



## Przekonanie o prawdziwości przeżyć okresu psychozy a długoterminowe rokowanie w schizofrenii – opis przypadku

*The patient's conviction about the reality of his experiences during a psychotic episode  
and long-term prognosis in schizophrenia – a case report*

SŁAWOMIR MURAWIEC<sup>1</sup>, SŁAWOMIR PIETRAK<sup>2</sup>

Z 1. Centrum Zdrowia Psychicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

2. I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

### STRESZCZENIE

**Cel.** Przebieg leczenia pacjentów po przebytych epizodach psychotycznych zależy w znacznym stopniu od utrzymujących się przekonań na temat rzeczywistości przeżytych doświadczeń psychotycznych. Przedstawiono przypadek ilustrujący wybrane teoretyczne koncepcje tego zjawiska.

**Przypadek.** Opisano przypadek 52-letniego mężczyzny leczonego od 9 lat z powodu schizofrenii, który mimo ustąpienia objawów wytwórczych, w ciągu kilku kolejnych lat leczenia niezmiennie żywi przekonanie o rzeczywistości przeżytych doświadczeń psychotycznych. Opisano wpływ tego faktu na przebieg leczenia.

**Komentarz.** Długotrwałe przekonanie o rzeczywistości przeżyć psychotycznych jest częstym zjawiskiem u pacjentów po przebytych epizodach psychotycznych. W trakcie rutynowego badania psychiatrycznego celowa jest ocena pod tym kątem, ponieważ nieuwzględnienie tego problemu może mieć niekorzystny wpływ na przebieg leczenia.

### SUMMARY

**Objectives.** The course of treatment after a psychotic episode largely depends on patients' stable beliefs concerning the reality of their experiences at the time. The presented case illustrates selected theoretical concepts accounting for this phenomenon.

**Case report.** The presented case is a 52-year-old man treated for schizophrenia for 9 years. Even though his productive symptoms have resolved, he has been invariably convinced throughout his treatment that his psychotic experiences were real. The effect of his beliefs on the course of treatment is discussed.

**Commentary.** Long-term conviction about the reality of psychotic experiences is frequently seen in patients after a psychotic episode. This problem should be taken into consideration during routine psychiatric examination because such faulty beliefs may have an adverse effect on the course of treatment.

---

**Słowa kluczowe:** schizofrenia / wgląd / opis przypadku

**Key words:** schizophrenia / insight / case report

---

Praca porusza temat znaczenia klinicznego przekonań pacjenta co do uprzednio przeżytych treści psychotycznych. Przyjmuje się, że ważne znaczenie ma kwestia wglądu. Jednak w literaturze przedmiotu powszechnie panuje poważne uproszczenie. Polega ono na tym, że jako przeciwieństwo wglądu chorobowego wymienia się często brak wglądu. Przeciwnością wglądu są w istocie inne niż medycznie uzasadnione przekonania pacjenta co do natury i przyczyn występujących u niego objawów.

Jeśli wgląd polega na przypisaniu swoich objawów przyczynom chorobowym, to brak wglądu nie polega jedynie na nieprzypisaniu ich przyczynom chorobowym. Polega na przypisaniu ich innym przyczynom. Na istnienie w istocie wielu zagadnień tradycyjnie kwalifikowanych jako wgląd lub jego brak zwracają uwagę Linden i Godemann [1]. Stwierdzają oni przykładowo, że wgląd i przekonania dotyczące zdrowia są dwoma niezależnymi czynnikami wpływającymi na współpracę pacjentów w leczeniu schizofrenii. Toteż ważne jest dostrzeżenie wielu wymiarów przekonań pacjenta, jakie pojawiają się po przebiegu psychozy.

Kontekst teoretyczny, w jakim przedstawiany jest poniższy przypadek, to teoria powstawania i leczenia psychozy zaproponowana w 2003 przez S. Kapura [2] oraz pochodząca z tego samego ośrodka naukowego, badania na temat wymiarów przeżycia psychotycznego [3]. Te istotne dla omawianego przypadku ujęcia teoretyczne są omówione poniżej.

### Teoria Kapura

Teoria ta [2] stwarza nowe możliwości poznawcze konceptualizacji psychozy oraz jej leczenia. Zakłada, że zarówno proces kształtowania się psychozy, jak i jej leczenia składa się z dwóch elementów. Jeden z tych elementów ma charakter biologiczny, drugi psychologiczny, a oba wzajemnie na siebie dynamicznie i wielopoziomowo oddziałują. Według tej koncepcji psychoza powstaje w dwóch etapach. Pierwszy z nich związany jest z nadaktywnością dopaminergicznego systemu mezo limbicznego, która powoduje nadmierne uwydatnianie znaczeń w odniesieniu do bodźców zewnętrznych i wewnętrznych reprezentacji. W tym etapie osoba psychotyczna ma poczucie, że więcej niż zwykle

