

# Diagnostyka psychiatryczna

## 4.1

### Badanie psychiatryczne

*Adam Bilikiewicz*

#### 1. UWAGI OGÓLNE

Podstawowym celem każdego badania lekarskiego jest ustalenie rozpoznania, wskazań do podjęcia ewentualnego leczenia, a w pewnych sytuacjach wydania zaświadczenia lub opinii o aktualnym stanie zdrowia dla celów sądowych, przydatności do nauki, pracy itp. Badanie psychiatryczne jest związane ze specyfiką tego działu medycyny. W jego trakcie wnika się bowiem w sferę subiektywnych przeżyć, myśli i uczuć, do których nawet zdrowy człowiek broni dostępu. Wymaga to od badającego zarówno taktu, jak i umiejętnego formułowania pytań. Samemu badaniu trzeba zapewnić odpowiednie warunki, tak ażeby intymny charakter rozmowy z pacjentem nie był w żaden sposób zakłócany. Nie powinno się przeprowadzać badania psychiatrycznego w sali chorych, chyba że okoliczności tego wymagają, np. badanie obłożnie chorych. Obecność postronnych osób w gabinecie lekarskim, np. pielęgniarki czy innego lekarza, może krępować badanego i nie skłania do szczerych wypowiedzi.

Przebieg badania będzie zależał od tego, czy będziemy mieli do czynienia z osobą chętnie współpracującą z lekarzem, zainteresowaną i z troską swoim stanem zdrowia, czy z psychicznie chorym, który nie ma poczucia choroby, kwestionuje celowość rozmowy z lekarzem, zachowuje się opryskliwie i bez poczucia dystansu.

Badanie psychiatryczne zmierza do szczegółowego określenia aktualnego stanu psychicznego pacjenta. Składa się ono z wywiadu podmiotowego (autoanamnezy) i wywiadu przedmiotowego, polegającego na uzyskaniu informacji od krewnych, znajomych lub osób mających bezpośredni kontakt z chorym (koledzy z miejsca pracy, ze szkoły, sąsiedzi itd.). W badaniu psychiatrycznym, tak samo jak w badaniu psychologicznym, można się posłużyć dwoma sposobami. Jeden polega na odwoływaniu się do introspekcji, a więc do podmiotowych przeżyć chorego, drugi – na obserwacji zachowania (behawioru) chorego. Badanie może mieć charakter jednorazowego zdarzenia – badamy chorego w przychodni – ale na określenie stanu psychicznego pacjenta mają również wpływ obserwacje personelu pielęgniarskiego, kiedy znajdzie się on w szpitalu.

Posłużymy się przykładem chorego cierpiącego na zaburzenia paranoidalne. Wiemy, że w tym zespole występują omamy różnych zmysłów, ale na pierwszy plan wysuwają się omamy słuchowe. O tym, że chory przeżywa omamy, możemy wnioskować z obserwacji jego zachowania – zatyka uszy, mówi głośno do siebie, prowadząc „z głosami dialog”, ujawnia emocje świadczące o silnym przeżywaniu treści omamów itd. Jeżeli uda się nam zdobyć zaufanie chorego, to potwierdzi on, że doznaje omamów, i poinformuje nas o ich treści i o osobie „nadawcy”, np. czy jest to mężczyzna czy kobieta itd.

Ten pierwszy sposób, nazywamy behawioralnym, odnosi się bowiem do obserwacji zachowania pacjenta, drugi można nazwać wywiadem subiektywnym albo autoanamnezą, uwzględnia bowiem introspekcję.

Badanie psychiatryczne jest zajęciem niezwykle odpowiedzialnym i może mieć daleko idące konsekwencje, zwłaszcza gdy orzeczenia są wydawane dla różnych celów. Chodzi więc o to, żeby badaniu temu zapewnić, o ile to jest możliwe, maksymalny obiektywizm, a bez dodatkowych źródeł informacji zawsze będzie ono zawierało elementy subiektywne. Badanie psychiatryczne polega, z czego nie zawsze zdają sobie sprawę nawet najbardziej doświadczeni psychiatrzy, na porównywaniu stanu psychicznego pacjenta z naszym własnym obrazem zdrowia psychicznego. Zdarzało się wielokrotnie i zdarza się nadal, że opis stanu psychicznego dokonany przez dwóch lub większą liczbę psychiatrów czasami krańcowo się różni. Aby badaniu psychiatrycznemu zapewnić wymierny, przedmiotowy charakter, można się posługiwać różnymi narzędziami – skalami, inwentarzami, testami (o których jest mowa w następnym rozdziale).

