

Badania psychiatryczne jakie powinny być a jakie są oraz o historii psychiatrii

WYCIĄG Z OPRACOWANIA O PSYCHIATRII DOTYCZĄCY
STRONY FORMALNEJ TEGO ZAWODU

dwie ankiety stara i nowa która jest w nowej ustawie

- o spaczonym pseudonaukowym psychiatrycznym nazewnictwie oraz dane z historii psychiatrii, która ujawnia fałszowanie źródeł do tej pseudo - naukowej żydowskiej dziedziny . Druga część antypsychiatrii.

W POLSCE NIE MA USTAWY ANI PRZEPISÓW O ZAWODZIE PSYCHIATRY
a sami ci tak zwani psychiatrzy nie mają uprawnień do wykonywania zawodu ani dyplomu specjalisty !

<https://www.psychiatria.pl/artukul/psychiatria-w-trakcie-stazu-podyplomowego/576>

Psychiatrzy pracują bez żadnego nadzoru oraz organu kontrolnego jak też odwoławczego od ich opinii i byli oraz są zatrudniani bez podstawy prawnej na podstawie egzaminu wiedzy tylko z jednego podręcznika .

Psychiatra to lekarz medycyny, który ukończył staż specjalizacyjny na psychiatrii. Staż w zakresie psychiatrii trwa 4 tygodni (tu poprawka z dnia 29 września 2000) i może odbywać się w oddziałach szpitala psychiatrycznego, oddziale psychiatrycznym przy szpitalu ogólnym oraz poradni psychiatrycznej .Staż kończy **kolokwium** u ordynatora oddziału.

A kto uczył ordynatorów psychiatrii ? Zaliczali takie same staże.

Kolokwium (tu :chyba za zwiedzanie psychuszki, czyli sam obchód po salach chorych,sama to widziałam) ale jest to egzamin w szkołach wyższych, przybierający formę pisemną. Nierzadko związany jest z zaliczeniem ćwiczeń lub seminariów. Kolokwium stanowi podstawę zaliczenia przedmiotu studiów (częściowego bądź całkowitego). Mianem kolokwium określa się również spotkanie zwołane w celu przeanalizowania jakiejś problematyki. **Od kiedy tak jest ?**

To, z czym musi zmierzyć się lekarz rozpoczynający szkolenie z psychiatrii to abstrakcyjność pewnych zjawisk. W psychiatrii brak jest jasno określonych zasad i procedur. Warto znaleźć swojego mistrza (**kogo ?!**) i uczyć się od niego (zasada – “w klinikach znajdziesz lepszych nauczycieli” w przypadku psychiatrii nie do końca się sprawdza). Studenci medycyny kończąc podstawowy kurs psychiatrii zwykle są przytłoczeni nadmiarem abstrakcyjnych pojęć i zafascynowani specyfiką chorób psychicznych. <https://bml.pl/artykuly/vademecum/wspomnienia-z-rezydentury-psychiatria#/>

Ustawodawca, odmiennie niż w procesie karnym (art. 200 k.p.k.), nie przewidział w procedurze cywilnej elementów składowych opinii, pozwalających na uznanie jej za poprawną. W zasadzie jedynym ustawowym wymogiem jest posiadanie przez opinie uzasadnienia (art. 285 § 1 k.p.c.).Bezkrytyczne zaakceptowanie takiej opinii biegłego mogłoby prowadzić do powstania sytuacji rozstrzygnięcia sprawy przez biegłego, nie zaś przez niezawisły sąd. Fachowość, rzetelność, logiczność ” – w kodeksie postępowania cywilnego nie ma zawartego, jasno sformułowanego, wymogu rzetelności opinii- **co stwarza możliwość oraz pole do** wszelkich nadużyć i dowolnych preparacji.

Opinia biegłego powinna być uzasadniona w sposób umożliwiający jej sądową kontrolę (art. 285 § 1 k.p.c.). Uzasadnienie opinii biegłego powinno wskazywać m.in. opis sposobu i metody badania oraz jego podstawy. Zastrzeżenia stron mogą dotyczyć także tych elementów opinii, jeżeli wpłynęły one na wnioski biegłego.

Niemniej jednak brak ujednoczonych standardów utrudnia realizację prawidłowej funkcji opinii biegłego **co stwarza możliwość oraz pole do wszelkich nadużyć i dowolnych preparacji**. Aktualny pozostaje też problem jednoznacznego określenia definicji instytucji naukowej lub specjalistycznej w rozumieniu art. 193 § 2 k.p.k. oraz wskazania kryteriów, jakie powinny spełniać instytucje uprawnione do wydawania opinii w procesie karnym. Problem ten nie znalazł szerszego odzwierciedlenia w judykaturze- **co stwarza możliwość oraz pole do wszelkich nadużyć i dowolnych preparacji**.

W orzecznictwie stwierdza się, że „w przypadku dowodu z opinii instytucji naukowej obowiązek wyznaczenia osób o odpowiednich kwalifikacjach spoczywa na kierowniku jednostki, z tym, że o fachowości danej osoby decyduje zakres merytorycznych kompetencji, **A KTO JE OKREŚLA nie wiadomo- co stwarza możliwość oraz pole do wszelkich nadużyć i dowolnych preparacji** - a nie tylko posiadana specjalizacja.

W orzecznictwie dotyczącym obu postępowań brak jest orzeczeń tworzących jednolite standardy oceny opinii biegłego, a wskazywane kryteria mają jedynie charakter fragmentaryczny" **-co stwarza możliwość oraz pole do wszelkich nadużyć i dowolnych preparacji**. (cytat)

W świetle tego opracowania wątpliwości również budzą umiejętności sędziów jak też w/w brak precyzyjnych kryteriów sporządzania takich opinii w Polsce co automatycznie czyni je podejrzanymi, niekompetentnymi oraz nierzetelnymi. Tego typu opinie należy sporządzać w oparciu o ścisłe wytyczne a sąd musi także prezentować wysoki poziom i szeroki poziom wiedzy a nie tylko ograniczać się do samego zatwierdzenia opinii na zasadzie poplecznictwa , bo się nie chciało wysilić i wnikać w sytuację osoby badanej oraz jej argumenty. Takie podejście podważa zaufanie do sędziów i ich uczciwości wraz z samą znajomością prawa wg moich ustaleń na temat nielegalności postępowań o ubezwłasnowolnienie.

Psychiatria była zawsze narzędziem represji zarówno stalinizm jak i w naziźmie a nawet jeszcze wcześniej i nadal taka jest . W procederze tym brali do tej pory udział sędziowie, prokuratorzy, lekarze, dyrektorzy szpitali a także zestalinizowany personel psychiatryczny na czele z resortem zdrowia. Po raz pierwszy po kilku latach zbierania dowodów, udało mi się jako pierwszej osobie zdemaskować całe systemowe zaplecze funkcjonowania szpitali psychiatrycznych w Polsce działalność tzw. Biegłych psychiatrów oraz rozpracować ich orzecznictwo wraz z opiniami politycznej i nielegalnej komisji psychiatrycznej

Działo się tak , ponieważ słowo 'biegły' oznacza jakiś autorytet , przez co nie można było zakwestionować ich opinii jako niepodważalnych.

Tymczasem są to biegli zabiegani za pieniędzmi dla których napiszą i spreparują co się da, oszuści, wyspecjalizowani w mataczeniu i fałszowaniu oraz naciąganiu terminów i pojęć medycznych, kasta faryzej ska ledwo tylko przyuczona do zawodu działająca pod przykrywką słowa 'biegły'.

Psychiatria jest tematem taboo, jest to dziedzina hermetyczna , która wymaga studiowania specjalistycznych oraz medycznych źródeł a także historii i została ukuta w Niemczech w celach stworzenia narzędzia represji i eksterminacji. Taka sama sytuacja dotyczy tak zwanej psychiatrii rodzinnej.

PROPAGANDA PSYCHIATRYCZNA twierdzi,
że : <http://www.psychiatria.pl/>

Psychiatria.pl to miejsce, w którym omawiane są zaburzenia psychiczne - ich przyczyny, objawy, rozpowszechnienie i leczenie. Informacje dotyczące swojej choroby psychicznej znajdzie tu pacjent, ale też jego członek rodziny, opiekun. Psychiatria.pl odpowiada na pytania, czym zajmuje się **lekarz psychiatra**, psycholog, psychoterapeuta, terapeuta środowiskowy czy terapeuta uzależnień. Omawiane są choroby psychiczne, metody leczenia (farmakoterapia i psychoterapia), miejsca (poradnia, szpital psychiatryczny) oraz metody zapobiegania i profilaktyki nawrotu zaburzenia psychicznego (higieny psychicznej), takie jak psychoedukacja, terapia podtrzymująca, relaksacja.

W psychiatrii mają też zastosowanie inne metody terapii. Związane z zastosowaniem specjalistycznego sprzętu: światłoterapia (= fototerapia, leczenie światłem) oraz elektrowstrząsy (EW). Istotne znaczenie mają także prowadzone w ramach oddziału psychiatrycznego: arteterapia i muzykoterapia. Portal omawia najczęstsze problemy i choroby psychiczne, takie jak: schizofrenia, zaburzenia urojeniowe (paranoja), zaburzenia schizoafektywne.

Psychiatra to lekarz posiadający wiedzę, doświadczenie i niezbędne umiejętności....tym się zaslaniają , czyli stwarzaniem pozorów profesjonalizmu !

<http://www.psychiatria.pl/wiadomosc/choroby-psychiczne-w-polsce-czestotliwosc->

CO UMIE BIEGŁY PSYCHIATRA PO STUDIACH
KATEDRA PSYCHIATRII AKADEMII MEDYCZNEJ IM. K. MARCINKOWSKIEGO
W POZNANIU **PODSTAWY PSYCHOPATOLOGII 37 stron skryptu**

Psychiatria jest dziedziną wiedzy medycznej zajmującą się chorobami psychicznymi i zaburzeniami czynności psychicznych człowieka. Czynności psychiczne są procesami zachodzącymi w ośrodkowym układzie nerwowym, mają one na celu regulację stosunków: jednostka - otoczenie. Ich sprawność działania zależy od biologicznego stanu ośrodkowego układu nerwowego oraz od czynników psychologicznych i społecznych oddziałujących na jednostkę.

Studenci opanowują wiedzę o rozwoju psychicznym człowieka i jego zaburzeniach oraz o neuro- i psychofizjologicznych mechanizmach regulujących zachowanie. Zapoznają się z psychopatologią **TYLKO ogólną**, za pomocą której dokonuje się opisu objawów chorobowych oraz z psychopatologią szczegółową: opisem chorób i zaburzeń psychicznych.

Zdobywają też wiedzę na temat podstaw leczenia **biologicznego**, psychoterapeutycznego i rehabilitacji oraz regulacji prawnych chroniących zdrowie psychiczne, a także **wiedzę JAKĄ z zakresu psychiatrii sądowej**. **TYLKO Podstawowa wiedza** o mechanizmach regulujących zachowanie człowieka, zagrożeniach w ich rozwoju oraz skutkach zaburzeń jest niezbędna lekarzowi ogólnemu - dzięki niej kształtuje on właściwe postępowanie wobec pacjenta i stosuje zasady higieny psychicznej.

1.2 Ogólne cele nauczania

Po zakończeniu studiowania „Psychiatrii” student powinien:

1. Posiadać wiedzę o **podstawowych fazach** rozwoju psychicznego człowieka oraz o mechanizmach biologicznych i psychologiczno-społecznych regulujących zachowanie
2. Znać pojęcia z zakresu psychopatologii **ogólnej** oraz posiadać wiedzę o najczęściej występujących chorobach i zaburzeniach psychicznych

3. Rozpoznawać **podstawowe objawy** jakościowych i ilościowych zaburzeń psychicznych; **orientować się** co do zaburzeń psychicznych występujących w przebiegu chorób somatycznych i wpływu stanu psychicznego na przebieg chorób somatycznych
4. Znać **podstawowe** zasady leczenia farmakologicznego i postępowania psychoterapeutycznego w chorobach i zaburzeniach psychicznych
5. Znać zasady organizacji ochrony zdrowia psychicznego i **podstawowe akty** prawne regulujące tę ochronę
6. Udzielić porad dotyczących profilaktyki zdrowia psychicznego **W JAKI SPOSÓB**
7. Umieć postępować w przypadku stanów nagłych wynikających z zaburzeń psychicznych

W JAKI SPOSÓB

<http://www.linia-zdrowia.pl/czytelnia/279-psychiatra-a-psycholog-czym-sie-roznia.html>

Psychiatra - to lekarz, który ukończył 6-letnie studia medyczne i **skończył specjalizację z psychiatrii**. Ma zatem wiedzę z zakresu budowy i funkcjonowania ciała człowieka (w tym mózgu i układu nerwowego), **wiedzę z psychopatologii**, czyli dotyczącą zaburzeń psychicznych (ich klasyfikacji, etiologii i farmakoterapii). Zdobył też praktykę na oddziałach psychiatrycznych.

Jaką praktykę ? Na czym ta praktyka polega i kto ją zalicza oraz opiniuje ?

Terminu „Antypsychiatria” po raz pierwszy użył psychiatra David Cooper w roku 1967. Obecnie to ruch społeczny i intelektualny, który wyłonił się w latach 60 XX wieku, podważający podstawowe założenia i praktyki tak zwanej psychiatrii czyli bezprawia pseudonaukowego. Działa w wielu krajach także w Polsce ale jest lekceważony oraz dyskryminowany.

Psychiatra - to lekarz, który ukończył 6-letnie studia medyczne i **skończył specjalizację z psychiatrii**.

Na czym ta specjalizacja polega, na jakich podręcznikach i jakich źródłach?

Ma zatem wiedzę z zakresu TYLKO budowy i funkcjonowania ciała człowieka (w tym mózgu i układu nerwowego), **wiedzę z psychopatologii**, czyli TYLKO dotyczącą zaburzeń psychicznych (ich klasyfikacji, etiologii i farmakoterapii- czyli same formułki i dogmaty.).

Zdobył też praktykę na oddziałach psychiatrycznych. Jaką praktykę ? Na czym ta praktyka polega i kto ją zalicza **oraz opiniuje** ? A kto mu dał dyplom uznania zawodu psychiatry ? Kto go egzaminuje, na czym polega egzamin i zaliczenie stażu oraz specjalizacji ? Kim są osoby wystawiające takie opinie?Jakie mają sami wykształcenie oraz dyplomy , kto im je dał i wystawił ? Na jakiej podstawie ? Podobnie jak ze słowem **biegły** jest także często w Polsce ze słowem **profesor**, polega to mniej więcej na tym samym, czyli manipulacji tymi słowami i ich nadużywaniu ich wizerunku posiadania jakiejś nadzwyczajnej wiedzy oraz profesjonalizmu w celach propagandowych.

Do pracy w psychologii jest wymagany dyplom ukończenia studiów ,a nie tylko jakiś podejrzany staż oraz tylko jeden podręcznik.A kto ocenia takiego profesora zboczonej psychiatrii i nadaje mu tytuł? Prezydent RP na wniosek Rady Doskonałości Naukowej **po postępowaniu wszczętym z wniosku kandydata SIC** ! od roku 2018 a przedtem Centralna Komisja do Spraw Stopni i Tytułów od 2003 roku, a jeszcze przedtem Centralna Komisja Kwalifikacyjna, powołana, na wzór sowiecki, w 1951 na podstawie komunistycznej ustawy z dnia 15 grudnia 1951 r. o szkolnictwie wyższym i o pracownikach nauki , której przedłużeniem była Centralna Komisja do Spraw Stopni i Tytułów.

Cały czas działają jak ci 'biegli' dewianci i psychole którzy pracują dla pieniędzy na podstawie jednego podręcznika do wymyślonej pseudo nauki psychiatrii , bez żadnej wiedzy nawet podstawowego rozeznania w polityce, historii czy socjologii ,ale także innych chorobach ,na przykład ludzi starszych. Jest to z nimi w Polsce wielki problem ,bo oni zachowują się jak niezależna władza nad którą nie ma żadnej kontroli i w rzeczywistości tą władzą są, a raczej piątą kolumną.

A czy może być inaczej, skoro w Polsce biegłym z zakresu psychiatrii może zostać każdy lekarz, który zda egzamin **specjalizacyjny?** - pyta dr Jerzy Pobocho przewodniczący sekcji psychiatrii sądowej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. W Niemczech zjawisko „naciąganych ekspertyz” praktycznie nie istnieje, ponieważ ujawnienie takiej ekspertyzy wiąże się z całkowitą i bezwzględną śmiercią zawodową lekarza.

Tymczasem egzamin specjalizacyjny powinien być dopiero początkiem drogi do funkcji biegłego, bo aby zdać egzamin, trzeba w praktyce wykuć tylko jeden podręcznik.

Można to sobie wyobrazić, żeby udawać psychiatrę i leczyć ludzi na zmyślone choroby psychiczne na podstawie jednego podręcznika ??

Doktor Jerzy Przybysz, psychiatra z 40-letnim stażem biegłego.

To jakim jest on biegłym skoro sam to zauważa ?

KOMPETENCJE BIEGŁEGO

Zgodnie z art. 278 Kodeksu postępowania cywilnego (kpc) biegłego sądowego powołuje się w wypadkach wymagających wiadomości specjalnych.

Niestety, kpc nie wymienia ani nie określa co to są wiadomości specjalne, na czym polegają, oraz jakie powinny być kryteria przeprowadzania takiej opinii, na czym te kryteria polegają .

Fakt wpisania na listę biegłych jest aktem deklaratoryjnym, a nie konstytutywnym; nie nadaje biegłemu kompetencji, jedynie stwierdza, że biegły je posiada. Niestety, brak jest dowodów na to że biegły te kompetencje posiada , na czym one polegają, kto tak stwierdza i kto opiniuje biegłego do listy biegłych sądowych lub rekomenduje. Organ procesowy powołując biegłego ma dowolność powołania go z grupy biegłych sądowych, tj. osób wpisanych na listę biegłych prowadzoną przez prezesa sądu okręgowego, a także tzw. biegłych *ad hoc*, tj. osób nieznajdujących się na takiej liście, lecz posiadających odpowiednią wiedzę w danej dziedzinie. Wybór biegłego zależy wyłącznie od uznania organu procesowego.

Na jakiej zatem podstawie prezes sądu stwierdza , że biegły psychiatra posiada kompetencje tak zwanych biegłych ? W jaki sposób oceniają psychiatrów oraz ich wiedzę szczególnie ich wiadomości specjalne? Na czym te wiadomości polegają , na jakich źródłach i na jakich naukach ?

Odsyłam do antypsychiatrii i krytyki tej dziedziny.

Rękojmią należytego wykonywania funkcji biegłego. Pojęcie „rękojmi należytego wykonania obowiązków biegłego” określone jest jako całość cech, zdarzeń i okoliczności dotyczących osoby biegłego sądowego, składających się na jego wizerunek jako osoby zaufania publicznego. Na wizerunek osoby zaufania publicznego składają się takie cechy charakteru jak: szlachetność, prawość, sumienność i bezstronność łącznie.

Co to jest wizerunek? Jest to fasada.

Najczęściej spotykane wyrazy bliskoznaczne słowa **fasada** to: przód, oszczerstwo, sylwetka, atrapa, absurd, prezencja, lico, tenor, forma, oblicze, koloryt, przykrywka, bujda, fronton, kształt, parawan, wygląd, elewacja, pozór, fasadowość, front, profil, skóra, bzdurstwo, efekciarstwo, maska, PR, podszywanie się, nabieranie, oszustwo, zabieg, propaganda, reklamiarstwo, efekt, wrazenie, iluminacja, preparacja, taktyka, strategia, machlojka, lipa i inne.

O sfabrykowanym psychiatrycznym nazewnictwie.

Psychiatria to pseudo nauka powstała w wieku XIX - jak większość dewianckich pseudonauk między innymi teoria ewolucji.

Psychiatria to zbrodnicza zбочzona i dewiancka pseudonauka mająca na celu wmawianie gojom czyli chrześcijanom rzekome zaburzenia i choroby psychiczne, zwalczanie wszelkiej religii, kultury przede wszystkim greckiej (ale także i rzymskiej oraz perskiej) jak też duchowości czyli BOGA i Jego nauk jak też samego istnienia BOGA.

Nazwisko FREUD od Shlomo Freuda oznacza FRAUD angielskie słowo - oszustwo, oraz kradzież w tym wypadku kradzież słownictwa i ukucie pseudonaukowej terminologii zwanej jako choroby psychiczne. Samo zaś imię Shlomo- po polsku czyta się Szlomo.

W Polsce był nazywany po polsku jako Zygmunt- taki Polak, swojski człowiek i nasz naukowiec i budził skojarzenia na przykład z królem Zygmuntem Augustem.

Sigmund Freud (ur. jako **Sigismund Schlomo Freud** 6 maja 1856 w Příborze, zm. 23 września 1939 w Londynie) – austriacki lekarz żydowskiego pochodzenia, neurolog, twórca psychoanalizy. Od 1938 mieszkał w Wielkiej Brytanii. https://pl.wikipedia.org/wiki/Sigmund_Freud

Najpopularniejsze wyrazy bliskoznaczne słowa **szlam** to: błoto, muł, osady, osad, błocko, błoto, fusy, błocisko, muł, bagno,

Oto kilka przykładów tych zapożyczeń czyli ukutych i zamaskowanych znaczeniowo pojęć "naukowych".

Schizofrenia oficjalne wyjaśnienie terminu

Schizofrenia (stgr. σχίζειν, *schizein*, „rozszcześcić” i stgr. φρήν, φρεν-, *phrēn, phren-*, „umysł”) – zaburzenie psychiczne zaliczane do grupy psychoz, czyli stanów charakteryzujących się zmienionym chorobowo, nieadekwatnym postrzeganiem, przeżywaniem, odbiorem i oceną rzeczywistości.

Niestety- nie jest to słowo phren - i nie oznacza to słowo w grece umysłu.

Słowo -phren- w języku polskim oznacza frenetyczny czyli ulotny, nieuchwytny - zafałszowany na szalony z powodu duchowego kontekstu - a w grece pochodzi od imienia i nazwy Phoroneus / Pheroneus - stąd także ich słowo - poroniony.

Foroneus (gr. Φορωνεύς Phorōneús, łac. Phoroneus) – w mitologii greckiej pierwszy człowiek na świecie, syn boga rzeki Inachos i Okeanidy Melii, brat kochanki Zeusa Io. Założyciel Argos.

Paranoja- to zdeformowane greckie słowo PRONOIA.

Oficjalne wyjaśnienie terminu

Pronoia to neologizm ukuty w celu opisanego stanu umysłu czyli paranoi.

Pronoja (również pronija, gr.: *προνοία, pronoia*) – forma nadania ziemi połączona z obowiązkiem służby wojskowej, znana od XII wieku w Bizancjum, a także w Bułgarii, Macedonii i Serbii.

Pronoia (liczba mnoga *pranoi*; grecki: *πρόνοια*, czyli „opieka” lub „przezorność”) był to system w późnym okresie greckiego Wschodniego Cesarstwa Rzymskiego. Począwszy od XI wieku i trwając aż do podboju imperium w XV wieku, system ten znacząco różnił się od europejskiego feudalizmu z tego samego okresu. *Pronoia* był grant, który tymczasowo przeniesione imperialnych praw podatkowych do osoby lub instytucji. Prawami tymi były najczęściej podatki lub dochody z ziemi uprawnej, ale mogły to być również inne źródła dochodu, takie jak prawa do wody i rybołówstwa, pobór ceł itp., A różne prawa do określonego obszaru geograficznego mogły być przyznane pojedynczym osobom.

Katatonnia oczywiście od wielkiego KATONA .

Marek Porcjusz Katon, *Marcus Porcius Cato Uticensis* (ur. 95 p.n.e., zm. 46 p.n.e.), zwany, dla odróżnienia od Katona Starszego, którego był prawnukiem, Katonem Młodszym (łac. *Cato Minor*) lub Katonem Utyceńskim (łac. *Cato Uticensis*) – polityk i filozof rzymski. Stoik, znany z prawości i uczciwości. Naśladował sposób bycia Katona Starszego, który był dla niego ideałem .

Choć historycznie katatonnia była wiązana ze schizofrenią (schizofrenia katatoniczna, 30% przypadków), obecnie wiadomo, że objawy zespołu katatonicznego są niespecyficzne i mogą występować w wielu zaburzeniach psychicznych i stanach neurologicznych. Oprócz tego może pojawić się w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej i depresji (łącznie 43% przypadków), zespołu stresu pourazowego, narkolepsji, w wyniku nadużywania bądź przedawkowania narkotyków, jako następstwo chorób i organicznych uszkodzeń mózgu, a także w licznych chorobach somatycznych (np. w hipowitaminozach, niewydolności wątroby). Postaci katatoniczne schizofrenii występują rzadziej w krajach rozwiniętych.

Pojęcie katatonii wprowadził w 1874 roku **Karl Ludwig Kahlbaum**. Wprowadził ten niemiecki żyd aszkenazyjski i psychiatra takie terminy jak **hebefrenia** i cyklotymia.

Schizofrenia zdeorganizowana lub **hebefreniczna** – podtyp schizofrenii, który charakteryzuje się przede wszystkim niespójnością, absurdalnością zachowania oraz nieadekwatnością reakcji emocjonalnych lub ich całkowitym brakiem; ponadto obserwuje się wzmożoną wrażliwość na bodźce wewnętrzne przy jednoczesnym osłabieniu wrażliwości na bodźce zewnętrzne. Mogą występować halucynacje oraz urojenia, ale nigdy nie tworzą one usystematyzowanej całości. Charakterystyczne dla chorych jest także zaniedbanie higieny osobistej- a to z powodu zacofania wieśniaków czyli warstwy chłopskiej, wywodzącej się czasem ze spauperyzowanej szlachty, szczególnie w Polsce.

Cyklotymia (z greki *κύκλος* „krąg” i *θυμός* „duch, nastrój, bunt, gniew”) – zaburzenie afektywne polegające na utrzymujących się stale wahaniach nastroju i aktywności w postaci łagodnych epizodów subdepresji i **hipomanii**, które występują zamiennie zwykle bez związku z wydarzeniami życiowymi.

Mania i maniak- to pochodna od imienia wielkiego proroka Manesa (po polski jako Mani) oraz manicheizmu. **Manicheizm** – system religijny stworzony w III wieku przez Babilończyka Maniego (Manesa). Był syntezą wielu religii: staroirańskiego zoroastrizmu, buddyzmu i chrześcijaństwa. Dwa podstawowe elementy systemu filozoficzno-religijnego manicheizmu to dualizm i podkreślanie poznania w procesie wyzwiania się spod wpływu zła .

Drogą wyzwolenia spod wpływu zła jest *poznanie*. Zbawienie może być osiągnięte nie tylko dzięki wierze i moralności, ale przede wszystkim dzięki własnemu rozumowi. Dzięki zdobywaniu wiedzy o sobie i Bogu można zrozumieć naturę siebie, świata i przeznaczenia, to skąd przychodzimy, gdzie jesteśmy i dokąd zmierzamy. Ten aspekt manicheizmu zbliża go do gnostycyzmu, czyniąc go czymś więcej niż systemem religijnym: a mianowicie systemem religijno- i filozoficzno-naukowym.

Parafrenia- jak wyżej ‘ przedrostek ‘ para’ - oznacza parać się czymś czyli zajmować. To także para wodna oraz para ludzi czy innych obiektów ale także par- w łacinie parzysty, równy, taki sam.

Parafrenia (ang. *paraphrenia* z gr. *παρά* „poza-, obok” i *φρήν* „umysł”) – termin wprowadzony do psychiatrii przez Karla Ludwiga Kahlbauma w 1863 roku na określenie chorób psychicznych, charakteryzujących się występowaniem w określonym wieku: w młodości (*paraphrenia hebetica* s. *hebephrenia*) lub wieku starszym (*paraphrenia senilis*).