bodźców odnosi się do niej. W drugim etapie następuje proces kognitywno-emocjonalnego wyjaśnienia sobie tego sposobu przeżywania – tworzone jest wytłumaczenie stanu nadmiernego nadawania znaczeń. W tym ujęciu, leczenie psychozy także składa się z dwóch etapów. Pierwszy – to tłumienie przez leki przeciwpsychotyczne nadmiernego nadawania znaczeń. W efekcie nie powstają nowe patologiczne znaczenia, a dotychczas ukształtowane tracą swoją żywość emocjonalną i poznawczą oraz ulegają wygaszeniu. Odbywa się to równoległe z procesem psychologicznego przepracowania tych zmian. W trakcie leczenia zachodzi proces przeciwny niż w okresie kształtowania się psychozy – trwa praca emocjonalna i poznawcza, zainicjowana przez zanikanie treści psychotycznych. Zjawiska zachodzące w tym okresie zostały opisane w innej pracy [4]. Jednym z ważnych celów terapii w tym okresie jest ukształtowanie się przekonań na temat przyczyn wystąpienia psychozy oraz przyczyn dostrzeganego przez pacjenta ustępowania doznań psychotycznych.

Z medycznego punktu widzenia, oczekiwany sposób kształtowania przekonań sprowadza się do zrozumienia przez pacjenta, że przebyty przez niego stan był stanem chorobowym, a jego ustąpienie związane jest z prowadzonym leczeniem. Istnieje wtedy znaczne prawdopodobieństwo dobrej współpracy pacjenta w procesie leczenia. Jednak w wielu przypadkach po ustąpieniu psychozy osoba, która nie jest już psychotyczna, wypowiada inne niż te oczekiwane treści, przypisując przebyty przez siebie stan innym przyczynom. Nie mamy już wtedy do czynienia z „aktywną” psychozą, lecz z przekonaniem ukształtowanym w jej trakcie, które dotyczy całościowej oceny przeżyć psychotycznych: ich przyczyn, znaczenia życiowego oraz ich prawdziwości.

### „Racjonalizacja” psychozy

W niektórych przypadkach pacjenci podejmują aktywny wysiłek poznawczy, aby uzasadnić prawdziwość swoich przeżyć. Zjawisko to można określić jako „racjonalizację” psychozy. Celem tego wysiłku poznawczego jest uzasadnienie, że przeżywane w trakcie psychozy treści były prawdziwe lub co najmniej częściowo prawdziwe.

Przykładowo pacjent, który miał intensywne doznania omamowe w czasie psychozy, po jej przeminięciu uzasadniał, że w tym czasie trwały mistrzostwa świata w piłce nożnej i prawdopodobnie to, co słyszał było dochodzącym zza ściany dopingiem kibiców. Uzasadniał tak pomimo, że trudno mu było wytłumaczyć, czemu głosy trwały przez całą noc, także wówczas, gdy nie odbywały się sportowe transmisje telewizyjne.

Inny pacjent w trakcie psychozy miał urojenia odnoszące oraz prześladowcze związane z osobami w pracy, z treściami reklam oraz z osobami mijanymi na ulicy. Po ustąpieniu psychozy, w trakcie rozważań nad swoimi doznaniem, ograniczył zakres tych treści tylko do osób w pracy. Następnie, po zawężeniu ich do jednego wątku, zaczął uzasadniać prawdziwość uprzednio przeżywanych treści, ale już na innym poziomie. Nie był to poziom psychotyczny, tylko racjonalny i społecznie akceptowalny – mówił nie o prześladowaniu, lecz o mobbingu. Jego argumentację można odtworzyć następująco: być może coś w tym, co przeżywałem było przesadzone, ale zasadnicza treść była prawdziwa. W ten sposób pacjent dokonał procesu racjonalizacji treści psychotycznych, poznawczo poradził sobie z problemami psycho-

logicznymi związanymi z psychozą. Pozwoliło mu to zachować obraz siebie jako osoby, która może jest nadwrażliwa i trochę przerysowała odbiór rzeczywistości, ale zasadniczo jest osobą rozsądną i stabilną.

Te poznawcze wysiłki uzasadnienia prawdziwości psychozy mają swoje głębokie uwarunkowania psychologiczne, związane głównie z utrzymaniem obrazu siebie jako osoby, która nie jest chora psychicznie. Dyskusję odnoszącą się do tych uwarunkowań i związanego z nimi pojęcia wglądu zawiera przedstawiany opis przypadku.

