

Sławomir Murawiec

**ZJAWISKA PSYCHOLOGICZNE W POCZĄTKOWYM OKRESIE  
LECZENIA PSYCHOZ SCHIZOFRENICZNYCH W KONTEKŚCIE  
TEORII POWSTAWANIA I LECZENIA PSYCHOZ S. KAPURA  
— DONIESIENIE WSTĘPNE**

**PSYCHOLOGICAL PHENOMENA IN THE FIRST TWO WEEKS OF PHARMACOTHERAPY OF  
SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN THE CONTEXT OF S. KAPUR'S PSYCHOSIS AS ABERRANT  
SALIENCE THEORY — PRELIMINARY REPORT**

III Klinika Psychiatryczna IPiN

Kierownik kliniki: prof. dr hab. med. Marek Jarema

*W artykule przedstawiono podstawowe założenia teorii powstania i leczenia psychoz S. Kapura, profesora na uniwersytecie w Toronto w Kanadzie. Zgodnie z prezentowaną teorią oraz badaniami, w leczeniu psychoz psychoterapia okazuje się elementem niezbędnym. Autor stara się odpowiedzieć na istotne pytania dotyczące wzajemnych zależności między różnymi czynnikami obecnymi w postępowaniu terapeutycznym wobec tych pacjentów.*

**psychological phenomena  
schizophrenic patients**

**Summary**

**Introduction.** According to the theory proposed by S. Kapur, psychosis is a state of aberrant salience. Dopamine and mesolimbic system play the key role in the occurrence of psychosis. According to Kapur dopamine mediates the conversion of neural representations of an external stimulus from a neutral into attractive or aversive. In the psychotic state this physiological role of dopamine is changed. Dopamine starts to create a process of salience acquisition, instead of mediating it, as it is in normal circumstances. According to Kapur, delusions are cognitive explanations that the individual imposes on the experience of aberrant salience. Pharmacological agents share the psychological effect – dampening salience. But antipsychotics only provide the state of attenuated salience and symptomatic improvement need further psychological and cognitive resolution.

**Subjects and method.** Four cases of patients hospitalized because of first or second episode of schizophrenia were observed and the resolution of symptoms was carefully recorded. In addition the PANSS scale and Drug Appraisal Inventory were administered to the patients.

**Results.** Several psychological phenomena were noted like: patients cognitive efforts to deal with psychosis and recovery process, the verbal way of describing symptoms resolution, attribution of symptomatic change to understandable for patients factors, rationalization and defence of content of psychosis, personal assessment of psychosis and the subjective worsening of symptoms in the presence of symptomatic improvement.

**Conclusions.** The theory of psychosis as a state of aberrant salience may provide us with a useful framework to analyse the subjective experience of patients in the early stages of symptoms resolution at the first week of pharmacotherapy of psychotic patients.

Czy schizofrenię i psychozy leczyć wyłącznie lekami, czy wyłącznie psychoterapią, czy jedną i drugą metodą jednocześnie? Spostrzegamy klinicznie, że leki przeciwpsychozytyczne powodują ustępowanie objawów psychozy. Ale też możemy dostrzec w treściach psychotycznych elementy psychodynamicznych problemów pacjenta. Czy więc psychoza jest zjawiskiem biologicznym, skoro reaguje na terapię lekami, czy psychologicznym, jeśli tak bardzo widać w niej psychologiczne mechanizmy, treści i problemy? Jeśli dołączać interwencję psychoterapeutyczną do farmakoterapii to, w którym momencie — na początku leczenia psychozy, po wypisaniu ze szpitala, po 3 miesiącach, po roku?

Interesujących możliwości odpowiedzi na powyższe pytania dostarcza koncepcja prof. Shitija Kapura. Wydaje się, że sensownie dzieli ona psychozę na dwa elementy, precyzyjnie określając ich rolę. Zgodnie z nią psychoterapia w psychozach jest niezbędnym elementem leczenia — a wniosek taki oparty jest na podstawach biologicznych, a nie tylko na klinicznej intuicji.

Prof. S. Kapur jest kierownikiem programu badawczego schizofrenii na uniwersytecie w Toronto w Kanadzie. Swoją koncepcję powstawania i leczenia psychoz zaproponował w 2003 roku na łamach „The American Journal of Psychiatry” [1]. Od tego czasu — on i jego zespół — rozwija ją w dalszych publikacjach naukowych [2, 3, 4, 5].

### **Funkcja układu dopaminergicznego**

Podstawowy kanon psychiatrycznej wiedzy na temat leczenia psychoz mówi, że leki stosowane w leczeniu psychoz mają działanie blokujące receptory dopaminergiczne. Zablokowanie tych receptorów w obrębie mezolimbicznego szlaku dopaminergicznego powoduje redukcję objawów pozytywnych psychozy (urojeń, omamów). Jest to oczekiwany efekt terapeutyczny w leczeniu psychoz. Leki te mogą blokować receptory dopaminergiczne w obrębie innych szlaków neuronalnych, opartych na przewodnictwie dopaminy. Zablokowanie dopaminergicznego szlaku mezkortykalnego może prowadzić do nasilenia objawów negatywnych i zaburzeń czynności poznawczych. Dzieje się tak dlatego, że u niektórych osób chorych na schizofrenię istnieje niedobór dopaminy w obrębie tego szlaku.

Kapur dokonuje zmiany języka opisu — z języka anatomii (jaki zaprezentowano powyżej) na język czynności. Mówi o układzie związanym z uwydatnianiem znaczeń (ang. salience). Zmiana nazwy omawianych szlaków neuronalnych — z anatomicznej na nazwę opartą na funkcji, pozwala na uczynienie kroku w kierunku zrozumienia ich znaczenia i działania, zarówno w stanie fizjologicznym, jak i w okresach chorobowych zaburzeń ich funkcjonowania.