Obecnie zespół parafreniczny jest definiowany jako zespół urojeniowy z urojeniami o strukturze pośredniej między urojeniami paranoidalnymi a urojeniami paranoicznymi przy względnie zintegrowanej osobowości. Miejsce zespołu parafrenicznego i parafrenii w psychopatologii jest jednak nierozstrzygnięte.

Zaburzenia schizoafektywne (ang. schizoaffective disorder) – grupa zaburzeń charakteryzująca się połączeniem objawów typowych dla zaburzeń afektywnych oraz schizofrenii. Objawy pojawiają się zwykle w 4 dekadzie życia. Zaburzenie to objawia się nawracaniem stanów schizo-afektywnych, przedzielonych dość długimi okresami wolnymi od zaburzeń. Obniżenie zdolności przystosowania do warunków życiowych jest większe niż w chorobach afektywnych ale mniejsze niż w schizofrenii. Wyróżnia się trzy typy: depresyjny, maniakalny, mieszany. Pojęcie psychozy schizoafektywnej (ang. schizoaffective psychosis) zaproponował w 1933 roku **Jacob / Jakub- imię hebrajskie- S. Kasanin**.

Jacob Sergi Kasanin (ur. 11 maja 1897 w Sławgorodzie, zm. 4 maja 1946 w San Francisco) – amerykański lekarz rosyjskiego pochodzenia, psychiatra i psychoanalityk także żyd aszkenaz.

W 1933 roku wprowadził do żydowskiej psychiatrii pojęcie psychozy schizoafektywnej. Spopularyzował w Stanach Zjednoczonych zdeformowane przez niego prace **Wygotskiego**.

Lew Siemionowicz Wygotski ur. 5 listopada[?]/ 17 listopada 1896 w Orszy (**zabór rosyjski**) zm. 11 czerwca 1934 w Moskwie) – rosyjski psycholog i pedagog, profesor w Moskiewskim Instytucie Psychologii Eksperymentalnej. Twórca oryginalnej, niedokończonej teorii rozwoju psychiki, nazywanej przez innych „psychologią kulturowo-historyczną”.

Polak nie żaden Rosjanin - patrz Wielcy kompozytorzy polscy zamienieni na Rosjan.

Orsza – miasto na Białorusi, nad Dnieprem, u ujścia Orszy, w obwodzie witebskim, siedziba rejonu orszańskiego; około 108,1 tys. mieszkańców (2020). Miasto należało do Wielkiego Księstwa Litewskiego oraz do I Rzeczypospolitej.

Choć mówił o budowie całkowicie „nowej psychologii”, jego główną dziedziną pracy były badania rozwoju człowieka, na podstawie których opracowywał teorię rozwoju „wyższych funkcji psychicznych” (np. percepcji, pamięci i uwagi) u dzieci. Według Wygotskiego ich indywidualny rozwój jest głęboko spleciony z komunikacją i doświadczeniami interpersonalnymi. Początkowo był bliski mechanistycznemu i redukcjonistycznemu instrumentalizmowi (lata 20.), argumentując, że rozwój psychiczny człowieka sprowadza się w dużej mierze do przyswajania – w nawiązaniu do behawioryzmu Pawłowa – arbitralnych znaków kulturowych, które są psychologicznym odpowiednikiem fizycznych narzędzi. Później, w „holistycznym” okresie działalności (1. połowa lat 30.), rozszerzał tę koncepcję o bardziej specyficzny opis rozwoju szczegółowych zdolności w oparciu o internalizację kultury.

Już w połowie lat 20. XX wieku idee Wygotskiego referowano na Zachodzie, ale pozostawał on szeroko nieznanym aż do wczesnych lat 80., kiedy popularność pedagogiki i psychologii rozwojowej Jeana Piageta zaczęła spadać, a koncepcja Wygotskiego dotycząca „strefy najbliższego rozwoju” stała się centralnym komponentem rozwoju tzw. „społecznego konstruktywizmu” w psychologii rozwojowej i praktyce wychowawczej. Przegląd badań nad psychologią ogólną, opublikowany w 2002 r., uplasował Wygotskiego jako 83. czołowego psychologa XX wieku i 3. Rosjanina na liście. Badania przeprowadzone w ramach „rewizjonistycznego zwrotu” w 2010 roku sugerują, że – pomimo powierzchownej popularności Wygotskiego – jego poglądy rzadko były dogłębnie rozumiane i rzetelnie reprezentowane.

Lew Wygotski jest z reguły uważany za członka nurtu rozwojowo-poznawczego. Jego prace są cytowane do dziś, choć przez ponad dwadzieścia lat jego prace w stalinowskiej Rosji były zakazane. Aż do końca lat 50. niemożliwe było rozpowszechnianie prac Wygotskiego, a jego teorię określano jako „reakcyjną, burżuazyjną pseudonaukę”. Z tego powodu jego najważniejsze prace, takie jak *Myśl i język* (1932) czy *Psychologia pedagogiczna* (1926), czekały na tłumaczenia i publikacje aż do 2. połowy XX wieku. Wtedy też ogólnościatowe zainteresowanie Wygotskim zaczęło się rozwijać na nowo. Filozof Stephen Toulmin nazwał go „Mozartem psychologii”.

Zmarł na gruźlicę, na którą chorował od 1925 roku.

Polska

Publikacje Wygotskiego stanowiły ważną część polskich opracowań dotyczących psychologii rozwojowej realizowanych przez Brzezińską, Smykowskiego, Jabłońskiego i in.

Europa Wschodnia

W Związku Radzieckim praca grupy uczniów Wygotskiego, zwanych kręgiem Wygotskiego, była niezbędna dla zachowania i pod wieloma względami zniekształcenia dziedzictwa naukowego Lwa Wygotskiego.

Zaburzenia afektywne . Synonimy słowa „afekt” z podziałem na grupy znaczeniowe

- » afekt - jako przejaw uznania dla kogoś lub czegoś
- » afekt - w kontekście poddenerwowania
- » afekt - w kontekście dużego zdenerwowania
- » afekt - w kontekście połączenia kochających się ludzi
- » afekt - w kontekście namiętności
- » afekt - w kontekście uczuciowego związania z czymś
- » afekt - w kontekście silnych przeżyć
- » afekt - jako stan odzwierciedlający stosunek do czegoś
- » afekt – w kontekście zamięłowania do czegoś
- » afekt - jako związane emocjonalne
- » afekt - w odniesieniu do namiętności
- » afekt - w kontekście skłonności ku komuś

Z kolei SADYZM pochodzi od markiza de Sade.

Szaleniec, zboczeniec, morderca – to tylko niektóre z określeń, które przyłgnęły do postaci Markiza de Sade’a. Od nazwiska tego XVIII-wiecznego żyda pochodzi termin sadyzm. Oznacza on rodzaj zaburzenia polegającego na czerpaniu satysfakcji z zadawaniu bólu i podporządkowywania sobie drugiej osoby.

W zamku należącym do rodu zaczyna organizować sztuki teatralne, które zamieniają się w seksualne orgie. Wkrótce zostaje oskarżony przez francuską prostytutkę, Rose Keller, o to, że ją wychłostał i poważnie okaleczył scyzorykiem, a powstałe rany oblał gorącym woskiem. Wynajęta przez Donatiena willa w Arcueil została owiana wyjątkowo złą sławą. Pomimo tego, że dzięki naciskom jego teściowej udało się nieco zmienić zeznania ofiary, na bardziej łagodne, trafił on w 1768 roku do więzienia Saumur. Po nieco ponad sześciu miesiącach wyszedł na wolność, by dalej w niezmiennym sposobie z niej korzystać. Nie przeszkadza mu fakt, że po raz drugi (1769) i trzeci (1771) zostaje ojcem. Wkrótce wyruszył w pełną uciech podróż po Niderlandach. Gdy powrócił, ponownie trafił do więzienia z powodu niespłaconych należności finansowych.

W 1772 roku de Sade staje się bohaterem kolejnej już afery obyczajowej. Wraz ze swoim lokajem i przyjacielem korzysta z usług czterech prostytutek, które odurza znanym wówczas afrodyzjakiem – kantarydyną. Zostaje oskarżony o próbę ich otrucia. Mimo, iż nie ma na to niezbitych dowodów, sąd orzeka karę śmierci. Chcąc uniknąć jej wykonania Donatien ucieka do Włoch. W grudniu 1772 roku zostaje schwytyany i przewieziony do twierdzy Miolan. Po kilku miesiącach udaje mu się stamtąd uciec. Wraca do zamku Lacoste, w którym z pomocą żony oddaje się libertynizmowi.

Do najbardziej znanych dzieł de Sade’a należą *Sto dwadzieścia dni Sodomy, czyli szkoła libertynizmu* oraz *Justyna, czyli Nieszczęścia cnoty*. Na ich kartach precyzyjnie nakreślił założenia filozofii libertynizmu, dotyczącej mrocznych (czytaj żydowskich) sfer ludzkiej natury i egzystencji .

No i jeszcze debil- pochodzi od słowa DEVIL.

Niepełnosprawność intelektualna w stopniu lekkim (upośledzenie umysłowe lekkie, dawniej *debilizm* – niestosowana z uwagi na negatywne znaczenie w języku potocznym) . Ta forma deficytu intelektualnego stanowi najwięcej rozpoznań. Osoby takie są samodzielne i zaradne społecznie, nie powinny jednak wykonywać zawodów wymagających podejmowania decyzji, ponieważ nie osiągnęły etapu myślenia abstrakcyjnego w rozwoju poznawczym.

Niepełnosprawność intelektualna (obniżenie poziomu rozwoju intelektualnego) – zaburzenie rozwojowe polegające na znacznym obniżeniu ogólnego poziomu funkcjonowania intelektualnego, któremu towarzyszy deficyt w zakresie zachowań adaptacyjnych **-w szczególności niezależności i odpowiedzialności.**

Jeżeli sprawność intelektualna, mierzona testami standaryzowanymi, mieści się w przedziale jednego odchylenia standardowego poniżej normy i stan ten nie ma podłoża organicznego, a zachodzi *deficyt umiejętności* mówi się o obniżeniu poziomu intelektualnego (**dawniej: ociężałości umysłowej**) (**DSM-IV – niepełnosprawność wyuczona**).

Słowo BYDŁO .

Najpopularniejsze wyrazy bliskoznaczne słowa **bydło** to: swołocz, pospólstwo, łobuzeria, ciżba, chuliganeria, tałatajstwo, tłum, gawiedź, czereda, barachło, hołota, motłoch, żulia, menelstwo, gromada, draństwo, łobuzerka, dzicz, dzieci ulicy, tłuszcza, męty, zgraja, łajdactwo, ludziska, hałastrza, wyrzutki społeczeństwa, ...

No i czego się uczyło lekarskie bydło i debile? Bo jak to inaczej nazwać?

Być może, że psychiatrzy to sami żydzi, albo w większości ,ale na pewno nie tylko.

24. 10.2019 <https://biznes.newseria.pl/news/w-polsce-jest-zaledwie-4,p1352532508>

Średnio co czwarty Polak rzekomo doświadcza przynajmniej jednego z przejawów złego stanu zdrowia psychicznego w ciągu roku. Blisko rzekomo ćwierć miliona osób cierpi na przynajmniej trzy zaburzenia. Psychiatrycznie leczy się ok. 1,5 mln Polaków, jednak z powodu zbyt małej liczby lekarzy na wizytę czeka się miesiącami. Obecnie w Polsce pracuje ponad 4 tys. lekarzy psychiatrów, co oznacza że na milion osób przypada 90 specjalistów. Brakuje zwłaszcza psychiatrów dziecięcych – jest ich zaledwie ok. 400 na 7 mln dzieci.– Braki kadrowe są piętą achillesową opieki zdrowotnej. To zaszłość, która wynika z tego, że nie była to atrakcyjna ścieżka kariery zawodowej. Rozwiązania są dwa, przede wszystkim szkolić, udostępniać pomoc, sprawić, że wejście w tę ścieżkę rozwoju zawodowego jest atrakcyjne. Dlaczego atrakcyjne ? Bo można dużo zarobić na oszukiwaniu i preparowaniu opinii i diagnoz.

Drugi sposób to wciągnięcie wielu innych profesjonalistów do udzielania pomocy – psychoterapeutów, psychologów klinicznych, asystentów zdrowienia, asystentów socjalnych, terapeutów – podkreśla w rozmowie z agencją **Newseria Biznes** prof. dr hab. n. med. Jacek Wciórka, psychiatra z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Rozwiązanie problemów opieki psychiatrycznej należy do priorytetowych zadań Ministerstwa Zdrowia. Już od 2018 roku trwa pilotaż centrów zdrowia psychicznego. Nowe rozwiązania mają przede wszystkim pomóc chorym – dzieciom i nastolatkom. Zgodnie z założeniami, na początkowym etapie dzieci trafią do psychologów i psychoterapeutów. Jeżeli ich pomoc nie wystarczy, pacjenci trafią do środowiskowego centrum zdrowia psychicznego, a jeśli i to okaże się niewystarczające – do ośrodka wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej.

A z jakiego powodu dzieci polskie i chrześcijańskie mają być psychicznie chore ?

Przecież choroby umysłowe to żydowska przypadłość ?

11.

– 5-6 tys. lekarzy psychiatrów to liczba, która zbliżałaby nas do krajów, które nie mają takiej przerwy w życiorysie kadrowym. Szczególnie dotkliwy jest brak w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży, bo ich jest kilkuset, a mogłoby być 2-3 razy więcej – ocenia prof. Jacek Wciórka.

– *Kilka procent wymaga pilnej pomocy, kilkanaście do dwudziestu procent korzysta z pomocy psychiatrycznej. A potrzeby w tym zakresie, przynajmniej raz w życiu, ma około połowy, może trochę więcej niż połowa Polaków* – wylicza prof. Jacek Wciórka.

Problem narasta, pojawiają się nawet aplikacje, które mają pomóc przy spadkach nastroju i złym samopoczuciu. Kontakt z lekarzem przez aplikacje może być jednak niewystarczający.

– *Poczucie samotności, osamotnienia, mimo mediów społecznościowych dominuje. Myślę, że nawet ta passa na media społecznościowe wynika z tego, że w realnym życiu człowiekowi brakuje kontaktów, rozmów, przyjaźni* – ocenia prof. Jacek Wciórka - i zapakowania na leczenie psychiatryczne do psychiatrika- dodajmy.

Czyli, że psychiatra ma się zajmować doradzaniem jak zmienić zły nastrój, co robić z samotnością albo z depresją ale bardziej jest to potrzebny psycholog a nie psychiatra.

Jacek Jan Wciórka (ur. 1948) – lekarz psychiatra, profesor medycyny, pracownik Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Koordynator Komisji Reformy Opieki Psychiatrycznej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz członek Komitetu Nauk Neurologicznych PAN. W 2001 został odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi. Co to były za reformy ?

Dodajmy co to jest DEPRESJA.

Zaburzenia depresyjne, depresja (łac. *depressio* „głębokość” od *deprimere* „przygniatać”) – grupa zaburzeń psychicznych, pojęcie stosowane w terminologii psychiatrycznej i odnoszące się do zespołów objawów depresyjnych występujących w przebiegu chorób afektywnych (nazywanych także zaburzeniami afektywnymi lub zaburzeniami nastroju). Zespoły te objawiają się głównie obniżeniem nastroju (smutkiem, przygnębieniem, niską samooceną, małą wiarą w swoje możliwości, poczuciem winy, pesymizmem, u części pacjentów myślami samobójczymi), niezdolnością do przeżywania przyjemności (anhedonią), spowolnieniem psychoruchowym, zaburzeniem rytmu dobowego (bezsennością lub nadmierną sennością) lub zmniejszeniem apetytu (rzadziej jego wzmożeniem).

A co tych ludzi tak przygniata i deprymuje głęboko ?

Może szlam ? Żydo-komuna, New World Order, brak prawdziwej religii i tym podobne?

A dlaczego psychiatra się tym nie zajmuje ?

Bo psychiatra nie wie nawet nic o historii Polski a co dopiero o polityce czy religii.

On jest to wmawiania chorób psychicznych .

DEPRIMERE

Najczęściej spotykane wyrazy bliskoznaczne słowa **zdeprymować** to: strapić, przytłoczyć, usposobić kogoś niechętnie, dobić, zasmucić, załamać, zadołować, przywalić, podłamać, zdołować, zmieszać, struć, skonfundować, sfrustrować, ugiąć, podciąć, zmartwić, zgnać, pognać, zdruzgotać, zafrasować, zrazić, rozzalić,

Najczęściej spotykane wyrazy bliskoznaczne do słowa **uczciwy** to: przeczysty, bezgrzeszny, szlachetny, prawy, kryształowy, dobry, słowny, nieskalany, moralny, czysty, nieposzlakowany, świetlany, niepokalany, bez skazy, przyzwoity, fair, godziwy, przezacny, odpowiedzialny, zacny, etyczny, rzetelny, sumienny, solidny, ...

Czy psychiatry tacy są i byli ?

Psychiatria to nie jest nauka ' niewłaściwa' ale żydowska.

Została ukuta przez na pewno przez jakichś rabinów, gdzieś w Niemczech ,
na gruncie Talmudu oraz innych semickich ' nauk'.

Samo słowo PSYCHIATRIA oznacza PSYCHE - duszę czyli duchowość , psychikę,

oraz ATRIA - ATRIUM.

W domach mieszkalnych starożytnego Rzymu centralne pomieszczenie w kształcie prostokąta, wokół którego rozmieszczone były pokoje mieszkalne. Najczęściej z otworem w dachu (compluvium) i zbiornikiem na wodę deszczową (impluvium), którą później (w czasach Republiki) zastąpiono fontanną. Dach wsparty był na kolumnach, a wewnątrz ozdobione zielenią, posągami, mozaikami – zwłaszcza dno zbiornika na wodę, ściany pokrywano malowidłami lub stiukami. W atrium umieszczano kapliczkę – lararium – poświęconą duchom opiekuńczym larom oraz podobizny przodków.

Było to miejsce, gdzie koncentrowało się życie rodzinne i gdzie przyjmowano interesantów.

Zdaniem profesora Bartosza Łoży, kierownika Kliniki Psychiatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego- który sam z tego systemu korzysta i czerpie zyski- biegły powinien jednak posiadać także doświadczenie sądowe i kliniczne.

W przeciwieństwie do wielu innych krajów, w Polsce nie ma podspecjalizacji w psychiatrii sądowej. Biegłym zostać może każdy psychiatra – podkreśla prof. Bartosz Łoża w rozmowie z portalem rynekzdrowia.pl.

Zdaniem profesora powinna być rozważona możliwość wprowadzenia szczególnych uprawnień do wydawania opinii sądowych. Zobowiązując sądy do korzystania z biegłych z certyfikatem, wzrósłby autorytet tych właśnie specjalistów i z pewnością ich opinie byłyby lepszej jakości.

Ma to szczególne znaczenie w sytuacji, gdy opinia wydawana jest pod presją czasu – biegły musi to zrobić w ciągu maksymalnie 8 tygodni. – Jeżeli mamy przypadek, gdy pacjent przez kolejne 8 tygodni milczy, to ocena, czy taką postawę przyjął zdrowy człowiek, który tylko gra na czas, czy faktycznie badany jest chory psychicznie, wymaga olbrzymich umiejętności i wiedzy.

Zmyślony katalog urojeń wg komunistycznego psychiatry żyda Bilikiewicza.

Urojenia (łac. *delusiones*) – zaburzenia treści myślenia polegające na fałszywych przekonaniach, błędnych sądach, odpornych na wszelką argumentację i podtrzymywane mimo obecności dowodów wskazujących na ich nieprawdziwość. Obecne w wielu psychozach, w tym w przebiegu schizofrenii. Szczególnie rozbudowany system urojeń charakteryzuje schizofrenię paranoidalną. Treść urojeń często nie odpowiada poziomowi wiedzy chorego. Urojenia, podobnie jak m.in. omamy, zalicza się do tak zwanych objawów pozytywnych (wytwórczych), gdyż stanowią wyraźne odchylenie od normalnych procesów poznawczych, w przeciwieństwie do objawów negatywnych, które wyrażają brak lub obniżenie normalnych reakcji u chorego. Klasyfikacja urojeń pod względem systematyki:

- **proste** – pojedyncze lub rozwinięte o charakterze syntymimicznym lub katamimicznym, które są jedynie prostą interpretacją lub rozwinięciem innych objawów takich jak omamy bez tendencji do ich systematyzowania bądź dezintegracji;
- **paranoiczne** – usystematyzowane, tworzące zwarty konstrukt myślowy; charakterystyczne przede wszystkim dla paranoi; przy czym są one teoretycznie 'możliwe do zaistnienia', czyli dotyczą sytuacji która może zaistnieć,
- **paranoidalne** – nieusystematyzowane, wielowątkowe; przy czym są one dla stanu dzisiejszej wiedzy 'niemożliwe do zaistnienia', czyli dotyczą zdarzeń niemożliwych, jak czytanie w myślach, nasyłania myśli, zdalnego kontrolowania poruszaniem się, wysyłania 'promieni' z miejsca które nie istnieje (np. piwnica, pod budynkiem który piwnicy obiektywnie nie ma). 'Promienie' (o charakterze, którego pacjent nie jest w stanie zdefiniować zgodnie z obowiązującymi zasadami fizyki) mogą być często 'szkodliwe' np. uszkodzać płuca, dziurawić wątrobę, wprowadzać 'robaki'. Niezgodność tych osądów z aktualną wiedzą i możliwościami technicznymi rozstrzyga w kwestii różnicowania urojeń pod względem ich 'paranoiczności' (możliwe w świetle dzisiejszej wiedzy) czy 'paranoidalności' (niemożliwe do nawet 'teoretycznego' zaistnienia)
- **niespójne** – wypowiedzi chorego nie wiążą się ze sobą, jego twierdzenia są uderzająco absurdalne; typowe dla porażenia postępującego;
- **oniryczne** – niekonsekwentne, zmienne i silnie angażujące emocjonalnie chorego urojenia, w stosunku do których, pomimo poczucia aktywnego udziału, pacjent zachowuje się stosunkowo biernie (szczególnie, że treścią ich są zazwyczaj wydarzenia dramatyczne). Całość przypomina marzenie senne. Ten nietypowy typ urojeń stanowi formę przejściową między omamami a typowymi urojeniami.

ŹRÓDŁO

Adam Bilikiewicz, Włodzimierz Strzyżewski: *Psychiatria: podręcznik dla studentów medycyny.*

Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, wznowienie 1992 s. 53-57.



Semicki żyd Bilikiewicz. Rasę widać po nosie oraz po zawodzie. Niekt się nie znał w Polsce na żydach ani na tej rasie. Trzeba zacząć edukację od Menu Aktualności zagranica.

Przykład - czy w ogóle można zdiagnozować urojenia :
Jak stwierdzić urojenia?

Diagnoza stwierdza u mnie zaburzenia psychotyczne - zespół urojeniowy z możliwością doznań halucynacyjnych typu przesłyszenia. Duża część psychiatrów nie rozpoznaje u mnie takiego schorzenia, niektórzy twierdzą, że mam depresję. Depresyjne wrażenie mogą sprawiać z powodu rozterki - jak upewnić się, że mam urojenia. Diagnozujący twierdzą, że wynika to raczej z całokształtu, nie odnoszą się do namacalnych przykładów pomimo, że ich o to proszę. Moim zdaniem mam umysł twórczy, czy też ugodowo wytwórczy, i do mojego spojrzenie na moje tezy.

A oto wypowiedź psychiatrycznego psychologa, który sam nie wie jak diagnozować urojenia ale proponuje leczenie, jako medyczny autorytet : <http://www.poradnikzdrowie.pl>

Chce Pan dyskutować o swoich przekonaniach? Jeśli psychiatra dostrzeże w nich urojenia - to powinien raczej wystrzegać się dyskusji, bo jest bezcelowa. O urojeniach się nie dyskutuje. Powinien, uwzględniając cały kontekst problemu, zaproponować leczenie.

I NA TYM W POLSCE POLEGAJĄ DIAGNOZY PSYCHIATRYCZNE !!

Psychiatra po prostu 'dostrzeża' urojenia nawet ich nie określając dla kasy oraz zysków z 'chorych' klientów ! Sami siebie stawiają jako bogów i niepodważalne autorytety a są wielkim gównem.

Jak napędzać sobie klientów:

Autor: lek. med. Sylwia Baczyńska-Świerczyńska

Czujesz, że życie wymyka ci się spod kontroli. Nie możesz spać, jeść? Dręczą cię lęki? Nie masz siły i ochoty, by zacząć kolejny dzień? Rozważ wizytę u psychiatry - specjalisty od ludzkiej psychiki. Pamiętaj, że to lekarz jak każdy inny. W naszym społeczeństwie wciąż dominuje myślenie, że do psychiatry "normalni" nie chodzą. To nieprawda! Psychiatra to ktoś, kto pomoże nam w trudnych, kryzysowych sytuacjach, np. jeśli cierpimy na bezsenność, anoreksję czy bulimię. Ale też gdy nie możemy przeboleć straty kogoś bliskiego. I coraz więcej osób to rozumie.

Choć - by korzystać z porady psychiatry - trzeba odwagi. Przecież nie łatwo przyznać się do problemu, a jeszcze trudniej obcego prosić o pomoc. Ale ten specjalista dobrze to rozumie i będzie umiał z nami rozmawiać. Czasem wystarczy kilka wizyt, by zobaczyć cały problem w innym świetle i odbić się od dna. Konsultacji i wsparcia psychiatry często potrzebują też osoby, które mają poważne problemy zdrowotne.

Większość chorób, zwłaszcza przewlekłych, może bowiem powodować - i zwykle powoduje - zmiany w psychice.

Pierwsza wizyta u psychiatry

To przede wszystkim rozmowa, do której warto się **przygotować**. Trzeba będzie opowiedzieć o sobie i o swoich problemach. Kiedy się zaczęły, czym się objawiają, czy wpływają np. na sen, łaknienie, pamięć.

Lekarz z pewnością dostosuje pytania do problemu(SIC !) który będzie starał się wspólnie z tobą rozwiązać. Pojawia się też **pytania pozornie niezwiązane z twoimi kłopotami** , ale dla lekarza odpowiedź na nie może odgrywać ogromną rolę. Nie zdziw się więc, gdy zapyta o dom rodzinny, dzieciństwo, wiek szkolny, dojrzewanie, życie zawodowe i osobiste. Czasem może poprosić też o rozmowę kogoś z twoich bliskich.

ZYSKI

100 złotych za 30 minut rozmowy razy 10 pacjentów dziennie daje 1,000 złotych ,razy 26 dni w miesiącu , daje kwotę zysków 26 tysięcy złotych , plus etat w jakimś szpitalu , gdzie także tłuką kasę na opiniach !!

Warto więc zmyślać choroby psychiczne i nawzajem bronić swojego środowiska, które musi przecież mieć z czego żyć !! A za opinię biegłych i tylko za 10 minut rozmowy , jest to już 185 złotych masowego przerobu.

Aby stwierdzić u kogoś schizofrenię paranoidalną lub inną chorobę psychiczną, należałoby z kimś mieszkać , lub trzymać kogoś na obserwacji wiele miesięcy i to w warunkach domowych nie skoszarowanych czyli szpitalnych i więziennicznych, w których nie ma możliwości codziennego i stałego kontaktu tylko z jedną z osobą oraz obserwacji zachowań w wielu codziennych sytuacjach oraz czynnościach, jakie wykonuje się w domu lub w pracy i które są możliwe do opisanego lub poddania analizie.