Osobiście jestem przeciwnikiem określania stanu psychicznego, a tym bardziej ustalania rozpoznania psychiatrycznych, na podstawie interpretacji wypowiedzi i zachowań osób uczestniczących w życiu publicznym, np. polityków. Nazwałem to kiedyś psychiatryzacją polityki. Również wielce ryzykownym postępowaniem jest dziedzina nazywana patobiografią. Na podstawie różnych źródeł, rzadko badań lekarskich, odtwarza się przypuszczalne cechy osobowości lub objawy choroby psychicznej u znanych ludzi – pisarzy, malarzy, rzeźbiarzy, muzyków, uczonych itp. Istnieje na ten temat bogata literatura naukowa i pseudonaukowa. O tym, jak bardzo różnią się psychiatrzy w swoich opiniach, świadczy przykład wielkiego malarza Vincenta van Gogha (1853–1890), który wprawdzie przebywał w szpitalu psychiatrycznym, ale stawiane rozpoznania psychiatryczne różniły się zasadniczo. Jedni widzieli u niego wyłącznie cechy nieprawidłowej osobowości, inni padaczkę, chorobę afektywną dwubiegunową, a wielu wybitnych psychiatrów rozpoznawało *ex post* schizofrenię. Kto miał rację? Tego chyba nigdy się nie dowiemy.

Badanie psychiatryczne powinno przebiegać w formie rozmowy; badający nie uzyska zbyt wielu informacji od pacjenta, jeżeli ten odniesie wrażenie „przesłuchania”. Atmosfera samego badania nacechowana życzliwością, pozbawiona urzędowego tonu skłoni chorego do szczerych wypowiedzi. W kontakcie z każdym chorym, a z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi w szczególności, obowiązuje szczerota i prawdomówność. Sami pacjenci pytani, czego oczekują od lekarza, odpowiadają zwykle, że szczeroty i życzlywoty. Zachowanie lekarza jest przez pacjentów bacznie obserwowane. Wszelkie gesty i mimika nie licujące z powagą badania burzą kontakt lekarz–pacjent. Niektórzy chorzy oczekują od lekarzy uśmiechu. Ponury wyraz twarzy, zadawanie stereotypowych pytań o dane personalne, brak szczerego zainteresowania przeżyciami pacjenta, nawet niedorzecznymi i budzącymi nasz sprzeciw, zraża pacjenta. Pogodny wyraz twarzy, częsty uśmiech i poczucie humoru lekarza są zachowaniami pożądanymi. Należy jednak pamiętać, że wielu pacjentów nastawionych ksobnie śmiech lekarza może interpretować opacznie i uważać, że to oni są jego powodem. Trzeba w takich sytuacjach dużego wyuczucia i delikatności.

Psychiatrzy bywają często proszeni przez rodzinę pacjenta o nieujawnianie, kim są. Z prośbą taką spotykałem się niestety również na oddziałach niepsychiatrycznych, gdy wzywano mnie na konsultację. Przeciętni ludzie wyobrażają sobie niesłusznie, że badanie psychiatryczne, wizyta u psychiatry czy przybycie psychiatry do mieszkania będzie dla chorego wstrząsem lub co najmniej ciężkim przeżyciem. Tymczasem zazwyczaj nie jest to prawda. Chorzy są na ogół wdzięczni za szczerotę i zachowują się spokojnie. Ostatnio spotkałem się z propozycją lekarza, którego psychicznie chory syn ma awersję do psychiatrów i instytucji psychiatrycznych, ażeby psycholog przychodził do niego pod pretekstem udzielania korepetycji. Takich dwuznacznych sytuacji należy unikać, ponieważ prędzej czy później prawda wyjdzie na jaw.