### Wgląd

Brak świadomości choroby jest powszechny wśród pacjentów leczonych z powodu schizofrenii. Zjawisko to określane jako brak wglądu było już dostrzegane u pacjentów w czasach, kiedy po raz pierwszy definiowano schizofrenię. W badaniu przeprowadzonym przez WHO w różnych kulturach stwierdzono, że 90% pacjentów z tym rozpoznaniem wykazywało niedostateczny wgląd [5]. Cecha ta ma znaczenie zarówno diagnostyczne, jak i prognostyczne. Znalazło to odzwierciedlenie w niektórych systemach diagnostycznych (*Flexible System, Present State Examination*), gdzie niedostateczny wgląd został uwzględniony jako kryterium rozpoznania schizofrenii [6, 7]. Jednakże w dominujących obecnie systemach klasyfikacyjnych (DSM-IV [8], ICD-10 [9]) objaw ten nie jest uwzględniany w formalnych kryteriach diagnostycznych tej choroby. Jest bardzo prawdopodobne, że wyniki badań zmienią ten stan rzeczy. Według DSM-IV w schizofrenii „brak wglądu jest powszechny i może być uznany za jeden z najważniejszych wskaźników złych wyników leczenia, wynikających prawdopodobnie z braku współpracy pacjenta w leczeniu” [8].

Współczesne badania potwierdzają powszechność niedostatecznego wglądu w schizofrenii. Okazuje się również, że brak wglądu jest zdecydowanie częstszy w grupie pacjentów ze schizofrenią niż u pacjentów z innymi zaburzeniami psychotycznymi. Wielu badaczy (m.in. Amador, Flaum, Andreasen) [10] uważa, że niedostateczny wgląd jest dominującym objawem schizofrenii, a deficyty samoświadomości są bardziej nasilone i uporczywe w tej grupie pacjentów niż u pacjentów z zaburzeniami schizoafektywnymi, czy afektywnymi z towarzyszącymi objawami psychotycznymi.

Wgląd można zdefiniować jako zdolność rozpoznawania źródeł emocjonalnych trudności a także jako rozumienie własnych motywacji wpływających na działanie, myślenie i zachowania. Wgląd może być rozumiany nie tylko jako uświadomienie sobie samego faktu własnej choroby, ale również jako sposób, w jaki choroba wpływa na relacje człowieka ze światem. Nie jest to więc pojedyncza cecha którą można określać jako obecność lub brak wglądu, ale raczej złożona wielowymiarowa koncepcja. Jest to pewne kontinuum sposobu myślenia i odczuwania, na który wpływają liczne czynniki wewnętrzne i zewnętrzne. Różne zaburzenia psychiczne wpływają na wgląd poprzez odmienne mechanizmy. W związku z tym konieczny może być odmienny sposób klinicznej oceny wglądu w różnych zaburzeniach [11]. Wgląd można zdefiniować także jako subiektywne uświadomienie sobie przez pacjenta pewnych aspektów choroby psychicznej (np. objawów schizofrenii). Świadomość ta odnosi się również do szczególnych związków przyczynowych (np. że choroba psychiczna w pewnym stopniu jest przyczyną problemów z zatrudnieniem),

pewnych zaburzeń w funkcjonowaniu pacjenta (np. objawów psychotycznych) [12].

W literaturze przedmiotu pojawiają się różne konceptualizacje niedostatecznego wglądu. Traktuje się go na przykład w zależności od koncepcji jako mechanizm obronny albo jako deficyt poznawczy. Różnice te wynikają z różnych przekonań autorów na temat etiologii tego objawu. Wyniki współczesnych badań sugerują, że stopień wglądu może być uwarunkowany nasileniem neuropsychologicznych dysfunkcji w płatach czołowych [13]. Niektórzy badacze proponują wielowymiarową koncepcję wglądu, w której ocenia się stopień uświadomienia sobie objawów, ich konsekwencji, a także subiektywną potrzebę leczenia [14, 15]. Niedostateczny wgląd negatywnie wpływa na funkcjonowanie psychospołeczne pacjenta, prowadzi do nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, ogranicza możliwości oddziaływań psychoterapeutycznych i pogarsza wyniki leczenia. Dobry wgląd wpływa korzystnie na lepsze przystosowanie społeczne po zakończonej hospitalizacji, pozytywne wyniki leczenia po wypisie ze szpitala, lepszą odpowiedź na leczenie farmakologiczne, lepsze przestrzeganie zaleceń lekarskich. Dobry wgląd wiąże się także z mniejszym nasileniem objawów (również objawów negatywnych) i mniejszą liczbą ponownych hospitalizacji.