Żaden ' biegły' na jakich się ci psychiatrzy kreuja, nie są duchami ani myślami w ciele innej osoby , nie mieszkają z tą osobą codziennie i z nią nie pracują, nie znają wypowiedzi tej osoby ani jej specyficznych zachowań, a ich twierdzenia, że wystarczy i 10 minut czy nawet 20 na postawienie diagnozy, jest kłamstwem oraz robieniem wokół siebie otoczki wybitnego znawcy.

Tym bardziej, że brak jest z obserwacji klinicznych nagrań video czy też nawet rejestracji mikrofonem nie mówiąc o zestawie pytań oraz notowanych słowo w słowo odpowiedzi i reakcji.

Toteż z preparacji tych przebija słowotwórstwo, neologizmy językowe oraz wręcz brak podstawowej znajomości języka polskiego, synonimów, czyli lingwistyki, bez czego nie da się ustalić znaczenia danego pojęcia lub terminu.

Są to opinie na poziomie pseudonaukowym, manipulacyjne, które są tworzone metodą kreowania wizerunku postaci oraz jej cech charakteru lub osobowości , stosowania zaczerpniętych wybiórczo z dziedziny psychologii oraz psychiatrii terminologii celem podpierania się czyli robienia wrażenia specjalistycznej opinii.

Oraz takiego wytwarzania obrazu osoby rzekomo chorej poprzez kompilację danych oraz wypaczonych okoliczności aby później mieć podstawę do powielania takiej preparacji przez kolegów i koleżanki dla zysków, boi przecież taką opinię nie można nazwać diagnostyką ani też rozpoznaniem, skoro brak do tego odpowiednich warunków.

W tym miejscu skomentuję pierwszą preparację o mnie w roku 2004, stworzoną właśnie takimi metodami wraz z wybranymi cytatami z tej preparacji.

1.....' leczonej psychiatrycznie z powodu nerwicy...

Nerwic nie leczy się psychiatrycznie tylko psychologicznie czyli psychoterapią, bowiem podłożem nerwic są zaburzenia emocjonalne a nie czynnościowo - biologiczne i funkcjonalne.

Nerwica. Choroba dotyka wielu ludzi.

Leczenie nerwicy zazwyczaj wymaga czasu. **Nerwica** to zespół rozmaitych zaburzeń psychicznych, u których podłoża leży napięcie i lęk. To choroba emocji spowodowana nieświadomymi i nierozwiązanymi konfliktami wewnętrznymi. Jeśli chory cierpi na silne lęki, napięcie nie pozwala mu spać ani normalnie funkcjonować, nie może zapanować nad dręczącymi myślami i natręctwami (czynności przymusowe), obawia się wyjść z domu, panicznie boi kontaktów z innymi ludźmi, ma obsesje na punkcie swego zdrowia, zdrowego jedzenia, czystości czy inne neurotyczne objawy utrudniające życie - lekarze często decydują się na podanie leków łagodzących te symptomy. Są to środki uspokajające, obniżające napięcie, czasem antydepresyjne. Środki farmakologiczne nie uwalniają chorego całkowicie od lęków i zaburzeń. Czynią je łatwiejszymi do zniesienia oraz sprawiają, że możliwe jest podjęcie psychoterapii.

Leczenie nerwicy: psychoterapia

U podłoża nerwicy leżą problemy psychologiczne człowieka. Często reakcje nerwicowe wyzwała trudna sytuacja, w jakiej człowiek się znajduje (utrata pracy, mobbing, bieda, brak bezpieczeństwa finansowego, utrata ważnej osoby, toksyczna relacja, podjęcie wyzwań przekraczających możliwości, przewlekły stres, z którym ktoś nie umie sobie poradzić, sytuacja traumatyczna - wypadek, napad, przemoc). Powodów wystąpienia reakcji nerwicowej jest wiele. Czasem obiektywnie nie są one dramatyczne, lecz subiektywnie dla chorego są nie do zniesienia, właśnie ze względu na jego problemy psychologiczne.

Psychoterapia ma na celu dotarcie do istoty problemów pacjenta, uświadomienie mu jego konfliktów wewnętrznych. Psychoterapeuta daje pacjentowi wsparcie i tworzy bezpieczne warunki do spotkania z trudnymi problemami. Pomaga pacjentowi odkryć zaburzenia postrzegania siebie i swoich doświadczeń, znaleźć przyczyny zaburzeń, rozprawić się ze zranieniami z przeszłości, które pozostawiły ślad na osobowości pacjenta i jego sposobie przeżywania rozmaitych doświadczeń i zdarzeń. Psychoterapia polega także na rozwiązywaniu bieżących konfliktów, budowaniu stabilnego poczucia własnej wartości i uczeniu się rozmaitych umiejętności interpersonalnych.

<http://www.poradnikzdrowie.pl/psychologia/dusza/nerwica-leczenie->

Co tu jest napisane w tym linku ? A ! Psychologia duszy a na tym zboczeńcy psychiatryczni zapewne znają się lepiej niż ksiądz . Niestety, w psychiatrii nie istnieje pojęcie dusza oraz duchowość, są to dziedziny przez psychiatrię zwalczane na czele w Bogiem i religią.

Bo każdy psychiatra to ateista nawet jeśli twierdzi, że nie jest.

Poszerzony katalog psychiatrów to między innymi zarzucanie komuś wulgaryzmów. Ci oszuści nie znają w ogóle języka polskiego więc stosują różne pojęcia z tego zakresu na chybił trafił aby tylko coś dopasować.

Wulgaryzm – wyraz, wyrażenie lub zwrot uznawany przez użytkowników danego języka jako nieprzyzwoity, ordynarny. Używanie wulgaryzmów uważane jest za przejaw wywyższania się i świadczy o bardzo niskiej kulturze osobiste

Ze względu na sytuacje, w jakich się ich używa, podzielić je można na grupy:

- przekleństwa, czyli grupa słów używanych, aby rozładować napięcie występujące z powodu uniesienia emocjonalnego lub negatywnych bodźców docierających do jednostki,
- używane w celu świadomego obrażenia drugiej osoby albo grupy ludzi,
- używane w celu wyrażenia lekceważenia czegoś lub kogoś,
- używane jako słowa zastępcze, wieloznaczne, jako zamiennik słowa o innym znaczeniu, uwypuklający np. krytykę,
- funkcja dehumanizująca poprzez poluzowywanie norm obyczajowych, by przyzwyczaić do ich łamania, czyli wysoce kontrowersyjna, gdy jest stosowana np. w stosunku do żołnierza szeregowego w wojsku,
- humorystyczne osobliwości słowne, nawyki, natręctwa słowne, „słowa-przecinki”,
- funkcja estetyczna, artystyczna, abstrakcyjny humor, artyzm słowny, np. turpizm, wywoływanie szoku estetycznego (por. katharsis), osobliwe, kontrastowe, oksymoroniczne lub abstrakcyjne, paradoksalne, absurdalne zestawienia (por. np. Witkacy, kabarety, itp.).

Wulgaryzmy mają różną konstrukcję. Pewne języki mają własną specyfikę tworzenia właściwych sobie wulgaryzmów. Najczęściej spotykane wulgaryzmy odnoszą się do:

- części ciała (zwłaszcza takich jak narządy płciowe, pośladki i piersi),
- zwierząt,
- łamania norm społecznych,
- słów niemających normalnie znaczenia wulgarnego, jednak nabierającego go w danym kontekście,
- słów powstałych specjalnie do tego celu,
- sfery stosunków płciowych,
- sfery załatwiania potrzeb fizjologicznych,
- danych grup społecznych,
- wydzielin ciała,
- śmierci oraz zwłok ludzkich,
- zwrotów idiomatycznych właściwych poszczególnym językom.

Zakres wulgaryzmu jest zmienny i silnie powiązany z wyrażeniem obraźliwym.

Używanie wulgaryzmów regulowane jest często przez normy społeczne, w tym prawne. Przykładowo w Polsce art. 141 Kodeksu wykroczeń mówi: *Kto w miejscach publicznych umieszcza nieprzyzwoite napisy, rysunki albo używa słów nieprzyzwoitych, podlega karze grzywny do 1500 złotych.* (Co zwykle nie dotyczy działań artystycznych). Regulacje zakazujące używania wulgaryzmów wprowadzają też niektóre uczelnie wyższe. Wulgaryzmy mogą wzmacniać poczucie przynależności do grupy. Odbiór społeczny wulgaryzmów jest różny w różnych sytuacjach społecznych, między innymi dlatego też równoległe z nimi funkcjonują ich zamienniki – słowa uznawane za neutralne, pełniące w danej wypowiedzi podobną funkcję jak wulgaryzmy.

W 2011 roku na liście przebojów Billboard w trzech utworach na dziesięć pojawił się wulgaryzm .
Wulgaryzm to inaczej także slang.

Slang także język specjalny, argot, gwara środowiskowa – swoista odmiana potocznego języka ogólnonarodowego oparta na odrębności środowiskowej. Odróżnia się tym od dialektu i gwary, wyodrębnionych terytorialnie. W przeciwieństwie do gwar i dialektów, różni się od języka ogólnego leksyką, frazeologią i zmianami znaczeń słownictwa ogólnego, nie gramatyką. Slangi różnicuje się ze względu na środowisko, w którym są używane, np.: slang przestępczy, więzienny, młodzieżowy, internetowy, żeglarski i naukowy. Niekiedy słownictwo typowo slangowe wkracza do języka ogólnego, jednak przeważnie używane jest wtedy do celów humorystycznych, ekspresyjnych i stylizacyjnych. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Slang>

A także stosowanie słowa samorzutnie, coś mówić lub wypowiadać treści samorzutnie.

Synonimy do słowa **samorzutny**:

absolutny, autogeniczny, autogeny, automatyczny, autonomiczny, bez przymusu, bezceremonialny, bezmyślny, bezpośredni, bezpretensjonalny, bezpruderyjny, bezwarunkowy, bezwiedny, dobrowolny, dyskrecjonalny, improwizowany, impulsywny, indywidualny, inercyjny, instynktowny, machinalny, mechaniczny, mimowiedny, mimowolny, naturalny, niekonieczny, nienarzucony, nieobowiązkowy, nieprzymusowy, nieprzymuszony, nierozumny, nieświadomy, nieumyślny, niewymuszony, niezakłamywany, niezależny, niezależny od woli, niezamierzony, ochotniczy, oddolny, oddzielny, odrębny, odruchowy, osobny, otwarty, podskórny, podświadomy, popędowy, pozarozumowy, prostoliniowy, prosty, rozłączny, rutyniarski, rutynowy, sam przez się, samodzielny, samoistny, spontaniczny, swobodny, szczerzy, własnowolny, wyodrębniony, z własnej woli, zwyczajny, zwykły, żywiołowy,

Do powyższego katalogu należy także - wroga postawa wobec instytucji i organów- władzy oczywiście którą trzeba kochać i wielbić jak żydowskiego boga.

Najczęstszej jest to agresja, werbalna lub czynna.

Roszczeniowość jako psychiatryczny szablon.

Roszczeniowy pacjent...

Czasami w kartach pacjentów można znaleźć zapiski, że:

– pacjent jest roszczeniowy, – pacjent się domaga, – pacjent krzykiem wymaga, – pacjent głośno wyraża swoje pretensje - a nawet: – rodzina pacjenta domaga się podania leku x....

Często jest tak, że chorzy proszą o podstawowe badania (które powinno się zrobić , ale ich nie zrobiono – to wychodzi w trakcie procesu) albo proszą o środek uśmierzający ból.

Bo niestety pacjent często cierpi niepotrzebnie, brak jest bowiem standardów leczenia bólu.

Takie refleksje nasuwają mi się po przeczytaniu artykułu

pt: W polskich szpitalach pacjenci są torturowani.

Autor: www.medyczneprawo.pl

Inny szablon : Bezkrytyczny w ocenie stanu zdrowia – oznacza to samo , co brak poczucia choroby.

Bardzo ważną informacją jest fakt, iż z zasady chory na schizofrenię nie ma poczucia własnej choroby! Najczęściej zaprzecza zmianom w swoim zachowaniu, gdyż ich po prostu nie widzi i nie czuje, że dzieje się z nim coś dziwnego. Dopiero po leczeniu, w większości przypadków pojawia się świadomość choroby. Dzieje się tak, kiedy schizofrenik zaczyna dostrzegać różnicę między światem rzeczywistym a tym, który sam stworzył pod wpływem choroby.

Jeszcze jeden szablon to :

Obrażliwy:

stanowiący dla kogoś obrazę , obrażający się z byle powodu, skłonny do obrażania się

Synonimy które należałoby udowodnić na tle sytuacyjnym wraz z zeznaniami lub relacjami świadków:

agresywny, antypatyczny, bluźnierczy, cierpki, cięty jak osa, cyniczny, drwiący, ironiczny, jadowity, jędzowaty, kąśliwy, konfrontacyjny, kostyczny, kpiarski, kwaśny, napastliwy, ostry, paszkwilancki, paszkwilowy, poniżający, prowokacyjny, prowokatorski, prześmiewczy, sardoniczny, sarkastyczny, szyderczy, ubliżający, urągliwy, uszczypliwy, uwłaczający, wyzywający, zgryźliwy, zjadliwy

Inny szablon to :

' **Wielkościowość** ', która nie jest jednostką chorobową ,w przypadku wielkich i wybitnych osobowości , rzeczywiście może porażać takie pluskwy oraz cynicznych psychopatów będących na poziomie jaskiniowej i środowiskowej mafii .

Jak psychiatrzy fałszują opinie jest o tym mowa w Menu Zdrowie- Opinie psychiatryczne o fałszowaniu opinii.

BADANIA NIE STOSOWANE dotychczas W PSYCHIATRII klinicznej oraz sądowej ale zalecane

WYWIAD PSYCHIATRYCZNY = informacje n/t pacjenta zebrane od osób trzecich (rodzina, znajomi, personel medyczny, policja itp.)

BADANIE PSYCHIATRYCZNE (status praesens) = informacje uzyskane od pacjenta oraz jego obserwacja

Badanie psychologiczne

Badanie neurologiczne

Badanie internistyczne

Badania specjalistyczne inne, pomocne dla rozpoznania i leczenia psychiatrycznego

Badania dodatkowe (bad. morfologiczne i biochemiczne krwi, moczu, płynu mózgowo-rdzeniowego; EEG, EKG, USG, CT, NMR, SPECT i inne)

Pożądane warunki badania psychiatrycznego i sposób jego prowadzenia

- badać w ustronnym miejscu (najlepiej w gabinecie lekarskim)
- wykonywać badanie przez 1 osobę, nie więcej niż 2-3 osoby badające
- pacjent powinien mieć możliwość wygodnego siedzenia w trakcie badania
- okazywać uprzejmość pacjentowi jednak bez przymilności i poufałości
- zwracać się do pacjenta ogólnie przyjętymi formami grzecznościowymi
- w szczególnych wypadkach można zwracać się do pacjenta w drugiej osobie (gdy badamy dziecko)
- starać się tak formułować pytania by nawiązać szczerzy i rzeczowy kontakt z pacjentem
- badanie powinno być prowadzone w sposób celowy i zgodnie z planem
- pytania powinny być zadawane w sposób dla pacjenta zrozumiały, dostosowany do jego poziomu wykształcenia
- po uzyskaniu odpowiedzi na pytanie, ponowne zadawanie tych samych lub podobnych pytań nie jest błędem o ile dokonuje się tego w określonym celu.
- w razie niezrozumienia lub niedosłyszania odpowiedzi poprosić o ponowną odpowiedź
- zachować dociekliwość
- w razie potrzeby dostosować plan badania do okoliczności
- nie potwierdzać słuszności przekonań urojeniowych
- nie udowadniać błędności przekonań urojeniowych Pożądane warunki badania psychiatrycznego i sposób jego prowadzenia c.d.
- nie pocieszać pacjentów depresyjnych, zwłaszcza nie wskazywać na ich dotychczasowe osiągnięcia
- nie komentować wypowiedzi pacjenta
- nie omawiać wypowiedzi i zachowania pacjenta z innymi osobami w obecności pacjenta
- unikać zadawania pytań w sposób przesłuchaniowy
- unikać pytań nie związanych z badaniem, choć każdy temat poruszony w rozmowie z pacjentem może mieć znaczenie diagnostyczne
- zadając pytanie starać się nie sugerować odpowiedzi
- unikać ostentacyjnego sposobu notowania wypowiedzi
- badając pacjentów mutystycznych, nieprzytomnych lub w stanie osłupienia pamiętać o zachowaniu ich godności
- unikać okazywania własnych emocji, chyba że sytuacja na to pozwala lub zachodzi taka konieczność
- nie wykonywać innych czynności w czasie badania (jedzenie, żucie gumy itp.)
- zachować dystans, zachowując uprzejmość nie pozwolić pacjentowi przejąć roli badającego
- protokołować badanie na bieżąco, zapisywać obserwacje chorego i jego wypowiedzi bez nazywania objawów i wyciągania wniosków
- charakterystyczne wypowiedzi chorego można przytaczać również dosłownie
- unikać częstego używania zwrotów typu:chory podaje, że; pacjent mówi;chory twierdzi
- od podanych wyżej zaleceń można odstąpić jedynie w szczególnie uzasadnionych wypadkach

OBSERWACJA CHOREGO

- Pierwsze wrażenie; na pierwszy kontakt, prośbę o rozmowę
- wygląd pacjenta
- stan higieniczny
- ubiór; stan i czystość, dopasowanie i dostosowanie, atypowość lub niezwykłość ubioru
- makijaż, tatuaże, dodatki, biżuteria
- wyraz twarzy, mimika, ułożenie ciała, gestykulacja,
- adekwatność nastroju, mimiki, barwy głosu do treści rozmowy itp.

- zbrorność wypowiedzi, adekwatność treści i formy odpowiedzi do zadawanych pytań, czas odpowiedzi na pytania, odpowiedzi mimo, odpowiedzi wymijające, unikanie lub odmowa odpowiedzi na niektóre pytania
- zachowanie pacjenta przed i/lub po badaniu
- zachowanie w trakcie badania; zajmowane miejsce i jego ew. zmiany, okazywanie emocji, zainteresowanie badaniem, zachowania dziwaczne, stereotypie, ew. zmiany zachowania lub zbrorności wypowiedzi w miarę trwania badania, stosunek pacjenta do badającego
- spełnianie poleceń (dotyczy zwłaszcza pacjentów mutystycznych i w stanie osłupienia)
- spontaniczne wypowiedzi i zachowania chorego w czasie badania

DANE PODSTAWOWE

- 1) Imię i Nazwisko
- 2) wiek oraz data urodzenia
- 3) miejsce urodzenia
- 4) wykształcenie; stopień
- 5) zawód (nazwa zawodu) i sytuacja zawodowa (czynny zawodowo, emeryt, rencista, bezrobotny, uczeń/student)
- 6) stan cywilny
- 7) z jakiego powodu pacjent przebywa w szpitalu (powód skierowania)?
- 8) kto kierował?

ORIENTACJA

Autopsychiczna wynika z podania przez chorego danych personalnych

Allopsychiczna, co do:

- 1) czasu pytamy o:
 - a. pełną datę
 - b. w razie odpowiedzi błędnej osobno o rok, miesiąc, dzień miesiąca, dzień tygodnia
 - c. w razie potrzeby o wiek (stulecie)
 - d. o porę roku (można choremu pokazać pogodę za oknem i ocenić odpowiedź o porę roku pod względem trafności i adekwatności)
 - e. datę (orientacyjną) przyjęcia do szpitala, czas pobytu w szpitalu
- 2) miejsca i otoczenia:
 - a. miejscowość w jakiej aktualnie znajduje się badany, ulica
 - b. budynek/instytucja,
 - c. jaki to typ/profil szpitala,
 - d. ew. jaki oddział i które piętro budynku

DANE RODZINNE

- 1) czy rodzice żyją (ew. przyczyny śmierci, kiedy i w jakim wieku)
- 2) wiek rodziców i ich daty urodzenia (w razie potrzeby poprosić o policzenie)
- 3) zawód rodziców, wykształcenie
- 4) rodzeństwo imiona, wiek, zawód, czy założyli rodziny; rodzeństwo, które zmarło (przyczyny)
- 5) czy w rodzinie były osoby chore psychicznie, umysłowo, nerwowo, osoby leczone psychiatrycznie
- 6) czy w rodzinie były osoby chore na padaczkę, nadużywające alkoholu lub stosujące substancje psychoaktywne
- 7) czy w rodzinie ktoś popełnił samobójstwo lub próbował to zrobić

ŻYCIORYS

wczesne dzieciństwo
stosunki panujące w rodzinie

szkoła
praca zawodowa
życie towarzyskie
życie rodzinne
dane o zachorowaniu można protokołować osobno lub przy poszczególnych etapach życia

Wczesne dzieciństwo

1. okoliczności ciąży i porodu
2. wczesny rozwój psychofizyczny
3. stosunki rodzinne (rodzina prawidłowa, patologiczna, stosunki między rodzicami, rodzeństwem)
4. przedszkole lub inna opieka w okresie przedszkolnym

Wykształcenie

- 1) rok/wiek rozpoczęcia szkoły podstawowej, szkoła 8- czy 7- klasowa, inny typ szkoły 2. przebieg nauki (średnie oceny, problemy z zaliczaniem semestrów, powtarzanie klas, wagi, najbardziej i najmniej lubiane przedmioty oraz oceny z nich)
- 2) przyczyny trudności w nauce
- 3) zmiana szkoły i/lub miejsca zamieszkania (przyczyny, adaptacja w nowym środowisku)
- 4) stosunki z rówieśnikami
- 5) czy pacjent/ka miał/a wielu kolegów (czy spotykał/a się z nimi po zajęciach szkolnych, czy miał/a bliższych kolegów/koleżanki)
- 6) rodzice pacjenta mieli z nim trudności wychowawcze
- 7) rok/wiek ukończenia szkoły podstawowej, ile lat trwała nauka
- 8) jeśli pacjent zakończył naukę na etapie szkoły podstawowej co było tego przyczyną?
- 9) jaką kolejną szkołę pacjent wybrał i co skłoniło go/ją do takiego wyboru
- 10) jaki był wpływ rodziców lub rówieśników (lub innych osób) na decyzję wyboru szkoły?
- 11) adaptacja w nowym środowisku
- 12) dla nowej szkoły zastosować analogicznie punkty
- 13) przedwczesne ukończenie szkoły, zmiany profilu lub typu szkoły (przyczyny, przebieg)
- 14) dla szkół średnich rok uzyskania matury, czy o czasie, z jakim wynikiem, przyczyny nieprzystąpienia lub niezaliczenia
- 15) dla szkół zawodowych uzyskany zawód
- 16) kolejne szkoły, szkoły policealne, pomaturalne, kursy specjalne
- 17) studia uzasadnienie wyboru kierunku, wpływ rodziców lub rówieśników (lub innych osób) na decyzję wyboru kierunku studiów?
- 18) kiedy rozpoczął naukę, ile lat trwała, kiedy ukończył/a
- 19) przebieg nauki (analogicznie jak w szkole) i ew. zmiany kierunku studiów
- 20) praca magisterska
- 21) zawód uzyskany
- 22) kursy podyplomowe i dodatkowe fakultety
- 23) czy uzyskane wykształcenie jest zgodne z zainteresowaniami pacjenta

Praca zawodowa

- 1) uwzględnić też prace zarobkowe bez składek ubezpieczeniowych
- 2) rok podjęcia pierwszej pracy zarobkowej
- 3) zmiany miejsca pracy jak długo pracował w określonym miejscu lub stanowisku, przyczyny zmiany miejsca/stanowiska pracy z dokładnością do 1 roku, w razie potrzeby (np. pacjent z krótkim stażem pracy) dokładniej
- 4) stosunki z kolegami, przełożonymi i podwładnymi
- 5) konflikty w pracy przyczyny i skutki dla pacjenta
- 6) nagrody i kary w okresie pracy

- 7) zgodność pracy z wykształceniem
- 8) zgodność pracy z zainteresowaniami
- 9) czy praca sprawiała trudność
- 10) prace dodatkowe
- 11) okresy bez pracy przyczyny, czas trwania
- 12) okresy pracy tzw. bezskładkowe (czy pacjent ma uprawnienia rentowe)
- 13) pacjent bezrobotny czy planuje znalezienie pracy, czy i w jaki sposób poszukuje pracy
- 14) renta kiedy przyznana, powód przyznania, praca w czasie przebywania na rencie
- 15) emerytura od kiedy, praca w czasie przebywania na emeryturze

Życie rodzinne

- data i wiek zawarcia związku małżeńskiego
- powód zawarcia związku małżeńskiego
- czas znajomości przed ślubem
- różnica wieku między małżonkami
- dzieci (imiona, wiek, czym się zajmują, jeśli w wieku szkolnym klasa i oceny)
- czy dzieci pacjenta sprawiają trudności wychowawcze i na czym one polegają
- przebieg pożycia małżeńskiego (w tym: kto jest/był głową rodziny, konflikty, awantury)
- data i przyczyny rozwodu, z czyjej winy orzeczony, emocje pacjenta związane z rozwodem
- data i przyczyny zgonu małżonka, emocje pacjenta związane ze śmiercią współmałżonka
- kolejne małżeństwa
- związki nieformalne pacjenta (pytać analogicznie jak o małżeństwa)

Służba wojskowa

- 1) kategoria wojskowa w chwili poboru przed wcieleniem
- 2) przyczyny zwolnienia (kat. D i E) lub ograniczenia zdolności do służby (<A1) w chwili poboru
- 3) jak długo odbywał służbę i w jakiej formacji
- 4) czy został przedterminowo zwolniony ze służby i dlaczego
- 5) nagrody i kary
- 6) stosunki z przełożonym, podwładnymi, innymi żołnierzami
- 7) czy był pod wpływem tzw. fali (i jaką rolę w tym pełnił)
- 8) 8. stosunek emocjonalny pacjenta do służby (dobrze lub źle i dlaczego)
- 9) w jakim stopniu ukończył służbę 10. żołnierzy zawodowych pytać jak o pracę zawodową

Konflikty z prawem

- 1) czy kiedykolwiek był zatrzymany, aresztowany, podejrzany, oskarżony lub skazany?
- 2) pod jakimi zarzutami?
- 3) ile razy?
- 4) pobyt w areszcie lub w więzieniu jak długo, przebieg pozbawienia wolności

Choroby przebyte

- przebyte choroby (ostre lub przewlekłe) jakie, kiedy, przebieg leczenia
- pospolite choroby odnotowywać jeśli szczególnie często chorował
- urazy głowy, wypadki komunikacyjne, utraty przytomności (jak długo trwały)
- zatrucia, zwłaszcza substancjami chemicznymi (jakimi)
- choroby układu endokrynnego
- padaczka
- przebyte zabiegi operacyjne
- długotrwałe pobyty w szpitalu
- miesiączki kiedy pierwsza, regularność
- porody i poronienia

- próby samobójcze (zazwyczaj omawiane w związku z chorobą podstawową)
- inne choroby
- aktualne leczenie somatyczne

OSOBOWOŚĆ PRZEDCHOROBOWA

- 1) poprosić pacjenta o opis cech swojego charakteru
- 2) czy łatwo okazuje uczucia
- 3) czy jest osobą towarzyską
- 4) czy dobrze czuje się w dużej grupie ludzi
- 5) czy łatwo nawiązuje kontakty 6. zaleganie i nietrzymanie afektu (czy jest pamiętliwy, długo chowa urazę, czy łatwo się denerwuje, czy zdenerwowanie ustępuje szybko czy po długim czasie)
- 6) czy uchodzi za osobę porządną, poukładaną
- 7) czy przywiązuje dużą wagę do hierarchii społecznej
- 8) czy łatwo zmienia poglądy, czy jest sugestywny, łatwo ulega wpływom
- 9) czy jest osobą łatwo podejmującą decyzje
- 10) czy ma trudności w odmawianiu innym ludziom
- 11) czy przywiązuje dużą wagę do opinii innych ludzi
- 12) czy czuje więź emocjonalną z rodziną
- 13) czy ma osobę/osoby spoza rodziny do której/których mocno przywiązany
- 14) zainteresowania (zwłaszcza pozazawodowe) i sposób spędzania wolnego czasu