Prace opublikowane przez Kapura [1, 2, 5] ogniskują się na układzie mezolimbicznym, któremu przypisuje on funkcję nadawania i uwydatniania znaczeń. W czasie tego procesu fakty oraz myśli przyciągają naszą uwagę, kierują postępowaniem i wpływają motywująco na zachowania celowe, jego zdaniem bowiem nadaktywność omawianego układu w stanie psychozy prowadzi do nadmiernego nadawania znaczeń bodźcom i reprezentacjom wewnętrznym. Według tej hipotezy reprezentacje neuronalne bodźców, które do nas docierają, nabywają znaczenia emocjonalnego (pozytywnego lub negatywnego). Ta rola przypisania emocjonalnego znaczenia przypada dopaminie. To, co nas otacza, co do nas dociera, nie jest dla nas subiektywnie równie ważne. Jedne rzeczy są dla nas ważniejsze, inne bardzo

ważne, niektóre neutralne, innych w ogóle nie rejestrujemy świadomie. Te obiekty, myśli, reprezentacje, które są dla nas ważne, zaczynają odgrywać rolę motywującą, wpływają więc na zachowania związane z osiągnięciem czegoś, co obecnie nie jest jeszcze „nagrodą”, ale oczekiwanym zaspokojeniem jakiegoś pragnienia lub potrzeby.

W takim ujęciu Kapur widzi psychozę jako stan zaburzonego uwydatniania znaczeń [1]. W zwykłych warunkach następuje wydzielanie dopaminy w odpowiedzi na bodziec, co pośredniczy w nadaniu znaczenia temu bodźcowi. W takim wypadku dopamina uczestniczy w nadaniu znaczenia temu bodźcowi, ale nie kreuje tego procesu. Omawiana teoria zakłada, że w psychozie następuje dysregulacja układu dopaminergicznego, która prowadzi do wydzielania dopaminy niezależnie od bodźców. Wtedy, zamiast nadawania znaczenia bodźcom istniejącym, następuje zaburzone nadawanie znaczeń zewnętrznym bodźcom i wewnętrznym reprezentacjom.

Jednym z argumentów na rzecz tej hipotezy miałyby być okres prodromalny lub inaczej tzw. nastrój urojeniowy doświadczany przez pacjentów przed pełnym ujawnieniem się urojeń i halucynacji. Odpowiada on, zdaniem Kapura, stanowi nadmiernego wydzielania dopaminy przed w pełni ukształtowaną psychozą; wydzielania, które jest „samoistne”, niezależne od kontekstu. Prowadzi to do przypisywania znaczenia myślom i wydarzeniom w patologiczny, nadmierny sposób. Na poziomie subiektywnych doświadczeń pacjentów prowadzi to do poczucia zmiany rzeczywistości, wyostrejzonej świadomości, silniejszego odbierania otoczenia i atmosfery tajemniczych znaczeń. Kapur uważa, że wszystko to mogłoby nie różnić się od sytuacji, w której coś przykuje naszą szczególną uwagę. To, co staje się ważne, to długotrwałość stanu „nastroju urojeniowego”, która wymusza szukanie wyjaśnienia zmienionej percepcji świata.

Urojenia w takim ujęciu to kognitywne wyjaśnienia, które dana osoba wprowadza, aby nadać sens swojemu stanowi zaburzonego uwydatniania znaczeń. Stan ten trwa tak długo i jest tak trudny, że musi się pojawić jakieś wyjaśnienie, dzięki któremu pacjent będzie mógł uporządkować swoje przeżywanie. Według Kapura urojenia to idące „z góry do dołu” kognitywne wyjaśnienia. Ponieważ urojenia są konstruowane przez samego pacjenta, są one wypełnione psychodynamicznymi treściami ważnymi dla niego. Oczywiście pozostają w związku z tym swoim wtórnym charakterem w kulturowym kontekście. Oznacza to także, że w treści urojeń możemy odnaleźć ważne psychologiczne treści dotyczące świata wewnętrznego i świata relacji pacjenta, które pozwalają wiele zrozumieć, ponieważ są tworzone w umyśle pacjenta na podstawie jego doświadczeń i przeżywania. Ten „psychotyczny wgląd” zaczyna stanowić model kognitywny pozwalający kierować postępowaniem i rozumieć kolejne pojawiające się doznania. Halucynacje, zgodnie z tym modelem, pojawiają się w wyniku procesu, w którym zaburzone uwydatnianie znaczeń dotyczy wewnętrznych reprezentacji.

To, co jest także istotne, to fakt, że osoby, które ujawniają schizofrenię już przed wystąpieniem psychozy, wykazują cechy zaburzonego funkcjonowania kognitywnego, interpersonalnego i psychospołecznego. Te czynniki psychologiczne, kognitywne i interpersonalne pozostają w interakcji z zaburzonym neuroprzekaznictwem i determinują różnorodność objawów psychotycznych u różnych osób i w różnych zaburzeniach (schizofrenia, mania, psychozy po narkotykach).

### Leczenie psychozy

Kapur zadaje pytanie: w jaki sposób lek działający na receptory na powierzchni komórki odwraca kompleksowe zjawisko nazywane psychozą? Proponuje na to pytanie następującą odpowiedź — działanie leku to efekt tłumienia (uwydatniania) znaczeń. Stwarza to podstawę do dalszego psychologicznego procesu poprawy w zakresie objawów. Ustąpienie urojeń wymaga od pacjenta kognitywnej i psychologicznej pracy, opartej na bazie ustąpienia zjawiska nadmiernego nadawania znaczeń pod wpływem leczenia przeciwpsychotycznego.

