potrzeb osobniczych, jak i środowiskowych. To, co uważamy za normę psychiczną, związane jest nie tylko z cechami osobowości jednostki, ale też z normami panującymi w danych środowiskach społecznych, kulturowych. Brak objawów chorobowych lub niedołęstwa fizycznego lub psychicznego nie jest odpowiednim warunkiem określenia zaburzeń psychicznych<sup>1</sup>.

W 1948 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zdefiniowała stan zdrowia jako pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny człowieka. Ze względu na wieloznaczność i ogólnikowość tak zdefiniowanego zdrowia wprowadzano pojęcie *zdrowie psychiczne*, zawężające ów ogólny dobrostan do sfery psychiki. Wszyscy badacze byli jednak zgodni, że nie ma jednej, „oficjalnej” definicji zdrowia, ponieważ na sposób jego pojmowania wpływają m.in. różnice kulturowe, wiara, zasady społeczne oraz subiektywne odczucia każdego człowieka. Jedynym obszarem, z którym zgadzała się większość ekspertów, było to, że zdrowie psychiczne i zaburzenie psychiczne nie są przeciwstawne, czyli że brak rozpoznanej choroby psychicznej nie musi oznaczać zdrowia psychicznego<sup>2</sup>.

Według Kazimierza Dąbrowskiego zdrowie psychiczne to zdolność do rozwoju w kierunku wszechstronnego rozumienia, przeżywania, odkrywania i tworzenia coraz wyższej hierarchii rzeczywistości i wartości, aż do konkretnego ideału indywidualnego i społecznego<sup>3</sup>.

Także L. Korzeniowski zwracał uwagę na brak precyzji takiego opisu i argumentował to tym, że wprowadzone przez WHO poczucie dobrostanu występuje także u osób z zaburzeniami psychicznymi, np. w stanie hipomanii.

W 2001 roku WHO zaproponowała nową (w stosunku do wcześniejszej z 1948 roku) definicję zdrowia psychicznego. Brzmiała ona następująco:

[...] jest to stan dobrego samopoczucia, w którym człowiek wykorzystuje swoje zdolności, może radzić sobie ze stresem w codziennym życiu, może wydajnie i owocnie pracować oraz jest w stanie wnieść wkład w życie danej wspólnoty<sup>4</sup>.

Takie całościowe ujęcie zdrowia psychicznego także niesie ze sobą zagrożenie w postaci braku precyzji i stosowania uogólnień. Ogólnikowość tej definicji przejawia się w uwzględnieniu odmienności trzech obszarów: emocjonalnego, poznawczego

<sup>1</sup> *Encyklopedyczny słownik psychiatrii*, red. L. Korzeniowski, S. Pużyński, wyd. III, Warszawa 1986, s. 627.

<sup>2</sup> International Health Conference, *WHO Constitution*, New York 1948.

<sup>3</sup> Zob. K. Dąbrowski, *Zdrowie psychiczne*, Warszawa 1985, s. 154–157.

<sup>4</sup> World Health Organization, *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*, Geneva 2001.

i społecznego. Obszar emocjonalny dotyczy zrównoważonego nastroju z umiejętnością różnicowania emocji pozytywnych i negatywnych, zadowolenia z życia i poczucia szczęścia jako wartości pozytywnych i sensownych. Obszar poznawczy to adekwatna samoocena, poczucie skutecznego radzenia sobie w życiu oraz pozytywna wizja przyszłości. Ale to także – w rozumieniu Aarona Antonowskiego – poczucie zrozumiałości otaczającego świata (ang. *sense of coherence*)<sup>5</sup>. W obszarze społecznym najważniejsza wydaje się umiejętność nawiązywania i utrzymywania relacji społecznych oraz radzenia sobie z nieoczekiwanymi, trudnymi sytuacjami, np. spowodowanymi czynnikami stresowymi.

W omówieniu proponowanych współcześnie determinant zdrowia psychicznego Czesław Czabała<sup>6</sup> cytuje Ville Lehtinena i zwraca uwagę na cztery elementy, które także zostały uwzględnione w definicji WHO, a są to: obecność zasobów indywidualnych, obecność doświadczeń społecznych, zasobów i struktur społecznych oraz wartości kulturowych.

Poniższa tabela przedstawia zestawienie kilku prób zdefiniowania pojęcia *zdrowie psychiczne*.

Tabela 1. Wykaz definicji zdrowia psychicznego

Autor i data	Próba zdefiniowania zdrowia psychicznego
L. Korzeniowski 1986	Definiowanie poprzez negację – brak choroby psychicznej; harmonia cech osobniczych z normami społecznymi
K. Dąbrowski 1979	Zdrowie psychiczne jest to zdolność do rozwoju w kierunku wszechstronnego rozumienia, przeżywania, odkrywania i tworzenia coraz wyższej hierarchii rzeczywistości i wartości, aż do konkretnego ideału indywidualnego i społecznego
K. Dąbrowski 1989 <sup>7</sup>	Zdrowie psychiczne jest to zdolność do wielopłaszczyznowego i wielopoziomowego rozwoju psychicznego
WPA 1999 <sup>8</sup>	Harmonia w obrębie struktury osobowości ze środowiskiem społecznym, dobre samopoczucie, zdolność do pracy, miłości i działalności twórczej; sztuka życia i uzyskiwania z niego zadowolenia; fizyczny i uczuciowy rozwój jednostki (ang. <i>wellbeing</i> )

<sup>5</sup> Zob. H.I. McCubbin, E.A. Thompson, A.I. Thompson, J.E. Fromer, *Sense of coherence and resiliency*, Madison 1994, s. 3–21.

<sup>6</sup> Cz. Czabała, *Zdrowie psychiczne: definicje, wskaźniki, determinanty, zagrożenia, promocja*, [w:] *Psychiatria*, t. 3, *Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, red. J. Wciórka, S. Puzyński, J. Rybakowski, wyd. III, Wrocław 2012, s. 57–585.

<sup>7</sup> K. Dąbrowski, *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*, Warszawa 1989.

<sup>8</sup> Tłumaczenie własne na podstawie: A. Okasha, *International Psychiatry and the work of WPA*, [w:] *A century of Psychiatry*, ed. H. Freeman London 1999, s. 350–352.

cd. tabeli 1

WHO 2004	Stan dobrego samopoczucia, w którym człowiek wykorzystuje swoje zdolności, radzi sobie ze stresem w codziennym życiu, wydajnie i owocnie pracuje oraz jest w stanie wnieść wkład w życie danej wspólnoty
Czabała 2012	Zdrowie psychiczne to zespół właściwości osoby, umożliwiających jej takie postrzeganie i rozumienie siebie i własnego otoczenia, które pozwala na przystosowanie się do warunków życia i zmienianie ich w korzystny dla siebie sposób

Wszystkie wymienione definicje zawierają dwa istotne elementy: stabilny rozwój człowieka oraz jego związki ze społeczeństwem. W opisie charakterystyki psychologicznej osoby zdrowej powinny się więc znaleźć następujące cechy:

- respektowanie potrzeb swoich i innych ludzi,
- dobre przystosowanie społeczne (zdolność do nawiązywania i utrzymywania dobrych kontaktów z innymi ludźmi, względna stabilność w utrzymywaniu związków emocjonalnych),
- autonomia, niezależność od opinii innych,
- akceptacja samego siebie,
- tolerancyjność, przyznawanie sobie i innym prawa do popełniania błędów,
- stawianie sobie i innym realistycznych wymagań,
- plastyczność myślenia i tolerowanie nieokreśloności,
- racjonalne rozumowanie (konstruowanie hipotez, sprawdzanie ich słuszności),
- otwartość w poglądach w sytuacji dopływu nowych informacji,
- odpowiedzialność za swoje życie i za własne trudności, bez obwiniania innych osób.