- 15) czy jest osobą wierzącą, czy spełnia praktyki religijne, czy jego religijność w jakimś okresie życia zmieniła się
- 16) jakie ma plany na przyszłość
- 17) czy w jakimś okresie życia zauważył zmiany cech swojego usposobienia i na czym one polegają

OBECNA CHOROBA

1. pierwsze objawy kiedy wystąpiły, na czym polegały, stosunek pacjenta do tych objawów wówczas
2. dynamika choroby nawroty i remisje
3. czy w czasie poszczególnych nawrotów obraz kliniczny był taki jak w czasie pierwszego rzutu
4. leczenie skuteczność, leki przyjmowane, objawy niepożądane, trzymanie się zaleceń, związek nawrotów ze zmianami w leczeniu (np. samowolne odstawianie lub zmniejszanie dawek)
5. hospitalizacje
6. czy choroba jest powodem przerwania pracy, nauki lub innych niekorzystnych dla pacjenta sytuacji
7. przyczyny obecnej hospitalizacji
8. kto kierował, czy przybył do szpitala sam, przywieziony przez rodzinę, przez PR

SPRAWNOŚĆ UMYSŁOWA

pamięć i organizacja jej zasobów

- A. ocena pamięci dawnej na podstawie całości badania
- B. czy zauważył pogorszenie pamięci od kiedy i w czym się to przejawia
- C. powtarzanie cyfr 5- lub 6-cyfrowych wprost i wstak
- D. powtarzanie 3 słów bezpośrednio i po odwróceniu uwagi
- E. wykonywanie poleceń złożonych
- F. odejmowanie seryjne (w razie potrzeby inne działania matematyczne)

- G. opowiedzieć np. treść ostatnio obejrzanego filmu (można pacjentowi streścić jakiś film lub książkę i poprosić o opowiedzenie co z tego zapamiętał)

wiadomości

- 1) 1. Obecny prezydent i premier RP; kto był poprzednio
- 2) 2. Prezydent USA i Rosji w przypadku odpowiedzi nieprawidłowej zapytać kolejno o: królową angielską, papieża
- 3) 3. z jakimi krajami graniczy Polska
- 4) 4. wymienić jednego polskiego króla i co pacjent wie na jego temat
- 5) 5. powszechnie znane rocznice: np. Bitwa pod Grunwaldem, wybuch II Wojny Światowej
- 6) 6. ważne wiadomości z kraju i ze świata w ostatnim czasie
- 7) 7. inne wiadomości, np.: największy ocean, największe zwierzę żyjące w Polsce, planety układu słonecznego, kto to był Kopernik, itp.

zdolność logicznego myślenia

1. poprawność wnioskowania
2. poprawność interpretacji zdarzeń i propozycji ich rozwiązania
3. definiowanie pojęć, np.: kłamstwo, ojczyzna, błąd, cierpliwość, samolot, itp.
4. podobieństwa i różnice między pojęciami (co mają wspólnego czym różnią się)
5. różnicowanie pojęć bliskoznacznych, np.: schody drabina, krzesłofotel, pistolet rewolwer
6. wybrać (pogrupować) pojęcia spośród podanych, a następnie nazwać wybraną grupę jednym słowem np.: wrona, wiadro, samochód, pies, rower, mucha, garnek, czajnik
7. poprawność interpretacji przysłów np.: uderz w stół a nożyce się odezwą, na pochyłe drzewo każda koza skacze, itp.
8. zdolność logicznego myślenia należy oceniać również w trakcie całości badania

krytycyzm ogólny

oceniać na podstawie całości badania

ZABURZENIA SYNTONII, WOLI I UCZUĆ

- 1) zainteresowanie rozmową, kontakt z badającym
- 2) odizolowanie się od otoczenia
- 3) zaangażowanie się w przeżywanie własnych objawów psychotycznych
- 4) istotna zmiana zainteresowań
- 5) dziwaczność zainteresowań, zachowań i przemyśleń
- 6) dereizm postawy i myślenie dereistyczne

Stępienie uczuciowe

- 1) stosunek uczuciowy do bliskich deklaracje i stan faktyczny (np. nieznaną osobę ważnych spraw osób bliskich)
- 2) zainteresowanie rozmową, kontakt z badającym
- 3) orientacja w czasie i ważnych wydarzeniach
- 4) ocenić czy wystąpiła utrata dążeń i zainteresowań porównać z deklaracjami chorego
- 5) bładość lub sztywność afektywna, niedostosowanie afektywne (paramimia, paratymia)

ambiwalencja, ambisentencja, ambitendencja

przede wszystkim na podstawie obserwacji chorego

labilność emocjonalna czy łatwo wzrusza się, denerwuje; obserwacja chorego

apatia i abulia wynika z treści badania, czy objawy te pacjent uważa za stan nieprawidłowy

LEK

- nasilenie
- czas trwania
- napadowość lęku: czy występuje, co wyzwała napad, czy występują objawy poprzedzające napad
- czas trwania napadu i długość okresów pomiędzy napadami
- przewlekłość wahania natężenia, z czym są związane
- czy jest przedmiot lęku (czy boi się czegoś, czego)
- okoliczności pojawiania się lęku
- czy występuje unikanie sytuacji lękowych
- niepokój ruchowy
- lokalizacja somatyczna lęku
- objawy somatyczne towarzyszące lękowi

OBNIŻENIE NASTROJU

- pytanie ogólne o nastrój, humor
- czy występuje smutek lub zubożenie, co przeważa
- czy jest płaczliwość silna czy nieznaczna
- czy zmienił się stosunek uczuciowy pacjenta do osób bliskich, czy to w jakiś sposób go martwi
- czy wystąpiła utrata zainteresowań
- czy jest poczucie niższej wartości, winy
- czy wypowiada urojenia depresyjne
- jak długo trwa nieprzerwanego stan obniżenia nastroju (też w przeszłości)
- czy w tym czasie występują okresy znacznej poprawy nastroju
- czy dobre lub złe wiadomości wpływają w tym czasie istotnie na jego nastrój
- jak długo trwały okresy dłuższej poprawy; sezonowość

OBNIŻENIE NAPĘDU I AKTYWNOŚCI ZŁOŻONEJ

- 1) czy różne zajęcia wykonuje tak samo chętnie jak kiedyś
- 2) czy łatwo się męczy, z jakiego powodu
- 3) czy są trudności w pracy zawodowej (spadek wydolności, spowolnienie, błędy, zapomnienie)
- 4) czy są trudności w codziennych czynnościach domowych
- 5) czy zdarzają się chwile znacznej bezradności utrudniającej wykonywanie nawet najprostszyc czynności
- 6) jak długo trwa stan obniżenia napędu
- 7) czy w tym czasie występują okresy znacznej poprawy napędu

DOBOWE WAHANIA NASTROJU I NAPĘDU

MYŚLI I TENDENCJE SAMOBÓJCZE

- 1) czy przychodzą myśli o tym, że życie (pacjenta) jest pozbawione sensu
- 2) czy zdarza się mu/jej myśleć, że chciałby już umrzeć
- 3) czy przychodziły myśli o tym, aby popełnić samobójstwo (czy zdarzają się myśli o samobójstwie)
- 4) czy zastanawiał/a się wtedy jak to zrobić
- 5) czy czynił/a kiedyś przygotowania do samobójstwa (jakie)
- 6) czy próbował/a kiedyś popełnić samobójstwo (wypytać o sposób i okoliczności)

- 7) czy z powodu próby samobójczej leżał kiedyś w szpitalu niepsychiatrycznym (toksykologia, chirurgia, OIOM) jak długo, czy opuszczeniu tego szpitala dalej były myśli samobójcze
- 8) czy aktualnie są myśli samobójcze

ZABURZENIA UWAGI I TOKU MYŚLENIA

- 1) Trudności w skupieniu się, koncentracji uwagi
- 2) Czy ogląda TV? Czy obejrzy cały film do końca, czy w czasie programu myśl gdzieś ucieka
- 3) Czy czyta prasę, książki czy może skupić się na czytaniu
- 4) czy zapomina co przeczytał i musi wracać do poprzednio przeczytanego fragmentu
- 5) czy potrafi opowiedzieć tekst, który przeczytał

- 6) czy pacjentowi trzeba powtarzać pytania
- 7) czy ma trudności ze zrozumieniem treści pytania
- 8) czy myśli biegną szybko, czy wolno, czy normalnie
- 9) czy myśli przychodzą z trudem
- 10) czy czasem trudno mu nadążyć za myślami
- 11) czy zdarza się tak, że ma trudności w łączeniu myśli ze sobą
- 12) czy miewa trudności w wypowiedzeniu tego co myśli
- 13) czy ludzie mają trudności ze zrozumieniem tego co mówi
- 14) czy zdarza mu się mieć nagłą pustkę w głowie jak sobie to tłumaczy

ZABURZENIA SNU

Jak pani śpi? pytanie ogólne o subiektywną ocenę snu

Pytania szczegółowe:

- 1) O której godzinie kładzie się pani spać?
- 2) Czy są trudności z zaśnięciem?
- 3) Czy budzi się pani w nocy?
- 4) Ile razy?
- 5) Dlaczego?
- 6) Czy zasypia pani dalej bez problemów?
- 7) O której godzinie budzi się pani tak, że już nie może zasnąć?
- 8) Ile godzin trwa sen? proszę policzyć
- 9) Czy dosypia pani w dzień?

ZABURZENIA ŁAKNIENIA

Pytanie lekarza: Czy jest apetyt?

Odpowiedź pacjenta/pacjentki: Tak.

W domyśle: Zjadam bo przecież trzeba

Zawsze należy zadać pytania uzupełniające!

- Czy apetyt jest taki sam jak przed laty?
- Czy zjada pani 3 posiłki dziennie?
- Czy chętnie?
- Czy mogłaby pani cały dzień nie jeść?
- Czy zjada pani coś między posiłkami?
- Czy schudła pani ostatnio?
- Ile kilogramów?
- W ciągu jakiego czasu?

PODWYŻSZENIE NASTROJU I NAPIĘDU

- aktualnie oceniać na podstawie pytań podanych niżej oraz obserwacji chorego w przeszłości zadać pytania (przykładowo):

- 1) czy miał takie okresy, w których ludzie zwracali uwagę, że mówi więcej i szybciej niż zwykle
- 2) czy ludzie zwracali uwagę, że jest bardziej ruchliwy
- 3) czy bywały takie okresy, że miał wyjątkowo dobre samopoczucie, humor, wiele pomysłów i był bardziej aktywny niż zwykle
- 4) czy bywało tak, że miał tyle siły i energii, że rozpoczynał prowadzenie wielu spraw, interesów naraz, podejmował się zajęć lub czynności, które dotychczas go nie interesowały
- 5) jak długo trwały okresy wzmożonego samopoczucia

UROJENIA

należy pytać odnośnie stanu obecnego i przeszłości ocenić spontaniczność wypowiedzi urojeniowych, podejrzliwość wobec badającego, aktywność związaną z urojeniami (np. czy zawiadamiał policję, zasłaniał okna, unikał oglądania TV, itp.)

pytania ogólne o urojenia różnych treści:

- 1) czy ma wrażenie, że otaczający świat się zmienił (od kiedy, na czym polega zmiana)
- 2) czy ma wrażenie, że on sam w jakiś sposób zmienił się (od kiedy, na czym polega zmiana)
- 3) czy jest lęk, czy boi się czegoś? Czego? Czy w przeszłości występowały lęki; czego się bał?
- 4) czy doświadczył kiedyś przeżyć, które uważa za niezwykle
- 5) zapytać o życie religijne i czy uległo ono zmianie (nasilenie lub zaprzestanie praktyk, dlaczego)
- 6) czy w jakimś okresie swojego życia zainteresował się mistycyzmem, okultyzmem, New Age, filozofią, psychologią, jogą, medytacją, wegetarianizmem, itp. poprosić o szczegóły
- 7) czy miał kiedyś kontakt z Bogiem, diabłem, innymi siłami nadprzyrodzonymi
- 8) czy doświadczył kontaktu z jakimiś siłami pozaziemskimi (kosmici, UFO, inne)
- 9) krytycyzm czy tak jest naprawdę? czy to przekonanie może pochodzić z choroby?

Urojenia odnoszące

- 1) czy ma wrażenie, że ludzie (np. na ulicy) przyglądają mu się w szczególny sposób, obserwują go, śmieją się z niego, wymieniają uwagi na jego temat czy tak jest naprawdę czy to tylko takie złudzenie lub inne pytanie celem zróżnicowania z nastawieniem odnoszącym (np. w depresji)
- 2) czy ma wrażenie, że ludzie dają mu jakieś znaki, że w różnych miejscach są umieszczone wiadomości o nim lub dla niego
- 3) czy w TV, radio, gazetach lub w internecie są tam wiadomości o nim lub dla niego
- 4) wypytać o szczegóły (np. kto przekazuje informacje, kto go obserwuje, w jakich miejscach itd.)

Urojenia prześladowcze

- 1) czy ma podejrzenia, że ktoś chce mu zrobić krzywdę (lub jego bliskim) np. zabić, pobić, okaleczyć, okraść, ośmieszyć, spowodować chorobę, porwać, przeprowadzać na nim eksperymenty; itp.
- 2) czy ma wrażenie, że ktoś zorganizował spisek przeciwko niemu (zapytać o szczegóły)
- 3) czy przychodzą takie myśli, że w domu (miejscu pracy) są zainstalowane podsłuchy, kamery itp.? Czy próbował znaleźć takie urządzenie (np. rozkręcił gniazdko, telefon, lampę)
- 4) czy były kiedyś podejrzenia, że jest śledzony albo, że ktoś go np. nagrywa by potem oczernić, skompromitować

- 5) czy zdarza się, że sąsiedzi (rodzina, inne osoby) czynią mu złośliwości: hałasują, wyzywają, obmawiają, przestawiają rzeczy w mieszkaniu, zabierają mu różne rzeczy, wpuszczają mu do mieszkania gaz, nieczystości (jest to jednocześnie pytanie o niektóre omamy)
- 6) czy miewa podejrzewa, że sąsiedzi użytkują jakieś szkodliwe dla zdrowia urządzenie
- 7) czy sądził kiedyś, że w jego ciele jest zainstalowane jakieś urządzenie (nadajnik, kamera itp.)
- 8) na jakiej podstawie podejrzewa to wszystko

Urojenia odsłonięcia i odczytywania myśli

- 1) czy ma czasem wrażenie, że inni ludzie znają jego myśli
- 2) w jaki sposób ludzie poznają jego myśli
- 3) kiedy to wrażenie jest najsilniejsze (okoliczności, pora)
- 4) czy jest przekonany, że on sam potrafi odczytywać myśli innych ludzi
- 5) w jaki sposób to robi?

Urojenia owładnięcia i oddziaływania

- czy było kiedyś przekonanie, że w jego ciele jest ktoś inny
- czy ma jakieś dziwne doznania (ból, pulsowanie, nieokreślone) jak sobie tłumaczy ich obecność
- czy robi czasem lub mówi coś czego nie chce, jak sobie to tłumaczy
- czy jego myślami, ruchami ktoś kierował
- czy ktoś mu myśli nasyłał, zabierał, odciągał, wykradał
- czy ktoś oddziałuje na niego telepatycznie, za pomocą fal, promieni, urządzenia, zdalnie, itd.
- czy ktoś w jakiś sposób wpływa na jego zdrowie, siłę, sprawność umysłową itd. zapytać w jaki sposób
- czy pacjent sam był kiedyś w stanie kierować myślami, ruchami lub zachowaniami innych ludzi szczególnie

Urojenia fałszywej identyfikacji i wielkościowe

- 1) czy sądzi czasem, że jest inną osobą, kilkoma osobami naraz (kim)
- 2) czy przychodzą takie myśli, że znane mu osoby są kimś innym w rzeczywistości, bądź zostały zamienione, podstawione
- 3) czy zdarza mu się przypuszczać, że jego otoczenie (mieszkanie, meble, osoby, zwierzęta itp.) zostały zamienione, kto je zamienił
- 4) czy uważa się za osobę wyjątkową, obdarzoną szczególnymi zdolnościami, mocą, zdrowiem, wpływami, bogactwem, itp.

Inne urojenia

możliwe jest stwierdzenie obecności różnorodnych urojeń w trakcie badania, rozmawiając na różne tematy

ZABURZENIA SPOSTRZEGANIA

treść i rodzaj analizatora

- 1) czy zdarza mu się słyszeć, widzieć lub czuć coś czego inni ludzie nie dostrzegają
- 2) czy gdy jest cicho, ma wrażenie jakby ktoś do niego szeptał, nawoływał
- 3) czy zdarza się, że słyszy głosy: czy rozpoznaje ten głos, czy głos mówi do niego, czy jest więcej głosów, czy rozmawiają między sobą, czy pacjent rozmawia z głosami, o czym mówią
- 4) czy słyszy głosy, które mówią do niego albo o nim, komentują jego zachowanie, uprzedzają jego zachowanie, obmawiają go, oskarżają, wyzywają
- 5) czy są głosy, które dyskutują między sobą, jedne oskarżają go a inne bronią (sąd omarowy)

- 6) czy słyszy czasem inne odgłosy, których np. rodzina nie słyszy (muzyka, szумы, stukania, trzaski, skrzypienia, skrobania, szepty, urządzenia mechaniczne, zwierzęta)
- 7) czy odczuwa dużo myśli w głowie (napór, natłok) czy to są jego myśli
- 8) czy ma czasem wrażenie cudzych myśli w głowie (myśli innego człowieka, **Boga !!** - duchów itp.) - **a jak usłyszysz Głos Boga to co ? Schizofrenia ! I tu jest sedno.**
- 9) czy jest możliwe by w głowie innego człowieka były myśli kogoś innego (p. też urojenia oddziaływania)
- 10) czy zdarza się, że zwidują mu się jakieś postacie, zwierzęta, przedmioty, światła, błyski (opisać)
- 11) czy zdarza się, że czuje w powietrzu jakieś zapachy (jaki to zapach, skąd się bierze)
- 12) czy czuje jakieś dotknięcia, podmuchy, swędzenia, pieczenia itp.
- 13) czy czuje bóle, gniecienia, ciągnięcia lub inne doznania ze strony narządów wewnętrznych
- 14) czy zauważył, że smak mu się zmienił; czy czuje, że jedzenie ma zmieniony smak (smak trucizny itp.)
- 15) czy idąc ulicą lub korytarzem ma wrażenie, że podłoga ugina się jak guma, latarnie/ściany pochylają się, sufit przybliżył się do podłogi
- 16) czy ma czasem wrażenie, że jego ciało w jakiś sposób zmienia się, uległo deformacji
- 17) czy czuje czasem lub widzi jak jego głowa robi się bardzo duża lub bardzo mała, ręce lub nogi wydłużają się, jedna połowa twarzy powiększa się lub zmniejsza
- 18) czy ma czasem wspomnienia, których jego bliscy nie potwierdzają

Zaburzenia spostrzegania natężenie i różnicowanie zaburzeń spostrzegania

- 1) czy głosy są wyraźne, czy słyszy je tak samo dobrze jak głos badającego
- 2) czy słyhać je wyraźniej gdy jest cicho, czy nie ma to znaczenia
- 3) czy te głosy słyszy uszami, czy jakoś inaczej, w jaki sposób
- 4) czy są to bardziej głosy czy bardziej myśli
- 5) czy jest tak, że słyszy zarówno głosy (słyszane zmysłowo) jak i głośnie myśli (obce myśli, głos w myślach)
- 6) czy te głosy (lub myśli) zagłuszają czasem inne dźwięki (wypierają własne myśli chorego)
- 7) czy widziana postać (lub inna wizja) jest widziana przez chorego oczami czy w inny sposób
- 8) czy wizja zasłania tło, czy jest częściowo przezroczysta, mglista; czy jest ruchoma, czy zmienia się
- 9) czy zmienia położenie, tj. czy przemieszcza się ze wzrokiem
- 10) jak długo trwa wizja
- 11) czy w ciemności zaburzenia te są częstsze lub bardziej intensywne
- 12) w jakich sytuacjach pojawiają się doznania, czy powstają pod wpływem jakiegoś bodźca
- 13) jak chory interpretuje doznania
- 14) krytycyzm (np.: czy te głosy powstają w wyniku choroby)

MYŚLENIE SYMBOLICZNE I MAGICZNE.

- 1) myślenie symboliczne i magiczne obserwujemy głównie w trakcie całości badania
- 2) przejawy tych zaburzeń oceniamy też m. in. prosząc o wyjaśnienie np. niektórych zachowań pacjenta, niezwykłych szczegółów ubioru itp.

NATRĘCTWA I KOMPULSJE

- 1) czy występują u pacjenta natrętne myśli, wyobrażenia, czynności
- 2) czy pacjent próbuje przeciwstawiać się im
- 3) czy uważa je za stan nieprawidłowy
- 4) od jak dawna występują
- 5) w jakiej porze dnia są najsilniejsze
- 6) czy ich występowanie jest związane z jakimś bodźcem
- 7) czy występują czynności rytualne, zwłaszcza mające na celu swoistą ochronę przed myślami natrętnymi
- 8) zbadać czy natręctwa są powiązane z omamami i urojeniami

OBJAWY SOMATYCZNE

rodzaje objawów

- bóle głowy: w którym miejscu (zwł. potylicy, kark, szczyt, obręcz), czy symetrycznie
- bóle w klatce piersiowej
- bóle brzucha
- inne dolegliwości bólowe
- pieczenie i świąd skóry
- mrowienie, drętwienie
- rozpieranie, przelewanie
- zaparcia
- zaburzenia miesiączkowania
- nadciśnienie
- zawroty głowy
- inne dolegliwości

forma objawów

- stopień nasilenia dolegliwości
- co pacjent uważa za przyczynę tych dolegliwości
- co wywołuje bezpośrednio te dolegliwości
- szczególne okresy występowania lub największego nasilenia (pora dnia, pora roku, inne regularności)
- czy objawy zmieniają się (ilościowo lub jakościowo), czy są wciąż takie same
- czy pacjent zgłaszał się z tymi objawami do lekarzy niepsychiatrów i jakie były ich opinie i zalecenia
- czy na te dolegliwości pacjent stosował jakieś leki bez zaleceń lekarskich (np. tabletki z krzyżkiem)

UZALEŻNIENIE OD ALKOHOLU

- 1) czy miał kiedyś problemy z nadużywaniem alkoholu
- 2) czy ktoś kiedyś zwracał uwagę, że pacjent pije zbyt dużo lub zbyt często
- 3) od kiedy pije alkohol (rok życia)
- 4) jaki rodzaj alkoholu preferuje
- 5) czy pijał kiedyś alkohole niekonsumpcyjne (płyny czyszczące na alkoholu, denaturat, inne)
- 6) jak czuje się i zachowuje po wypiciu alkoholu
- 7) czy miał okresy w których pił alkoholu więcej (kiedy, jak długie)
- 8) czy były okresy całkowitego unikania alkoholu (kiedy, jak długie)
- 9) czy upijał się do nieprzytomności
- 10) czy miał problemy w pracy, w szkole, wśród znajomych, w rodzinie w związku z pić alkoholu

- 11) ile może wypić alkoholu najwięcej (tak aby nie być jeszcze w stanie nietrzeźwości)
- 12) czy ta ilość jest teraz większa niż kiedyś czy mniejsza
- 13) od kiedy zauważył zwiększenie/zmniejszenie ilości alkoholu jaki może wypić
- 14) czy pijał w samotności
- 15) czy szukał okazji do wypicia

- 16) czy zdarzyło się by po wypiciu alkoholu robił coś czego nie pamięta a opowiadają mu o tym inni ludzie
- 17) czy poszukiwał możliwości zdobycia pieniędzy by wydać je na alkohol, czy sprzedawał sprzęty domowe w tym celu
- 18) ile pieniędzy miesięcznie wydaje na alkohol
- 19) czy po rozpoczęciu picia zdarzało się, że nie mógł przestać, czy pijał codziennie
- 20) jak długie były okresy codziennego picia alkoholu
- 21) czy pijał alkohol od rana lub w godzinach pracy
- 22) czy było poczucie winy i wstydu z powodu picia
- 23) czy ukrywał przed najbliższymi, że pije alkohol
- 24) czy próbował przestać pić, z jakim skutkiem
- 25) czy po zaprzestaniu picia pojawiały się jakieś dolegliwości (zapytać o objawy abstynencyjne, psychotyczne)
- 26) czy przebywał w izbie wytrzeźwień
- 27) czy przebywał kiedyś w szpitalu w związku z nadużyciem alkoholu lub innymi skutkami jego picia
- 28) czy leczył się odwykowo, próbował szukać pomocy w tej sprawie; z jakimi skutkami
- 29) czy leczenie było dobrowolne (z własnej inicjatywy, za namową innych osób) czy przymusowe

INNE UZALEŻNIENIA

o wszystkie poniższe rodzaje uzależnień pytać analogicznie jak o alkoholizm

1. kanabinole
2. amfetamina
3. leki uspakajające
4. leki nasenne
5. leki przeciwbólowe nieopiatowe
6. opioidy
7. kokaina
8. inne substancje

BADANIE CHOREGO W UTRUDNIONYM KONTAKCIE

badanie chorego mutystycznego

- 1) zadać kilka podstawowych pytań (np. o dane personalne)
- 2) przy braku odpowiedzi zapytać kilkakrotnie pacjenta czy słyszy badającego
- 3) zapytać czy może mówić
- 4) jeżeli nie odpowiada poprosić o potwierdzenie gestem, że słyszy i rozumie
- 5) jeżeli odpowiada gestem (np. ruchem głowy), zapytać czy coś nie pozwala mu mówić
- 6) jeśli odpowiedź twierdząca spróbować dowiedzieć się co jest przyczyną (czy ktoś zabrania, np. głosy zakazujące, jakaś dolegliwość, lęk itp.)
- 7) zapytać czy chory może pisać, podać papier i długopis
- 8) jeśli pacjent może pisać zadać w ten sposób kilka kluczowych pytań

badanie za pomocą wydawania poleceń

Badanie to przydatne jest zwłaszcza wobec chorych, nie odpowiadających na pytania, w żaden przedstawiony wcześniej sposób

- 1) poprosić pacjenta o spojrzenie na badającego
- 2) poprosić o podanie ręki
- 3) poprosić o zamknięcie lub otwarcie oczu
- 4) poprosić o otwarcie ust., wysunięcie języka
- 5) poprosić o podniesienie ręki do góry
- 6) czy występuje negatywizm i jakiego typu

badanie chorego będącego całkowicie bez kontaktu

Badanie takie wykonuje się gdy pacjent nie odpowiada na pytania i nie reaguje na polecenia. Badając chorych bez kontaktu, nawet nieruchomych zachować szczególną ostrożność!

Badac w obecności innej osoby.