Przekonanie, iż psychicznie chorym nie wolno się sprzeciwiać, jest również błędne. Nie należy więc potakiwać, gdy chory twierdzi, że jest Chrystusem. W dawnych „domach obłąkanych”, jeśli chory uważał się za króla, wkładano mu do ręki

berło, a na głowę wsadzano koronę. Dzisiaj przeciwstawiamy się urojeniom chorego, ale w taki sposób, aby nie cierpiała na tym jego godność. Nie należy go wysmiewać ani wyszydzać, ale w rzeczowy sposób poinformować, albo w inny sposób dać do zrozumienia, że wypowiedzi chorego traktujemy jako objaw choroby. Przesadne polemizowanie z urojeniami mija się z celem, gdyż zgodnie z definicją sądy te nie podlegają sprostowaniu, mimo dostarczania dowodów ich błędności. Podważanie wypowiedzi chorego bywa powodem wciągania lekarza w krąg urojeń, gdyż pacjent nabiera przekonania, że badający jest „w zмовіе” z jego prześladowcami.

Płynie z tego wniosek, że lekarz badający chorego musi bardzo uważnie kontrolować swoje wypowiedzi. Pacjenci z urojeniami hipochondrycznymi, a więc rozpoznający u siebie konkretne schorzenie, są niezwykle uczuleni na wszelkie informacje dotyczące wyników badań lekarskich. Na każdą nieostrożną wypowiedź lekarza, na jego wahania w głosie, na wynik badania laboratoryjnego reagują bardzo silnie, powołując się później na to w czasie dyskusji na temat ich „choroby”. Pacjenci psychiatryczni wypierający ze świadomości fakt zaburzeń psychicznych usiłują nierzadko skierować rozmowę na dolegliwości fizyczne, aby udowodnić, że wymagają leczenia internistycznego lub innego somatycznego, a nie psychiatrycznego. Nieufność pacjentów posuwa się niekiedy tak daleko, że podejrzewają czy wręcz oskarżają lekarzy, że ci prowadzą tzw. podwójną księgowość. Pacjentowi okazują prawidłowe wyniki badań, a w szufladzie trzymają prawdziwe, tj. w ich mniemaniu patologiczne. Niektórzy pacjenci z urojeniami niewierności małżeńskiej domagają się od partnerów (partnerek) „przyznania się” do zdrady, obiecując, że od tego będzie zależało ich przebaczenie i puszczenie w niepamięć ich „zdrad”, a tym samym stworzy to możliwość dalszego szczęśliwego pożycia. Biada takiej żonie, która ulegnie i wpadnie w pułapkę. Odtąd piekło zazdrości jeszcze bardziej się nasili, gdyż wszelkie argumenty przeciw urojeniom są przez pacjenta zbijane: „przecież sama się przyznała”. Owe „dowody prawdy”, czyli zdrady, utrudniają leczenie i przebieg kolejnych rozmów z lekarzem.

W trakcie badania psychiatrycznego lepiej nie posługiwać się notatkami ani nie zapisywać wypowiedzi pacjenta na maszynie, na komputerze

czy używając magnetofonu. Takie postępowanie wzbudza nieufność pacjentów, zaburza intymną atmosferę badania i rozprasza uwagę pacjenta.

Badania psychiatrycznego nie można prowadzić według schematu ustalonego z góry. Co innego, jeżeli po przeprowadzeniu badania, uprzedzając przedtem badanego, posłużymy się jakimś testem czy skalą oceny. Dobrze jest – dla potwierdzenia, iż chodzi o badanie lekarskie – zbadać chorego somatycznie. Unikniemy w ten sposób zarzutu, jaki niektórzy chorzy kierują do personelu lub rodziny, że nie byli dotąd badani, lecz jedynie rozmawiali z lekarzem.