## W poszukiwaniu granicy między zdrowiem a chorobą

*Przeważnie człowiek jest w pewnym zakresie chory, a w pewnym – zdrowy*

E. Promińska

Problem ze stosowanymi dotychczas definicjami zdrowia psychicznego polega na tym, że oceniają one stan człowieka w określonym czasie (tu i teraz) lub też opisują pewne zasoby ludzkie i warunki ich powstania, a pomijają okresy minimalnego nasilenia zaburzeń psychicznych oraz okresy, gdy objawy choroby nie są stwierdzalne. W rzeczywistości to, co definiujemy jako zdrowie psychiczne, jest konstruktem niezwykle kruchym. U ok. 30% populacji w ciągu życia występują zaburzenia psychiczne – są to stany przejściowe, wyzwalane czynnikami zarówno psychologicz-

nymi, jak i biologicznymi. Polimorfizm i mutacje genetyczne odpowiedzialne są za występowanie patologii neurorozwojowych, a później za podatność na wystąpienie chorób ośrodkowego układu nerwowego i układów obwodowych. Zasadą jest, że im bardziej nasilone są zaburzenia rozwoju sieci neuronalnej (neurogenezy), im niższa sprawność połączeń synaptycznych (aksonów) z błonami komórkowymi (integralność synaptyczna), tym wcześniej występują objawy choroby lub zaburzeń psychicznych i są one bardziej nasilone. Dwa przykłady: w schizofrenii zjawisko to dotyczy przypadkowych zmian w budowie DNA (polimorfizmu) białek takich jak neuregulina 1 (NGR1) i dysbindyna (DTNBP1), odpowiedzialnych za zaburzenia regulacji neuroprzekazników układu dopaminergicznego i glutamatergicznego, w zaburzeniach afektywnych z kolei – czynnika neurotrofowego pochodzenia mózgowego (BDNF). Zmiana przebiegu i obrazu klinicznego w zaburzeniach psychicznych występujących u osób w starszym wieku związana jest z „łagodniejszym” nasileniem objawów, chociaż zaburzenia te często wikłane są wpływem zmian zwyrodnieniowych.

Na tworzenie się osobowości mają wpływ czynniki zarówno genetyczne, jak i środowiskowe. Na istotność cech temperamentu tworzących podstawę osobowości zwracali uwagę Hipokrates i Galen, a współcześnie Ernst Kretschmer, Iwan Pawłow, w Polsce Jan Strelau<sup>9</sup>. Temperament w ok. 40% zależy od czynników genetycznych, lecz w ok. 60% od czynników środowiskowych. Oznacza to, że rodzaj wychowywania dziecka ma istotne znaczenie w późniejszej podatności na sytuacje stresowe i sposoby radzenia sobie z nimi. W wypadku innych cech osobowości udział czynników środowiskowych zazwyczaj jest jeszcze większy. W odniesieniu zaś do zaburzeń osobowości wpływ czynników genetycznych przewyższa czynniki środowiskowe (np. schizotypia jest uwarunkowana genetycznie prawie w 60%). Za sprawą publikacji E. Kretschmera (1921) i Huberta Tellenbacha (1961) zaczęto zwracać uwagę na powiązania budowy ciała z rodzajem osobowości (była to tzw. teoria konstytucjonalna). Stwierdzono także zależność pomiędzy podstawowymi typami osobowości (cyklotymiczna, schizotypowa, zależna, anakastyczna, paranoiczna, dys socjalna, lękliwa) a częstszym występowaniem specyficznych zaburzeń psychicznych (np. dla osobowości cyklotymicznej charakterystycznym zaburzeniem jest cyklofrenia/zaburzenia afektywne dwubiegunowe, dla osobowości schizotypowej zaś – schizofrenia)<sup>10</sup>.

Wynika z tego, że zależnie od podatności na wystąpienie zaburzeń psychicznych i czynników wyzwalających te zaburzenia stan zdrowia może być w każdym momencie zachwiany. Do najczęstszych czynników biologicznych wywołujących tego typu zmiany należą: urazy mózgu, ostre choroby infekcyjne, choroby przewlekłe, niewyównane choroby somatyczne, zatrucia, uzależnienia, nadmierne stosowanie leków.

<sup>9</sup> J. Strelau, *Temperament, osobowość, działanie*, Warszawa 1985.

<sup>10</sup> Zob. H. Tellenbach, *Melancholie. Problemgeschichte Endogenität Typologie Pathogenese Klinik*, Berlin–Heidelberg–New York 1976.

Wśród czynników natury psychologicznej znajdują się m.in.: strata kogoś bliskiego, żaloba, ostre i przewlekłe sytuacje stresowe, stany pourazowe.

Okresowość przebiegu i zmiany w nasileniu objawów zaburzeń psychicznych stwarzają duże trudności zarówno w diagnostyce, jak i w określeniu relacji między stanem psychicznym a zachowaniem człowieka (np. w psychiatrii sądowej biegli psychiatrzy mają za zadanie określić związek między popełnionym czynem a stanem psychicznym oskarżonego). Ocena kliniczna odróżnia stan choroby (czyli obecność charakterystycznych objawów psychopatologicznych) od stanu remisji (braku objawów). Przykładem może być okresowe występowanie stanów depresyjnych i maniakalnych z pojawiającą się pomiędzy nimi remisją. Jednak często po zakończeniu nasilonych zaburzeń nie ustępują one całkowicie, lecz są obecne w postaci objawów o niewielkim nasileniu lub obecne są tylko niektóre objawy. Zdarza się to np. w schizofrenii, w której przebiegu ustąpienie tzw. objawów pozytywnych (psychotycznych) nie wyklucza występowania tzw. objawów negatywnych (w tym: apatii, braku zainteresowań, wycofania z kontaktów społecznych). Podobnie jest w depresji: po ustąpieniu epizodu depresji nadal mogą występować takie objawy, jak: skargi na uczucie pustki, problemy z koncentracją uwagi, trudności w przypominaniu sobie wydarzeń. Jednocześnie w obu tych wypadkach pacjenci wracają do pracy, spełniają (choć nie bez trudności) swoje obowiązki społeczne, rodzinne itd. Czy w tym okresie są zdrowi psychicznie? Czy ich skargi odzwierciedlają inną postać wciąż obecnej (na poziomie klinicznym) choroby, czy też jest to pozostałość przebytych zaburzeń psychicznych (i związanych z tym faktem stresu, emocji, oceny skutków wcześniejszych działań)? A może jest to subiektywne odczuwanie wpływu stosowanych leków?