To działanie leków przeciwpsychotycznych nie zmienia w sposób pierwotny myśli ani przekonań. Zmienia środowisko wewnętrzne w sensie neurochemicznym i poprzez to, wtórnie, w sensie przeżywania. Zdaniem Kapura leki nie powodują usunięcia urojeń. Powodują to, że pacjent dystansuje się do nich. Kapur używa tu angielskiego słowa *detachment* oznaczającego między innymi: odłączenie, oderwanie, odczepienie, obojętność. Stare urojenia obojętnieją i ulegają wygaszeniu. Nowe zaburzone znaczenia mają mniejszą szansę na powstanie. Zdaniem Kapura, kiedy to psychotyczne pochłonięcie umysłu urojeniami i omamami ustępuje, pacjenci dekonstruują pojęciową zawartość urojeń, toteż ustępowanie objawów odbywa się stopniowo. Leki przeciwpsychotyczne obniżają nadmierne uwydatnianie znaczeń, natomiast pacjenci przepracowują objawy, aby rozwiązać je w sposób psychologiczny. Ten sposób przepracowania może być taki sam, jak przepracowywanie każdego innego traumatycznego wydarzenia.

S. Kapur zwraca uwagę, że zaproponowany model może godzić stanowisko biologiczne i psychologiczne w odniesieniu do psychoz. Uwzględnia on zarówno neurochemiczne podstawy psychozy, jak i niewątpliwie indywidualny sposób, w jaki jest ona doświadczana. Jego zdaniem dopamina stanowi podstawową siłę napędzającą psychozę, natomiast indywidualne cechy kognitywne, psychodynamiczne i kulturowe danej osoby nadają jej formę. Psychoza jest w tym ujęciu interakcją neurochemicznej siły, która idzie „z dołu do góry” i psychologicznych procesów idących „z góry do dołu”.

Zdaniem Kapura specyficzna psychoterapia dla osób ze schizofrenią powinna być synergistyczna z farmakoterapią. Pacjenci nie uzyskujący takiego wsparcia muszą posługiwać się w związku z tym dostępnymi sobie, jak i wszystkim ludziom, sposobami psychologicznymi dla uporania się z niezwykleymi doznaniem, takimi jak urojenia, omamy, lęki i depresja. Z tego punktu widzenia, nawet bardzo skuteczne zablokowanie dopaminy, jako siły napędowej psychozy, nie rozwiązuje wszystkich problemów, ponieważ to doświadczenie w sposób kognitywny i emocjonalny pozostaje w psychice pacjentów. Dopiero psychologiczne przepracowanie, które zabiera czasami tygodnie i miesiące, może prowadzić do pełnej poprawy.

S. Kapur podkreśla, że zaproponowana hipoteza nie jest hipotezą etiologiczną, lecz patofizjologiczną. Nie wyjaśnia ona, dlaczego zdarza się schizofrenia. Koncepcja schizofrenii jako choroby opiera się raczej na wyjaśnieniach neurorozwojowych, lub badaniach nad zaburzeniami innych niż dopamina neuroprzekaźników (np. kwasu glutaminowego). Natomiast omawiana teoria wyjaśnia, jak pewne procesy neurobiologiczne prowadzą do powstania psychozy. Ponadto hipoteza ta nie odnosi się do kwestii długotrwałych zaburzeń

funkcji poznawczych w schizofrenii, jest więc koncepcją psychozy w przebiegu schizofrenii, a nie koncepcją tej choroby.

Opublikowano pracę, w której zastosowano opisaną wyżej teorię w interpretacji poprawy klinicznej u psychotycznego pacjenta [6]. Obecnie prezentowana praca jest poszerzoną i usystematyzowaną próbą obserwacji, czy omawiana teoria przystaje do doświadczenia klinicznego i w jakim stopniu pozwala na rozumienie zjawisk psychologicznych zachodzących w trakcie początkowych tygodni terapii lekami przeciwpsychotycznymi. Celem tych obserwacji jest doskonalenie interwencji terapeutycznej (rozumianej szeroko jako połączona interwencja farmakologiczna i psychologiczna) w pierwszym okresie leczenia szpitalnego osób psychotycznych.

### **Cele pracy**

Cele pracy obejmowały próbę odpowiedzi na pytania:

- czy przedstawiona powyżej teoria może znaleźć odzwierciedlenie w materiale klinicznym, tzn. w bezpośredniej obserwacji pacjentów leczonych lekami przeciwpsychotycznymi z powodu psychoz
- w jaki sposób osoby z objawami wytwórczymi psychozy relacjonują ustępowanie urojeń w trakcie leczenia przeciwpsychotycznego
- czy w trakcie przeciwpsychotycznego epizodu psychozy daje się wyodrębnić psychologiczne przejawy dekonstruowania treści psychotycznych
- czy można zaobserwować specyficzne dla procesu ustępowania urojeń zjawiska psychologiczne.

### **Osoby badane i metoda**

Badanie ma charakter obserwacyjny i naturalistyczny. W badaniu pilotażowym zbadano 4 osoby leczone z powodu zespołu paranoidalnego. Były one hospitalizowane w III Klinice Psychiatrycznej IPiN, co pozwalało na codzienny kontakt z nimi w okresie leczenia psychozy. Obserwowano przebieg choroby u dwóch osób z pierwszorazowymi psychozami i dwóch z drugim epizodem psychotycznym, u których nawrót wystąpił po kilkuletnim okresie dobrego funkcjonowania bez nawrotów psychozy (okres remisji odpowiednio 4 lata i 13 lat). Rozpoznano u nich schizofrenię paranoidalną według ICD-10. Stopień nasilenia objawów psychotycznych był zróżnicowany, co zostało zobiektywizowane wynikami badań za pomocą skali PANSS. Nasilenie objawów wytwórczych oceniano na podstawie wartości punktacji w podskali objawów pozytywnych PANSS. Dane dotyczące opisywanych pacjentów są zawarte w tabeli 1 i tabeli 2.