Heinrichs i wsp. [16] wykazali, jak ważny jest wgląd we wczesnym okresie nawrotu u pacjentów ze schizofrenią (wczesny wgląd), ponieważ umożliwia on lepsze leczenie nawrotu choroby w warunkach ambulatoryjnych bez konieczności ponownej hospitalizacji. Potwierdza to przekonanie, że powodzenie terapii we wczesnym okresie leczenia wymaga stosowania strategii zwiększających wgląd. Niedostateczny wgląd jest jednym z najtrudniejszych do leczenia objawów. Może się utrzymywać mimo ustąpienia innych objawów choroby [17]. Zaprzeczanie chorobie stwarza barierę w relacji terapeutycznej, a pacjenci z niedostatecznym wglądem mają często poczucie, że są zmuszani do leczenia, w związku z czym w późniejszym okresie leczenia nie zgadzają się na jego kontynuowanie.

Jeżeli pacjent nie akceptuje faktu choroby, mało prawdopodobne jest utrzymanie długoterminowej relacji terapeutycznej. Mimo niejednoznacznych wyników badań, panuje obecnie powszechnie zgoda co do faktu, że lepszy wgląd skutkuje lepszymi wynikami leczenia. W celu poprawy wglądu pacjentów stosuje się psychoterapię, na przykład krótkoterminową terapię poznawczo-behawioralną skoncentrowaną na wglądzie [18]. W wyniku terapii pacjenci uzyskują intelektualne zrozumienie głównych motywów swojego zachowania, dzięki czemu możliwe jest dokonanie zmiany.

### Wymiary psychozy

Opisywane jest ujęcie psychozy z perspektywy łączącej zjawiska obiektywne i subiektywne ich przeżywanie. W tym ujęciu zwracamy uwagę nie tylko na samą obecność urojeń, ale także na to, jak bardzo dana osoba jest nimi pochłonięta. Takie myślenie wychodzi z omawianych już wyżej przesłanek:

- działanie leków przeciwpsychotycznych w leczeniu psychozy rozpoczyna się od razu po podaniu leku, i jest ono największe w pierwszych tygodniach leczenia [2],
- działanie leków przeciwpsychotycznych polega na wygaszeniu nadmiernego nadawania znaczeń obiektom

w otoczeniu i wewnętrznym reprezentacjom a nie na prostym „usunięciu” urojeń [2],

- jest możliwe badanie przeżyć psychotycznych i procesu poprawy w trakcie leczenia z perspektywy subiektywnej [3].

Zdaniem Mizrahi i wsp. [3] istnieją prace wskazujące, że psychoza jest doświadczeniem wielowymiarowym i że jej różne wymiary mogą wykazywać różną odpowiedź na leczenie.

Proponują oni wyodrębnienie następujących wymiarów psychozy: przekonanie, co do rzeczywistości przeżyć psychotycznych (*conviction*), poznawcze pochłonięcie przeżyciami psychotycznymi (*cognitive preoccupation*), wpływ psychozy na zachowanie (*behavioural impact*), emocjonalne pochłonięcie przeżywaniami psychozy (*emotional involvement*), perspektywa innych osób – w jakim stopniu, zdaniem osoby psychotycznej, inni uważają przeżycia psychotyczne za prawdziwe (*external perspective*). Badania dotyczące leczenia psychozy sugerowały, że w jego czasie poszczególne wymiary psychozy odpowiadają na leczenie w różny sposób. W badaniu, opartym na stworzonym przez ten zespół narzędziu badawczym „Kwestionariuszu oceny wymiarów psychozy”, oceniano, jak te wymiary zmieniają się w trakcie leczenia przeciwpsychotycznego. Objęło ono pacjentów, w większości z rozpoznaniem schizofrenii, którzy w 60% przypadków nie przyjmowali dotychczas leków przeciwpsychotycznych. Uzyskano dane potwierdzające, że poszczególne wymiary psychozy charakteryzowało różne tempo ustępowania w trakcie leczenia przeciwpsychotycznego. Wymiar wpływu psychozy na zachowanie – duża poprawa w pierwszych dwóch tygodniach leczenia i w ocenie końcowej po 6 tygodniach. Wymiar pochłonięcia poznawczego psychozą – druga w kolejności znaczna poprawa w pierwszych dwóch tygodniach leczenia i w ocenie końcowej po 6 tygodniach. Wymiar emocjonalnego pochłonięcia psychozą – mniej nasilona poprawa w pierwszych dwóch tygodniach leczenia i poprawa taka jak w przypadku pochłonięcia poznawczego w ocenie końcowej, po 6 tygodniach. Wymiar przekonania co do rzeczywistości przeżyć psychotycznych – poprawa dopiero w ocenie po 6 tygodniach. Wymiar perspektywy zewnętrznej – brak zmian w okresie objętym badaniem [3].