Wobec trudności zdefiniowania takich stanów wprowadzono pojęcie *remisji funkcjonalnej*. Czy remisja w przewlekłej chorobie mieści się w definicji zdrowia psychicznego? Z punktu widzenia medycznego jest to tylko okresowe usunięcie (lub ustąpienie) objawów przy nadal działającym mechanizmie patologicznym. Z punktu widzenia społecznego mamy do czynienia z człowiekiem sprawnym, a więc zdrowym, mogącym odpowiadać za swoje czyny, nawiązywać relacje społeczne. Dlatego też próba zdefiniowania czegoś, co nie jest dookreślone i do końca zrozumiałe, jest ryzykowna. Aby uczynić tę kwestię bardziej klarowną, warto omówić dwa przykłady.

Liczne badania wykazały, że im dłużej trwa psychoza schizofreniczna, tym więcej pojawia się szkód dla chorego w wymiarze biologicznym, społecznym i klinicznym. U ok. 73% chorych występują objawy zapowiadające późniejszą psychozę. Badacze poszukujący objawów sygnalizujących wystąpienie psychozy wprowadzili pojęcie prodromu, oznaczające wczesne, nieswoiste objawy, do których zaliczali m.in.: izolację społeczną lub wycofanie, dziwaczne zachowanie, upośledzenie ról społecznych, przekonania niezgodne z sądami społecznymi, obniżenie napędu i in. Ponieważ większość tych objawów była niecharakterystyczna lub niespecyficzna, w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia pojęcie to przestało być stosowane.



Dalsze poszukiwania adekwatnej nazwy i charakterystyki klinicznej wczesnej schizofrenii ewoluowały od określenia *objawy psychotyczne o zmniejszonym nasileniu* (APS) poprzez wyrażenie *krótkotrwałe, ograniczone objawy psychotyczne* (BLIPS) po sformułowaniu *zespół dużego ryzyka wystąpienia schizofrenii* (UHRS)<sup>11</sup>. W ostatniej wersji amerykańskich kryteriów diagnostycznych DSM-5 nie uwzględniono postulatów naukowców i wprowadzono jedynie pojęcie *krótkotrwałych zaburzeń psychotycznych*, których czas występowania może trwać od jednego dnia do miesiąca, po czym pacjent wraca do przedchorobowego poziomu funkcjonowania<sup>12</sup>.

Chociaż zamierzenia były szczytne, wielu psychiatrów zwracało uwagę, że u ok. 50% osób należących do grupy ryzyka wystąpienia psychozy choroba nie występowała. Postawienie natomiast takiego rozpoznania stygmatyzowało znaczącą grupę osób (także młodych) i narażało je na stosowanie leków przeciwpsychotycznych, powodujących liczne objawy niepożądane. Osoby zdrowe psychicznie *ex definitione* stawały się pacjentami psychiatrycznymi. Tymczasem wśród osób zdrowych psychicznie w populacji ogólnej u ponad 10% stwierdzono okresowe występowanie objawów psychotycznych (np. omamów)<sup>13</sup>. Bezskrytyczne próby stosowania wyliczanych, niespecyficzných objawów przypominały definicję schizofrenii bezobjawowej, wprowadzonej do psychiatrii rosyjskiej przez Andrieja Snieżniewskiego<sup>14</sup>. Uwzględniała ona następujące elementy: brak rozumienia norm obowiązujących w społeczeństwie, bierność lub wycofanie w działaniach społecznych, apatia we wspieraniu państwa, zaburzenia logiki myślenia. Na podstawie takiego rozpoznania zamykano w rosyjskich szpitalach psychiatrycznych opozycjonistów.

Włączenie do zestawu kryteriów definiujących zdrowie psychiczne takiego elementu, jak ocena zgodności społecznej z wiarą, kulturą czy obyczajami, jest zabiegiem kontrowersyjnym. Zmniejsza obszar, w którym człowiek może być „inny” od reszty społeczeństwa. Czy w związku z aktualnymi problemami migracji uchodźców odmiennych ras, wyznań i obyczajów należy podejrzewać ich o brak zdrowia psychicznego?

W obszarze zaburzeń nastroju pojawiły się także problemy definicyjne odnoszące się do przeżywania żałoby. Żałoba jest stanem fizjologicznym spowodowanym utratą, skomplikowanym rytuałem społecznym i reakcją wspólną dla ssaków. Objawy, które występują w czasie żałoby, są bardzo podobne do tych występujących w depresji: obniżony nastrój, zaburzenia funkcji poznawczych (zaburzenia koncentracji uwagi,

<sup>11</sup> Zob. *Ryzykowny stan psychiczny*, red. J. Rabe-Jabłońska, M. Kotlicka-Antczak, Poznań 2012.

<sup>12</sup> Zob. American Psychiatric Association, *Kryteria diagnostyczne z DSM-5*, Wrocław 2015.

<sup>13</sup> Zob. F. Schultze-Lutter, F. Renner, J. Paruch, D. Julkowski, J. Klosterkötter, S. Ruhrmann, *Self-reported psychotic-like experiences are a poor estimate of clinician-rated and frank delusions and hallucinations*, „Psychopathology” 2014, 47(3), s. 194–201; G. Samiotakis, C. Kollias, H. Lazaratou, D. Anagnostopoulos, V. Kontaxakis, *Attenuated psychosis syndrome: A new diagnostic category for further study in DSM-5*, „Psychiatriki” 2017, 28(2), s. 120–130.

<sup>14</sup> Zob. T. Tomov, *Political abuse of psychiatry in the former Soviet Union*, [w:] *A century of psychiatry...*, s. 276–278.

subiektywne zaburzenia pamięci), trudności w podejmowaniu decyzji, niechęć do wykonywania czynności, zmniejszenie zainteresowań aktualnym życiem, pogorszenie jakości snu, obniżenie łaknienia. W okresie początkowym żaloby występuje stan odrętwienia i znieczulenia, w następnym etapie pojawiają się: rozpacz, płacz, także gniew i złość, które przeradzają się w uczucie smutku, lęku z koncentracją myśli na zmarłej osobie. Wtedy występują też objawy somatyczne, zaburzenia rytmów biologicznych i dezorganizacja aktywności. U 17% osób przechodzących żalobę występuje nasilenie zespołu depresyjnego po roku od śmierci osoby bliskiej<sup>15</sup>. Z punktu widzenia psychopatologicznego żaloba jest zespołem depresyjnym o takim nasileniu, które zwykle nie zagraża intelektualnemu i społecznemu funkcjonowaniu człowieka. Dominujące uczucia pustki i straty są powiązane z myślami i wspomnieniami o osobie, której już nie ma. Objawy dosyć szybko zmniejszają swoje nasilenie (w ciągu kilku miesięcy) i coraz bardziej stają się echem, wspomnieniem, któremu towarzyszy uczucie smutku, ale nie wpływa ono na funkcjonowanie osoby doświadczającej.