9. zaobserwować reakcję na głos (np. wezwanie po nazwisku)
10. czy pacjent nawiązuje kontakt wzrokowy, spontanicznie czy po wezwaniu
11. lekko potrząsnąć pacjenta za ramię wzywając jego nazwisko
12. obserwacja reakcji na dotknięcie dłoni, czoła, powiek
13. chwycić za ramię i ocenić napięcie mięśniowe
14. badanie psychopochodnego napięcia i oporu mięśniowego chorego leżący
 15. dokonać próby zmiany położenia np. kończyny górnej (opór, brak oporu, bezwład, woskowatość)
 16. spróbować delikatnie: unieść głowę znad poduszki lub usunąć poduszkę spod głowy (tylko w obecności asystenta!)
17. badanie psychopochodnego napięcia i oporu mięśniowego chorego siedzący
 18. dokonać próby zmiany położenia np. kończyny górnej
 19. prosząc by wstał delikatnie spróbować chorego podnieść
20. badanie psychopochodnego napięcia i oporu mięśniowego chorego stojący
 21. dokonać próby zmiany położenia np. kończyny górnej
 22. spróbować delikatnie poprowadzić chorego (np. do miejsca badania) lub posadzić (w razie potrzeby podstawiając krzesło)
 23. w tym wypadku wszelki kontakt fizyczny (np. próba zatrzymania chorego) wyłącznie w obecności asystenta!

Po spisaniu protokołu badania formułujemy

WNIOSKI

zawierające m. in.:

1. Zwięzłe przedstawienie dynamiki choroby
 - a) początek (data, wiek chorego, nagłość)
 - b) przebieg liczba i czasy trwania rzutów
 - c) długość okresów remisji
2. przyczyny nawrotów (nieznane, samoistne, wskutek odstawienia/zmniejszenia leków)
3. podatność na leczenie i współpraca przy leczeniu
4. objawy psychopatologiczne: dawne i obecne
5. rozpoznanie (syndromologiczne lub nozologiczne)
6. różnicowanie

dr n.med Tadeusz Pawełczyk

Nawet i takie badania nie były w Polsce stosowane.

Warszawa, 15.05.2007

**ZŁEZALECENIA
KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE PSYCHIATRII
W SPRAWIE STRUKTURY OPINII SĄDOWO-PSYCHIATRYCZNEJ
W SPRAWACH KARNYCH I CYWILNYCH,
która nie jest w pełni autorska i ma się opierać na innych opiniach**

Niniejszym przedstawiam propozycje jednolitej struktury opinii sądowo-psychiatrycznej w postępowaniach karnych i cywilnych oparte na trzech podstawach prawnych:

- unormowaniach kodeksu postępowania karnego (art. 200 §2 i art. 202 ze szczególnym uwzględnieniem §4), kodeksu karnego (art. 31, art. 93 i art. 94) oraz kodeksu postępowania cywilnego (art. 278, art. 285 §1, art. 286),
- licznych wyrokach Sądu Najwyższego,
- wskazaniach prawników, głównie komentatorów rozdziałów kodeksów postępowania karnego i cywilnego dotyczących opinii biegłych z zaleceniem ich stosowania.

Konsultant Krajowy w dziedzinie Psychiatrii

Prof. dr hab. med. Marek Jarema

Opracowano w *Klinice Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii*:

dr med. Danuta Hajdukiewicz

doc. dr hab. med. Janusz Heitzman

Konsultacja: dr med. Marzanna Ewa Choma (*III Klinika Psychiatryczna IPiN*)

Struktura opinii sądowo-psychiatrycznej w sprawach karnych

Zgodnie z art. 200 §2 k.p.k. opinia powinna zawierać:

9. imię, nazwisko, stopień i tytuł naukowy, specjalność i stanowisko zawodowe biegłego,
10. imiona i nazwiska oraz pozostałe dane innych osób, które uczestniczyły w przeprowadzeniu badania i wydaniu opinii, ze wskazaniem czynności dokonanych przez każdą z nich,
11. w przypadku wydania opinii przez instytucję - także pełną nazwę i siedzibę tej instytucji,
12. czas przeprowadzonych badań oraz datę wydania opinii,
13. sprawozdanie z przeprowadzonych czynności i spostrzeżeń oraz oparte na nich wnioski,
14. podpisy wszystkich biegłych, którzy uczestniczyli w wydaniu opinii.

W opinii należy uwzględnić opis metod oraz sposobu i porządku przeprowadzenia badań. Biegli powinni przytoczyć wszystkie argumenty oparte na okolicznościach, mających związek z badanymi faktami (dowodami), zająć stanowisko wobec każdego z nich oraz wykorzystując swoją specjalistyczną wiedzę - JAKĄ ? wskazać fakty pomocne w ocenie stanu psychicznego osoby opiniowanej, uzasadnić swój wybór i opisać stwierdzone zależności.

Obowiązkiem biegłych jest uwzględnienie w opinii wyników badania psychologicznego oraz ustosunkowanie się do każdego dokumentu, dotyczącego leczenia osoby opiniowanej.

Wobec zagadnień, co do których w psychiatrii istnieją rozbieżne poglądy, biegły powinien je wymienić i przytoczyć przesłanki, dla których przyjmuje jeden z nich.

Od opinii biegłych wymaga się nie tylko konkluzji, ale też szczegółowej prezentacji działań, jakie podjęli i metod, jakie zastosowali.

Mimo, iż art. 200 §2 k.p.k. o tym nie wspomina, w opinii należy wskazać:

- organ procesowy, który opinię zlecił i powołał biegłych zakreślając przedmiot ekspertyzy (zgodnie z art. 194 k.p.k.),
- dane personalne osoby badanej,
- miejsce przeprowadzenia badania.

Miejscowość, data

Sygn. Akt:

OPINIA SĄDOWO-PSYCHIATRYCZNA

I. Wstęp

Początek opinii powinien zawierać określenie organu procesowego zlecającego jej wydanie (pełna nazwa i siedziba), dane personalne osoby opiniowanej (imię, nazwisko i data urodzenia) oraz treść i kwalifikację prawną stawianego zarzutu.

Jeżeli opinia została wydana na podstawie badania ambulatoryjnego, należy podać datę i miejsce badania, a w przypadku obserwacji sądowo-psychiatrycznej czas jej trwania i siedzibę instytucji, która ją przeprowadzała.

Konieczne jest wyszczególnienie imion i nazwisk biegłych biorących udział w ekspertyzie psychiatrycznej, ich specjalności, stopni lub tytułów naukowych, a w przypadku opinii instytucji, także stanowisk służbowych - dotyczy to również innych osób uczestniczących w badaniu, a nie będących biegłymi, np. szkolących się.

Na tym etapie sporządzania opinii istnieje wymóg przedstawienia zleconych biegłym zadań. Zwykle odnoszą się one do treści:

- artykułu 202 §4 k.p.k., czyli obejmują ocenę stanu psychicznego i poczytalności osoby badanej w okresie dokonywania czynu i podczas badania oraz jej zdolności do udziału w postępowaniu,
- artykułów 93 lub 94 k.k. dotyczących ewentualnej potrzeby stosowania środków zabezpieczających.

Biegli zobowiązani są również do udzielenia odpowiedzi na ewentualne dodatkowe pytania stawiane przez organ zlecający.

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych czynności i spostrzeżeń (badań)

9. **Zapoznanie się z materiałem zawartym w aktach sprawy karnej i wykorzystanie go w postaci wyciągu z akt.** W opiniach ambulatoryjnych jego zakres może być ograniczony, ale w stopniu niezbędnym do wyciągnięcia i uzasadnienia wniosków. Po obserwacji szpitalnej, a zwłaszcza w trudnych skomplikowanych sprawach, niejasnych okolicznościach i sprzecznych zeznaniach świadków - analiza akt musi być bardziej szczegółowa.

Dane z akt powinny zawierać:

- treść zarzutu i kwalifikację prawną czynu,
- niezbędne dane dotyczące czynu i jego okoliczności, a w przypadkach czynów przeciwko życiu i zdrowiu - opis obrażeń, wyniki sekcji, badań krwi lub wydychanego powietrza na zawartość alkoholu u sprawcy i ewentualnej ofiary itd.,
- wyjaśnienia osoby badanej - jeżeli było ich kilka, należy ocenić konsekwencję w podtrzymywaniu zeznań, lub przy jej braku okoliczności, w jakich następowały zmiany,
- dane o dotychczasowej karalności opiniowanego,
- zeznania świadków, zwłaszcza te, które dostarczają informacji na temat osoby sprawcy lub jego zachowania w czasie czynu,
- dokumentację lekarską (historie choroby, zaświadczenia, **wcześniejsze opinie biegłych-niestety- każda opinia powinna być niezależna i nie może powielać innych opinii ale na tym polegają psychiatryczne preparacje czyli powielanie i przepisywanie**
- wywiady środowiskowe,
- w przypadku dołączenia akt innych spraw karnych lub cywilnych, należy podać z nich te informacje, które mogą być istotne dla aktualnych ocen lub stwierdzić, że nie wnoszą one nic istotnego do obecnie analizowanej sprawy.

10. Opis przebiegu badania lub obserwacji powinien obejmować:

- wywiady od rodziny przedstawiające dane dotyczące biografii oskarżonego, potencjalnych obciążeń genetycznych, przebytych poważnych chorób czy urazów, uzależnień oraz ewentualnych, zaobserwowanych zaburzeń psychicznych - czasu ich wystąpienia i przebiegu,
- dane z ewentualnej dokumentacji lekarskiej spoza akt sprawy,
- dane dotyczące zachowania osoby opiniowanej podczas badania lub obserwacji: zauważone objawy, ich opis, cytaty wypowiedzi, przebieg i dynamika ewentualnych zaburzeń psychicznych, stosowane leczenie i jego efekt, **BRAK ANKIETY**
- **wywiad od osoby badanej:** biografia, dane chorobowe przebyte i aktualne, sytuacja społeczna, zainteresowania, kontakty z ludźmi **BRAK ANKIETY**
- przebieg krytycznych wydarzeń, ewentualnie przeżyć psychicznych z tego okresu - bez odnotowywania przyznania się do dokonania czynu, **BRAK ANKIETY**
- ocenę stanu psychicznego - z uwzględnieniem podczas obserwacji także charakteru i dynamiki ewentualnych zmian oraz ich analiza w kontekście bieżących wydarzeń, **BRAK ANKIETY**
- ocenę stanu fizycznego i neurologicznego, ewentualne konsultacje specjalistów, **BRAK ANKIETY**
- wyniki badań dodatkowych,
- ocenę psychologa, jeżeli jest integralną częścią opinii - w sytuacji, gdy psycholog przeprowadzał badanie bez udziału pozostałych biegłych, należy przytoczyć niezbędne dane (wyniki i wnioski) pozwalające na sformułowanie opinii.

III. Omówienie całości materiału, przedstawienie wniosków z ich uzasadnieniem

Na tym etapie biegli są zobowiązani do:

- wyjaśnienia, czy zebrany materiał pozwala na wyciągnięcie wniosków w odniesieniu do ocen kodeksowych, wymienionych w art. 31 §1 k.k., co do istnienia objawów choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego, względnie innych zakłóceń czynności psychicznych,
- wskazania, które z wymienionych zaburzeń biegli stwierdzili - postawienie odpowiedniego rozpoznania z podaniem definicji i przytoczeniem przemawiających za nim, stwierdzonych objawów psychopatologicznych oraz ich analiza w kontekście wcześniej uzyskanych informacji (początek wystąpienia zaburzeń, dynamika ich przebiegu, ewentualne zmiany związane z leczeniem),
- odniesienia się do danych zawartych w załączonej do akt dokumentacji medycznej - w sytuacji braku zgodności z wcześniej stawianymi rozpoznaniem, biegli mają obowiązek szczegółowo uzasadnić swój pogląd oraz wyjaśnić, dlaczego nie podzielają stanowisk poprzedników,
- odpowiedzi na pytania: czy stwierdzone objawy istniały w okresie objętym zarzutem? co za nimi lub przeciw nim przemawia? czy biegli znajdują związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy rodzajem lub nasileniem zaburzeń a charakterem zarzucanego czynu i towarzyszącymi mu okolicznościami? czy znosiły one lub ograniczały w stopniu znacznym jego zdolność do rozpoznania znaczenia czynu i/lub kierowania swoim postępowaniem? (art. 31 §1 lub 2 k.k.),
- jeżeli osoba badana w czasie zarzucanego jej czynu był w stanie nietrzeźwości lub odurzenia, powodującym wyłączenie lub ograniczenie w stopniu znacznym poczytalności, biegły musi ocenić, czy było ono skutkiem zaburzeń psychicznych, czy też jedyną lub główną przyczynę stanowił alkohol lub środek odurzający, którego działanie osoba badana przewidywała lub mogła przewidzieć (art. 31 §3 k.k.),

- jeżeli czyn miał związek z uzależnieniem od alkoholu lub innej substancji psychoaktywnej oraz zachodzi wysokie prawdopodobieństwo jego powtórzenia, czemu może zapobiec tylko umieszczenie osoby badanej w zakładzie zamkniętym (art. 93 k.k.), biegli mają obowiązek wskazać to w opinii,
- jeżeli osoba badana działała w stanie niepoczytalności, a jej czyn nosił znamiona znacznej społecznej szkodliwości, zadaniem biegłych jest ocena prawdopodobieństwa powtórzenia podobnego czynu w związku z jej stanem psychicznym.
W przypadku odpowiedzi potwierdzającej wysokie ryzyko ponowienia przez osobę badaną działań zagrażających porządkowi publicznemu lub innym - biegli winni wnieść o zastosowanie środka zabezpieczającego, polegającego na umieszczeniu jej w szpitalu psychiatrycznym, zgodnie z unormowaniem art. 94 k.k. (sąd jest wówczas zobligowany do zastosowania tego środka),
- oceny aktualnego stanu psychicznego osoby badanej i jej zdolności do udziału w postępowaniu - ten element opinii jest kodeksowym obowiązkiem biegłych, nawet gdyby organ procesowy takiego zadania im nie postawił (art. 202 §4 k.p.k.),
- odpowiedzi na dodatkowe pytania organu zlecającego wydanie opinii
- zajęcia stanowiska wobec wcześniejszych opinii biegłych psychiatrów i uzasadnienie własnych poglądów, z powołaniem się na piśmiennictwo sądowo-psychiatryczne - brak takiej dyskusji może spowodować uznanie opinii za niepełną,
- skierowania do sądu wniosku o powołanie bardziej doświadczonych biegłych, np. z ośrodka specjalizującego się w tej dziedzinie, w sytuacji gdy poziom trudności sprawy przekracza możliwości rozstrzygnięcia przez biegłych, np. ze względu na zbyt małe doświadczenie.

IV. Wnioski zawierające ostateczne oceny

Podstawowe:

- H. ocena stanu psychicznego - wykluczenie zaburzeń psychicznych lub rozpoznanie choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego z określeniem jego głębokości, czy innych zakłóceń czynności psychicznych,
- I. ocena stanu psychicznego *tempore criminis* - ustalenie czy rozpoznane zaburzenia psychiczne istniały w okresie objętym zarzutami oraz jak wpływały na zdolność rozpoznania znaczenia czynu i kierowania postępowaniem przez osobę opiniowaną,
- J. ocena poczytalności wynikająca z ocen zawartych w pkt. B i stwierdzająca, czy wyżej wymienione zdolności były w okresie czynu zniesione (wyłączone) lub ograniczone w stopniu znacznym,
- K. ocena stopnia prawdopodobieństwa powtórzenia czynu zabronionego - w przypadku niepoczytalności oraz przesłanek określonych w art. 94 §1 k.k. lub też okoliczności wymienionych w art. 93 k.k., biegli muszą ocenić poziom ryzyka ponowienia czynu o znacznej społecznej szkodliwości lub związanego z zaburzeniami psychicznymi osoby badanej,
- L. ocena potrzeby stosowania środka zabezpieczającego - wobec stwierdzenia wysokiego prawdopodobieństwa ponowienia czynów o znacznej społecznej szkodliwości lub związanych z zaburzeniami psychicznymi osoby badanej, biegli powinni wnieść o zastosowanie środka zabezpieczającego w postaci jej umieszczenia w zakładzie zamkniętym.

Inne:

- M. ocena aktualnego stanu psychicznego i zdolności do uczestnictwa w postępowaniu -niektóre sądy interpretują art.79 §4 k.p.k. w sposób domagający się posługiwania terminem poczytalności poza odniesieniem jej do czynu przestępnego (np. czy poczytalność sprawcy w toku postępowania budziła / nie budziła wątpliwości),
- N. ewentualne odpowiedzi na dodatkowe pytania organu procesowego.

Wnioski zakończone są podpisami wszystkich biegłych z czytelnym wydrukiem lub czytelnymi pieczętkami zawierającymi imię i nazwisko, tytuł naukowy, stopień specjalizacji

HUMANISTYCZNE BADANIE PSYCHOLOGICZNE jakie powinno być.

WYWIAD = informacje n/t pacjenta zebrane od pacjenta

BADANIE (status praesens) = informacje uzyskane od pacjenta oraz jego obserwacja

Pożądane warunki badania psychiatrycznego i sposób jego prowadzenia

- badać w w gabinecie lekarskim
- wykonywać badanie przez 2 osoby, nie więcej niż 2-3 osoby badające
- pacjent powinien mieć możliwość wygodnego siedzenia w trakcie badania
- zwracać się do pacjenta ogólnie przyjętymi formami grzecznościowymi
- starać się tak formułować pytania by nawiązać szczerzy i rzeczowy kontakt z pacjentem
- badanie powinno być prowadzone w sposób celowy i zgodnie z planem wg listy pytań
- pytania powinny być zadawane w sposób dla pacjenta zrozumiały, dostosowany do jego poziomu percepcji
- po uzyskaniu odpowiedzi na pytanie, ponowne zadawanie tych samych lub podobnych pytań nie jest błędem o ile dokonuje się tego w określonym celu.
- w razie niezrozumienia lub niedosłyszania odpowiedzi poprosić o ponowną odpowiedź
- zachować dociekliwość
- w razie potrzeby dostosować plan badania do okoliczności
- nie potwierdzać w trakcie badania twierdzeń z innych opinii
- nie komentować wypowiedzi pacjenta
- nie omawiać wypowiedzi i zachowania pacjenta z innymi osobami w obecności pacjenta
- unikać zadawania pytań w sposób przesłuchaniowy
- unikać pytań nie związanych z badaniem
- zadając pytanie starać się nie sugerować odpowiedzi
- unikać ostentacyjnego sposobu notowania wypowiedzi
- badając pacjentów nieświadomych lub w stanie otępienia pamiętać o zachowaniu ich godności
- unikać okazywania własnych emocji, chyba że sytuacja na to pozwala lub zachodzi taka konieczność.
- nie wykonywać innych czynności w czasie badania (jedzenie, żucie gumy itp.)
- protokołować badanie na bieżąco, zapisywać wypowiedzi bez nazywania objawów i wyciągania wniosków
- charakterystyczne wypowiedzi badanego przytaczać dosłownie
- unikać używania zwrotów typu: chory podaje, że; pacjent mówi; chory twierdzi

OBSERWACJA CHOREGO

- Pierwsze wrażenie; na pierwszy kontakt, prośbę o rozmowę
- wygląd pacjenta
- stan higieniczny
- ubiór; stan, czystość, rodzaj ubioru, tatuaże,
- mimika, ułożenie ciała, gestykulacja - powinny być odnotowane wraz z odpowiedzią
- adekwatność nastroju, mimiki, barwy głosu do treści rozmowy itp. - powinny być odnotowane wraz z odpowiedzią

- zbrorność wypowiedzi, adekwatność treści i formy odpowiedzi do zadawanych pytań, czas odpowiedzi na pytania, odpowiedzi mimo, odpowiedzi wymijające, unikanie lub odmowa odpowiedzi na niektóre pytania - powinny być odnotowane wraz z odpowiedzią
- zachowanie w trakcie badania; zajmowane miejsce i jego ew. zmiany, okazywanie określonych emocji, zmiany zachowania lub zbrorności wypowiedzi w miarę trwania badania - powinny być odnotowane wraz z odpowiedzią
- spełnianie poleceń powinno być odnotowane wraz z odpowiedzią
- spontaniczne wypowiedzi i zachowania chorego w czasie badania - powinny być odnotowane wraz z odpowiedzią

DANE PODSTAWOWE

- 9) Imię i Nazwisko
- 10) wiek oraz data urodzenia
- 11) miejsce urodzenia
- 12) wykształcenie; stopień
- 13) zawód (nazwa zawodu) i sytuacja zawodowa (czynny zawodowo, emeryt, rencista, bezrobotny, uczeń/student)
- 14) stan cywilny
- 15) z jakiego powodu pacjent przebywa w szpitalu (powód skierowania)?
- 16) kto kierował?

ORIENTACJA

Autopsychiczna wynika z podania przez chorego danych personalnych

Allopsychiczna, co do:

- 3) czasu pytamy o:
 - a. pełną datę
 - b. w razie odpowiedzi błędnej osobno o rok, miesiąc, dzień miesiąca, dzień tygodnia
 - c. w razie potrzeby o wiek (stulecie)
 - d. o porę roku (można choremu pokazać pogodę za oknem i ocenić odpowiedź o porę roku pod względem trafności i adekwatności)
 - e. datę (orientacyjną) przyjęcia do szpitala, czas pobytu w szpitalu
- 4) miejsca i otoczenia:
 - a. miejscowość w jakiej aktualnie znajduje się badany, ulica
 - b. budynek/institucja,
 - c. jaki to typ/profil szpitala,
 - d. ew. jaki oddział i które piętro budynku

DANE RODZINNE

- 8) żona, dzieci, rodzice, (ew. przyczyny rozwodu, śmierci, kiedy i w jakim wieku)
- 9) czy w rodzinie były potwierdzone klinicznie przypadki choroby psychicznej lub osoby leczone psychiatrycznie

ŻYCIORYS

- dzieciństwo - jak je badany ocenia
- stosunki panujące w rodzinie obecnie- jak je badany ocenia
- szkoła - jak ją badany ocenia
- praca zawodowa - jak ją badany ocenia
- życie towarzyskie na czym polega
- zainteresowania - jak są realizowane
- sport czy uprawia

- okoliczności ciąży i porodu

Wykształcenie

- 24) rok/wiek rozpoczęcia szkoły podstawowej, szkoła 8- czy 7- klasowa, inny typ szkoły 2. przebieg nauki (średnie oceny, problemy z zaliczaniem semestrów, powtarzanie klas, wagi, najbardziej i najmniej lubiane przedmioty oraz oceny z nich)
- 25) przyczyny trudności w nauce - w jakich dziedzinach
- 26) zmiana szkoły i/lub miejsca zamieszkania (przyczyny, adaptacja w nowym środowisku)
- 27) stosunki z rówieśnikami - w szkole jak je badany ocenia
- 28) czy pacjent/ka miał/a wielu kolegów (czy spotykał/a się z nimi po zajęciach szkolnych, czy miał/a bliższych kolegów/koleżanki)
- 29) rok/wiek ukończenia szkoły podstawowej, ile lat trwała nauka
- 30) jeśli pacjent zakończył naukę na etapie szkoły podstawowej co było tego przyczyną?
- 31) jaką kolejną szkołą pacjent wybrał i co skłoniło go/ją do takiego wyboru
- 32) przedwczesne ukończenie szkoły, zmiany profilu lub typu szkoły (przyczyny, przebieg)
- 33) dla szkół średnich rok uzyskania matury, czy o czasie, z jakim wynikiem, przyczyny nieprzystąpienia lub niezaliczenia
- 34) dla szkół zawodowych uzyskany zawód
- 35) kolejne szkoły, szkoły policealne, pomaturalne, kursy specjalne
- 36) studia uzasadnienie wyboru kierunku,
- 37) kiedy rozpoczął naukę, ile lat trwała, kiedy ukończył/a
- 38) przebieg nauki (analogicznie jak w szkole) i ew. zmiany kierunku studiów
- 39) praca magisterska
- 40) zawód uzyskany
- 41) kursy podyplomowe i dodatkowe fakultety
- 42) czy uzyskane wykształcenie jest zgodne z zainteresowaniami pacjenta
- 43) przynależność wyznaniowa lub deklarowana

Praca zawodowa

- 16) rok podjęcia pierwszej pracy zarobkowej
- 17) zmiany miejsca pracy jak długo pracował w określonym miejscu lub stanowisku, przyczyny zmiany miejsca/stanowiska pracy z dokładnością do 1 roku, w razie potrzeby (np. pacjent z krótkim stażem pracy) dokładniej
- 18) stosunki z kolegami, przełożonymi i podwładnym- jak je badany sam ocenia
- 19) konflikty w pracy przyczyny i skutki dla pacjenta - jak je badany sam ocenia
- 20) nagrody i kary w okresie pracy - jak je badany sam ocenia
- 21) czy praca sprawia trudność
- 22) prace dodatkowe
- 23) okresy bez pracy przyczyny, czas trwania
- 24) pacjent bezrobotny czy planuje znalezienie pracy, czy i w jaki sposób poszukuje pracy
- 25) renta kiedy przyznana, powód przyznania, praca w czasie przebywania na rencie
- 26) emerytura od kiedy, praca w czasie przebywania na emeryturze

Służba wojskowa

- 10) kategoria wojskowa w chwili poboru przed wcieleniem
- 11) przyczyny zwolnienia (kat. D i E) lub ograniczenia zdolności do służby (<A1) w chwili poboru
- 12) jak długo odbywał służbę i w jakiej formacji
- 13) czy został przedterminowo zwolniony ze służby i dlaczego
- 14) nagrody i kary
- 15) stosunki z przełożonym, podwładnymi, innymi żołnierzami
- 16) czy był pod wpływem tzw. fali (i jaką rolę w tym pełnił)

- 17) stosunek emocjonalny pacjenta do służby (dobrze lub źle i dlaczego)
- 18) w jakim stopniu ukończył służbę
- 19) żołnierzy zawodowych pytać jak o pracę zawodową

Konflikty z prawem

- 5) czy kiedykolwiek był zatrzymany, aresztowany, podejrzany, oskarżony lub skazany?
- 6) pod jakimi zarzutami?
- 7) czy posiada dokumentację na ten temat oraz czy może ją dostarczyć

Choroby przebyte

- przebyte choroby (ostre lub przewlekłe) jakie, kiedy, przebieg leczenia
- pospolite choroby odnotowywać jeśli szczególnie często chorował
- urazy głowy, wypadki komunikacyjne, utraty przytomności (jak długo trwały)
- zatrucia, zwłaszcza substancjami chemicznymi (jakimi)
- aktualne leczenie somatyczne
- hospitalizacje w tym psychiatryczne oraz przyczyny hospitalizacji w tym obecnej jeśli zachodzi w trakcie badania
- kto kierował, czy przybył do szpitala sam, przywieziony przez rodzinę, przez organ ,
- czy jakieś choroby lub choroby (jakie) były powodem przerwania pracy lub nauki

Samocena pacjenta

- 18) poprosić pacjenta o opis cech swojego charakteru
- 19) czy dobrze czuje się w dużej grupie ludzi czy jest woli spędzać czas samotnie i dlaczego
- 20) czy jest pamiętliwy, długo chowa urazę, czy łatwo się denerwuje i na jakim tle ,
- 21) czy uważa siebie za osobę zorganizowaną
- 22) czy uważa siebie za osobę wykształconą, w jakich dziedzinach
- 23) co dla pacjenta oznacza hierarchia społeczna
- 24) czy przywiązuje dużą wagę do opinii innych ludzi , jakich
- 25) jakie czyta zwykle książki, prasę lub inne publikacje
- 26) jak spędza wolny czas poza pracą
- 27) czy jest szczęśliwy w życiu, jeśli nie dlaczego,
- 28) czy uważa, że popełnił jakiś czyn zabroniony lub że naruszył lub przekroczył prawo

SPRAWNOŚĆ UMYSŁOWA

pamięć i organizacja jej zasobów - ocena pamięci na podstawie całości badania z zastosowaniem kilka prostych mnemotechnik

- O. powtarzanie cyfr 3 - 5- 7 -cyfrowych wprost i wspak podczas badania
- P. powtarzanie 3 słów bezpośrednio i po odwróceniu uwagi podczas badania
- Q. powtarzanie zbitek pojęciowych 3-5-7 różnych słów podczas badania