Pacjenci otrzymywali lek przeciwpsychotyczny II generacji we wzrastających powoli dawkach. Dawki te wynosiły początkowo 0,5 mg – 1 mg i następnie rosły o 1mg co 1–2 dni, do dawki terapeutycznej wynoszącej od 3 do 6 mg. Wszyscy pacjenci leczeni byli tym samym lekiem. Uzyskane w trakcie badania obserwacje są dzięki temu oparte na relacjach osób poddanych takiemu samemu leczeniu farmakologicznemu i pozwalają na pominięcie w rozważaniach ewentualnych różnic pomiędzy lekami, gdyby stosowano różne leki, o zróżnicowanym profilu działania.

Tabela 1. Dane demograficzne opisywanych pacjentów

	Płeć M - męska K - żeńska	Wiek (lata)	Liczba epizodów psychotycznych	Czas od poprzedniego epizodu w latach	Czas trwania obecnego epizodu w miesiącach
Pacjent 1	M	32	1	—	7
Pacjent 2	M	20	1	—	2
Pacjent 3	M	41	2	13	1<
Pacjent 4	K	24	2	4	1<

Tabela 2. Ocena punktacji w skali PANSS na początku leczenia opisywanych pacjentów

	PANSS całkowity	PANSS pozytywne	PANSS negatywne	PANSS ogólne
Pacjent 1	71	21	16	34
Pacjent 2	80	27	14	39
Pacjent 3	64	13	14	37
Pacjent 4	107	26	22	59

Główną metodą badawczą było zapisywanie wypowiedzi pacjentów w trakcie codziennych rozmów. Następnie zapisy te były analizowane oraz wyodrębniano z nich materiał kliniczny biorąc pod uwagę założenia przedstawianej w tej pracy teorii. Analizowany okres obejmował pierwsze 14 dni leczenia ze względu na istniejące dane, że w tym okresie ma miejsce największa poprawa w zakresie ustępowania objawów psychotycznych [7].

Badaniom wykonano ponadto za pomocą skali PANSS [8] w dniu przyjęcia oraz po 7 i 14 dniach leczenia.

Jako obiektywizację subiektywnego poczucia ustępowania treści psychotycznych wykonano badanie za pomocą kwestionariusza: „Ocena efektów działania leku”. Kwestionariusz ten został opracowany przez zespół autorów z Centrum Uzależnień i Zdrowia Psychicznego oraz Wydziału Psychiatrii Uniwersytetu w Toronto pod kierownictwem R. Mizrahi, między innymi z udziałem S. Kapura, i zastosowany do badania subiektywnych aspektów ustępowania urojeń [4]. Obejmuje on pięć zagadnień ocenianych przez pacjenta na czteropunktowej skali typu Likerta. Punkty te odnoszą się do przeżywania przez osobę leczoną przeciwpsychotycznie ustępowania objawów wytwórczych w kontekście otrzymywanego leczenia. Pytania pozwalają pacjentowi ocenić, czy pod wpływem leków łatwiej radzi sobie z objawami, czy leki pomagają mu przestać o nich myśleć, czy mniej się nimi niepokoi, czy zmieniają jego poglądy na treści psychotyczne lub usuwają te treści. Brakowi zmiany przypisano wartość punktową 0, zmianie niewielkiego stopnia wartość punktową 1, średniego stopnia wartość 2, a pełnej poprawie wartość 3 (całkowity zakres możliwych do otrzymania wartości to 0 do 15 punktów). Kwestionariusz, otrzymany bezpośrednio od jego autorów, został przetłumaczony przez zespół pracowników III Kliniki Psychiatrycznej IPiN (S. Murawiec, M. Grochowski, T. Szafranski). Zastosowano go za zgodą autorów. Uzyskane wyniki, wraz z wynikami skali PANSS, zawarte są w tabeli 3. Wyników tych nie poddano analizie statystycznej ze względu na odmienne założenia pra-

cy (celem jest opis zjawisk psychologicznych, a nie analiza statystyczna) oraz niewielką liczbę osób badanych.

**Tabela 3. Subiektywna i obiektywna poprawa w trakcie leczenia**

		Ocena wstępna	24 godz.	7 dni		14 dni	
Pacjent 1	Ocena obiektywna	71	x	53	- 25%	31	- 56%
	Ocena subiektywna	x	1	12	+ 80%	15	+100%
Pacjent 2	Ocena obiektywna	80	x	83	+4%	77	- 4%
	Ocena subiektywna	x	2	2	+ 13%	5	+33%
Pacjent 3	Ocena obiektywna	64	x	39	-39%	37	- 42%
	Ocena subiektywna	x	8	10	+34%	15	+ 100%
Pacjent 4	Ocena obiektywna	107	x	54	- 50%	53	- 50,5%
	Ocena subiektywna	x	Brak danych	15	+ 100%	15	+ 100%

Ocena obiektywna jako całkowita suma punktacji w skali PANSS. Redukcja wyników skali oznacza zmniejszenie się nasilenia objawów psychotycznych (stąd znak minus przed oceną procentową). Ocena subiektywna jako całkowita suma punktacji w kwestionariuszu: „Ocena efektów działania leku”. Wyższa punktacja oznacza wyższą ocenę ustępowania urojeń, stąd znak dodatni oceny procentowej.