Czy w takiej sytuacji mamy do czynienia z brakiem zdrowia psychicznego? Na tak postawione psychiatryczne pytanie odpowiedź będzie brzmiała: tak i nie. Fenomenologicznie żaloba jest zespołem depresyjnym o różnym nasileniu. Jest również reakcją psychofizjologiczną na sytuację stresową, czasem bardzo nasiloną i ekspresyjnie wyrażaną (na co mają wpływ uwarunkowania kulturowe). Kiedy reakcja zamienia się w zespół depresyjny? Po dwóch miesiącach, po pół roku? Jakie nasilenie objawów daje podstawy do stwierdzenia braku zdrowia psychicznego i kiedy zdrowie psychiczne powraca? W odniesieniu do diagnostycznych zasad DSM-5 można także zadać pytanie: ile objawów depresji występujących w czasie żaloby (prostej i skomplikowanej) jest potrzebne do rozpoznania zaburzeń zdrowia psychicznego? Trudność odpowiedzi na postawione pytania wiąże się z upodabnianiem się objawów depresji do różnych stanów chorobowych z pogranicza zaburzeń funkcjonowania i zwykłych reakcji emocjonalnych. Czy obecność depresji egzystencjalnej (przejawiającej się poczuciem utraty szans i celów życiowych), depresji poronnej (w której objawy mają nasilenie nieznaczne) czy depresji z wyczerpania<sup>16</sup> (występującej przy przewlekłym obciążeniu emocjonalnym) oznacza utratę zdrowia psychicznego?

Podobne problemy dotyczące oceny czyjegoś stanu psychicznego są związane z zaburzeniami osobowości. Tradycyjnie psychiatria dzieliła się na: dużą psychiatrię i małą psychiatrię. Ta pierwsza zajmowała się stanami przebiegającymi dynamicznie, ze znaczną liczbą objawów zaburzających emocje, myślenie i funkcjonowanie (psychozy), reagującymi na leczenie farmakologiczne. Mała psychiatria zaś dotyczyła stanów przewlekłych o stosunkowo niewielkim nasileniu, których podstawą była osobowość pacjenta; stany te nie reagowały na leczenie farmakologiczne, zmieniały jedynie swoją ekspresję pod wpływem oddziaływań psychologicznych. Od czasu

<sup>15</sup> Zob. S. Pużyński, *Depresje*, Warszawa 1988, s. 272–279; 306–307.

<sup>16</sup> Zob. *Ibidem*.



Jamesa Cowlesa Pritcharda (1835) obłęd moralny (ang. *moral insanity*) uznawany był za stan braku zdrowia psychicznego. Stan ten definiowany był następująco:

[...] wrodzone odchylenie struktury osobowości od przeciętnej miary, w zakresie charakteru, z nieprawidłowościami życia uczuciowo-popędowego, uczuciowości wyższej, temperamentu, sposobu reagowania i napędu psychoruchowego. Zagroza harmonijnemu współżyciu jednostki z środowiskiem; brak empatii; brak wyrzutów sumienia; manipulowanie<sup>17</sup>.

Pojęcie to ulegało ewolucji, w DSM-5 całościowe zaburzenia struktury osobowości nazwano *antyspołecznymi zaburzeniami osobowości*. W ujęciu tym zaburzenia osobowości charakteryzowały się m.in.: nieprzestrzeganiem zasad zachowania zgodnego z prawem, oszustwami, nakłanianiem osób do czegoś w celu uzyskania korzyści, impulsywnością, trudnościami w planowaniu, lekceważeniem zasad bezpieczeństwa dotyczących siebie lub innych, nieodpowiedzialnością (np. łamaniem zasad zachowania w pracy lub niedopełnianiem zobowiązań finansowych). Gdyby się chwilę zastanowić, to okaże się, że większość osób w społeczeństwach spełnia ponad połowę wymienionych kryteriów. Czy oznacza to, że są one chore psychicznie? Jak traktować osoby, u których do takich zmian osobowości dochodzi np. po traumatycznym przeżyciu? Przykłady te pokazują, że pojęcie zdrowia psychicznego jest tworem efemerycznym.

## Medykalizacja odmienności

Do XIX wieku klasyfikacja zaburzeń psychicznych bazowała na propozycji Hipokratesa, który wyróżniał dziewięć zaburzeń: manię, melancholię, zapalenie mózgu i ciała (gr. *phrenitis*), niepoczytalność (ang. *insanity*), nieposłuszeństwo (ang. *disobedience*), paranoję, panikę, padaczkę i histerię. W klasyfikacji obowiązującej w latach 1840–1880 znalazły się tylko cztery: mania, melancholia, monomania i padaczka. W latach 1900–1917 (SMII oraz ICD-1) klasyfikacje uwzględniały łącznie 22 rozpoznania, w 2000 roku (DSM-IV-TR) – 365, a w 2013 roku DSM-5 zawierało już 595 rozpoznań<sup>18</sup>.

W DSM-5 poza rozpoznaniami obecnymi we wcześniejszych klasyfikacjach pojawiły się także liczne nowe. Były to zarówno zespoły objawów (np. zaburzenia preferencji seksualnych czy zaburzenia spowodowane działaniem niepożądanym leków), jak i dokładnie opisane zaburzenia wychowania i relacji z dziećmi, problemy związane z zaniedbywaniem i maltretowaniem dorosłych, problemy edukacyjne i zawodowe, mieszkaniowe i ekonomiczne, problemy z funkcjonowaniem w środo-

<sup>17</sup> T. Bilikiewicz, *Psychiatria kliniczna*, Warszawa 1973, s. 634–638.

<sup>18</sup> Zob. American Psychiatric Association, *DSM History*; <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm>; dostęp: lipiec 2019.

wisku społecznym i z dostępem do placówek medycznych. W ten sposób kryteria diagnostyczne poszerzono o wymiar psychologiczny, społeczny i bytowy. Naszemu życiu nadano więc wymiar medyczny.

Trudno jest ten fakt jednoznacznie ocenić. Z jednej strony medykalizacja życia codziennego (czyli nadawanie zjawiskom społecznym numerów diagnostycznych) niesie ze sobą ryzyko etykietowania i wykluczania pewnych grup osób (a przy okazji pogrubiania linii granicznej między zdrowym i chorym). Z drugiej strony psychiatria jest nauką opisującą całość życia człowieka, zanurzonego w kontekstach społecznych i kulturowych, wprowadza do języka ogólnego pojęcia uwrażliwiające na nowe zjawiska i dzięki temu zyskuje pieniądze na badania. W wypadku mechanizmów występowania zaburzeń psychicznych wpływ tych czynników nakłada się patoplastycznie na podatność genetyczną. Próby myślenia holistycznego o zdrowiu psychicznym człowieka uwzględniają nowe zjawiska społeczne i analizują je w kontekście nowych zagrożeń dla stanu psychicznego całej populacji.