Wyniki te sugerują, że wymiar przekonania o prawdziwości przeżyć psychotycznych najtrudniej i najpóźniej podlega korekcji. Nawet, jeśli nie ma aktualnych przeżyć psychotycznych, w związku z czym ustępuje myślenie i emocjonalne przeżywanie psychozy, to przekonania ukształtowane w okresie choroby mogą trwać nadal. Najszybciej i najbardziej konsekwentnie uzyskujemy wpływ na behawioralny aspekt psychozy, natomiast przekonanie co do rzeczywistości przeżyć psychotycznych utrzymuje się długo i osiąga umiarkowaną poprawę po dłuższym czasie leczenia. Potwierdza to tezę, że leczenie przeciwpsychotyczne nie „usuwa” objawów psychozy, lecz powoduje utratę emocjonalnego zaangażowania, zobojętnienie wobec nich. Zdaniem autorów cytowanego badania w trakcie leczenia psychozy następuje początkowo zmiana w zakresie wymiaru wpływu leków na zachowanie, ale nie w zakresie przekonania o prawdziwości przekonań urojeń, natomiast zmiany pod wpływem leczenia w odniesieniu do wymiarów poznawczego i emocjonalnego zaangażowania w przeżycia psychotyczne sytuują się pomiędzy tymi dwoma wymiarami wyżej wymiarami [3].

## OPIS PRZYPADKU

Pacjent lat 52, żonaty, z dwojgiem nastoletnich dzieci, pracował jako rzemieślnik. Przed dziewięciu laty przeżył jeden epizod psychotyczny o charakterze zespołu paranoidalnego. W trakcie tego epizodu, wypowiadał liczne treści urojeniowe o charakterze urojeń prześladowczych i ksbnych. Był przekonany, że „żona chce go wykończyć”. Podejrzymywał, że go zdradza, dosypuje mu trucizny do jedzenia, nasyła na niego policję, która za nim jeździ po całym mieście. Podejrzymywał, że żona zjawia się przeciwko niemu z kolegami z pracy i ze swoim pracodawcą. Podejrzymywał również inne bliżej nieokreślone osoby o podobne intencje. Stałe miał poczucie, że żona go okłamuje w wielu sprawach np. finansowych i zawodowych. Uważał, że dowodem na zdradę żony są różnorakie obiektywnie nieistotne fakty. Wyjaśnienia żony interpretował jako bagatelizowanie problemu i próbę wprowadzenia go w błąd. Miał poczucie, że unika kontaktów seksualnych z nim. Był przekonany, że w domu jest zainstalowany podsłuch. Słyszał „piski” dochodzące z telefonu. W czasie wizyty w miejscu pracy żony słyszał „pikające” sygnały. Był przekonany, że ludzie rozmawiają w ten sposób ze sobą na jego temat. Uważał, że chcieli go „wykończyć psychicznie”. W czasie jazdy samochodem słyszał za sobą wielokrotnie sygnał syreny policyjnej. Mimo, że nie widział radiowozu policyjnego, był przekonany, że policja śledzi go używając samochodów cywilnych z zainstalowaną syreną. Podejrzymywał, że żona nasyła na niego policję, żeby „wykończyć go psychicznie”. Dowodem miał być fakt, że mąż koleżanki żony był policjantem. Wychodząc na ulicę miał poczucie, że ludzie znają go i śmieją się z niego.

W związku z tymi przekonaniem urojeniowymi, pojawiły się zaburzone zachowania. Zaczął zwalniać się z pracy, żeby sprawdzać, co żona wtedy robi, sprawdzał wyciągi jej rozmów telefonicznych, śledził, poszukiwał dowodów zdrady, uciekał samochodem przed rzekomymi prześladowcami. Zatrzymany przez policję z powodu wykroczenia drogowego. Robił żonie awantury, zdarzyły się pojedyncze zachowania czynnie agresywne wobec niej. W tym okresie pojawiły się problemy z potencją. Pacjent zaprzestał współżycia z żoną. Wkrótce pojawiły się dodatkowe objawy: zaburzenia snu, które utrzymywały się z okresowymi poprawami przez cały czas leczenia mimo stosowania leków nasennych, poczucie osamotnienia, trudności w nawiązaniu kontaktu z najbliższą rodziną. Pacjent był przewlekle w obniżonym nastroju, płaczący, w niepokoju z towarzyszącymi myślami depresyjnymi, okresowo również myślami samobójczymi. Zgłaszał zaburzenia pamięci, zaburzenia koncentracji uwagi, obniżenie poczucia własnej wartości, poczucie obniżonej wydolności fizycznej i psychicznej, zniechęcenie. Ponieważ opowiedział o swoich problemach kierownikowi, a informacje dotarły do jego współpracowników, koledzy zaczęli go wyśmiewać i dokucać mu.