### Wyniki

Spośród 4 obserwowanych osób, u 3 w ciągu pierwszych dwóch tygodni leczenia zauważono wyraźną poprawę stanu psychicznego i ustępowanie treści urojeniowych. W tym okresie redukcja punktacji w skali PANSS wynosiła u nich 40–50%. Pacjenci uzyskujący tego rzędu redukcję w całkowitej skali PANSS relacjonowali pełną poprawę w subiektywnej ocenie ustępowania objawów w kwestionariuszu „Ocena efektów działania leku”. U jednej z badanych osób (pacjent 2) nie obserwowano tak wyraźnej poprawy stanu psychicznego. Znalazło to zgodny wyraz zarówno w ocenie subiektywnej, jak i obiektywnej (tabela 3).

#### Uświelenia intelektualnego poradzenia sobie z treściami psychotycznymi

Niektórzy z obserwowanych pacjentów dawali wyraźnie znać, że chcą zrozumieć psychotyczną rzeczywistość, a następnie zmiany, jakim podlega ona w trakcie leczenia. W początkowym okresie leczenia niektórzy (osoby 1, 2, 3) podejmowali wyraźne wysiłki, aby „zrozumieć, o co chodzi” w odniesieniu do przeżywanego treści psychotycznych. Przykładowo, pacjent podejrzewał wszystkich o spiskowanie przeciw niemu i w związku z tym prosił o danie mu czasu, ponieważ starał się cały czas myśleć „uporządkować w głowie i zrozumieć, o co chodzi”.

Podobne zjawisko miało miejsce w okresie leczenia i ustępowania urojeń. Niektórzy obserwowani pacjenci starali się także poznawczo opanować odczuwane zmiany zachodzące w trakcie terapii. Znajdowało to wyraz w wypowiedziach wskazujących na wysiłek intelektualny, żeby „zrozumieć”, „poukładać sobie” odczuwane zmiany. Jednak

nie wszyscy prezentowali taką postawę. Odmienną postawę przyjęła pacjentka nr 4. Nie zastanawiała się nad treściami psychotycznymi ani nad ich ustępowaniem. Gdy osłabły treści urojeniowe natychmiast chciała opuścić szpital — była przekonana, że „wtedy będzie dobrze”. Styl poznawczy tej pacjentki dobrze oddaje jej następująca wypowiedź: „To zniknęło podczas tamtego tygodnia, najwięcej zniknęło w czasie weekendu i jestem pewna, że się nie pojawi”. Pacjentka ta ujawniała nasilone mechanizmy zaprzeczania i ucieczki od swoich przeżyć. Widoczne były one zarówno w treści jej wypowiedzi, jak i w zachowaniu (żądanie wypisania ze szpitala to chęć ucieczki od świadomości swojej choroby i jej skutków; magiczne zaprzeczenie). Być może związane to było ze wstydem, jaki odczuwała w związku z psychozą. Pytana o stosunek do swojej choroby stwierdziła: „wstydę się, rozsądnie myślący człowiek nie powinien sobie do głowy wbijać takich... [rzeczy]”.

Tabela 4. **Przykładowe wypowiedzi pacjentów odnoszące się do tematu: Usiłowania intelektualnego poradzenia sobie z treściami psychotycznymi**

Pacjent	Dzień leczenia	Przykładowe wypowiedzi
Pacjent 1	3	„staram się poukładać sobie w głowie”
Pacjent 2	14	„nic nie rozumiem”, „nie wiem, co jest prawdą, a co fałszem”, „nie rozumiem tego, co powiedziałem”
Pacjent 3	5	„coś w tym jest, ale nie jest takie, jak wcześniej, muszę to przeanalizować, żeby się odsunąć od tego”, „nie wiem, jak dalej mi się to ułoży w głowie”

#### Relacjonowanie ustępowania urojeń

Uzyskano niewiele wypowiedzi pacjentów dotyczących procesu ustępowania urojeń; stosunkowo najczęściej pochodziło ich od pacjenta 3. Wypowiedzi te wskazywały na proces wygaszania urojeń w trakcie leczenia przeciwpowrotkowego. Pacjent 3 używał takich sformułowań, jak: „ucichło”, „odsuwa się to”. Od tego samego pacjenta pochodzi ciekawa obserwacja komplementarności narastania i wygaszania psychozy, co sformułował następująco: „To narosło [...] a teraz posuwa się w drugą stronę”. Niezwykle ciekawa jest także inna jego wypowiedź: „jak nie ma sygnałów z zewnątrz, które mi się kojarzą, to nie ma nic”. Wskazywać ona może na następujące zjawisko — po wygaszeniu nadmiernego nadawania znaczeń, nie powstają nowe psychotyczne interpretacje.

Pacjent 1 zobrazował ten proces opisując swój sen. Opowiedział, po ustąpieniu psychozy, sen, w którym obserwował z daleka jakieś zawiązujące się spiski, ale one w ogóle nie odnosiły się do niego. Treść tego snu (spiski) była taka, jak treści w trakcie psychozy, z tą różnicą, że pacjent obserwował wszystko jak obojętny widz. Może to odzwierciedlać zjawisko opisywane przez Kapura jako zubożenie wobec treści psychotycznych.

#### Atrybucja zmiany

Niektórzy z obserwowanych pacjentów przypisywali zmiany swojego stanu psychicznego różnym przyczynom. Jeden z nich po kilku dniach leczenia zemdlał w łazience. Po pewnym czasie retrospektywnie zaczął uważać, że tamto niegroźne uderzenie w głowę



spowodowało ustąpienie u niego psychozy. Może to być związane z dość rozpowszechnioną społecznie fantazją o znaczeniu uderzenia w głowę dla „otrzeźwienia”.