Przykładem takich sytuacji jest umieszczenie w DSM-5 nowego wymiaru zaburzeń nałogowych, czyli tzw. nałogów behawioralnych. Jest to kolejny dowód na postępującą zmianę myślenia psychiatrów: od XIX-wiecznych kategorii nozologicznych (wywodzących się z medycyny somatycznej) w stronę klasyfikowania wymiarów zaburzeń psychicznych, czyli tworzenia konstruktów przenikających się obszarów normy i patologii. W wymiarze tym zgrupowano wiele zjawisk kulturowych, sygnalizowanych wcześniej przez psychiatrów XIX-wiecznych (np. oniomania, tj. zakupoholizm opisany m.in. przez Emila Kraepelina na początku XX wieku). Większość z nich została opisana w pierwszej tego typu publikacji wydanej w Polsce pod redakcją Bogusława Habrata<sup>19</sup>. W książce tej opisano m.in.: nałogowe korzystanie z Internetu i gier komputerowych, patologiczną hiperseksualność, pracoholizm, kompulsywne kupowanie, nałogowe uprawianie ćwiczeń, nałogowe opalanie się, pierwotne patologiczne zbieractwo oraz zachowania o prawdopodobnej naturze nałogowej (np. nałóg studiowania, korzystania z usług wróżbiarskich czy aktywności ulicznej).

Truizmem jest stwierdzenie, że człowiek jest istotą hedonistyczną (podlega działaniu układu nagrody, czyli zbioru połączonych ze sobą struktur mózgu wytwarzających motywację pozytywną) i dość łatwo może się uzależnić od wszystkiego, co sprawia mu przyjemność. W poszukiwaniu definicji zdrowia psychicznego obszar nałogów behawioralnych sprawia najwięcej problemów. Koncepcje teoretyczne i metody badawcze, na podstawie których próbowano diagnozować uzależnienia behawioralne, okazały się niewystarczająco trafne<sup>20</sup>. Dwa opisane poniżej przykłady uzmysłowią trudności z zakwalifikowaniem pozycji, na jakiej powinny znajdować się często występujące zjawiska społeczne.

<sup>19</sup> B. Habrat, *Koncepcja teoretyczna i pozycja nozologiczna tak zwanych nałogów behawioralnych*, [w:] *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*, red. B. Habrat, Warszawa 2016, s. 15–54.

<sup>20</sup> *Ibidem*.

Przykład pierwszy: nałogowe kupowanie (inaczej: kupowanie przymusowe). Jest to stan typowy dla zaburzeń kontroli impulsów i niezdolności do samoregulacji własnych zachowań. Według DSM-4 zaburzenia te charakteryzują się następującymi cechami:

- człowiek odczuwa niepokój, ma odruch odczuwany jako nieodparty, narzucający się albo bezsensowny, a zakupy przekraczają jego możliwości finansowe;
- niepokój powoduje stres, stratę czasu, zakupy wpływają na funkcjonowanie społeczne i zawodowe, są przyczyną problemów finansowych;
- zakupy poprawiają samopoczucie, powodują krótkotrwały stan euforii;
- kupowane przedmioty często przekraczają możliwości finansowe kupującego;
- człowiek ma poczucie winy, że jego zachowania są powtarzalne;
- większość zakupów dokonuje w samotności;
- ogranicza wydatki na inne, potrzebne rzeczy.

Częstość występowania nadmiernych zakupów związana jest z kulturą materialistyczną i konsumpcyjną. W USA do kompulsywnego kupowania przyznaje się aż 8% populacji, w Polsce odsetek takich osób sięga ok. 3,5%. W Afryce odsetek jest bliski zeru. Na poziomie społecznym kompulsywne kupowanie jest realizacją marzeń, spełnieniem pragnienia odmienności, oryginalności i zasobności. Na poziomie indywidualnym jest poprawą samopoczucia, samooceny i wizerunku społecznego.

W poszukiwaniu mechanizmów odpowiedzialnych za kompulsywne kupowanie zwraca się uwagę na deficyty regulacji emocji. Zakupy robione w sytuacji stresu, smutku, przygnębienia, złości, nudy i innych negatywnych emocji stają się formą pocieszenia, środkiem do rozładowania stresu i poprawy samooceny. Zjawisko to w ok. 80–100% dotyczy kobiet. Być może jest tak dlatego, że kobiety częściej niż mężczyźni radzą sobie ze stresem poprzez emocje. W badaniach nad cechami osobowości osób nadmierne kupujących stwierdzono takie cechy, jak: zależność od innych, impulsywność, skłonność do fantazjowania, lęk i depresję, stosowanie ucieczkowych strategii radzenia sobie ze stresem, brak kontroli impulsów, małe poczucie wartości własnej, poszukiwanie akceptacji u innych, tendencje materialistyczne<sup>21</sup>. Zmieniając nieco język opisujący to zjawisko, możemy definiować je jako zaburzenia niektórych cech osobowości. Kiedy jednak wrócimy do definicji człowieka zdrowego psychicznie i skonfrontujemy ją z rzeczywistością, okaże się, że większość populacji kobiet w krajach uprzemysłowionych jest zaburzona. Mechanizm kompulsywnego kupowania musi więc być bardziej złożony.

Wprowadzone w 1992 roku przez Marshę Richins i Scotta Dawsona pojęcie depresji materialistycznej dotyczy zachowań i reakcji ludzi na obecną współcześnie kulturę materialistyczną. Niezależnie od typu osobowości chęć posiadania jest częścią natury ludzkiej. Można się zastanawiać, czy nie wywodzi się ona wprost z ata-

<sup>21</sup> Zob. N. Ogińska-Bulik, *Kompulsywne kupowanie*, [w:] *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne...*, s. 379–406.

wistycznego popędu zapewnienia sobie bezpieczeństwa, który ewoluował i przybrał formę dostosowaną do współczesnych warunków cywilizacyjnych. Zgodnie z definicją głównymi wyznacznikami światopoglądu materialistycznego są: centralizm (gromadzenie i posiadanie rzeczy jest głównym celem życia), szczęście (posiadanie rzeczy jest głównym źródłem satysfakcji z życia) oraz sukces (posiadanie jest wskaźnikiem sukcesu). Materialiści mają wyższy poziom oczekiwań i oczekują większych pozytywnych emocji. Gromadzenie i kupowanie nie spełnia ich oczekiwań, co skutkuje obniżeniem pozytywnych emocji, prowadzi do przewlekłego braku satysfakcji i pogorszenia samopoczucia<sup>22</sup>.

Zgodnie z tą tezą podstawowymi mechanizmami kompulsywnego kupowania byłyby niska samoocena i światopogląd materialistyczny. Depresja w tej sytuacji byłaby mediatorem, a nie przyczyną. Obraz kliniczny depresji jest zamaskowany, charakteryzuje się cierpieniami wewnątrzrodzinnymi i interpersonalnymi, stanami dysforycznymi, wstydem z powodu ubóstwa, oceną ludzi poprzez pryzmat posiadania, a w efekcie agresją i przestępstwami (np. rabowanie sklepów w czasie rozluźnienia restrykcji społecznych)<sup>23</sup>.