Podczas pierwszego kontaktu z pacjentem nawiązujemy z nim swobodną rozmowę; poruszamy w niej sprawy obojętne, możemy np. pytać o zawód, zainteresowania, wydarzenia polityczne itd. Już na jej podstawie orientujemy się, z jakim pacjentem mamy do czynienia. Chory przygnębiony, wypowiadający liczne skargi sam skieruje rozmowę na interesujący go temat. Jest nietaktem przerywanie mu w takiej sytuacji i wypytywanie o sprawy dla niego drugorzędne. W czasie wypowiedzi pacjentów dowiadujemy się o jego poziomie wykształcenia i sprawności intelektualnej; do tego poziomu można dostosować dalsze pytania. Unikniemy też kompromitacji, przepytując np. profesora matematyki z tabliczki mnożenia. Szczególnego taktu wymagają pytania zmierzające do ustalenia sprawności pamięci i orientacji. Przeważnie dotyczy to osób starszych. Zbyt obcesowe postępowanie może chorego rozdrażnić. W początkowych stadiach otępienia choroby sami zwracają uwagę badającego na kłopoty z pamięcią. Zdarzają się jednak pacjenci, którzy próbują ukryć niedostatki pamięci; zachowują się jak uczeń nieprzygotowany do lekcji i udzielają błędnych odpowiedzi. Niektórzy luki pamięciowe wypełniają zmyśleniami (konfabulacjami). Postępowaniem niedopuszczalnym jest wysmiewanie błędnych wypowiedzi. Lekarz taktownie winien zwrócić uwagę, że pacjent się pomylił. Najlepiej uprzedzić go, że w związku z dostrzeżonymi brakami w przypominaniu konieczne jest do określenia aktualnego stanu zdrowia szczegółowe zbadanie funkcji pamięciowych.

Z informacji uzyskanych od rodziny, która często prosi o nieujawnianie ich źródła, musimy robić użytek umiejętnie. Bezceremonialne informowanie chorego, że to żona nas poinformowała o jego

różnych „wyczynach”, może spowodować później konflikt w rodzinie, nawet gdy objawy psychotyczne przeminą. Jest to szczególnie ważne u osób z problemem alkoholowym, które starają się ukryć fakty łamania abstynencji, ale ma też znaczenie w innych przypadkach. Lekarze powinni też zachować szczególną ostrożność w prowadzeniu dokumentacji lekarskiej. Obowiązujące w Polsce akty normatywne (Ustawa o zawodzie lekarza i Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego) dają pacjentowi prawo wglądu w dokumentację lekarską. Lekarz nie ma obowiązku utrwalania w dokumentacji wszystkich informacji, jakie uzyskał od chorego czy jego rodziny. W moim przekonaniu położenie lekarza przypomina sytuację kapłana, którego również obowiązuje tajemnica spowiedzi. Jeżeli nie chcemy, żeby pacjent dowiedział się, co kompromitującego na jego temat powiedziała rodzina, zachowujemy to w pamięci.

Koniecznym jest w czasie badania psychiatrycznego wystrzegać sądów oceniających i wartościujących. O terapeutycznych i nieterapeutycznych sposobach komunikowania się z pacjentem będzie jeszcze mowa. Za niedopuszczalny uznajemy ton lekceważenia, szyderstwa i wyniosłości. Karygodne, choć niekiedy praktykowane na źle zarządzanych oddziałach psychiatrycznych, jest zwracanie się do chorego *per „ty”*. Za zgodą pacjenta lub gdy nie ma z jego strony sprzeciwu, można używać formy „panie Jurku” lub „pani Zosiu”. Niektórzy pacjenci również ten sposób zwracania się do nich uważają za zbyt poufale.

Jeżeli nas nie stać na autentycznie ciepły i serdeczny stosunek do chorego, to przynajmniej zachowujemy się kulturalnie, taktownie i tolerancyjnie. Chorzy przeważnie wyczuwają rzeczywiste uczuciowe współprzeżywanie, czyli zdolność empatii u lekarza. Stąd często spotykane zachowanie pacjentów, którzy z trudnymi sprawami zwracają się chętniej do innych osób, np. podczas pobytu na oddziale, wzbudzających u nich zaufanie, a nie do własnego lekarza prowadzącego.

Praca lekarza psychiatry wymaga z całą pewnością dużej odporności. Pacjenci cierpiący na zaburzenia zarówno psychotyczne, jak i nerwicowe starają się lekarza sprowokować, zirytować. Z biegiem lat pracy w tej specjalności pojawia się trudność w opanowywaniu negatywnych emocji, co w piśmiennictwie określa się jako „zespół wypalenia”.