Dopiero po 1,5 roku od wystąpienia pierwszych objawów pacjent zgłosił się do psychiatry. Rozpoczął leczenie w Poradni Zdrowia Psychicznego, a następnie w Zespole Leczenia Środowiskowego. Zalecono przyjmowanie perazyliny w dawce dobowej 300 mg. Nasilenie objawów wytwórczych w krótkim czasie znacznie się zmniejszyło. Ustąpiły omamy słuchowe, urojenia ksbne i urojenia prześladowcze. Mimo ustąpienia objawów wytwórczych, pacjent wra-

cał myślami do przeżytych przeżyć psychotycznych. Mimo wysiłków lekarzy i terapeutów, nie potrafił odpowiedzieć sobie na pytanie, czy była to rzeczywistość czy choroba. W celu poradzenia sobie z problemem starał się o nim nie myśleć. Pytany stale wyrażał przekonanie, że przebyte doświadczenia chorobowe były realnymi faktami. Pacjent nie wykazywał wglądu co do przeżytych objawów, „był bezkrytyczny wobec przeżytych objawów”, nadal nieufny wobec żony, wracał w rozmowach z nią do tego i żądał wyjaśnień, wspominał „krzywdę”. Z tego powodu okresowo zmieniano leczenie, podając kolejno następujące leki:

- przeciwpsychotyczne: perazylna (do 300 mg/die), risperidon (do 2 mg/die), ponownie perazylna (do 300 mg/die), flufenazylna (do 8 mg/die), tiorydazylna (do 200 mg/die), olanzapina (do 5 mg/die), sulpiryd (do 400 mg/die), haloperidol (do 2 mg/die), lewomepromazylna (do 100 mg/die),
- przeciwdepresyjne: mianserylna (60 mg/die), fluoksetyna (20 mg/die), ponownie mianserylna (90 mg/die), moklobemid (450 mg/die), wenlafaksyna (150 mg/die), imipramina (175 mg/die),
- dodatkowe leki wpływające na nastrój: buspiron (20 mg/die), lit (750 mg/die –kontynuowany przez kilka lat),
- inne leki: prometazylna, hydroksyzyna, lorazepam, klonazepam.

Po wdrożeniu leczenia przeciwpsychotycznego i ustąpieniu objawów wytwórczych pacjent próbował wrócić do pracy – bez powodzenia. Próby podjęcia pracy w warunkach chronionych nie powiodły się. Od 6 lat pozostaje na rencie. Kilkakrotnie w momencie nasilenia objawów depresyjnych i pojawienia się myśli samobójczych próbowano nakłonić pacjenta do hospitalizacji. Pacjent jednak odmawiał, nie uznając faktu choroby psychicznej.

Mimo upływu kolejnych lat leczenia pacjent nadal żywi przekonanie o prawdziwości doznanych przeżyć psychotycznych i związane z tym interpretacje rzeczywistości. Jest nadal przekonany, że żona ponosi winę za stan jego zdrowia psychicznego. Dowodem mają być zapamiętane przez pacjenta zniekształcenia poznawcze z okresu epizodu psychotycznego. Pacjent nadal uważa, że żona rzeczywiście go zdradzała, że policja ścigała go po mieście. Dowodem mają być przebyte przeżycia psychotyczne. Wywiad rodzinny ujawnił, że ojciec i ciotka pacjenta leczyli się z powodu zaburzeń psychotycznych.

Badania dodatkowe (w tym CT, EEG) wykazały wyniki prawidłowe.

Badanie psychologiczne pacjenta (w trzecim roku od początku zaburzeń) – wynik wskazywał na możliwość organicznego uszkodzenia mózgu. Wykazano wówczas skrajne nasilenie objawów „nerwicowych”: zaburzenia lękowe, zaburzenia snu, dysfunkcje seksualne, zakłócenia w relacjach społecznych, lęk jako stan i jako cecha. Stwierdzono: zniekształcone spostrzeganie swojej sytuacji i stanu psychicznego, nadmierną generalizację sytuacji negatywnych, idealizację obrazu siebie przed chorobą, poczucie zmiany obrazu siebie, trudności w adekwatnych reakcjach społecznych, brak wglądu w relacje interpersonalne, zubożony obraz innych ludzi, trudności w dostrzeganiu szerszego kontekstu społecznego. Test projekcyjny Szondiego sugerował występowanie: skłonności do przeżywania ataków lęku, skłonność do ujawniania reakcji demobilizacji, zahamowania, zawyżone aspiracje, skłonność do gwałtownych zachowań w celu

zwiększenia poczucia kontroli, niedojrzałość społeczną, skłonność do reakcji histerycznych i urojeń ksobnych.

### Aktualna faza leczenia

W związku z pogorszeniem stanu psychicznego o charakterze nasilenia objawów lękowo-depresyjnych podjęto wobec niego intensywne działania terapeutyczne (oddziaływania psychoedukacyjne, poznawcze i behawioralne) oraz zmodyfikowano leczenie farmakologiczne. Spotkania odbywały się początkowo z częstotnością dwa razy w tygodniu, a następnie raz w tygodniu.