Przykład drugi: zespół patologicznego zbieractwa (zespół pierwotny, inaczej syllogomania lub zespół Diogenesa). Według klasyfikacji DSM-5 kryteria rozpoznawania zbieractwa uwzględniają następujące elementy:

- przewlekłe trudności w pozbywaniu się rzeczy (niezależnie od ich wartości);
- silna potrzeba zatrzymania własności i cierpienie związane z pozbywaniem się jej;
- efektem trudności w pozbywaniu się przedmiotów jest zapełnienie części mieszkalnej, często uniemożliwiająca prowadzenie normalnego życia; opróżnianie mieszkania przez rodzinę odbywa się przy znacznym oporze chorego;
- objawy powodują znaczące cierpienie albo upośledzenie społecznych, zawodowych lub innych ważnych obszarów funkcjonowania chorego.

Rozpowszechnienie zbieractwa można szacować na 2–6% populacji. Zaczyna się w młodym wieku (11–15 lat) i stopniowo się zwiększa, osiąga maksimum powyżej 54. roku życia. Po ok. 60. roku życia zbieractwo ma zwykle charakter wtórny do występujących zaburzeń funkcji poznawczych. U 75% osób ze zbieractwem współwystępują inne zaburzenia psychiczne, m.in. depresja (50–70%) i fobia społeczna (20–60%)<sup>24</sup>.

<sup>22</sup> Zob. J.A. Tsang, T.P. Carpenter, J.A. Roberts, M.B. Frisch, R.D. Carlisle, *Why are materialists less happy? The role of gratitude and need satisfaction in the relationship between materialism and life satisfaction*, „Personality and Individual Differences” 2014, vol. 64, s. 62–66.

<sup>23</sup> D.A. Azibo, *Unmasking materialistic depression as a mental health problem: Its effect on depression and materialism in an African–United States undergraduate sample*, „Journal of Affective Disorder” 2013, vol. 150(2), s. 623–628.

<sup>24</sup> Zob. T. Szafranski, B. Habrat, *Pierwotne patologiczne zbieractwo*, [w:] *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nalogi behawioralne...*, s. 431–462.

Sądzić można, że istnieje dość bliski związek zbieractwa z kompulsywnym kupowaniem. Świadczyć o tym może fakt, że 61% osób ze zbieractwem przejawiało kompulsywne kupowanie, a 39% osób z kompulsywnym kupowaniem miało także problemy ze zbieractwem. Sugerować to może przynależność obu zaburzeń do grupy obsesyjno-kompulsywnej. W mechanizmach neurobiologicznych rozważa się zaburzenia aktywności kory przedczołowej (skutkujące osłabieniem hamowania). Badania genetyczne wskazują, że prawdopodobnie czynniki środowiskowe odgrywają w tej sferze znacznie mniejszą rolę (poniżej 50%) niż genetyczna podatność. Jednak brak szczegółowych badań nad wpływem czynników środowiskowych i kulturowych (takich jak np. reklama, chęć upodobnienia się do innych, obniżenie pozytywnych emocji) powoduje, że prawdziwy mechanizm nadal nie jest znany<sup>25</sup>.

Oczywiście obecność osoby zbierającej różne przedmioty w dużych budynkach komunalnych utrudnia sąsiadom życie. Dlatego też traktuje się je jako osoby chore psychicznie (i często tak się o nich mówi). Dotyczy to głównie osób, które zbierają przedmioty szybko psujące się i narażają sąsiadów na możliwości zarobaczenia domu. W kategoriach medycznych jest to niewątpliwie zaburzenie psychiczne.

Czy mamy do czynienia z przetrwałym mechanizmem dostosowawczym? Przed tysiącami i setkami lat zbierano wszystko, bo oznaczało to przetrwanie. Czy też jest to Jungowski archetyp zachowań zwiększający bezpieczeństwo? Czy jest to tylko uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego? A może jest to, podobnie jak kompulsywne kupowanie, bardzo stary mechanizm fizjologiczny?

Wśród znanych mi osób ok. 90% to nie patologiczni zbieracze. Ludzie zbierają wszystko: świnki, żaby, buciki, gazety, książki, butelki, kapsle, motyle, znaczki itd. Czy odczuwają euforyczną radość, kiedy zdobywają kolejne trofeum? Tak. Czy jest im smutno, gdy mają skompletowaną całą kolekcję? Tak. Czy chętnie pożyczają część swojej kolekcji innym? Nie. Czy ma to wpływ na ich osobiste lub zawodowe życie? Tak (np. gdy poświęcają urlopy na wzbogacenie swojej kolekcji). Czy są więc zdrowi psychicznie? Dopóki szanują prywatność innych osób i nie zagrażają im (czyli zachowują się poprawnie społecznie) – tak. Wynika z tego, że społeczne kryteria zdrowia psychicznego są ważniejsze od indywidualnych.

## **Wpływ twórczości osób z zaburzeniami psychicznymi na społeczeństwo i kulturę**

Jak wyglądałaby nasza współczesna cywilizacja bez obrazów Jana Albrechta Dürera (1471–1528), Vincenta van Gogha (1853–1890), Augusta Strindberga (1849–1912), Maurice’a Utrilla (1883–1955), Rene Magritte’a (1898–1967), Stanisława Witkiewicza (1885–1939), Edwarda Muncha (1863–1944), Brunona

<sup>25</sup> Zob. *Ibidem*.

Schultza (1892–1942), muzyki Roberta Schumanna (1810–1856), poezji Charles’a Pierre’a Baudelaire’a (1821–1867), Jana Lechonia (1899–1956), Bolesława Leśmiana (1877–1937), Włodzimierza Majakowskiego (1893–1930), literatury Tadeusza Borowskiego (1922–1951), Ernesta Hemingwaya (1899–1961), tańca Waława Nizyńskiego (1889–1950) i wielu, wielu innych twórców i artystów? Ubogo. Występujące u nich zaburzenia psychiczne zmieniały percepcję rzeczywistości, pozwalając na tworzenie dzieł niepowtarzalnych. W tej części populacji osób „innych” znajdowali się także ludzie, którzy nie cierpieli na choroby psychiczne, lecz u których występowały zaburzenia psychiczne spowodowane chorobami somatycznymi lub zatruciami substancjami służącymi im do pracy lub eksperymentów. Byli to m.in. Izaak Newton (1643–1727), Ludwig van Beethoven (1770–1827), lord George Byron (1788–1824), Aleksander Gierymski (1850–1901). Akceptację społeczną zyskali też artyści, u których objawy zaburzeń psychicznych były ewidentne, np. Daniel Paul Schreber (1842–1911), autor *Pamiętników nerwowo chorego*, Louis Wain (1860–1939), twórca słynnej serii kotów, Edmund Monsiel (1887–1962), przedstawiciel malarstwa symbolicznego, oraz Nikifor Krynicki (1895–1968), twórca malarstwa prymitywnego.