## 2. WYWIAD

### 2.1. SPOSÓB PRZEPROWADZANIA WYWIADU

Nie ma jednego, idealnego sposobu zbierania informacji od chorego. Jest rzeczą oczywistą, że po zebraniu od pacjenta wywiadu, musimy uzyskane informacje opisać, zachowując pewną chronologię. Wywiad powinien obejmować historię życia badanego, jego rozwój, cechy charakteru, uzdolnienia i zainteresowania, przebieg nauki i pracy. Dopiero w dalszej kolejności przechodzimy do przebytych chorób, urazów i wypadków, pobyków w szpitalu lub przebiegu leczenia ambulatoryjnego. Na koniec wreszcie umieszczamy dane dotyczące obecnej choroby. Każdy lekarz ma swój własny sposób zbierania wywiadu, związany z doświadczeniem zawodowym. Młodzi lekarze rozpoczynający pracę w psychiatrii posługują się chętnie schematami. Starsi, doświadczeni psychiatrzy schematy te mają w pamięci i po uzyskaniu wywiadu utrwalają go w dokumentacji. Jak już wspomniałem, w czasie zbierania wywiadu od chorego (autoanamnezy) powinniśmy wystrzegać się protokołowania wypowiedzi chorego. Inaczej sytuacja wygląda w czasie uzyskiwania tzw. wywiadu obiektywnego, czyli przedmiotowego, od rodziny. Wtedy można posługiwać się specjalnymi formularzami zawierającymi odpowiednie pytania. Wywiad ten powinien być przez udzielającego podpisany. Autoryzacja tekstu wywiadu przedmiotowego jest niezbędna, gdyż może się zdarzyć, że źle zapisaliśmy wypowiedź udzielającego informacji.

### 2.2. WYWIAD PODMIOTOWY (AUTOANAMNEZA)

Sposób przeprowadzania wywiadu od chorego zależy od kilku czynników. U pacjentów w młodym wieku możemy zbierać informacje o wcześniejszych okresach życia. U osób w wieku podeszłym, tj. po 65. roku życia, lepiej skupiać się na teraźniejszości lub na ostatnich latach życia, tym bardziej kiedy z powodu słabej pamięci nie są oni w stanie odtworzyć odległych zdarzeń lub z innych powodów nie chcą wracać do przeszłości.

Ażeby późniejszy zapis wywiadu możliwie wier- nie oddawał wypowiedzi chorego, dobrze jest je cytować dosłownie. Należy unikać „literackiego” rozbudowywania autoanamnezy, gdyż w przy- szłości tekst taki może lekarza wprowadzić w błąd. Trzeba w miarę możliwości wier- nie ograniczać się do słownictwa pacjenta i nie używać określeń, których on nie znał. Chorego nie powinno się py- tać o takie dane, których nie może sam pamiętać. Jeżeli chcemy zapytać o przebieg ciąży i porodu lub zdarzenia z wczesnego dzieciństwa, można odwołać się do następującego sformułowania:

„...czy rodzice nie mówili pani (panu), jak prze- biegła ciąża, poród i rozwój we wczesnym okre- sie życia?”.

U chorych przebywających w szpitalu można wywiad podzielić na okresy. U pacjentów z zabu- rzeniami świadomości, znacznie pobudzonych, mutystycznych lub negatywistycznych nie jest możliwe zbieranie wywiadu dotyczącego okresu przedchorobowego. W miarę zdrowienia pacjenta uzupełniamy brakujące dane.

Niedocenianym źródłem informacji jest własny życiorys. Pacjenta należy uprzedzić, jakiemu celo- wi życiorys ten będzie służył. Jego napisania mo- żemy oczekiwać od pacjentów współpracujących z lekarzem, którzy rozumieją sens badania i rolę wywiadu. Chory powinien wiedzieć, iż nie cho- dzi o życiorys, który pisze się zwykle na użytek działu spraw osobowych w zakładzie pracy, ale o życiorys lekarski. Można pacjentowi podykto- wać krótki schemat tego życiorysu i ważniejsze jego punkty.

Przed przystąpieniem do szczegółowego bada- nia psychiatrycznego będziemy już znali zasadni- cze dane życiorysu pacjenta, poziom wykształce- nia, sposób wyrażania myśli, zasób słownictwa. Nie bez znaczenia są też charakter pisma i popeł- niane błędy.