W trakcie spotkań pacjent nie ujawniał żadnych objawów psychotycznych. Nie obserwowano występowania urojeń odnoszących, oddziaływania, prześladowczych lub innych. Nie występowały omamy słuchowe. Pacjent czasami notowywał, że dobiegają go realnie istniejące bodźce, które miały dla niego znaczenie w okresie psychozy (jak na przykład dźwięk sygnału pojazdów policji), jednak nie przywiązywał obecnie do nich znaczenia. Zwracał na ten sygnał uwagę, ale gdy dźwięk się oddalał, pacjent uznawał, że wydarzenie to nie ma z nim nic wspólnego. Nie występowały zjawiska odnoszenie tych spostrzeżeń do siebie, nie występowało związane z nimi poczucie prześladowania lub jakiegokolwiek wpływu tych spostrzeżeń na pacjenta. W trakcie rozmów przywoływał obraz dawno przebytej psychozy i mówił, że nie może żonie darować tego „co mu wtedy zrobiła”.

Nie miał poczucia, aby żona obecnie robiła cokolwiek skierowanego przeciwko niemu. Żona prowadziła dom, prala jego rzeczy, gotowała, robiła zakupy. Nie dostrzegał od lat żadnych wrogich działań z jej strony. Koncentrował się na tym, że kiedyś przed wielu laty nasyłała na niego policję i tego nie mógł zapomnieć.

W trakcie psychoedukacji wykazywał ambiwalentną postawę wobec sugestii terapeuty co do chorobowego pochodzenia przeżytych objawów. Uznawał, że niektóre doświadczenia mogły być objawem zaburzonej pracy mózgu, ale jednocześnie przytaczał kontrargumenty. Wykazywał nasiloną obawę wobec możliwości uznania faktu choroby. W wypowiedziach ujawniał wyraźną obawę przed stygmatyzacją. Miał poczucie, że uznanie faktu choroby zagraża jego obrazowi siebie. Oddziaływania terapeutyczne postrzegał jako zabiegi wymierzone w jego poczucie integralności. W wyniku dotychczasowej pracy udało się w pewnym stopniu zmienić zachowanie pacjenta. Podjął aktywność rekreacyjną, wykonywał pewne prace związane z zawodem, które dotychczas uważał za zbyt trudne, podjął próby poprawy relacji z rodziną.

### KOMENTARZ

Chcielibyśmy zwrócić uwagę na kilka zagadnień.

Po pierwsze na fakt, że leczenie przeciwpsychotyczne zostało podjęte dopiero w 1,5 roku od momentu wystąpienia pierwszych objawów psychotycznych. Czas trwania nieleczonej psychozy mógł niekorzystnie wpłynąć na odległe wyniki leczenia i zmniejszać szansę uzyskania poprawy.

Po drugie pacjent nie uzyskał w pierwszym okresie leczenia dostatecznych informacji wyjaśniających mu istotę przeżywanych problemów. W związku z tym dokonał wy-

jaśnienia swoich przeżyć według własnych zasobów emocjonalnych i poznawczych. Niestety, to wyjaśnienie miało ostatecznie charakter dysfunkcyjny, co ujawnił wyraźnie dalszy przebieg jego życia.

Nie bez znaczenia jest również, że pacjent w ciągu 8 lat terapii nie korzystał z systematycznych oddziaływań terapeutycznych nakierowanych na uzyskanie wglądu. Wydaje się, że ważne jest jak najwcześniejsze rozpoczynanie tego typu pracy. Odwlekanie jej prowadzi do utrwalenia schematów poznawczych wypracowanych przez samego pacjenta i powstawania wtórnych zaburzeń.

W badaniu psychiatrycznym naszego pacjenta możemy dostrzec objawy zmiany osobowości związane z przebytym epizodem psychotycznym. Przed chorobą pacjent był cenionym i dobrze zarabiającym rzemieślnikiem, samodzielnie utrzymującym rodzinę. Obecnie jest osobą zależną materialnie i życiowo od innych. Poprzednio był bardzo towarzyski, obecnie jest społecznie wycofany, izoluje się nawet do najbliższej rodziny, ma poczucie napiętnowania z powodu przebytej choroby. Wykazuje istotne zmniejszenie zainteresowań, co nasila jego izolację. Wydaje się nam, że opisany stan jest w poważnej części wynikiem reakcji poznawczej i emocjonalnej pacjenta na doświadczenie psychozy. W pewnym stopniu wynika również z reakcji najbliższego otoczenia na zachowania pacjenta spowodowane chorobą.

Niewątpliwie długi czas trwania nieleczonych objawów psychotycznych (które powodowały poczucie osamotnienia, niezrozumienia, opuszczenia, bezradności i niedostosowania) miał wpływ na nasilenie obecnie obserwowanych zmian osobowości. Mimo wyraźnego sprzeciwu wobec uznania faktu przebycia choroby psychicznej, możemy zaobserwować objawy samonapiętnowania. Jest przekonany, że jako uznany przez rodzinę za chorego psychicznie nie może się spodziewać przychylnego traktowania.