Zdolność logicznego myślenia – wraz z notowaniem odpowiedzi

11. poprawność interpretacji określonych zdarzeń (na podstawie wyciągów informacji lub aktualnych artykułów prasowych : określa się zdolność interpretowania faktów oraz wydarzeń oraz zdolność logicznego myślenia , kojarzenie poprzez powtórzenie lub odtworzenie przeczytanej informacji lub artykułu z pamięci)

12. definiowanie pojęć **kategoria ogólna zapytać czy zna te pojęcia i jak je rozumie** ojczyzna, polityka, rodzina, praca, obowiązek, wysiłek, odpowiedzialność, obowiązek, nauka, wiedza, autorytet, sztampa, schemat, społeczeństwo, kultura, środowisko naturalne, środowisko , patriotyzm, służba, przymus, terror, relaks, stres, cierpienie, ból, przemoc,

krytycyzm, lęk, zaniedbanie, czynność, czyn, dobro, zło, manipulacja, degeneracja, grupa, rodzaj, gatunek, sfera, strefa, dewiacja, normalność, patologia, agresja, religia, światopogląd, ideologia, idea, wrażenie, postrzeganie, zmysły, ciało, organ, blogger, internauta, fasada, kłamstwo, oszustwo, zasady moralne, etyka, ambiwalencja, podświadomość, intuicja,

13. **definiowanie pojęć kategoria szczególna- czy badany rozumie znaczenie takich pojęć oraz terminów jak:** psychologia, neurologia, seksuologia, genetyka, informatyka, radiologia, lingwistyka, geografia, biologia, kultura, prawo, religia, filozofia, humanizm, ekonomia, środowisko, zarządzanie, polityka, itp.
14. zainteresowanie rozmową (kontakt wzrokowy z badającym)

Obserwacja badanego (lub chorego)

labilność emocjonalna

- czy łatwo wzrusza się, denerwuje; obserwacja chorego, na jakim tle i w jakim punkcie badania
- niepokój ruchowy czy występuje podczas badania
- czy jest płacliwość (silna, nieznaczna, brak)
- czy wypowiedzi są przejrzyste, czy też niejasne, mętne lub dwuznaczne

UWAGI o TOKU MYŚLENIA i ODPOWIEDZI

- 15) trudności w skupieniu się, koncentracji uwagi
- 16) czy pacjentowi trzeba powtarzać pytania
- 17) czy ma trudności ze zrozumieniem treści pytania
- 18) czy miewa trudności w wypowiedzeniu tego co myśli

Czynności codzienne

- 10) o której godzinie zwykle kładzie się spać
- 11) czy są trudności z zaśnięciem oraz pobudką
- 12) czy budzi się w nocy, dlaczego
- 13) czy zasypia dalej bez problemów?
- 14) o której godzinie budzi się tak, że już nie może zasnąć?
- 15) ile godzin trwa sen
- 16) czy dosypia w dzień
- 8) czy apetyt jest taki sam jak przed laty?
- 9) czy zjada 3 posiłki dziennie, czy stosuje dietę i z jakiego powodu,
- 10) czy chętnie?
- 11) czy mógłby cały dzień nie jeść?
- 12) czy zjada coś między posiłkami?
- 13) czy schudł i ostatnio lub utył, ile kilogramów, w ciągu jakiego czasu?
- 15) czy bywały takie okresy, że było wyjątkowo dobre samopoczucie, humor, wiele pomysłów i większa aktywność niż zwykle i dlaczego,
- 15) czy bywały takie okresy, że brak było dłużej dobrego samopoczucia i aktywności niż zwykle i dlaczego,
- 16) czy jest lęk, czy boi się czegoś na co dzień, Czego? Czy w przeszłości występowały lęki i jakie?
- 17) czy doświadczył kiedyś przeżyć, które uważa za niezwykle lub je doświadcza często albo codziennie i na czym polegają,

Tendencje depresyjne prześladowcze – nie mogą być mylone ze stanem prawnym lub faktycznym, światopoglądem lub polityką

- 1) czy przychodzą myśli o tym, że życie (pacjenta) jest pozbawione sensu
- 2) czy zdarza się mu/jej myśleć, że chciałby już umrzeć
- 3) czy przychodziły myśli o tym, aby popełnić samobójstwo (czy zdarzają się myśli o samobójstwie)
- 4) czy zastanawiał/a się wtedy jak to zrobić
- 5) czy czynił/a kiedyś przygotowania do samobójstwa (jakie)
- 6) czy próbował/a kiedyś popełnić samobójstwo (wypytać o sposób i okoliczności)
- 7) czy z powodu próby samobójczej przebywał kiedyś w szpitalu niepsychiatrycznym (toksykologia, chirurgia, OIOM) jak długo, czy po opuszczeniu tego szpitala dalej były myśli samobójcze
- 8) czy miewa wrażenie, że ludzie (np. na ulicy) przyglądają mu się w szczególny sposób, obserwują go, śmieją się z niego, wymieniają uwagi na jego temat
- 9) czy ma podejrzenia, że ktoś chce mu zrobić krzywdę (lub jego bliskim) np. zabić, pobić, okaleczyć, okraść, ośmieszyć, spowodować chorobę, porwać, przeprowadzać na nim eksperymenty; itp.
- 10) czy ma uzasadnione podejrzenia, że ktoś zorganizował lub organizuje spisek przeciwko niemu (zapytać o szczegóły)
- 11) czy ma uzasadnione podejrzenia, że w domu (miejscu pracy) są zainstalowane podsłuchy, kamery tzn. że jest lub był śledzony lub w inny sposób inwigilowany
- 12) czy zdarza się, że sąsiedzi (rodzina, inne osoby) czynią mu złośliwości: hałasują, wyzywają
- 13) czy ma czasem wrażenie, że inni ludzie znają jego myśli
- 14) czy sam potrafi odczytywać myśli innych ludzi lub czy sądzi, że można odczytywać myśli innych ludzi i na jakiej podstawie tak sądzi
- 15) czy robi czasem lub mówi coś czego nie chce, jak sobie to tłumaczy
- 16) czy uważa, że ktoś w jakiś sposób wpływa na jego zdrowie, siłę, sprawność umysłową itd. kto i w jaki sposób
- 17) czy uważa się za osobę wyjątkową, obdarzoną szczególnymi zdolnościami – jakimi
 - 18) czy zdarza mu się słyszeć, widzieć lub czuć coś czego inni ludzie nie dostrzegają
 - 19) czy słyszy głosy, które mówią do niego albo o nim, komentują jego zachowanie, oskarżają, wyzywają - czy uważa, że to może być na przykład sumienie albo bliżej nie zidentyfikowane hałasy
 - 20) czy uważa się za osobę religijną, czy jest osobą praktykującą jakieś wyznanie jeśli tak to jakie oraz czy uważa, że istnieje Bóg i jak go sobie wyobraża, czy ten Bóg jest dobry czy zły, czy mu pomaga czy nie, czy się do niego modli, skąd ma wiedzę o Bogu itp. czy wiara i religia mają dla niego- dla niej znaczenie i jakie

ZABURZENIA SOMATYCZNE

rodzaje objawów

- bóle głowy: w którym miejscu (zwł. potylicy, kark, szczyt, obręcz), czy symetrycznie
- bóle w klatce piersiowej
- bóle brzucha
- inne dolegliwości bólowe
- pieczenie i świąd skóry
- mrowienie, drętwienie
- rozpieranie, przelewanie
- zaparcia
- zaburzenia miesiączkowania
- nadciśnienie
- zawroty głowy

- inne dolegliwości

forma objawów

- stopień nasilenia dolegliwości
- co pacjent uważa za przyczynę tych dolegliwości lub wywołuje bezpośrednio te dolegliwości
- szczególne okresy występowania lub największego nasilenia (pora dnia, pora roku, inne regularności)
- czy objawy zmieniają się (ilościowo lub jakościowo), czy są wciąż takie same
- czy pacjent zgłaszał się z tymi objawami do lekarzy i jakie były ich opinie i zalecenia
- czy na te dolegliwości pacjent stosował jakieś leki bez zaleceń lekarskich

UZALEŻNIENIE OD ALKOHOLU

- 30) czy miał kiedyś problemy z nadużywaniem alkoholu
- 31) czy ktoś kiedyś zwracał uwagę, że pacjent pije zbyt dużo lub zbyt często
- 32) od kiedy pije alkohol (rok życia)
- 33) jaki rodzaj alkoholu preferuje
- 34) czy pijał kiedyś alkohole niekonsumpcyjne (płyny czyszczące na alkoholu, denaturat, inne)
- 35) jak czuje się i zachowuje po wypiciu alkoholu
- 36) czy miał okresy w których pił alkoholu więcej (kiedy, jak długie)
- 37) czy zdarzyło się by po wypiciu alkoholu robił coś czego nie pamięta a opowiadają mu o tym inni ludzie
- 38) czy przebywał w izbie wytrzeźwień
- 39) czy przebywał kiedyś w szpitalu w związku z nadużyciem alkoholu lub innymi skutkami jego picia
- 40) czy leczył się odwykowo, próbował szukać pomocy w tej sprawie; z jakimi skutkami

INNE UZALEŻNIENIA

o wszystkie poniższe rodzaje uzależnień pytać analogicznie jak o alkoholizm

15. kanabinole
16. amfetamina
17. leki uspakajające
18. leki nasenne
19. leki przeciwbólowe
20. opioidy w tym leki przeciwbólowe opioidowe
21. kokaina
22. inne substancje

BADANIE CHOREGO W UTRUDNIONYM KONTAKCIE

Badanie takie wykonuje się gdy pacjent nie odpowiada na pytania i nie reaguje na polecenia. Badając chorych bez kontaktu, nawet nieruchomych zachować szczególną ostrożność!

- 31 zaobserwować reakcję na głos (np. wezwanie po nazwisku)
32. czy pacjent nawiązuje kontakt wzrokowy, spontanicznie czy po wezwaniu
33. lekko potrząsnąć pacjenta za ramię wzywając jego nazwisko
34. obserwacja reakcji na dotknięcie dłoni, czoła, powiek
35. chwycić za ramię i ocenić napięcie mięśniowe
36. badanie napięcia i oporu mięśniowego chorego leżącego

- 37. dokonać próby zmiany położenia np. kończyny górnej (opór, brak oporu, bezwład, woskowatość)
- 38. spróbować delikatnie: unieść głowę znad poduszki lub usunąć poduszkę spod głowy (tylko w obecności asystenta!)
- 39. badanie napięcia i oporu mięśniowego chorego siedzący
- 40. dokonać próby zmiany położenia np. kończyny górnej
- 41. prosząc by wstał delikatnie spróbować chorego podnieść

- 42. badanie napięcia i oporu mięśniowego chorego stojący
- 43. dokonać próby zmiany położenia np. kończyny górnej
- 44. spróbować delikatnie poprowadzić chorego (np. do miejsca badania) lub posadzić (w razie potrzeby podstawiając krzesło)
- 45. w tym wypadku wszelki kontakt fizyczny (np. próba zatrzymania chorego) wyłącznie w obecności asystenta

BRAKI W POPRZEDNIEJ ANKIECIE

Po spisaniu protokołu (formularza) badania formułowana jest ocena badanej osoby którą sporządzają osoby badające każda we własnym zakresie, która polega na stwierdzeniu:

1. czy wobec badanej osoby powinny być zastosowane inne badanie ze wskazaniem rodzaju tych badań;
2. czy wywiad jest wystarczający do stwierdzenia lub nie stwierdzenia określonych zaburzeń oraz jakich z podaniem przyczyn,
3. czy wywiad daje podstawy lub nie do zastosowania obserwacji klinicznej lub terapii z określeniem zakresu oraz rodzaju terapii w tym leczenia szpitalnego i innego leczenia medycznego
4. czy wywiad był przeprowadzony w całości podczas jednego badania lub kilku sesji z uzasadnieniem
5. czy wywiad należy powtórzyć z uzasadnieniem oraz w jakim zakresie, w jakich innych warunkach (lub takich samych) z udziałem innych osób badających
6. czy osoba badana zapoznała się z wynikami badania to jest jej odpowiedziami na zadawane pytanie (wymagany jest podpis osoby badanej)
7. czy do badania są załączone inne dokumenty oraz jakie i czego dotyczą

.....

Czy choroba umysłowa to żydowska przypadłość?

Tłumaczenie Ola Gordon

‘Is Mental Illness the Jewish Disease?’

<http://thisiszionism.blogspot.com/2008/03/evidence-that-jews-are-carriers-of.html>

Lekarz twierdzi, że Żydzi są nosicielami schizofrenii

Tego nie ma w internecie. Ale jest w *Psychiatric News*, opublikowane przez American Psychiatric Association . Data publikacji: 25.10.1972. Sprawdź w lokalnej bibliotece.

Dowód na to, że Żydzi są nosicielami schizofrenii znajduje się w pracy przygotowanej dla American Journal of Psychiatry autorstwa dr Arnolda A Hutschneckera, nowojorskiego psychiatry, który leczył prezydenta Nixona. W pracy pt. Mental Illness: The Jewish Disease [Choroba umysłowa: żydowska przypadłość] dr Hutschnecker powiedział, że choć wszyscy Żydzi nie są chorzy umysłowo, to choroba umysłowa jest wysoce zaraźliwa i Żydzi są głównym źródłem tej infekcji.

Dr Hutschnecker powiedział, że każdy Żyd rodzi się z zarodkiem schizofrenii i to ten fakt jest przyczyną prześladowań Żydów na całym świecie. ‘Świat bardziej współczułby Żydom, gdyby wiedział, że oni nie są odpowiedzialni za tę chorobę,’ powiedział dr Hutschnecker. ‘Schizofrenia jest faktem, który w Żydach wywołuje kompulsywne pragnienie prześladowań.’

Dr Hutschnecker zwrócił uwagę na to, że choroba umysłowa specyficzna dla Żydów objawia się ich brakiem zdolności odróżnienia dobra od zła. Powiedział, że choć żydowskie prawo kanoniczne uznaje cnoty cierpliwości, pokory i uczciwości, to Żydzi są agresywni, mściwi i nieuczciwi.

Komentarz: Nie jest to oczywiście choroba tylko skutek religii zwanej judaizmem, zapewne chodzi w tym przypadku o odwrócenie uwagi od tego zagadnienia.

‘Podczas gdy Żydzi atakują nie-żydowskich Amerykanów za rasizm, Izrael jest najbardziej rasistowskim krajem na świecie,’ powiedział. Żydzi, jak mówi, ujawniają swoją chorobę umysłową przez paranoję. Wyjaśnił, że paranoik nie tylko wyobraża sobie, że jest prześladowany, ale umyślnie stwarza sytuacje, które prześladowanie uczynią rzeczywistością. Powiedział również, że wszystko czego potrzebuje ktoś by dojrzeć żydowską paranoję w akcji to wejść do nowojorskiego metra. Dziewięć razy na dziesięć, ten który cię wypycha będzie Żydem.

‘Żyd ma nadzieję, że weźmiesz na nim odwet w naturze, i kiedy to ma miejsce, jest przekonany, że jesteś antysemitą.’

Podczas II wojny światowej, jak mówi dr Hutschnecker, żydowscy przywódcy w USA i Anglii wiedzieli o okropnej zbrodni nazistów wobec Żydów. Ale kiedy urzędnicy Departamentu Stanu chcieli wypowiadać się przeciwko niej, zostali uciszeni przez zorganizowane żydostwo. To ono chciało kontynuacji zbrodni by wywołać sympatię świata.

Żydowską potrzebę prześladowań porównał z rodzajem szaleństwa, kiedy cierpiący okalecza się. Powiedział, że ci którzy się okaleczają robią to, gdyż chcą sympatii wobec siebie. Ale, dodał, tacy ludzie ujawniają swoje szaleństwo oszpecając się w taki sposób, że wywołują wstręt raczej niż sympatię. Zwrócił uwagę, że zachorowalność na chorobę umysłową wzrosła w USA w bezpośredniej proporcji do wzrostu populacji żydowskiej.

‘Wielka migracja żydowska do USA rozpoczęła się pod koniec XIX wieku. W 1900 roku było 1.058.135 Żydów; w 1970 roku 5.868.555; wzrost o 454.8%. W 1900 roku było 62.112 pacjentów w publicznych szpitalach psychiatrycznych w USA; w 1970 roku 339.027, wzrost o 445.7%. W tym samym okresie amerykańska populacja wzrosła z 76.212.368 do 203.211.926, wzrost o 166.6%. Przed przybyciem Żydów z Europy, USA była narodem zdrowym pod względem umysłowym.

Dr Hutschnecker uzasadnił swoje twierdzenie, że USA nie była już zdrowym psychicznie narodem, cytując dr Dawida Rozentalą, szefa laboratorium psychologii w Narodowym Instytucie Zdrowia Psychicznego, który ostatnio oszacował, że ponad 60.000 osób w USA cierpi na jakąś formę zaburzeń schizofrenicznych. Biorąc pod uwagę to, że dr Rozental jest Żydem, Żydzi wydają się być przewrotnie dumni z szerzenia choroby umysłowej.

Dr Hutschnecker powiedział, że wyraz ‘schizofrenia’ przypisał chorobie umysłowej dr Eugen Bleuler, szwajcarski psychiatra, w 1911 roku. Wcześniej znana była jako ‘dementia praecox,’ termin używany przez jej odkrywcę, dr Emila Kraepelina, jak mówi dr Hutschnecker, tej samej chorobie nazwę ‘neurosis’ nadał dr Shlomo Freud (który zmienił imię na Sigismund).

„Objawy schizofrenii zostały uznane niemal równocześnie przez Bleulera, Kraepelina i Freuda w czasie, gdy Żydzi przenosili się do zamożnej klasy średniej,” powiedział dr Hutschnecker. „Wcześniej byli ignorowani jako jednostki społeczne i rasowe przez lekarzy z tamtej epoki. Stali się klinicznie istotni, gdy zaczęli mieszać się z nie-Żydami.”

Dr Hutschnecker powiedział, że badania dr Jacquesa S Gotlieba z Wayne State University wykazują, że schizofrenia wywoływana jest przez deformację białka alfa-dwa-globuliny, która u schizofreników jest w kształcie korkociągu.

Zdeformowane białko powstaje na skutek wirusa, jak twierdzi dr Hutschnecker, który przenoszą Żydzi na nie-Żydów z którymi wchodzi w kontakt. Powiedział, że ponieważ ci którzy są potomkami narodów z zachodniej Europy nie wytworzyli odporności na wirus, są szczególnie podatni na tę chorobę.

‘Nie mam żadnych wątpliwości,’ powiedział, ‘że Żydzi zainfekowali naród amerykański schizofrenią. Żydzi są nosicielami choroby i osiągnie ona epidemiczne proporcje, jeśli nauka nie odkryje szczepionki zwalczającej ją.’

W ramach studiów nad Biblią i Talmudem Żyd uczy się, że zbrodnie przeciwko Gojom, takie jak ludobójstwo, masowe morderstwa, wykorzystywanie dzieci itp. są uważane za święte usługi wobec Boga. Biblia i Talmud, święte księgi nienawiści, zobowiązują niewinną młodzież żydowską do nienawiści, do mordowania, do oszustwa, do wypędzania, do okradania nie-Żydów w imię Boga. To pozwala nie tylko na ich skrzywienie struktury umysłowej, ale zamienia duszę na ropiejącą deformację duchową.

Oni mieszkają i pracują razem z nie-Żydami w społecznościach na całym świecie, lubią ich gojowskich sąsiadów, korzystają z ich kultury, a nawet czasem zakochują się w Goju przeciwnej płci. Jednak ze względu na surowe prawa i ograniczenia (w oparciu o czystość rasową) nakładane na nich, są oni zmuszeni do dorastania i rozwijania się w świecie, w którym uczą się umiejętności wykonania jednego rozkazu i prowadzenia podwójnego życia. Dylematem z jakim zmierza się zwykły Żyd jest to, że musi przestrzegać rabinackiej interpretacji prawa Bożego. Oni uczyli młode umysły narodu żydowskiego by gardzić, ujarzmić, lekceważyć, a nawet nienawidzić nie-Żydów świata. Nieprzestrzeganie powyższych świętych poleceń skutkuje, jak się ich uczy, surową karą ze strony Boga. To musi naturalnie skutkować aberracją umysłową wśród społeczności żydowskiej. Odrażający przykład – pacjentami tej poważnej choroby psychicznej, która spotyka Żydów, są w Ameryce neo-konserwatyści, którzy wydają się cieszyć z prowadzenia wojen na Bliskim Wschodzie.

To było w internecie...

Rozwiązanie zagadki schizofrenii

Maria Tsepilovan – Koordynator badań klinicznych, Mount Sinai School of Medicine

Mój przyjaciel Piotr był sportową gwiazdą naszej szkoły. Nie tylko mógł zdobywać punkty, ale był „A” studentem, który mógł wygrać debatę z prawie każdym, w tym z nauczycielami. Piotr ukończył szkołę z bardzo dobrym wynikiem i rozpoczął studia na wydziale prawa w Ivy League University. Podczas drugiego roku Peter zaczął się zmieniać. Przestał spotykać się z przyjaciółmi, jego oceny pogorszyły się i spędzał więcej czasu sam w swoim pokoju.

Ktoregoś dnia pod koniec roku szkolnego Piotr był w szpitalu i wkrótce potem zdiagnozowano u niego schizofrenię. Nigdy już nie był taki jak dawniej. Nie mogłam z nim sensownie porozmawiać, skakał z tematu na temat i nie wiedziałam o czym mówił. Był również paranoidalny. Piotr upierał się, by w każdym publicznym miejscu siedzieć plecami przy ścianie, żeby nikt nie mógł skraść się za nim z tyłu. Myślał, że FBI monitoruje każdy jego ruch.

Życie Piotra zmieniło się na zawsze. Dlaczego on? Dlaczego teraz?

Schizofrenia jest ciężkim, chronicznym zaburzeniem pracy mózgu, trwającym co najmniej 6 miesięcy i charakteryzuje się co najmniej miesiącem występujących symptomów takich jak halucynacje i przywidzenia, zaburzenia mowy i negatywny afekt (brak emocji). Choroba może wystąpić bez ostrzeżenia i ogólnie najpierw ujawnia się w późnych latach dorastania lub wczesnych dorosłości.

Naukowcy przez dziesiątki lat poszukiwali przyczyn schizofrenii. Była pewna kontrowersja nt. co bardziej wpływa na jej rozwój: genetyka czy środowisko. Osiągnięto wstępne hipotezy: choroba jest zarówno genetyczna jak i środowiskowa. Oznacza to, że przeprowadzono - kto ? zapewne semickie ryje a może i aszkenazyjskie - wystarczające badania na to, że istnieją specyficzne geny, które czynią człowieka bardziej podatnym na zachorowania na schizofrenię i niektóre czynniki środowiskowe, które mogą spowodować jej rozwój.

Co to za geny odpowiadają za schizofrenię i jakie czynniki środowiskowe powodują wystąpienie choroby?

Czynniki środowiskowe, w tym przypadku, mogą oznaczać stresor każdego typu, który człowiek napotyka w życiu płodowym lub w ciągu całego życia (np. zerwanie relacji, mieszane sygnały od rodziców, stres w pracy, itp.).

Genetyczna część jest trudniejsza. Różnice genetyczne między ludźmi, nie mówiąc już o Amerykanach o różnym pochodzeniu, tworzą trudności w izolowaniu poszczególnych genów odpowiedzialnych za zaburzenia. Po latach badań genetycznych, naukowcy zidentyfikowali wiele genów w ludzkim organizmie, potencjalnie związanych z początkiem schizofrenii. Niektórzy badacze z Johns Hopkins University zaczęli kwestionować te ustalenia, twierdząc, że mogli wskazać kluczowe miejsca na konkretnych chromosomach, które są przyczyną choroby.

Z problemem różnorodności genetycznej w rozważanej populacji, naukowcy z Johns Hopkins postanowili zawęzić pulę genetyczną swoich badań. Szukali grupy osób podobnych genetycznie, grupy, która pochodziła od jednego przodka, a następnie, od pokoleń, trwała we własnej kulturze. Hopkins wysunął hipotezę, że zebranie takich osób ułatwiłoby badaczom porównać DNA i zlokalizować geny, które są podobne u osób z rozpoznaniem schizofrenii.

W 1996 r. z dotacją z Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego, Johns Hopkins rozpoczął rekrutację Żydów aszkenazyjskich, u których rozpoznano schizofrenię. Żydzi nie są bardziej narażeni na rozwój tej choroby, schizofrenia występuje u około 1% światowej populacji, i nie wydaje się być widoczna w jednej grupie. Powodem dlaczego to badanie jest ukierunkowane szczególnie na Żydów wywodzi się z tradycji żydowskiej małżeństw w ramach tej samej grupy. To sprawia genetyczny szlak łatwiejszy do zbadania. Po dziesięciu latach badań, zespół Johns Hopkins zebrał grupę ponad 1.000 takich osób do badań i wyniki wstępne opublikowano w *American Journal of Human Genetics*.”

Co to oznacza dla nas?

I tu mamy wmawianie schizofrenii innym ludziom czyli Gojom.

Każdy może zachorować na schizofrenię. Wiemy, że jest ona częściowo genetyczna.

Koment: To jest kłamstwo , może nie w przypadku żydów, bo ta ‘ genetyka’ dotyczy dziedziczenia talmudu i innych semickich nauk.

Jeżeli uda nam się wykryć jej obecność w początkowej fazie, możemy lepiej określić, jakie można podjąć środki ostrożności, by złagodzić objawy gdy się pojawiają, czy zapobiec im w ogóle. Możemy opracować leki lepiej dostosowane do chorych osobników. Ostatecznie, lepsze zrozumienie przyczyn schizofrenii pozwoli zbadać ogromną różnicę wśród Piotrów tego świata, którzy teraz stają w obliczu cierpienia i szoku, kiedy w wieku 20 lat, nagle zachorują na schizofrenię. Johns Hopkins podjął współpracę z Mount Sinai School of Medicine, aby kontynuować te obiecujące badania. Obecnie rekrutują osoby w rejonie Nowego Jorku, u których rozpoznano schizofrenię i są Żydami aszkenazyjskimi. Przekazujcie tę wiadomość. I poświęćmy chwilę by cieszyć się tym co mamy.

.....

Dodać jeszcze należy, że cytowane wyżej określenie schizofrenia- które rzekomo wywodzi się od greckiego słowa schizein- rozszczepiać- ma etymologię niemiecką a nie grecką.

Bardziej poprawna etymologia tego słowa pochodzi od szamponu Schizol, czyli środka stosowanego na mózg wobec żydów aszkenazyjskich w formie nauk przytoczonych wyżej oraz w opracowaniach 'Wszystko o żydach'.

ZOFIÓWKA

W 1906 r. z inicjatywy lekarzy: Adama Wiezła, Samuela Goldflama, Ludwika Bregmana, inż. Adolfa Weisblata, Majera Rudsteina, sędziego Arnolda Szpinaka powstało Towarzystwo Opieki nad Ubogimi Nerwowo i Umysłowo Chorymi Żydami w Polsce.

W 1908 r. Towarzystwo zaczęło realizować projekt pierwszego społecznego zakładu dla umysłowo chorych żydów na terenie Otwocka. Dzięki Zofii Endelman, która w 1907 r. oddała na ten cel swoją biżuterię, zakupiono 30-morgowy teren. Zaczęto budować „Zofiówkę” - pierwszy taki zakład w Polsce.

Budową kierował inż. Adolf Weisblat według planów budowniczego architekta inż. Henryka Stifelmana.