### 2.3. WYWIAD PRZEDMIOTOWY

W psychiatrii, jak w żadnej innej dziedzinie, ogromną, niezastąpioną rolę odgrywają wywia- dy przedmiotowe. Niekiedy używa się określenia „wywiad obiektywny”, chociaż jego obiektywizm może być wątpliwy, gdy pochodzi od rodziny, która niektóre fakty stara się ukryć, przemilczeć, a inne wyeksponować. Mimo tych zastrzeżeń

tylko dobrze i szczegółowo zebrane wywiady umożliwiają nam wgląd w powstanie i rozwój za- burzeń psychicznych. Znaczenia wywiadu często się w praktyce nie docenia. Lekarze klinik, szpita- li i oddziałów psychiatrycznych starają się często przerzucać ten obowiązek na lekarzy kierujących chorego do zakładu leczniczego. Byłoby idealnie, gdyby chory zjawiał się w szpitalu z dobrze wy- pełnionym wywiadem. Niestety doświadczenie uczy, że wywiad niespecjalistyczny bywa nie- wystarczający, zazwyczaj zresztą jest wypełnio- ny pobieżnie i niedokładnie. Sprawa ta nabrała szczególnego znaczenia od czasu wejścia w życie Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, kiedy lekarz w izbie przyjęć placówki psychiatrycznej staje wobec bardzo trudnej sytuacji, gdy na skiero- waniu nie ma żadnych informacji, które dawałyby mu prawo zatrzymania chorego wbrew jego wo- li. W każdym takim przypadku zobowiązany jest bowiem ustalić, czy rzeczywiście „pacjent zagraża własnemu życiu i zdrowiu innych osób” (kryteria art. 23 i 24 Ustawy).

Istotne znaczenie ma chronologia faktów. Upo- rządowanie czasowe pewnych wydarzeń po- zwala na śledzenie dynamiki rozwoju zaburzeń. Udzielając odpowiedzi na pytania dotyczące po- czątków zaburzeń psychicznych, rodzina chorego relacjonuje jego zachowanie w ostatnim okresie, gdy objawy były rzeczywiście bardzo nasilone. W trakcie zbierania danych wywiadu okazuje się jednak, że choroba zaczęła się znacznie wcześniej, niż sądzi otoczenie, lub, co ważniejsze, podobne lub identyczne objawy pojawiały się incydentalnie w minionych latach. Zestawienie tych objawów z ważnymi lub znaczącymi wydarzeniami w ży- ciu chorego ujawnia niekiedy pewną ich zależność od wpływów psychospołecznych. Związek ten nie musi mieć oczywiście charakteru przyczyno- wo-skutkowego. Przeciwnie, trzeba być ostroż- nym w łączeniu zaburzeń z nagłymi zdarzeniami życiowymi, gdyż może chodzić o przypadkową zbieżność w czasie. Wiele rodzin, przyprawdza- jąc chorego psychicznie do lekarza, ma ustaloną z góry koncepcję etiologiczną. Lęk przed rozpo- znaniem choroby psychicznej, dość powszechny w naszym społeczeństwie, sprawia, że dowiadu- jemy się niekiedy o „szoku” pacjenta w reakcji na jakieś błahe wydarzenie zewnętrzne. Objawy psy- chotyczne, nie budzące wśród osób postronnych

żadnych wątpliwości, określane bywają przez rodzinę jako np. „silna nerwica”. Zbierając wywiad przedmiotowy, dobrze jest ustalić kontakty pacjenta z placówkami psychiatrycznej opieki zdrowotnej (poradniami, szpitalami). Dotyczy to również bliskich krewnych pacjenta. Sprowadzenie oryginalnej dokumentacji lekarskiej z tych placówek znakomicie uzupełnia wywiad i daje nam wgląd w dynamikę przebiegu zaburzeń. Zdarza się niekiedy (doświadczyłem tego w prywatnym gabinecie lekarskim), że rodzina świadomie zataja przeszłość psychiatryczną pacjenta, co ma wedle jej przekonania zapewnić większy „obiektywizm” badania przez bezstronnego i nie sugerującego się poprzednimi rozpoznaniem lekarza. Dotyczy to przypadków, kiedy krewni pacjenta nie mogą się pogodzić z obciążającym go rozpoznaniem psychiatrycznym. Najczęściej chodzi o rozpoznanie schizofrenii, które niewątpliwie stygmatyzuje pacjenta.