W kreatywności artystycznej istotne znaczenie ma motywacja do działania i sposób reakcji emocjonalnej na rzeczywistość. Temperamentalnie mają one związek z zaburzeniami afektywnymi, lecz także z elementami myślenia, które występują w psychozach. W grupie artystów dwu-, trzykrotnie częściej występują zaburzenia afektywne, częstsza jest także u nich skłonność do nadużywania alkoholu i substancji psychoaktywnych oraz do popełniania samobójstwa niż u osób wykonujących inne zawody. Także u dzieci i krewnych pierwszego stopnia osób tak twórczych stwierdzono znacznie częściej występujące cechy, takie jak: rozproszona uwaga, dywergencyjne myślenie, otwartość na doświadczenia, niezależność, nonkonformizm<sup>26</sup>.

Zarówno u poetów (np. u Emily Dickinson), malarzy (np. u Vincenta van Gogha), jak i muzyków (np. u Roberta Schumanna) widać wyraźny związek pomiędzy aktywnością twórczą w okresach hipomanii a brakiem aktywności w fazach depresji<sup>27</sup>. Janusz Rybakowski wskazuje na istotny wpływ cech osobowości schizotypowej na kreatywność. Cytowane przez niego badania pokazują, że u osób z osobowością schizotypową występuje myślenie rozbieżne; daje się także zaobserwować pozytywna korelacja z liczbą partnerów, co wskazuje na zwiększoną atrakcyjność seksualną<sup>28</sup>. Wyniki badań negują więc tezę wygłoszoną przez Carla Friedricha von Weizsackera z roku 1978, że:

<sup>26</sup> Zob. D. Nettle, *Schizotypy and mental health amongst poets, visual artists, and mathematicians*, „Journal of Research in Personality” 2006, vol. 40(6), s. 876–890.

<sup>27</sup> N. Andreasen, D. Glick, *Bipolar affective disorder and creativity: Implications and clinical management*, „Comprehensive Psychiatry” 1988, vol. 29(3), s. 207–217.

<sup>28</sup> Zob. J. Rybakowski, *Oblicza choroby maniakalno-depresyjnej*, Poznań 2008, s. 99–110.



Chorobę można by zdefiniować jako fałszywe zdrowie. Z darwinistycznego punktu widzenia pojęcie „fałszywy” oznacza zmniejszoną zdolność przetrwania, a więc zmniejszenie przystosowania<sup>29</sup>.

Na podstawie badań Andrzeja Strzałeckiego<sup>30</sup> charakterystyka osobowościowa ludzi twórczych zawiera następujące cechy:

- są stanowczy, dominujący, przywódczy, pełni inicjatyw, aktywni i samowystarczalni;
- są mniej zahamowani, mniej formalni i konwencjonalni, nie tłumią popędów;
- posiadają silną motywację, umiłowanie i zapał do pracy, dużą wewnętrzną dyscyplinę, upór, dużą energię, są dokładni;
- są niezależni;
- są konstruktywnie krytyczni, mniej zadowoleni z połowy rozwiązań;
- mają szerokie zainteresowania, dużą wiedzę, są elastyczni;
- są uczuciowo i emocjonalnie chłonni, bardziej subiektywni, witalni i entuzjastyczni;
- posiadają estetyczny stosunek do świata (w szerokim rozumieniu), estetyczny typ inteligencji i uczuciowości;
- mało interesują się sprawami ekonomicznymi;
- mają „kobiece” zainteresowania, brak męskiej agresywności;
- w niewielkim stopniu interesują się sprawami stosunków międzyludzkich, są introwertykami, ludźmi niezbyt towarzyskimi, pełnymi rezerwy;
- są emocjonalnie niezrównoważeni, lecz potrafią skutecznie wykorzystać swoją zmienność; są źle przystosowani w sensie psychologicznych definicji, ale dobrze przystosowani do pracy i społecznie użyteczni.

Aby uzupełnić ten obraz, warto dodać, że od strony biologicznej osoby kreatywne charakteryzują się nieco odmiennym profilem biochemicznym (w tym: nadaktywnością układu dopaminergicznego-DRD2, DRD4 i serotonergicznego-5HTT), a także zmianami w architekturze mózgu (aktywnością kory przedczołowej i układu limbicznego).

Jako zbiorowość akceptujemy zdrowie psychiczne (normę) jako część wspólnych, społecznych zachowań, dzielenie się taką samą wiarą, historią, kulturą. W zależności od stopnia naszego poczucia bezpieczeństwa jesteśmy też w stanie zaakceptować do pewnego stopnia inność. Niemniej prawdziwa akceptacja artysty ma dwa oblicza. Jedno dotyczy osób z jego bliskiego środowiska i da się ująć w postaci ogólnego sformułowania: *Był bardzo trudnym człowiekiem, ale pięknie malował*. Drugie zaś odnosi się do osób nieznaną artysty osobiście i może przybierać formę stwierdzenia: *Pięknie malował, choć słyszałem, że był niezwykle trudny we współpracy*. Kiedy akceptujemy dzieła twórców i nie zwracamy uwagi na ich stan psychiczny?

<sup>29</sup> C.F. von Weizsäcker, *Jedność przyrody*, Warszawa 1978.

<sup>30</sup> A. Strzałek, *Wybrane zagadnienia psychologii twórczości*, Warszawa 1969.

Gdy pojawia się „moda” – dawniej narzucana przez królów, arystokrację, aktualnie przez celebrytów. „Moda” nie zwraca uwagi na ludzi normalnych, jest esencją inności, nowości, nowej interpretacji. Poszerza wrażliwość ludzką o nieznanne doznania i obszary doświadczeń, ukazuje im nowe piękno. Stymuluje ludzi do zadawania nowych pytań. To oferują społeczeństwu artyści. Cierpiący z powodu zaburzeń psychicznych artyści spełniają więc drugą część przywoływanej już definicji zdrowia psychicznego, która głosi, że człowiek zdrowy w sensie psychicznym „jest w stanie wnieść wkład w życie danej wspólnoty”. Nie jest istotne to, czy człowiek jest chory, czy zdrowy psychicznie, ale to, czy posiada istotną umiejętność służącą społeczeństwu. Gdzie zatem jest granica pomiędzy zdrowiem a szaleństwem? Może jej nie ma? W odniesieniu do społecznych kryteriów rozróżniania normy i szaleństwa Thomas Szasz napisał tak:

Kiedy mówisz do Boga – modlisz się; Kiedy Bóg mówi do ciebie – masz schizofrenię. Jeśli zmarły mówi do ciebie, jesteś spirytualistą; Jeśli ty mówisz do zmarłego, jesteś schizofrenikiem<sup>31</sup>.

Dążenie ludzi do wyraźnego zdefiniowania świata, w którym żyją, jest zrozumiałe. Niesie ono jednak ze sobą ryzyko w postaci przekonania, że zbyt dokładne definiowanie, „zwerbalizowanie” danego zjawiska pozwoli na jego zrozumienie. Obszar zdrowia i choroby nie jest czarno-biały. Wypełniony jest szarością, w której znajduje się człowiek. Im więcej wiemy, tym mniej rozumiemy. Może powinniśmy się skupić bardziej na samych badaniach niż, jak to często bywa, na pochopnym wyciąganiu wniosków z najmniejszych przesłanek? Nauka to meandrująca istota. Wyniki badań nad neuropatologią zmian w ośrodkowym układzie nerwowym, niestety, nie są bezpośrednio związane z objawami klinicznymi, więc na ich podstawie nie można zdefiniować zdrowia psychicznego. Nie ma także możliwości oceny biomarkerów różnicujących zdrowie od zaburzeń, jak to jest w wypadku chorób ośrodkowego układu nerwowego, np. choroby Alzheimera. Pozostaje nam myślenie o ludziach jako o istotach „trochę zdrowych, trochę chorych”, bez stosowania wyraźnej cezur, próbującej zdefiniować zdrowie psychiczne.