W 1908 r. zbudowano pawilon męski. Piętrowy budynek mieścił na parterze trzy duże sale: jadalnię i sypialnie dla chorych płatnych, poczekalnię dla odwiedzających, kredens, ubikacje, pokój zapasowy i pokój do czyszczenia ubrania po pracy w ogrodzie. Na piętrze znajdowały się trzy sypialnie po 10–15 łóżek i w każdej z nich po jednym łóżku dla pielęgniarki, dwa pokoje odosobnienia dla chorych niespokojnych, pokoje dla lekarza, dla dozorczy i urządzenia sanitarne.

W 1910 r. dzięki darczyńcy Hermanowi Poznańskiemu, w odległości 100 kroków od pawilonu męskiego powstał pawilon dla kobiet. Był to budynek parterowy i składał się z dwóch dużych sypialni połączonych arkadami, sali dziennego pobytu, pokoju lekarza, pokoju zapasowego i urządzeń sanitarnych.

W 1926 r. otwarto pawilon na 60 łóżek i po zaciągnięciu pożyczki w Magistracie, pawilon następny. W 1937 r. „Zofiówka” oferowała 275 łóżek. Pierwszym kierownikiem Zakładu był dr Samuel Goldflam (1852–1932), neurolog, pionier mikroskopii układu nerwowego. Do „Zofiówki” przyjmowano zasadniczo chorych spokojnych, zdolnych jeszcze do zajmowania się jakąkolwiek pracą. Większość chorych leczono bezpłatnie na koszt Towarzystwa lub gmin. Za niewielu tylko pacjentów rodziny deklarowały pewną stałą opłatę pieniężną na cele Towarzystwa.

W dniu 01.12.1940 r. „Zofiówka” znalazła się na terenie getta uzdrowskiego. 19.08.1942 r. nastąpiła likwidacja getta. Rozstrzelano 108 chorych i trzech lekarzy, garstkę wtłoczono do wagonów, niektórym lekarzom udało się uciec (dyr. Miller), inni popełnili samobójstwo (dr Lewinówna, dr Maślanko, mgr Lichtenfeld). W 1943 r. Niemcy planowali zorganizować w „Zofiówce” ośrodek Lebensbornheim–Ostland. Urządzenia lekarskie i część ruchomości miały być za zgodą Wyższego Dowódcy SS i Policji GG dostarczone z getta z Warszawy.

Oba domy miały pomieścić około 100 matek i 150 dzieci. Jeden z nich przeznaczony został na zakład położniczy, drugi zaś na żłobek oraz dom dziecka. Zakład miał zajmować się również germanizacją dzieci polskich i przystosowaniem ich do adopcji w rodzinach niemieckich. Te plany nigdy nie zostały zrealizowane.

Po wycofaniu się Niemców w 1944 r. „Zofiówkę” zajęła Armia Czerwona i 11.06.1946 r. przekazała ją Zarządowi Miasta Otwocka. W „Zofiówce” po remoncie i adaptacji otworzono Socjalistyczny Ośrodek Szkoleniowy, następnie Centralną Szkołę Aktywu ZMP. W latach 1955–1956 utworzono Państwowe Sanatorium Przeciwgruźlicze im. Stefana Okrzei dla młodzieży w wieku powyżej 15 lat. W czasie leczenia prawie wszyscy pacjenci uczyli się w zorganizowanym w sanatorium liceum ogólnokształcącym i mogli otrzymać świadectwo dojrzałości. Zakład liczył 250 łóżek i miał wysoko wykwalifikowaną kadrę lekarską i pedagogiczną. W 1967 r. zakład został włączony do Sanatorium im. Feliksa Dzierżyńskiego i odtąd leczył dorosłych chorych na gruźlicę płuc.

W 1985 r. zakład stał się filią Zespołu Neuropsychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Zagórzcu. Z powodu dużej liczby skierowań dzieci z poradni zdrowia psychicznego podjęto decyzję o utworzeniu w Zofiówce szkoły dla dzieci klas V–VIII. W 1995 r. w „Zofiówce” zorganizowano Oddział dla Młodocianych Uzależnionych.

Przed zamknięciem i przeprowadzką do Zagórzca na Oddziałach Pulmonologii, Psychiatrii, Neuropsychiatrii w „Zofiówce” leczono dorosłych alkoholików, psychicznie chorych, młodocianych narkomanów i znerwicowanych.

Budynki „Zofiówki” od lat stoją puste i niszczeją. Podział nieruchomości próbują ustalić Gmina Wyznaniowa Żydowska w Warszawie, Marszałek Województwa i Starostwo Powiatowe.

.....

Mamy jeszcze jeden ukuty termin- a mianowicie - neuropsychiatria.

Neuropsychiatria - dziedzina medycyny, stanowiąca wspólną część psychiatrii i neurologii. W ramach neuropsychiatrii, zaburzenia funkcji psychicznych i nieprawidłowości zachowań odnoszone są do struktur i czynności ośrodkowego układu nerwowego.

Wypada jednak skomentować to objaśnienie. Skoro nie ma żadnej psychiatrii to i nie ma jakiejś neuropsychiatrii. Mogą natomiast występować zaburzenia czynnościowe związane z chorobami układu nerwowego, na przykład poudarowe, które mogą skutkować zaburzeniami zachowania oraz zaburzeniami osobowości, jak też inne uszkodzenia mechaniczne / fizyczne układu nerwowego, bo innych nie ma, ale które mogą powodować stany psychotyczne.

Z kolei termin - **nerwica** - nie oznacza stanów lękowych czyli podciągania pod urojenia, jak to jest obecnie, ale stan braku równowagi psychicznej wywołany lub spowodowany różnymi przeżyciami, najczęściej negatywnymi.

Nerwica - inaczej neurosis.

Możliwym zaburzeń nerwicowych są nierozwiązane nieuświadomione konflikty wewnętrzne, najczęściej pomiędzy dążeniami jednostki a jej możliwościami, potrzebami a obowiązkami, pragnieniami a normami społecznymi, które mogą być negatywne, represyjne lub w inny sposób niewłaściwe ale także, które mogą być właściwe a jednostka ich nie respektuje i doświadcza wewnętrznego niepokoju.

Przyjmuje się, że podstawą leczenia w większości przypadków powinna być psychoterapia - **ale psychoterapia dotychczasowa nie uwzględniała ani polityki ani historii ani kultury oraz religii , a bez tego nie można mówić o psychoterapii.**

Nerwicę zastąpiono słowem- stress - oznacza ono napięcie.

<http://www.psychologodnowa.pl/pl>

W ostatnim czasie znacznie wzrosła świadomość tego, że wiele z dokuczających nam objawów i chorób może wynikać ze stresu. W gabinetach lekarskich coraz częściej słyszymy takie określenia jak: stres, nerwica, depresja, przemęczenie, a zamiast recepty na leki otrzymujemy zalecenie, aby odpocząć i mniej się denerwować. Co dokładnie oznacza, że objaw wynika z nerwicy i jak to sprawdzić?

Nerwica – tradycyjne określenie na różne problemy psychiczne

Nerwicą określano dawniej dość szeroką grupę problemów o podłożu psychicznym. Zwykle wiązały się one ze stresem, z uczuciami strachu i niepokoju, wzmożonym zamartwianiem się i natłokiem myśli, jak również różnymi objawami somatycznymi. Obecnie nie używa się już w diagnostyce określenia nerwica, gdyż jest ono zbyt szerokie. Zastępuje się je bardziej szczegółową diagnozą taką jak np. ataki paniki czy lęk uogólniony. Określenie nerwica nadal jednak pozostało w użyciu, gdyż zwykle ułatwia komunikację i wskazuje, że problem jest raczej na tle stresowym niż wyłącznie somatycznym.

Kręta droga od objawów do diagnozy

Osoby cierpiące na nerwicę zazwyczaj doświadczają wielu różnorodnych dolegliwości fizjologicznych. Szukając ulgi korzystają z szerokiej oferty leków oraz odwiedzają gabinety lekarzy różnych specjalności. Próbuje łagodzić dokuczliwe objawy lub poszukują odpowiedzi na pytanie czy nie są to symptomy poważniejszych chorób.

Jeśli diagnostyka medyczna wskazuje, że nasze ciało jest zdrowe, lekarz może zasugerować, że problem wynika ze stresu i dopytać jaką mamy pracę, czy prowadzimy stresujący tryb życia i jak układa nam się w życiu prywatnym. Lekarze w takiej sytuacji mogą też stwierdzić, że pomocy wymaga nasza „dusza” czy „głowa”, a nie np. żołądek lub serce. Zalecają ograniczenie stresu lub udanie się do psychologa. Zalecenie pójścia do psychologa zwykle nie spotyka się z entuzjazmem, a czasem nawet może „urazić” i brzmi jakby nasz problem był „psychiczny”. Takie określenie jest jednak nie tylko stygmatyzujące, ale też zbyt upraszczające fakty i nie do końca prawdziwe.

Aktualna wiedza jasno wskazuje, że oddzielanie psychiki od ciała nie ma sensu, ponieważ te dwie sfery są ze sobą ściśle powiązane. Choć nadal można spotkać się z mówieniem o zdrowiu psychicznym i fizycznym, to współczesna medycyna postrzega człowieka bardziej holistycznie, całościowo.

Oznacza to, że na nasze zdrowie patrzy przez pryzmat zarówno genów, fizjologii, psychiki i środowiska, jak również wzajemnych powiązań między nimi – CZYLI CZEGO ?

Genów? Na pewno nie. Geny nie mają nic wspólnego z chorobami ani tym bardziej z zaburzeniami nerwicowymi i innymi.

Geny są od dziedziczenia cech osobowości, fizjonomii, rasy, ale na pewno nie chorób.

Czy psychiatria jest 'niewłaściwa'? Jest, owszem, ale trzeba znać znaczenia słowa 'niewłaściwy'. Najpopularniejsze wyrazy bliskoznaczne słowa niewłaściwe to: nieodpowiednie, niestosowne, niepoehlebne, nieakceptowalne, niekorzystne, fatalne, **złe**, niedobre, nieadekwatne, niepoprawne, mylne, błędne,

Zestawienie wszystkich synonimów do słowa **złe**:

- Belzebub, bies, Boruta, czart, czort, demon, demon zła, diabeł, kaduk,
- księżę ciemności, lichy, Lucyfer, mefisto, moc nieczysta, moc piekielna,
- nieczysty duch, Rokita, siła nieczysta, syn ciemności, szatan, z piekła rodem, wódz złych duchów, złośliwy duch, zły duch, władca piekła,

A te są dodane manipulacyjnie jako niewłaściwe :

- błędne, mylne, nieadekwatne, nieakceptowalne,
- niedobre, nieodpowiednie, niepoehlebne, niepoprawne, niestosowne,

ANTYPSYHIATRIA

W Polsce jest to temat taboo, a zagadnienie psychiatrów i ich spaczonych opinii dotyka wielu pokrzywdzonych przez nich ludzi. Do tego dochodzi problem braku ich wykształcenia oraz uregulowania statusu prawnego zawodu psychiatry. Jest to zawód fasadowy, wykonywany głównie dla pieniędzy polegający na wmawianiu zdrowym ludziom wymyślonych chorób psychicznych, które zostały ukute w wieku XIX w Niemczech. Zasadniczo tak zwana psychiatria powinna być zlikwidowana wraz ze szpitalami psychiatrycznymi, ponieważ nie jest to żadna nauka medyczna, ale pseudo-medyczna wymyślona przez schizofrenika i żyda chazarskiego Shlomo Freuda, który się przezwiał Zygmunt Freud.

Sigmund Freud (ur. jako żyd **Sigismund Schlomo Freud** 6 maja 1856 w Příborze, zm. 23 września 1939 w Londynie) – austriacki lekarz żydowskiego pochodzenia, neurolog, twórca psychoanalizy (oraz psychiatrii - której początki to psychoanaliza). Mieszkał w Wielkiej Brytanii.

https://pl.wikipedia.org/wiki/Sigmund_Freud

Pod linkiem <https://pl.wikipedia.org/wiki/Psychiatria>

- brak jest autorów oraz twórców pseudo- nauki zwanej ‘ psychiatrią’.

Jest to tylko wzmianka o tym, że :

Początki naukowej psychiatrii przypadają (RZEKOMO) na wiek XVIII, kiedy uporządkowano KTO ? i uszczegółowiono KTO ? podstawy teoretyczne nauki i zaczęto KTO? przywiązywać większą wagę do humanitarnych warunków leczenia. W wieku XX psychiatria stała się KTO ? w pełni rozwiniętą, regularną nauką znającą biologiczne mechanizmy problemów zdrowotnych, posiadającą rozbudowane zaplecze teoretyczne, klasyfikacje chorób i szeroką wiedzę KTO ? na temat sposobów ich leczenia.

**A TO SĄ FAŁSZERSTWA O WIELKICH STAROŻYTNYCH
GRECKICH ORAZ PERSKICH MEDYKACH**

KTO ICH DZIEŁA PRZEROBILI I SFALSZOWALI oraz KIEDY ? Przerabiali je żydzi.

Warto by sprawdzić daty , miejsca oraz autorów przekładów tych dzieł.

Jeśli był stwierdzony brak oryginału , lub tylko zachowane fragmenty lub tylko inne dalsze przekłady , to wszystko jest jasne. Brak jest na ten temat informacji przy omawianiu psychiatrii.

Spreparowana Historia psychiatrii

Czasy starożytne

Najstarszym zabytkiem piśmienniczym medycyny greckiej dotyczącym m.in. zaburzeń psychicznych jest przerobiony czyli sfalszowany Corpus Hippocraticum powstałe około 440–350 r. p.n.e. tradycyjnie przypisywane Hippokratesowi, zaś w istocie stanowiące zbiór traktatów autorstwa różnych lekarzy pochodzących z dwóch ośrodków: szkoły w Kos i szkoły w Knidos[21]. W tej drugiej narodziła się koncepcja humoralna tłumacząca powstawanie chorób, w tym też psychicznych. Zakładała ona, że równowaga płynów ustrojowych w organizmie warunkuje stan zdrowia, zaś zakłócenie owej równowagi jest przyczyną chorób. Wyróżniano cztery płyny organizmu (cztery humory) oraz odpowiadające przewodze każdego z nich cztery typy konstytucjonalne: żółć jasna (typ choleryczny), krew (typ sangwiczny), śluz (typ flegmatyczny) i żółć ciemna (typ melancholiczny). Teoria humoralna była następnie rozwijana przez szkołę w Kos, do której należał Hippokrates[21]. Przyjmowano przykładowo, że nagromadzenie się w mózgu śluzu oraz jego nadmierne rozgrzanie, ochłodzenie lub jego nadmierna wilgotność odpowiadają za występowanie objawów zaburzeń psychicznych takich, jak urojenia, omamy, smutek, lęk czy też koszmary[21]. W przekonaniach tych wybrzmiewał istotny dla rozwoju wiedzy o chorobach psychicznych pogląd Alkmaiona z Krety (przełom VI–V w. p.n.e.), który jako pierwszy przypisał mózgowi funkcje kierownicze w ciele i uznał mózg za siedlisko duszy rozumnej, które połączone jest kanałami ze zmysłami. Teoria humoralna cieszyła się uznaniem w kolejnych wiekach. W czasach rzymskich była rozwijana przez takich lekarzy, jak Galen z Pergamonu[21]. W średniowieczu rozwinięto ją przypisując każdemu z czterech typów konstytucjonalnych nie tylko cechy somatyczne, ale również psychiczne[21].

W czasach Cesarstwa Rzymskiego kontynuatorami świeckiej sztuki leczenia był Asklepiades (II/I w. p.n.e.), uważany za założyciela szkoły metodyków. Metodycy akcentowali znaczenie opracowywania skutecznych metod leczenia w kontraście do rozwijania koncepcji teoretycznych, które ich zdaniem jedynie odwracały uwagę od spraw praktycznych. Jednocześnie odrzucali oni teorię humoralną na rzecz poglądu, że więzi pomiędzy ciałami stałymi odpowiadają za morfologiczną jedność organizmu. Cechowało ich także szerokie stosowanie fizykoterapii[21].

Znanym pisarzem i encyklopedystą, choć nie lekarzem, był Aulus Cornelius Celsus (53 r. p.n.e.–7 r. n.e.), który w swoich pismach propagował m.in. drastyczne metody postępowania wobec osób chorych psychicznie takie, jak głodzenie, krępowanie, przetrzymywanie w ciemnych pomieszczeniach, wywoływanie w nich przestachu, przerażenia, a nawet bicie i chłosta. Ich celem było według autora „zmuszenia chorych do opamiętania”. Część medyczna encyklopedii Celsusa zachowała się do czasów współczesnych, a zaproponowane przez niego metody wywarły niekorzystny wpływ na kształtowanie się sposobów postępowania z chorymi psychicznie w kolejnych wiekach. Drugą istotną z rzymskich szkół medycznych była szkoła pneumatyków.

Według ich poglądów substancją uczestniczącą w podtrzymujących życie przemianach, pełniącą funkcję duszy i odpowiedzialną za zjawiska psychiczne była *pneuma* (pojęcie to różnych znaczeniach pojawiało się wcześniej m.in. pismach filozofów i w Corpus Hippocraticum).

Wśród lekarzy rzymskich na szczególną uwagę bez wątpienia zasługuje Galen z Pergamonu (ok. 130–200 r. n.e.), przedstawiciel szkoły pneumatyków, twórca Corpus Galenicum.

Łącząc teorie Arystotelesa i Platona, Galen opisał stanowiące jedność duszę i ciało jako hierarchiczne struktury: a) najniższe miejsce zajmowała dusza pożądliva związana z wątrobą; b) pośrednie – dusza pobudliwa, w której powstają afekty, a która wiąże się z sercem; c) kierownicze miejsce zajmowała dusza rozumna związana z mózgiem i działająca poprzez układ nerwowy. Według Galena, stan zdrowia to stan harmonii, tj. właściwych proporcji pomiędzy wymienionymi trzema strukturami, czy też instancjami duszy. Z kolei mózg uznawany był przez Galena za siedlisko duszy, zaś *pneuma* za jej narzędzie. Znane było Galenowi leczenie przez filozofów niedomagań duszy za pomocą „narzędzi rozumu”, co pozostawało poza kręgiem zainteresowań starożytnych lekarzy, jakkolwiek stanowiło pod pewnymi względami odpowiednik dzisiejszych metod psychoterapeutycznych[21].

LUKA OD II wieku - NIE BYŁO CHORYCH PSYCHICZNIE ??

Pierwsze ośrodki, których misją było leczenie zaburzeń psychicznych i które można uznać za prototypy szpitali psychiatrycznych, powstały w świecie arabskim, w VIII lub IX wieku. W powstałym w 874 r. szpitalu w Al.-Qata (obecnie dzielnica Kairu) wobec chorych psychicznie stosowano m.in. muzykoterapię[21].

Na jakich grano wtedy instrumentach ?

Według części autorów, podobne ośrodki został zbudowany w Bagdadzie już w 705 r., a następnie również w Fezie. Zasadą lekarzy muzułmańskich było nie tylko zaadaptowanie dorobku lekarzy starożytnych, zwłaszcza Galena, lecz także istotne wzbogacenie go o liczne i wnikliwie obserwacje kliniczne. Szczególne zasługi na tym polu miał Razes (pers. *Abu Bakr Muhammad ibn Zakarijja ar-Razi*, 865–925), autor popularnego dzieła *Pełne studium medycyny (Kitab al-hawi fi at-tibb)*[21]. Zaproponował on fizjologiczne wyjaśnienia zaburzeń psychicznych w kombinacji z psychologicznymi metodami terapeutycznymi.

Jemu współczesny badacz, arabski lekarz Najab ud-din Muhammad dostarczył szczegółowych opisów wielu zaburzeń psychicznych, tj. depresja, nerwica, priapizm, niemoc seksualna (arab. *Nafkhae Malikholia*), psychoza (ar. *Kutrib*) czy stan manii (ar. *Dual-Kulb*)[22]. 'Ali Ibn Sahl Rabban al-Tabari (838-870), autor pierwszej arabskiej encyklopedii medycznej, doceniwszy wagę wsparcia psychicznego dla osób chorych jako pierwszy wprowadził pojęcie psychoterapii (arab. *al-'ilaj al-nafs*)[21].

W XI w. perski lekarz i filozof, Awicenna (pers. *Abū 'Alī al-Husayn ibn 'Abd Allāh ibn Al-Hasan ibn Ali ibn Sīnā*, 980-1037), stosował leczenie bazujące na przekonaniu o fizjologicznych źródłach psychopatologii. Stworzył koncepcję relacji między pulsem a uczuciami wewnętrznymi[22]. Awicenna był także wczesnym prekursorem neuropsychiatrii, jako pierwszy opisał różne zaburzenia psychiczne: halucynacje, bezsenność, koszmary nocne, melancholię, demencję, epilepsję, paraliż itp

Średniowieczna Europa

Średniowieczna Europa uzyskała dostęp do starożytnych dzieł literatury medycznej za pośrednictwem pisarzy islamskich. Przekład na język łaciński wiedzy lekarzy starożytnych wzbogacony o dorobek medycyny islamskiej nastąpił w XI w. we Włoszech, w XII w. w Hiszpanii i był kontynuowany w XIII w.[21] W środowiskach akademickich dzieła starożytne zyskały status dogmatów. Dużą popularnością wśród lekarzy zachodnioeuropejskich cieszył się *Kanon medycyny* autorstwa Awicenny.

Popularyzacji poglądów dualistycznych towarzyszyło przekonanie, że zaburzenia psychiczne są chorobami duszy. Jednocześnie medycyna znajdowała się pod istotnym wpływem popularnej w średniowieczu astrologii. W następstwie dominacji dualizmu, poglądów wyrażających pogardę dla życia ziemskiego oraz uprzedzeń wobec budzących lęk i niezrozumiałych zachowań chorych psychicznie, traktowanie tej grupy pacjentów stało się opresyjne. Nierzadko uciekano się do drastycznych metod proponowanych przez Celsusa.

KOGO TO DOTYCZY ?

Chorzy psychicznie byli marginalizowani, a ich status społeczny bliski był statusowi złoczyńców i przestępców. Postrzeganie ich, jako opętanych, bądź posądzanie o czary narażało chorych na wykluczenie społeczne, stygmatyzację i prześladowania[21]. Osobiste doświadczenie przez św. Jana Bożego (1495–1550) losu osoby chorej psychicznie, zamkniętej w szpitalu, jak również bycie świadkiem nieludzkich sposobów postępowania ze współpacjentami, dało początek jego planom założenia własnego szpitala, w którym chorzy byliby godnie traktowani i przyczyniło się do powstania rzymskokatolickiego zakonu szpitalnego Bonifratrów w 1540 r. w Hiszpanii, którego jedną z głównych misji jest opieka nad chorymi psychicznie[21].

Obiekty przeznaczone dla osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi tworzone były w Europie od XIII w., jednak pełniły jedynie rolę instytucji opiekuńczych, nie zapewniając żadnych form terapii[24]. Założony w XIII w. w Londynie Bethlem Royal Hospital należy do jednych z pierwszych szpitali psychiatrycznych jakie pojawiły się w Europie – był prowadzony aż do 1948 r[25].

Legenda o męczeńskiej śmierci księżniczki pochowanej w Geel w Antwerpii i cudownych uzdrowieniach chorych psychicznie pielgrzymujących do miejsca jej pochówku dały początek zwyczajowi opieki rodzinnej nad chorymi psychicznie. Lokalni mieszkańcy, słynący z przyjaznej postawy wobec chorych psychicznie, trudnili się, poza obsługą pielgrzymów, również przyjmowaniem pod opiekę swoich rodzin osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, tym samym zapewniając im lepsze warunki bytowania niż azyle czy szpitale[21].

W świetle badań mediewistów – czyli kogo -? brak nazwisk - chorymi psychicznie często opiekowano się w nadziei na ich wyleczenie i próbowano różnych metod terapii, uwalniano od odpowiedzialności karnej jako niepoczytalnych, a przede wszystkim – zdawano sobie sprawę z chorobowego, a nie metafizycznego podłoża ich nietypowych zachowań. Wyróżniano trzy grupy chorób psychicznych: szał, manię i melancholię, będące jakoby efektem nadmiaru określonych humorów[26]. W 1656, Ludwik XIV stworzył publiczny system opieki nad osobami dotkniętymi zaburzeniami psychicznymi, jednak miał on jedynie na celu zapewnienie cierpiącym dachu nad głową i odseparowanie ich od społeczeństwa, nie oferując żadnego leczenia[25].

W 1758 angielski lekarz William Battie -

rasę semicką widać po nosie i ryju- napisał

„Traktat o szaleństwie”, w którym wzywał

do wprowadzenia leczenia w tego typu placówkach[27].



Trzydzieści lat później, król Anglii Jerzy III zapadł na chorobę psychiczną[28]. Po poprawie jego stanu w 1789, zaczęto uważać, że zaburzenia psychiczne nie są nieuniknione i mogą podlegać skutecznej terapii[28].

Chory psychicznie wg żydów król Jerzy III, urodzony jako *George William Frederick* (ur. 4 czerwca 1738 w Londynie, zm. 29 stycznia 1820 w Windsorze, Berkshire) – ostatni (od 25 października 1760) król Wielkiej Brytanii i Irlandii i pierwszy (od 1801) król Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii, ostatni elektor i książę oraz pierwszy król (od 1814) Hanoweru. Jedyny król Anglo-Korsyki w latach 1794-1796. Był też księciem Saksonii-Lauenburga.

Jerzy III był władcą o dużej inteligencji, chociaż nerwowym, co z czasem doprowadziło go do choroby. Za jego panowania nastąpił bunt kolonii brytyjskich w Ameryce Północnej i powstały Stany Zjednoczone.

Cieszył się wielką popularnością poddanych. Obdarzony świetną pamięcią, znał imiona wielu zwykłych ludzi: służby, rolników, farmerów. Nie był domatorem, lecz lubił jeździć na wieś, gdzie doglądał upraw i hodowli. Nadano mu z tego powodu przydomek „król-farmer”, z którego był bardzo dumny. W odróżnieniu od swych poprzedników, król często interesował się posiedzeniami Izby Gmin i ich przedmiotem.

Wspomagał wiernych mu Bute'a, a potem Pitta, wieloma ciepłymi słowami i radami. Potrafił przeorsować swoją wolę w czasach, w których mówiono, że „Parlament może wszystko, a król nic”. Zrobił wszystko, by zachować kolonie amerykańskie (przez szeregi armii brytyjskiej Charlesa Cornwallisa przewinęło się wtedy 160 tysięcy ludzi). Pomoc udzielona kolonom przez Francję przeważała jednak szalę na korzyść Jerzego Waszyngtona i powstańców. Odtąd król popierał mocniejsze zakorzenienie się wpływów brytyjskich w Indiach, by zrekompensować tym samym utratę kolonii w Ameryce Północnej.

Jerzy III panował przez niemal 60 lat – a zatem najdłużej w historii Wielkiej Brytanii po królowej Wiktorii i Elżbiecie II.

Cień na jego sprawnym panowaniu położyła jedynie ciężka choroba. Cierpiał na porfirię (charakterystycznym objawem tej choroby jest ciemnoczerwony mocz), która może mieć bardzo wyniszczający wpływ na organizm ludzki. W zaawansowanym stadium powoduje silne bóle brzucha, skurcze, a nawet drgawki podobne do epileptycznych.

Skąd się wzięła ta choroba? Z trucizna króla. Według najnowszych badań chorobę tę spowodowała wieloletnia kumulacja w organizmie króla arszeniku....

Choroba często nie jest prawidłowo diagnozowana i nawet w dzisiejszych czasach bywa mylnie rozpoznawana jako choroba psychiczna

cd.

W 1792 francuski uczoney, Philippe Pinel, uważany za ojca nowoczesnej psychiatrii wprowadził humanitarne metody leczenia zaburzeń psychicznych, uwalniając dotkniętych nimi z kajdan i konieczności znoszenia okrutnych praktyk „lecniczych”[28].