Pacjentka 4 w sposób ambiwalentny przypisywała ustępowanie urojeń rozmowom z lekarzem i własnym przemyśleniom, natomiast nie wiązała ustępowania psychozy z lekami, których zażywanie faktycznie powodowało poprawę kliniczną. Przeciwnie — zgłaszała, że po lekach czuje się gorzej niż przed leczeniem.

Tabela 5. Przykładowe wypowiedzi pacjentów odnoszące się do tematu: Relacjonowanie ustępowania urojeń

Pacjent	Dzień leczenia	Przykładowe wypowiedzi
Pacjent 1	8	„przestałem myśleć na temat spisku”
Pacjent 3	2	„to trochę ucichło, te sprawy. To, że ktoś ma mi coś zrobić, to się oddaliło” „jak nie ma sygnałów z zewnątrz, które mi się kojarzą, to nie ma nic”
Pacjent 3	6	„odsuwa się to”, „narosło to i pękło, a teraz posuwa się w drugą stronę”

Tabela 6. Przykładowe wypowiedzi pacjentów odnoszące się do tematu: Atrybucja zmiany

Pacjent	Dzień leczenia	Przykładowe wypowiedzi
Pacjent 1	14	„jak się wtedy w prysznicu uderzyłem w głowę, to potem mi to wszystko przeszło”
Pacjentka 4	9	„po rozmowie z panem uświadomiłam sobie, że to nieprawda”, „ale też sama, po przemyśleniach swoich”

#### Zjawisko racjonalizacji/obrony psychozy

Pacjent 3 podjął wyraźną poznawczą próbę uzasadnienia prawdziwości uprzednio przeżywanych treści psychotycznych. Podczas psychozy miał urojenia odnoszące oraz prześladowcze związane z osobami z pracy, z treściami reklam oraz ludźmi mijanymi na ulicy. W trakcie rozważań nad swoimi doznaniem ograniczył zakres tych treści tylko do osób z pracy. Następnie, po takim zawężeniu do jednego wątku, zaczął uzasadniać prawdziwość uprzednio przeżywanych treści, ale już na innym poziomie. Nie był to poziom psychotyczny, tylko racjonalny i społecznie akceptowalny. Zaczął mówić już nie o prześladowaniu, tylko o mobbingu, o którym słyszał w mediach. Jego argumentację można odtworzyć następująco: być może coś w tym, co przeżywałem, było przesadzone, ale zasadnicza treść była prawdziwa, a wynikało to z mobbingu i układów w pracy. W ten sposób dokonał procesu racjonalizacji treści psychotycznych, poznawczo poradził sobie z problemami psychologicznymi związanymi z psychozą. Pozwoliło mu to zachować obraz siebie jako osoby, która może jest nadwrażliwa, i trochę przerysowała odbiór rzeczywistości, ale zasadniczo jest rozsądna i stabilna. Był najstarszym pacjentem z obserwowanych, pracował, ma żonę (która niedawno utraciła pracę) i dziecko, w związku z tym zachowanie takiego obrazu siebie było dla niego szczególnie ważne ze względu na sytuację życiową i konieczność pozostania w swoim odbiorze osobą odpowiedzialną, stabilną i dającą podstawy dla dobrego funkcjonowania rodziny.

Jego przykładowe wypowiedzi odnoszące się do tego zjawiska brzmiały następująco:

- „Jest w tym duży procent prawdy, ludziom zależy na pewnych układach”
- „Środki mobbingujące są wtedy na początku słabe, a potem bezczelne”
- „To wygląda na mobbing, żebym ja pracował za osoby, które nie musiały pracować”
- „Kilka osób takie zachowania miało, żeby kogoś zdeptać, może część jest prawdą”.

#### Nadawanie indywidualnych znaczeń

W trakcie rozmów z pacjentami dostrzegalne były także zjawiska formułowania własnych indywidualnych znaczeń nadawanych przeżyciom, które następnie mogły być relacjonowane przez nich jako treści psychotyczne.

Przykładowo, pacjent 2, pytany o wpływ leków, odpowiedział, że leki „zmieniają myślenie” w ten sposób, że „znów staję się humanistą”. Uzasadnił, że humanista to osoba, która chce osiągnąć sukces. Pacjent ten w ciągu kilku lat poprzedzających zachorowanie intensywnie uczył się i pracował, aby osiągnąć sukces na polu finansowym i zawodowym. Miał do tych działań stosunek ambiwalentny — z jednej strony bardzo chciał odnieść sukces, z drugiej czuł się dużo gorszy od innych osób uczestniczących w tej samej walce o powodzenie.

Pacjent 3 w okresie poprawy stanu psychicznego stwierdził, opisując urojenia prześladowcze z okresu psychozy, że „środki takie stosuje sekta, ja nie wiem, czy to sekta, ale metody takie są stosowane jak w sekcie, ja o tym w radio słuchałem”. Jak można zrozumieć, pacjent nie miał na myśli dosłownego prześladowania przez sektę. Tłumacząc samemu sobie to, co przeżywał w psychozie, skojarzył swoje przeżycia z wysłuchanymi niegdyś treściami audycji radiowej na temat sekt. W ten sposób skojarzenie to pozwoliło mu na wyrażenie i sformułowanie tego, co odczuwał w trakcie psychozy, za pomocą pojemnego znaczeniowo sformułowania „bycia prześladowanym przez sektę”

#### Ocena przeżyć

Najwyraźniejszej oceny swoich przeżyć psychotycznych w ciągu pierwszych 14 dni leczenia dokonała pacjentka 4. Stwierdziła: „wstydzę się, rozsądnie myślący człowiek nie powinien sobie do głowy wbijać takich skrajnie wyostzonych emocji, obrazów, dźwięków. To całkowicie wytwór wyobraźni, nierealne”. Taka jej ocena związana była z masywnym mechanizmem zaprzeczania temu, że psychoza jest chorobą, która dotknęła tę pacjentkę i ciągną chęcią wypisania się ze szpitala, wyjazdu, podjęcia natychmiast dotychczas prowadzonego trybu życia.