Komunikacja lekarza z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi to próba empatycznego porozumienia na tematy najtrudniejsze, bo intymne. To wtargnięcie w świat nie tylko przyczyn, mechanizmów i objawów choroby, lecz także interpretacji myślenia, wysławiania się, zachowania i reakcji na trudne pytania. Zaskoczeniem dla pacjenta są pytania o całe jego życie: relacje wczesnodziecięce z rodzicami i otoczeniem, przemoc, doświadczenia seksualne, jego własna ocena marzeń i realizacji celów. To specyficzna „wiwisekcja” *psyche*, przed którą pacjenci bronią się nieświadomie lub świadomie, nie rozumiejąc celu pytań. Odpowiedzi na pytania zmuszają pacjenta do konfrontowania się z często największymi dla niego traumami. Nawia-

<sup>31</sup> T. Szasz, *Mit choroby psychicznej*, „American Psychologist” 1960, vol. 15, s. 113–118.

zanie kontaktu z pacjentem oznacza obdarzenie lekarza zaufaniem. Umiejętność zadawania pytań pozwala lekarzowi na ocenę interpretowania przez pacjenta jego przeżyć i doświadczeń życiowych. Badanie pacjenta jest „najmniejszym” obszarem delikatności, ponieważ jego interpretacje są interpretowane przez lekarza. W tej sytuacji łatwo jest popełnić błąd w postaci zbyt pospiesznej oceny i przypisać pacjentowi chorobę, której nie posiada. Granica taka w wypadku rozważań zdrowie – zaburzenie psychiczne jest szczególnie cienka. Nie tylko umiejętności lekarza, ale także waga postawienia prawidłowej diagnozy wymaga, aby lekarz zaufał także pacjentowi że, poruszając się po nieznanym dla niego obszarze (autoanaliza), będzie starał się odpowiedzieć sumiennie na zadawane pytania. Dodatkową trudnością w kontakcie jest obecność w zaburzeniach psychicznych zaburzeń myślenia – paralogiczne łączenie fragmentów pytań i wypowiedzi lekarza z nadmierną, podsyconą lękiem interpretacją. Ocena, które z nich są uprawomocnione, a które są nadinterpretacją, wymaga dokładności, precyzji w zadawaniu pytań oraz doświadczenia. Dlatego psychiatria jest nie tylko nauką biologiczną, lecz także sztuką poruszania się po niewiadomym.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association, *Kryteria diagnostyczne z DSM-5*, Wrocław 2015, s. 69–70.
- Andreasen N., Glick D., *Bipolar affective disorder and creativity: Implications and clinical management*, „Comprehensive Psychiatry” 1988, vol. 29(3), s. 207–217.
- Azibo D.A., *Unmasking materialistic depression as a mental health problem: Its effect on depression and materialism in an African–United States undergraduate sample*, „Journal of Affective Disorder” 2013, vol. 150(2), s. 623–628.
- Bilikiewicz T., *Psychiatria kliniczna*, Warszawa 1973.
- Czabała Cz., *Zdrowie psychiczne: definicje, wskaźniki, determinanty, zagrożenia, promocja*, [w:] *Psychiatria*, t. 3, *Metody leczenia*, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, wyd. III, Wrocław 2012, s. 575–585.
- Dąbrowski K., *Zdrowie psychiczne*, Warszawa 1979.
- Dąbrowski K., *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*, Warszawa 1989.
- Habrat B., *Koncepcja teoretyczna i pozycja nozologiczna tak zwanych nałogów behawioralnych*, [w:] *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*, red. B. Habrat, Warszawa 2016, s. 15–54.
- International Health Conference, *WHO Constitution*, New York 1948.
- Korzeniowski L., *Zdrowie psychiczne*, [w:] *Encyklopedyczny słownik psychiatrii*, red. L. Korzeniowski, S. Pużyński, wyd. III, Warszawa 1986.
- McCubbin H.I., Thompson E.A., Thompson A.I., Fromer J.E., *Sense of coherence and resiliency*, Madison 1994, s. 3–21.
- Nettle D., *Schizotypy and mental health amongst poets, visual artists, and mathematicians*, „Journal of Research in Personality” 2006, vol. 40(6), s. 876–890.
- Ogińska-Bulik N., *Kompulsywne kupowanie*, [w:] *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*, red. B. Habrat, Warszawa 2016, s. 379–406.
- Okasha A., *International Psychiatry and the work of WPA*, [w:] *A century of Psychiatry*, ed. H. Freeman, London 1999, s. 350–352.

- Pużyński S., *Depresje*, Warszawa 1988.
- Rybakowski J., *Oblicza choroby maniakalno-depresyjnej*, Poznań 2008, s. 99–110.
- Ryzykowny stan psychiczny, red. J. Rabe-Jabłońska, M. Kotlicka-Antczak, Poznań 2012.
- Samiotakis G., Kollias C., Lazaratou H., Anagnostopoulos D., Kontaxakis V., *Attenuated psychosis syndrome: A new diagnostic category for further study in DSM-5*, „Psychiatriki” 2017, vol. 28(2), s. 20–130.
- Schultze-Lutter F., Renner F., Paruch J., Julkowski D., Klosterkötter J., Ruhrmann S., *Self-reported psychotic-like experiences are a poor estimate of clinician-rated and frank delusions and hallucinations*, „Psychopathology” 2014, vol. 47(3), s. 194–201.
- Strelau J., *Temperament, osobowość, działanie, Warszawa* 1985.
- Strzałecki A., *Wybrane zagadnienia psychologii twórczości*, Warszawa 1969.
- Szafrński T., Habrat B., *Pierwotne patologiczne zbieractwo*, [w:] *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nalogi behawioralne*, red. B. Habrat, Warszawa 2016, s. 431–462.
- Szasz T., *Mit choroby psychicznej*, „American Psychologist” 1960, vol. 15, s. 113–118.
- Tellenbach H., *Melancholie. Problemgeschichte Endogenität Typologie Pathogenese Klinik*, Berlin–Heidelberg–New York 1976.
- Tomov T., *Political abuse of psychiatry in the former Soviet Union*, [w:] *A century of psychiatry*, ed. H. Freeman, London 1999, s. 276–278.
- Tsang J.A., Carpenter T.P., Roberts J.A., Frisch M.B., Carlisle R.D., *Why are materialists less happy? The role of gratitude and need satisfaction in the relationship between materialism and life satisfaction*, „Personality and Individual Differences” 2014, vol. 64, s. 62–66.
- von Weizsäcker C.F., *Jedność przyrody*, Warszawa 1978.
- World Health Organization, *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*, Geneva 2001.