William Tuke wprowadził te metody na angielski grunt otwierając The Retreat, pierwszą w Anglii placówkę leczniczą dla osób chorych psychicznie, stosującą nowoczesne metody terapii. W krótkim czasie instytucja ta stała się wzorem w świecie humanitarnej psychiatrii[29].

XIX wiek

Narrenturm (Wieża głupców) – wybudowana w Wiedniu w 1784 roku.

Na przełomie XVIII i XIX w. zachodnia Europa posiadała tylko kilkaset podopiecznych w azylach dla „szaleńców”[30]. Jednak już na początku XIX wieku liczba ta wzrosła do setek tysięcy[30]. W USA do 1904 r. żyło 150 tysięcy pacjentów szpitali psychiatrycznych[30]. (.....)

Źródła do tych preparacji :

<http://www.neuropsychiatrya.org/pl/neuropsychiatrya>.

- Janusz Rybakowski, Stanisław Pużyński, Jacek Wciórka: *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*. T. 1. Wrocław: Elsevier, Urban & Partner, 2010, s. 15.
- Ibrahim B. Syed PhD, „Islamic Medicine: 1000 years ahead of its times”, *Journal of the International Society for the History of Islamic Medicine*, 2002 (2): 2–9 [7–8].
- Safavi-Abbasi S., Brasiliense LB., Workman RK., Talley MC., Feiz-Erfan I., Theodore N., Spetzler RF., Preul MC. *The fate of medical knowledge and the neurosciences during the time of Genghis Khan and the Mongolian Empire*. „Neurosurgical focus”. 1 (23), s. E13, 2007. DOI: 10.3171/foc.2007.23.1.13. PMID: 17961058.
- Edward Shorter: *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. Wiley, s. 4. ISBN 978-0-471-24531-5.
- Edward Shorter, *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York: John Wiley & Sons, Inc, 1997, s. 5, OCLC 34513743.
- Robert Kościelny. *Piekło za życia?*. „Wiedza i Życie”. 2019 (12). I
- Edward Shorter, *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York: John Wiley & Sons, Inc, 1997, s. 9, I OCLC 34513743.
- Elkes A., Thorpe J.G. (1967). *A Summary of Psychiatry*. London: Faber & Faber, p. 13.
- Borthwick A., Holman C., Kennard D., McFetridge M., Messruther K., Wilkes J. (2001). The relevance of moral treatment to contemporary mental health care. *Journal of Mental Health*, 10, p. 427-439.
- Edward Shorter, *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York: John Wiley & Sons, Inc, 1997, s. 34, OCLC 34513743.
- Edward Shorter, *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York: John Wiley & Sons, Inc, 1997, s. 35, OCLC 34513743.
- Edward Shorter, *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York: John Wiley & Sons, Inc, 1997, s. 41, OCLC 34513743.
- Edward Shorter, *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York: John Wiley & Sons, Inc, 1997, s. 40, OCLC 34513743.

- Edward Shorter, *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York: John Wiley & Sons, Inc, 1997, s. 46, OCLC 34513743.
- Edward Shorter, *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York: John Wiley & Sons, Inc, 1997, s. 48,

Edward L. Shorter (ur. 1941 w Evanston) – kanadyjski socjolog, historyk medycyny, University of Toronto. Autor prac poświęconych historii seksualności, historii psychiatrii, historii rodziny. W Kanadzie także żyją żydzi, między innymi Rockefeller i wielu innych.



Wieża Głupców- straszliwe więzienie katownia dla niewygodnych ludzi, także uczonych prototyp współczesnych szpitali psychiatrycznych.

Narrenturm (Wieża Głupców, a lepiej powiedzieć Szaleńców) w Wiedniu była pierwszą instytucją w Europie kontynentalnej, która została zbudowana wyłącznie do leczenia obłąkanych. Dzisiaj kryje mroczną kolekcję Muzeum Anatomiczno-Patologicznego, jeden z największych takich zbiorów na świecie. Tysiące fragmentów ludzkich ciał i szkieletów wypełnia cele, których ściany pamiętają krzyki szalonych pacjentów. Trzeba przyznać, że trudno pozbyć się tu gęsiej skórki. Narrenturm wygląda jak więzienie o zaostrzonym rygorze, choć odnowione elewacje nieco łagodzą to wrażenie.

- Wieża Szaleńców została zbudowana w 1784 roku z inicjatywy Józefa II, syna Marii Teresy.
- Jej kształt miał związek z ówczesnym spojrzeniem na choroby psychiczne. Niespokojni obłąkańcy mieli dużo chodzić, maszerować w nieskończoność
- Pensjonariuszom upuszczano regularnie krew i podawano środki wymiotne.
- Dzisiaj jest tu Muzeum Patologiczno-Anatomiczne, jedno z największych tego typu na świecie. Ze względu na drastyczność eksponatów nie wolno fotografować

Józef II sympatyzował z masonami, dlatego instytucji dla obłąkanych, którą kazał wznieść, nadał symboliczne znaczenie. Obwód wieży wynosi 66 wiedeńskich sążni - w tradycji żydowskiej 666 jest liczbą szatana, 28 cel na każdym piętrze odnosiło się do żydowskiej kabały – liczby 28, która jest liczbą miesiąca księżycowego.

Jak wyciągać kasę na przykrywki :

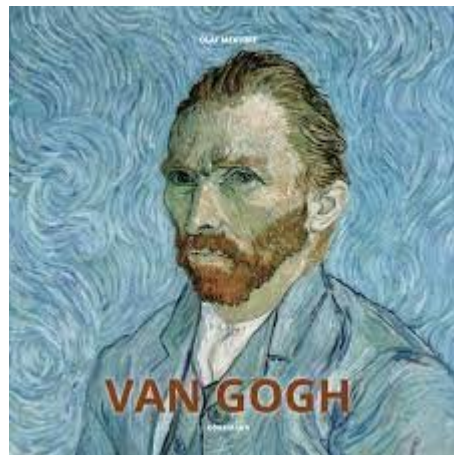
Ośrodek Pomocy Społecznej w Majdanie Królewskim złożył do Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej wniosek o dofinansowanie projektu pt. „Strefa zdrowego myślenia ” w ramach konkursu – Oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Ta inicjatywa Ośrodka wynika z potrzeb środowiska lokalnego, osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi oraz członków rodzin i opiekunów, którzy żyją w otoczeniu tych osób. Przeciwdziałanie wykluczeniu, włączanie osób chorych psychicznie do aktywnego życia społecznego, rozwój osobisty oraz zmiany mentalności myślenia o chorobie psychicznej w społeczności lokalnej, to główne cele projektu.

Opluty przez żydów wraz z portretami geniusz Vincent van Gogh .

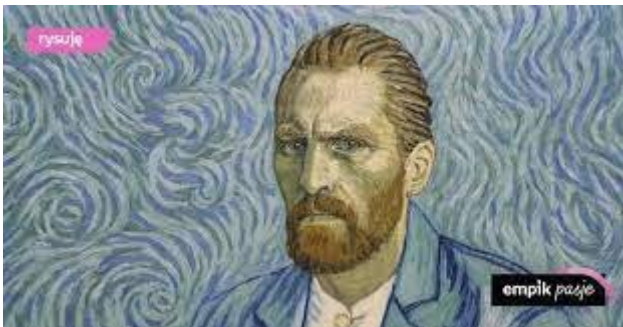


Autoportret

To jest prawdziwy geniusz Vincent Van Gogh-
z którego zrobiono schizofrenika !



A to jest ordynarna podróba a la żyd semicki !



Prawdziwy



Fałszywy namalowany jako żyd

Chyba widać różnicę po nosie i całej głowie ?
Do takich rzeczy zdolni byli i są żydzi.

PINEL ŻYDOWSKI TWÓRCA ŻYDOWSKIEJ PSYCHIATRII

Za inicjatora krytycznego podejścia do dziejów psychiatrii uważany jest węgierski psychoanalityk Thomas Szasz. Początki tego nurtu przypadają na lata 60. XX w. Wtedy to wydano sztandarowe dzieło Szasza *Mit choroby psychicznej*, gdzie wyrażony został sprzeciw wobec psychiatrów. Sprzeciw ten nie dotyczył jednak ich nadzoru nad pacjentami, ale tego, że nazywali siebie naukowcami. Ojciec antypsychiatrii proponuje, by wyrażenie „choroba psychiczna” potraktować jako metaforę, figurę językową i na jej miejsce wprowadzić eufemistyczne określenie „zaburzenia psychicznego”. Miał być to pierwszy krok na drodze obalenia głównych fałszywych konstruktywów myślowych współczesnej psychiatrii.

Podwaliny pod koncepcje antypsychiatryczne na płaszczyźnie praktycznych działań położyła organizacja scjentologiczna. Założył ją w roku 1951 Lafayette Ronald Hubbard jako swoistą alternatywę dla psychologii, psychoterapii i właśnie psychiatrii, a zatem dla dziedzin, które według nauk scjentologów miały przyczynić się do śmierci wielu ludzi. Prawdziwie leczące były zgodnie z tym podejściem jedynie tzw. technologie Hubbarda. Kościół scjentologiczny w swych początkach zasadzał się więc na ataku m.in. na psychiatrię. Dopiero następna dekada przeniosła ową krytykę na płaszczyznę teoretyczną. I choć sama antypsychiatria niejednokrotnie odcinała się od scjentologii, to obydwie ruchy połączyły swe siły, by stosunkowo niedawno, bo w roku 2005, otworzyć w Los Angeles szokujące muzeum „Psychiatria: Przemysł Śmierci”, poświęcone mrocznej stronie nauki o terapii osób chorujących psychicznie.

Mit początków psychiatrii nie mógł być przyjmowany z tą samą naiwnością co historie narodzin innych dziedzin wiedzy medycznej, również z powodu oczywistego związku psychiatrii z psychoanalizą. Szczególnie że twórca tej drugiej zasłynął z rewizjonistycznej wizji historii i przywiązania do prowadzenia demaskatorskich badań nad początkami jako kluczem do zrozumienia danego zjawiska. Z podejrzliwością wobec przeszłości wiąże się szczególnie jeden z tekstów Zygmunta Freuda *Romans rodzinny neurotyków (Der Familienroman der Neurotiker)* z roku 1909, gdzie przedstawiona zostaje fantazja dziecka o byciu adoptowanym. Jak zauważa Maria Janion, „Freuda najbardziej fascynował *Familienroman*, czyli scenariusz jednego z podstawowych fantazmatów, dotyczący początków i pochodzenia”.

Tym trudniejsza robi się odpowiedź na pytanie, jak narodziła się psychiatria. Już w sam kontekst powstania nowoczesnego szpitala psychiatrycznego wpisana jest niejednoznaczność. Mamy rok 1793. Paryż po rewolucji francuskiej, w którym znajdujemy dwa szpitale ogólne (*hospitiaux généraux*): Bicêtre przeznaczony dla mężczyzn i Salpêtrière dla kobiet. Status tych instytucji, w których trzymano głównie obłąkanych, był różny od innych szpitali. Miejsca te pełniły funkcje nadzorcze, a nie lecznicze. Rząd jakobiński powierza wówczas kontrolę nad obydwojema szpitalami stosunkowo młodemu, bo zaledwie 38-letniemu, lekarzowi – Pinelowi. Ten z kolei w reformatorskim geście rozkuwa z kajdan obłąkanych w Bicêtre, co zresztą uwiecznione zostało na wielu obrazach. Warto jednak zaznaczyć, że samo polecenie wydał ówczesny dyrektor szpitala Jean-Baptiste Pussin a nie Pinel.

Ten symboliczny gest z roku 1793 stanowi osobliwy mit założycielski psychiatrii. Osobliwy, bo nie ma zgody co do tego, czy Pinel postąpił słusznie. Lecz nie o środki przymusu tu chodzi, tylko o to, jak zinterpretować tak zarysowane narodziny psychiatrii. Jedni sądzą, że dopiero za sprawą Pinela dostrzeżono w szaleńcu już nie tyle zbrodniarza, ile człowieka chorego, cierpiącego, potrzebującego medycznej pomocy. Inni, przedstawiciele nieklasycznych historii psychiatrii, zdają się interpretować ten fakt zgoła przeciwnie: jako posiadający dla samych obłąkanych negatywny wydźwięk.

Kim byli ci szaleńcy ? Byli to przeciwnicy jakobińskiego terroru.

Protopsychoterapia – leczenie moralne

Jest jeszcze jedna kontrowersja związana z nazwiskiem ojca psychiatrii. Pinel – obok wspomnianego Tuke'a i Chiarugiego – uważany jest za twórcę terapii moralnej chorych umysłowo, zastosowanej po raz pierwszy pod koniec XVIII w. To Pinel wprowadził pojęcie le traitement moral, co przetłumaczono u nas jako terapię moralną właśnie.

Jest to nieprawda i kłamstwo ! Po ponad dwóch wiekach można wszystko przerebić oraz spreparować.

Znaczenie tego sformułowania odnosi się do leczenia umysłowego czy też psychologicznego, polegającego na celowym wykorzystywaniu relacji lekarz–pacjent i bezpośrednim wpływie na psychikę pacjenta. W podejściu tym, obejmującym rozmowę z pacjentem, klasyczni historycy psychiatrii dopatrywali się kroku naprzód w stosunku do wcześniejszych, brutalnych metod leczenia obłąkanych. Widzieli w nim prototyp psychoterapii.

Przeciwna interpretacja wskazywała, iż był to w istocie krok do tyłu, który utorował drogę „moralnemu zarządzaniu” chorymi umysłowo i zahamował rozwój terapii somatycznej, w której poprzez zmiany organiczne dochodzi się do przywrócenia zdrowia psychicznego pacjenta. Według Pinela (czytaj doróbkę fałszerzy żydowskich) to jednak właśnie terapia moralna miała decydować o różnicy między nowoczesnymi zakładami psychiatrycznymi a zwykłymi przytułkami dla obłąkanych.

To jest prawda a nie Pinel:

Nawet jeśli na moment odrzucić kontrowersje związane z jej warstwą interpretacyjną i pozostać na poziomie znajomości faktów, historia początków leczenia chorych umysłowo wciąż nie jest prosta. **Niektórzy historycy wykazują, że metodę terapii moralnej zastosował jako pierwszy – już w roku 1793 – Vincenzo Chiarugi z Florencji.** W jego wykonaniu polegała ona na rozbudzaniu i pielęgnowaniu nadziei wśród chorych umysłowo. Jak pisze w swoim Traktacie medyczno-filozoficznym – przypisywanemu później celowo Pinelowi - pacjentów należy „poddąć swego rodzaju leczeniu psychologicznemu [d’institution morale], aby wykształcić i wzmocnić w nich władze umysłowe”.

Dalszy opis rzekomego autorstwa Pinela wskazuje, że inspiracją dla stworzenia tej metody leczenia był sposób traktowania pacjentów, który przyjęła żona ówczesnego dyrektora szpitala w Bicêtre – Marguerite Jubline Pussin. Miała ona uratować kilku chorych psychicznie przed śmiercią głodową, zdobywając ich zaufanie. Rzekomo to Pinel opisuje w traktacie sytuację, gdy madame Pussin – jak ją nazywa, nie zdradzając nigdzie jej imienia – przekonała do spożycia posiłku pacjenta będącego na skraju wyczerpania głodowego. Długo z nim rozmawiała, sama nieraz zachowywała się jak obłąkana, czym udało jej się pozyskać sympatię i ufność chorego.

Według opisu samego ojca terapii moralnej metoda ta nie powstałaby bez inspirującego wpływu pani Pussin. W początki terapii moralnej wpisana więc została formacyjna rola kobiet. Podobnie jak w początki nurtu psychoanalitycznego, o których nieraz mówi się nieco humorystycznie (i mizoginistycznie), że psychoanaliza rozpoczęła się dzięki kobietom, pierwszym pacjentkom Freuda, które były na tyle gadatliwe, że przyczyniły się do stworzenia formuły, w której to pacjent mówi, a analityk słucha. Jednak udział kobiet, a właściwie konkretnej kobiety, w powstaniu terapii moralnej jest o wiele poważniejszy. Można by napisać, że Marguerite Jubline Pussin była twórczynią le traitement morale.

Tu mamy poglądy psychiatryczne czyli zwalczanie religii i moralności nazywanych jako naiwne moralizatorstwo:

Nie sposób zyskać pełnego wyobrażenia o tym, jak wyglądało stosowanie techniki terapii moralnej. Jej niejasne początki mają też mglistą kontynuację w postaci spopularyzowania tej metody leczenia w Anglii przez kwakra Williama Tuke'a, któremu dziś zarzuca się naiwność i nadmierną wiarę w zwycięstwo siły woli nad chorobami psychicznymi.

Niektórzy badacze historii psychopatologii przekonują jedynie, że „reformatorzy moralni, jak Tuke i Pinel, widzieli w szaleństwie załamanie wewnętrznej, racjonalnej dyscypliny chorego”. Inaczej niż przedstawiciele – uważanej za przeciwieństwo – terapii somatycznej, nazywanej również leczeniem fizycznym lub cielesnym, gdzie poprzez zmianę organiczną, **bez moralizatorstwa**, dochodzono do przywrócenia zdrowia psychicznego pacjenta. W historii idei leczenia chorych umysłowo szczególnie na terenie Francji doszło więc do podziału metod terapeutycznych na leczenie: moralne oraz fizyczne.

Warto zwrócić uwagę, że interesująca mnie idea terapii psychicznej trafiła na podatny grunt również w Stanach Zjednoczonych, gdzie Benjamin Rush (uważany za ojca amerykańskiej psychiatrii) prowadził pod koniec XVIII w. rozważania na temat perswazji moralnej, wyprzedzając – zdaniem jego biografów – późniejsze koncepcje leczenia psychologicznego. Co więcej, ówczesne prowadzone badania statystyczne wykazały, iż skutki leczenia tym „naiwnym” (w naszych oczach) podejściem w szpitalu założonym przez Rusha niewiele różniły się od efektów uzyskiwanych we współczesnych, nowoczesnych instytucjach.

Dopiero jednak terapia moralna w rozumieniu badaczy z okresu niemieckiego romantyzmu antycypowała nowożytną psychoterapię. Znani pionierzy leczenia psychicznego: Johann Ch.A. Heinroth, Carl W. Ideler, Heinrich W. Neumann i inni, zwracali szczególną uwagę na rozmowę z chorym. I na odwoływanie się – podczas prekursorских sesji talking cure – do pragnień, namiętności i poczucia winy, będących przyczyną cierpienia pacjenta. Tak rozumiana terapia psychologiczna dominowała do poł. XIX w., by następnie zostać niemal zupełnie wyrugowaną przez KTO? metody somatyczne.

Protopsychoterapia – mesmeryzm i hipnoza

Nawet powyższa minipowieść o początkach myślenia psychiatrycznego i psychoterapeutycznego budzi liczne kontrowersje. Powszechnie przyjmuje się bowiem, że nowożytnej psychoterapii nie było przed psychoanalizą. Ta natomiast wyrosła z magnetyzmu zwierzęcego (mesmeryzmu), którego swoiste rozwinięcie w 2. poł. XIX w. stanowiła technika hipnotyczna. Hipoteza mówiąca o tym, że psychoterapia tkwi korzeniami w wyżej omówionej terapii moralnej, budzi wiele kontrowersji, bo zwraca uwagę na związki psychoterapii z manipulacją, moralizatorstwem, społecznym nadzorem i umieszczaniem obłąkanego w sferze społecznego wykluczenia. Argument ten wielokrotnie podnosili krytycy psychoterapii, stąd zapewne tak trudno przedostać się tej hipotezie do głównego nurtu historiografii psychiatrycznej.

Lecz powtarzana opowieść o wprowadzeniu psychoterapii do Francji dzięki Mesmerowi ma również punkty kontrowersyjne. Niemiecki lekarz Franz Anton Mesmer stworzył metodę, którą sam nazwał „magnetyzmem zwierzęcym”. W określeniu „zwierzęcy” (animal) chodziło mu o procesy, które zachodzą w świecie organizmów żywych. O podkreślenie, że jego doktryna dotyczy nie metali, ale materii ożywionej. Pisał, że nośnikiem wzajemnego wpływu między ciałami niebieskimi i organicznymi jest fluid magnetyczny. Jego przepływy można odpowiednio kierować: wzmacniać je lub osłabiać. Mesmer na początku korzystał z namagnesowanych metali, które przeciągał wzdłuż ciała pacjenta w celu manipulowania fluidami. W roku 1774 nastąpiła zmiana w modelu terapii magnetyzmem.

Wtedy to Mesmer zauważył, że jego ciało może również zachowywać się jak magnes. A właściwie stwierdził, że ciało lekarza jest najlepszym magnesem. W jego ujęciu terapia magnetyzmem polegała więc na oddziaływaniu na chorego poprzez wywoływanie u niego specyficznego stanu snu magnetycznego, połączonego z konwulsjami (napadami). W tym celu stosował tzw. głąski mesmeryczne, rodzaj bezpośredniego oddziaływania magnetyzera na pacjenta. Warunkiem niezbędnym każdej terapii było doprowadzenie chorego do stanu, który objawiał się wspomnianym atakiem spazmów i paroksyzmów. Chodziło o kryzys (crise) – wstrząs, moment przełomowy, najcięższy etap w chorobie. A najlepszym sposobem na wywołanie tego kryzysu był właśnie magnetyzm zwierzęcy. Czyli wzmocnienie przepływu fluidu magnetycznego u chorego. Fluidu, który ożywia nerwy, czyniąc je drażliwymi. Te zaś, jeśli są osłabione, tzn. chore, pod wpływem magnetyzmu podatne są na wstrząsy.

Kiedy w roku 1778 Mesmer przyjeżdża do Paryża, to równie często co bezpośredni kontakt z pacjentem stosuje balię wypełnioną opiłkami żelaza (baquet de Mesmer). Ten wynalazek umożliwił mu wprowadzenie osobliwej terapii grupowej. Z wanny wypełnionej opiłkami wychodziły żelazne pręty. Wokół naczyń stawali pacjenci, trzymając tyki w rękach i pobierając leczniczy fluid. Zarówno przy gładkach magnetycznych, jak i w przypadku balii jedynym czynnikiem leczącym według Mesmera był fluid magnetyczny. Spotkania z jego zastosowaniem, mające prowadzić do całkowitego wyleczenia, trwały zwykle pół roku bądź dłużej. Mesmer przekształcił swoją naukę w rodzaj mody. W owym czasie pisano o epidemii magnetyzmu zwierzęcego. O tym, że „wszyscy mesmeryzują”.

Według twórcy magnetyzmu zwierzęcego sama metoda leczenia była fizjologiczna. A zatem nie były brane w niej pod uwagę czynniki psychologiczne. Co więcej, Mesmer miał na swoim koncie wiele uzdrowień. Na jakiś czas stracił jednak zaufanie społeczne, gdy postawiono mu zarzut o nadużycia seksualne wobec 18-letniej pacjentki Marii Theresii Paradis cierpiącej na ślepotę histeryczną. Dla naszej historii początków ważne jest jednak co innego: to, co wówczas określano jako magnetyzm, i leczenie wywodzące się z magnetyzmu. W poł. XIX w. nastąpił poważny zwrot w ramach zachodnioeuropejskiej protopsychoanalizy, kiedy to termin „magnetyzm zwierzęcy” został zastąpiony przez pojęcie „hipnotyzmu”. Swoje zastosowanie znalazły nowe techniki leczenia, gdzie zjawisko hipnozy było interpretowane na różne sposoby, m.in. przez psychologiczne rozumienie sugestii – zgodnie z wykładnią tzw. szkoły z Nancy.

To w hipnozie żyda Freuda bowiem upatruje się najczęściej bliskiej poprzedniczki psychoanalizy, a co za tym idzie, psychoterapii.

<https://www.miesiecznik.znak.com.pl/historia-psychiatrii-mira-marcinow/>

Żyd semicki i rasowy Philippe Pinel (20 kwietnia 1745 – 25 października 1826) był francuskim lekarzem, prekursorem psychiatrii i notabene zoologiem. Odegrał rzekomo kluczową rolę w opracowaniu bardziej humanitarnego podejścia psychologicznego do opieki i opieki nad pacjentami psychiatrycznymi, określanego dziś jako terapia moralna. Działał na rzecz zniesienia kajdan chorych psychicznie kajdanami i, bardziej ogólnie, humanizacji ich leczenia.

To nie on !

Wymyślił czyli spreparował klasyfikację zaburzeń psychicznych i został przez niektórych opisany jako „ojciec nowoczesnej psychiatrii”.

https://en.wikipedia.org/wiki/Philippe_Pinel

Rasowy semita- cecha semicka – nos.



Wyznawcy Talmudu oraz judaizmu nie są i nie byli humanistami, bo judaizm uczy jak kraść, mordować i fałszować oraz oszukiwać na różne sposoby.

Pinel zapoczątkował również trend diagnozowania form szaleństwa, które zdawały się występować „bez delirium” (dezorientacja, urojenia lub halucynacje). Pinel nazywał to Manie sans délire, folie raisonnante lub folie lucide raisonnante. Opisał przypadki, które wydawały się być przytłoczone instynktownymi, wściekłymi namiętnościami, ale nadal wydawały się zdrowe. O kogo chodziło ?

Miało to wpływ na doprowadzenie do koncepcji obłądu moralnego , która stała się przyjętą diagnozą w drugiej połowie XIX wieku. Główny spadkobierca Pinel w dziedzinie psychiatrii, Esquirol , oparł się na pracach Pinel i spopularyzował różne koncepcje monomanii . Termin „moralny”, w tamtym czasie, wywodzący się z języka francuskiego, mógł oznaczać raczej emocje niż koniecznie odnosić się do etyki.

To był prawdziwy Pinel:

W przypadkach uznanych za psychologicznie nieuleczalne Pinel stosował zimne kąpiele, prysznic, opium , kamforę i inne środki przeciwskurczowe, a także środki parzące , przyżeganie i upuszczanie krwi . Zalecił również stosowanie środków przeczyszczających w celu zapobiegania podnieceniu nerwowemu i nawrotom.

Pinel zajmował się kontrolą władzy a wolnością jednostki. Wierzył w „sztukę ujarz-
mienia i osławiania szaleńców”(przeciwników politycznych) oraz w skuteczność „rodzaju aparatu strachu, stanowczego i konsekwentnego sprzeciwu wobec ich domi-
nujących i uparcie trzymanych idei”, ale że musi być motywowana jedynie przez
chęć utrzymania porządku i sprowadzenia ludzi z powrotem do siebie.

Sankcjonowanymi karami były kaftan bezpieczeństwa i okres odosobnienia

Następcy Pinela :

Brock Chisholm – *Prezes Światowej Federacji Zdrowia Psychicznego.*

Aby uzyskać rząd światowy, jest konieczne usunięcie z umysłów ludzi i ich indywidualności, przy-
wiązania do tradycji rodzinnych, patriotyzmu narodowego i dogmatów religijnych.

Carl R. Rodgers, *Prezes Amerykańskiego Stowarzyszenia Psychiatrycznego APA*

Jeśli chcemy, możemy użyć naszej rosnącej wiedzy do zniewolenia ludzi metodami o jakich niko-
mu się dotąd nie śniło, do pozbawienia ich osobowości, do kontrolowania ich sposobami tak wyra-
finowanymi, że pewnie nigdy nie zauważą utraty swojego człowieczeństwa”

Dr Abraham Myerson, *psychiatra, Uniwersytet Harvarda*

Zredukowanie inteligencji pacjenta jest istotnym czynnikiem procesu terapii. Faktem jest, że jed-
nymi z najlepszych terapii są te, które redukują pacjenta niemal do poziomu warzywa” .