Innym sposobem oceny przeżyć posłużył się pacjent 3, co zostało opisane powyżej. Dokonał on racjonalizacji przeżyć psychotycznych, uznając, że być może dostrzegał w trakcie psychozy rzeczy, które dokładnie nie odzwierciedlały prawdy, ale ogólnie — to jego spostrzeżenia zawierały istotną jej część.

#### Pozorne pogorszenie

W przypadku pacjentki 4 najsilniej wystąpiło zjawisko pozornego pogorszenia psychozy, opisywane, choć w nieco innym kontekście, przez Weidena i wsp. [9]. Pacjentka ta pod koniec pierwszego tygodnia leczenia zaczęła zgłaszać, że czuje się dużo gorzej niż

przy przyjęciu do szpitala, że leczenie jej nie tylko nie pomaga, ale bardzo pogarsza jej stan. Utrudniało to poważnie współpracę. Szczegółowe badanie ujawniło, że odczuwała ona w tym okresie nasilone objawy ambitendencji i ambiwalencji. Mówiła o swoich trudnościach z podejmowaniem decyzji, czy ma wyjść z sali, czy ma stanąć w kolejce po posiłek, czy nie, czy ma iść do łazienki, czy nie. Te sprzeczne tendencje sprawiały jej olbrzymi problem; jednocześnie była ich dużo bardziej świadoma niż na początku leczenia, kiedy także występowały, ale wtedy była w pełni ogarnięta psychozą. Względna nierównowaga w ustępowaniu poszczególnych wymiarów psychozy sprawiła, że poprawiał się jej kontakt z rzeczywistością (ustępowały objawy wytwórcze) i zdolność do obserwowania swoich przeżyć, natomiast nadal utrzymywała się ambiwalencja (utrzymywał się wymiar dezorganizacji). Subiektywnie pacjentka odczuwała nieprzyjemne doznania, a w efekcie interpretowała swój stan jako pogorszony w stosunku do początku leczenia.

### Omamy

Pacjentka 4 była osobą doznającą intensywnych omamów słuchowych, jednak nie udało się uzyskać od niej żadnych istotnych informacji na temat ich ustępowania. W trakcie leczenia omamy ustąpiły zupełnie, co pacjentka dostrzegła, ale nie odnosiła się do tego w żaden sposób w wypowiedziach.

### Dyskusja

Czy teoria psychozy jako stanu nadmiernego uwydatniania znaczeń oprze się próbie czasu i weryfikacji wynikającej z nowych wyników badań i nowych koncepcji, to się dopiero okaże. W obecnej sytuacji można zadać pytanie, czy ta teoria daje się weryfikować w doświadczeniu klinicznym i w jakim stopniu może być użyteczna.

Przedstawiono wyżej wyniki obserwacji kilku pacjentów we wczesnym okresie leczenia przeciwpsychotycznego. Przede wszystkim istotny jest fakt, że miała ona miejsce w ciągu pierwszych 14 dni leczenia przeciwpsychotycznego. Jest to okres, który rzadko bywa opisywany z punktu widzenia terapeutycznego, okres, w którym dominują jeszcze treści psychotyczne, psychotyczna dezorganizacja i zamęt. Zastanawiając się nad opisanymi zjawiskami należy mieć w pamięci okres, w którym one występują. Jak widać, nie jest to okres „psychologicznie martwy”, bez znaczenia. Zachodzą w nim ważne zjawiska psychologiczne.

W zgodzie z omawianą w tej pracy teorią spostrzeżono intensywny wysiłek poznawczy i emocjonalny pacjentów nad uporządkowaniem zarówno treści psychotycznych, jak i przeżyć w okresie wychodzenia z psychozy. Nie odnotowano wyraźnych prób psychologicznego przepracowania treści urojeniowych, ale jest to najprawdopodobniej związane ściśle z okresem, w jakim prowadzono obserwację. Taka próba może być podjęta po kilku tygodniach leczenia, a nie na samym jego początku, w okresie, gdy urojenia dopiero ustępują. W wypowiedziach niektórych pacjentów pojawiły się też treści odpowiadające czynnikowi zobojętnienia wobec urojeń i ich wygaszania. W wypowiedzi jednego z pacjentów znalazło się spostrzeżenie, że jeśli nie ma bodźców z zewnątrz (odpowiadających nadmiernemu uwydatnianiu znaczeń), to nie interpretuje on psychotycznie rzeczywistości. W relacji innego pacjenta pojawił się sen, w którym treści psychotyczne były dla niego

obojętne. Tego typu relacje mogą stanowić wsparcie dla omawianego w tej pracy spojrzenia na psychozę i jej leczenie.

Wydaje się, że przypisywanie ustępowania urożeń działaniu leków nie jest tak jednoznacznie oczywiste jak można by uważać. Pacjenci mogą mieć tendencję do wiązania zmiany swojego stanu z jakimś bardziej zrozumiałym dla nich czynnikiem niż działanie leku. Przypisywanie zmiany samopoczucia działaniu leków może też rodzić trudne i ambiwalentne emocje związane z zależnością od ich (tak potężnego) działania. Emocjonalno-poznawczym wyjściem z takich sytuacji może być przypisywanie zmiany mniej ważnym elementom leczenia.