W wywiadzie psychiatrycznym uwzględniamy nie tylko zmiany w stanie psychicznym pacjenta i przebyte przez niego zaburzenia psychiczne i neurologiczne, ale również, co jest chyba oczywiste, wszystkie informacje dotyczące ogólnego stanu zdrowia. Doniosłe znaczenie mają dane odnoszące się do rozwoju w dzieciństwie, kształtowanie się osobowości chorego, szczególnie jego cech temperamentu i zainteresowań intelektualnych. Osobowość przedchorobowa wpływa w każdym przypadku na aktualny stan psychiczny chorego, bez względu na rodzaj występujących zaburzeń psychicznych. Nie oznacza to wcale, że współczesna psychiatria powraca do koncepcji konstytucjonalnych w jej skrajnym wydaniu. W cechach osobowości przedchorobowej nie upatrujemy fatalistycznej predylekcji, ale musimy je poznać, aby lepiej zrozumieć obecne zachowania chorego.

Zbierając dane wywiadu psychiatrycznego, można się posłużyć następującym kwestionariuszem:

1. dane osobiste chorego: imię i nazwisko, imiona rodziców, nazwisko panięskie, data i miejsce urodzenia, stan cywilny, adres, zawód, miejsce pracy lub nauki (w przypadku ucznia lub studenta);
2. dane rodzinne (bez sugestii co do obciążenia dziedzicznego): poważne choroby w rodzinie bliższej i dalszej, szczególnie choroby neurolo-

giczne i psychiczne (należy uwzględnić rodzaj choroby, uzależnienie od alkoholu i innych środków psychoaktywnych, samobójstwa lub próby samobójcze), niezwykle cechy charakteru i uzdolnienia, pokrewieństwo między rodzicami, ich wiek przy urodzeniu chorego, informacje na temat rodzeństwa i ewentualnie ich potomstwa;

3. środowisko, z którego pochodzi chory: środowisko społeczne, zawód rodziców, czy chory pochodzi z legalnego związku, wykształcenie rodziców, ich pożycie małżeńskie, stosunek środowiska do chorego w dzieciństwie, przestępczość w rodzinie i najbliższym otoczeniu, stres psychospołeczny;
4. urodzenie i lata dziecięce: dane o chorobach matki w czasie ciąży, ewentualne zażywanie przez nią leków, przebieg porodu, urazy porodowe, zamartwica, wrodzone wady rozwojowe, przebyte choroby i rozwój we wczesnych latach dziecięcych – szczególnie drgawki, moczenie nocne, somnambulizm, lęki nocne, choroby zakaźne, ewentualnie przyzakaźne powikłania mózgowie, zaburzenia chodu, nieprawidłowości mowy, rozwój umysłowy, ruchliwość, ząbkowanie;
5. wiek szkolny: cechy charakteru, trudności wychowawcze, cechy usposobienia – kapryśność, gniewliwość, drażliwość, wybuchowość, skłonność do okrucieństwa, przekora, lęklliwość, zawziętość, lenistwo, złe skłonności, zachowanie w domu i szkole, rozwój umysłowy i uczuciowy, towarzyskość, stosunek do rówieśników, uspołecznienie, nadwrażliwość, postępy w nauce, szczególne uzdolnienia, seksualizm dziecięcy, zmiana charakteru i zachowania w okresie przedpokwitaniowym lub pokwitania;
6. okres młodzieńczy i pokwitanie: przebieg nauki (ewentualne trudności), ukończenie szkoły, wyuczony zawód, trudności wychowawcze w okresie pokwitania (kontakt z ruchami kontestacyjnymi, używanie alkoholu i narkotyków lub innych środków psychoaktywnych), kiedy nastąpiła mutacja głosu, pojawienie się zarostu u chłopców i miesiączki u dziewcząt, życie płciowe (masturbacje, polucje);
7. okres dojrzałości: kiedy chory wstąpił w związek małżeński, ewentualne związki poza-