Naszym zdaniem, niezwykle ważne jest podejmowanie wczesnej, kompleksowej interwencji u osób ze stwierdzanymi po raz pierwszy w życiu zaburzeniami psychotycznymi. Interwencja ta powinna obejmować, oprócz skutecznej farmakoterapii, także działania terapeutyczne i edukacyjne. Pacjenci najczęściej nie potrafią samodzielnie wyjaśnić sobie adekwatnie istoty przeżyć psychotycznych. Starają się „racjonalizować” objawy chorobowe lub unikają zajmowania się tym problemem. Postawy te mogą wynikać z obawy przed napiętnowaniem lub mogą być reakcją na dokonujący się proces samonapiętnowania. Są to jednak strategie, które nie przynoszą poprawy, ponieważ problem nie zostaje rozwiązany i nadal nęka pacjenta. Warto o tym pamiętać i w miarę możliwości podjąć próbę dialogu z pacjentem.

W przypadku pacjentów w trakcie leczenia przeciwpsychotycznego, u których ustępują objawy wytwórcze, a utrzymuje się przekonanie o prawdziwości przeżytych doświadczeń, warto precyzyjnie dokonywać rozróżnienia pomiędzy objawami psychozy a przekonaniem wynikającymi z wysiłków poznawczych pacjenta. Sytuacja, w której pacjent nie ma aktualnie objawów psychozy, lecz wypowiada różne przekonania dotyczące objawów, które występowały u niego, lecz ustąpiły po leczeniu, może powodować frustrację i zniecierpliwienie lekarzy i skłaniać do zwiększania dawek leku przeciwpsychotycznego lub pośpiesznej zmiany stosowanych leków. Zmiana taka prawdopodobnie

nie przyniesie poprawy. Pacjenci w takiej sytuacji wymagają oddziaływań psychoedukacyjnych i psychoterapeutycznych nakierowanych na wgląd.

## PIŚMIENNICTWO

- Linden M, Godemann F. The Differentiation between 'Lack of Insight' and 'Dysfunctional Health Beliefs' in Schizophrenia. *Psychopathology* 2007; 40 (4): 236–241.
- Kapur S. Psychosis as a state of aberrant salience: A framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 13–23.
- Mizrahi R, Kiang M, Mamo DC, Arenovich T, Bagby RM, Zipursky RB, Kapur S. The selective effect of antipsychotics on the different dimensions of the experience of psychosis in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res* 2006; 88: 111–8.
- Murawiec S. Zjawiska psychologiczne w początkowym okresie leczenia psychoz schizofrenicznych w kontekście teorii powstawania i leczenia psychoz S. Kapura – doniesienie wstępne. *Psychoterapia* 2006; 4: 35–47.
- World Health Organization. Report of the international pilot study of schizophrenia. Geneva; 1973.
- Wilson WH, Ban T, Guy W. Flexible system criteria in chronic schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* 1986; 27 (3): 259–265.
- Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms. Cambridge: Cambridge University Press; 1974.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington DC; 1994.
- Pużyński S, Wciórka J. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Kraków: Vesalius; 2000.
- Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, i wsp. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives of General Psychiatry* 1994; 51: 826–836.
- Markova IS, Berrios GE. The „object” of insight assessment: Relationship to insight „structure”. *Psychopathology* 2001; 34: 245–252.
- Schwartz RC. The relationship between insight, illness and treatment outcome in schizophrenia. *Psychiatric Quarterly* 1998; 69 (1): 1–22 .
- Young DA, Davila R, Sher H. Unawareness of illness and neuropsychological performance in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research* 1993; 10: 117–124.
- David AS. On insight and psychosis: Discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1990; 83: 325–329.
- Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 1991; 17 (1): 113–132.
- Heinrichs DW, Cohen BP, Carpenter WT. Early insight and the management of schizophrenia decompensation. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1985; 173 (3): 133–138.
- Andreasen NC, Black DW. *Introductory Textbook of Psychiatry*. American Psychiatric Publishing; 2001.
- Rathod S, Kingdon D, Smith P, Turkington D. Insight into schizophrenia: the effects of cognitive behavioural therapy on the components of insight and association with sociodemographics-data on a previously published randomised controlled trial. *Schizophrenia Research* 2005; 1, 74 (2–3): 211–219.

*Nadesłano: 17.02.2007. Zrecenzowano: 08.08.2007. Przyjęto: 09.08.2007*

*Adres: lek. Sławomir Pietrak, I Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, tel. (22) 8424034; e-mail: sjpp@mp.pl*