Wyniki omówionych obserwacji wskazują moim zdaniem na to, że w początkowym okresie leczenia farmakologicznego psychozy mają miejsce intensywne i całościowe procesy psychologiczne kształtowania się stosunku do choroby i jej leczenia. Wgląd i całościowy stosunek do przeżyć psychotycznych był wielokrotnie opisywany w literaturze jako wahający się pomiędzy biegunami integrowania tego doświadczenia i zaprzeczania mu [10]. Tego typu postawy znajdują wyraźne odzwierciedlenie i potwierdzenie w opisaney wyżej obserwacji. Wydaje się, że nie są to dwie jedyne możliwości, czasami mogą zachodzić także inne procesy, jak opisany w tej pracy proces zracjonalizowania psychozy. Ważny z punktu widzenia dalszej współpracy w leczeniu może być proces atrybucji zmiany psychicznej. To, jakiemu czynnikowi pacjent przypisuje poprawę swojego stanu psychicznego i jak spostrzega tę zmianę, może decydować o jego stosunku do farmakoterapii i leczenia w ogóle. Jest to jednak założenie, które wymagałoby dalszych badań.

Jeśli psychoterapia w psychozach miałyby być komplementarna do farmakoterapii, to opisane obserwacje wskazują, że powinna być wprowadzana równolegle z wprowadzeniem leków. Można dostrzec, że po dwóch tygodniach leczenia pacjenci ujawniają pewne charakterystyczne dla siebie, wypracowane sposoby rozumienia choroby i leczenia. Jeśli psychoterapia miałyby być wprowadzana w późniejszym okresie, na przykład po kilku miesiącach, będzie bazowała na już opracowanych przez pacjentów sposobach emocjonalnego i poznawczego radzenia sobie z doświadczeniem psychozy i jej leczenia. Być może wcześniejsza interwencja, zastosowana w opisywanym w tej pracy okresie leczenia, mogłaby mieć korzystny wpływ na kształtowanie postawy pacjentów wobec działań terapeutycznych, a także obrazu samego siebie, celów życiowych itd., wymagałoby to jednak dalszej weryfikacji także i tej hipotezy. Rodzaj psychoterapii powinien być dostosowany do specyficznej fazy choroby i uwzględniać oprócz czynników czysto poznawczych i racjonalnych także kontekst psychodynamiczny i nieświadome procesy pacjentów, oraz — z pewnością — kontekst rodzinny. Wydaje się, że terapia poznawcza zorientowana na treści poznawcze mogłaby być tu użyteczna w pewnym zakresie. Istnieje zainteresowanie schizofrenią w nurcie poznawczym psychoterapii, skoncentrowane jest jednak na nieco innej od zaproponowanej w tej pracy tematyce [11].

Zwraca uwagę duża zmienność i bardzo indywidualny charakter przeżywania zarówno psychozy, jak i jej leczenia. Może to stanowić czynnik utrudniający wypracowanie bardziej jednoznacznego opisu omawianego okresu leczenia. Drugim takim czynnikiem są bardzo zróżnicowane umiejętności pacjentów w zakresie opisu werbalnego własnych przeżyć i przemyśleń, a także trudności wynikające niekiedy z relacji z pacjentami (wrogości, zaprzeczania potrzebie leczenia).

Podsumowując, teoria psychozy jako stanu nadmiernego nadawania znaczeń może dostarczać użytecznego schematu poznawczego, w którego obrębie jest możliwa analiza przeżyć pacjentów w okresie ustępowania treści psychotycznych pod wpływem leczenia farmakologicznego. Może to umożliwić doskonalenie metody interwencji psychoterapeutycznej w tym okresie choroby. Wymaga ona jednak dalszej weryfikacji i opracowania pod kątem jej klinicznej użyteczności.

### Piśmiennictwo

1. Kapur S. Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 2003; 160 (1): 13–23.
2. Kapur S. How antipsychotics become anti-“psychotic” — from dopamine to salience to psychosis. *Trends Pharmacol. Sc.* 2004; 25 (8): 402–406.
3. Kapur S, Arenovich T, Agid O, Zipursky R, Lindborg S, Jones B. Evidence for onset of antipsychotic effects within the first 24 hours of treatment. *Am. J. Psychiatry* 2005; 162 (5): 939–46.
4. Mizrahi R, Bagby RM, Zipursky RB, Kapur S. How antipsychotics work: the patients’ perspective. *Progn. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 2005; 29 (5): 859–64.
5. Kapur S, Mizrahi R, Li M. From dopamine to salience to psychosis-linking biology, pharmacology and phenomenology of psychosis. *Schizophr. Res.* 2005; 79 (1): 59–68.
6. Murawiec S.: Kliniczna ilustracja leczenia psychozy w kontekście jej koncepcji jako stanu zaburzonego uwydatniania znaczeń. *Psychiatr. Pol.* 2005; 39: 315–325.
7. Agid O, Seeman P, Kapur S. The „delayed onset“ of antipsychotic action — an idea whose time has come and gone. *J. Psychiatry. Neurosc.* 2006; 31: 93–100.
8. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13: 261–276.
9. Weiden P.J., Aquila R., Emanuel M., Zygmunt A. Long-term considerations after switching antipsychotics. *J. Clin. Psychiatry* 1998; 59 (supl. 19): 36–49.
10. Greenfeld D, Strauss JS, Bowers MB, Mandelkern M. Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schizophr. Bull.* 1989; 15: 245–252.
11. Corrigan PW, Calabrese NM. *Terapia poznawcza i schizofrenia*. W: Reinecke MA, Clark DA, red. *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005; 347–366.

Adres: Sławomir Murawiec  
III Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii  
al. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa  
tel. 0 (22) 45 82 510  
e-mail: murawiec@ipin.edu.pl