



## Urojenie czy nie urojenie? Kwalifikowanie przez lekarzy treści wypowiedzianych przez pacjenta po przebytej psychozie

*Delusion or no delusion? Psychiatrists classifying verbal messages of patients with a prior history of psychotic disorder as delusional or non-delusional judgments*

ŚLAWOMIR MURAWIEC

Centrum Zdrowia Psychicznego Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

### STRESZCZENIE

**Cel.** Zakwalifikowanie przez psychiatrów treści wypowiedzi pacjentów jako sądów urojeniowych bądź nie urojeniowych może częściowo zależeć od precyzji definicji urojeń. Aktualnie obowiązująca definicja może być niedostatecznie precyzyjna. Może ona trafnie kwalifikować urojenia obecne w ostrym okresie psychozy, ale niedostatecznie odróżniać je od nieadekwatnych bądź dziwacznych sądów poznawczych obecnych w okresie po skutecznym leczeniu przeciwpsychotycznym. Celem badania było dokonanie oceny, czy aktualne rozumienie urojeń przez praktykujących psychiatrów zapewnia jednoznaczną kwalifikację treści wypowiedziane przez pacjentów jako sądów urojeniowych bądź nie urojeniowych.

**Metoda.** Zbadano przy pomocy kwestionariusza 62 osoby, lekarzy psychiatrów (58% z II stopniem specjalizacji). Kwestionariusz zawierał opis hipotetycznego przypadku pacjenta wraz z pytaniami o kwalifikowanie podanych w nim treści jako urojeń lub nie-urojeń. Pytano także o prognozowaną odpowiedź na leczenie farmakologiczne.

**Wyniki.** Wszyscy badani ocenili jako urojeniowe sądy pacjenta wypowiedziane w ostrym okresie psychozy. W odniesieniu do wypowiedzi pacjenta w okresie po leczeniu psychozy 73% lekarzy zakwalifikowało je jako urojenia, a 27% było zdania, że nie są to sądy urojeniowe. W grupie osób kwalifikujących treści wypowiedziane przez pacjenta po leczeniu jako urojeniowe znaczny odsetek osób stwierdzał, że odpowiedź na leczenie farmakologiczne jest odmienna w odniesieniu do sądów z ostrego okresu psychozy i sądów wypowiedzianych po jej leczeniu.

**Wnioski.** Aktualnie obowiązująca definicja urojeń nie jest jednoznaczna i wymaga doprecyzowania.

### SUMMARY

**Background.** Whether patients' verbal messages are classified by psychiatrists as delusional or non-delusional judgments may depend, at least to some extent, on their definition of "delusion". The definition currently in force may be insufficiently precise. While enabling to accurately categorize delusions in the acute phase of psychosis, it does not allow to distinguish delusions from inadequate or bizarre cognitive judgments in the period following a successful antipsychotic treatment. The aim of the study was to assess whether current understanding of delusions by practicing psychiatrists ensures that they unambiguously classify their patients' verbal messages as delusional or non-delusional judgments.

**Method.** Participants in the study were 62 psychiatrists (58% with second degree specialty in psychiatry), who responded to a questionnaire presenting a hypothetical case. They were asked then to answer a series of questions: firstly, to classify the presented patient utterances as delusional or non-delusional, and secondly, to predict the patient's response to pharmacological treatment.

**Results.** All the interviewed psychiatrists classified the patient's verbal messages in the acute psychosis as delusional, while these from the post-treatment period were classified as delusions by 73% of the respondents and as non-delusional by the remaining 27%. In the latter group (classifying the post-treatment verbal output as delusional), a considerable percentage of respondents predicted a different response to pharmacotherapy on the grounds of the patient's utterances produced in the acute stage of psychosis and in the post-treatment period.

**Conclusions.** The definition of delusions currently in force is not precise and requires further clarification.

**Słowa kluczowe:** urojenia / definicja / farmakoterapia

**Key words:** delusions / definition / pharmacotherapy

Definicja i zakres znaczeniowy terminu urojenia jest jednym z najważniejszych pojęć w trakcie kształcenia studentów medycyny w zakresie psychiatrii, a następnie w trakcie specjalizacji osób, któ-

re wybierają tą gałąź medycyny. W związku z tym można byłoby odnieść wrażenie, że termin urojenia został precyzyjnie zdefiniowany i opisany, jako że ma tak podstawowe znaczenie dla praktyki i teorii

psychiatrycznej. Jest on używany na co dzień i w wielu przypadkach stwierdzenie występowania urojeń decyduje o postawieniu adekwatnego rozpoznania, a następnie wdrożeniu odpowiednich strategii terapeutycznych, w tym, co ważne, leczenia farmakologicznego.

Aktualnie podstawowe rozumienie pojęcia urojenia opiera się na definicji Jana Jaroszyńskiego [1, 2] według której: „Urojenia definiujemy jako sądy fałszywe pochodzenia chorobowego”. W omówieniu tej definicji Jaroszyński wymienia następujące cechy urojenia „sąd ma mieć pochodzenie chorobowe, a więc indywidualne; nie są urojeniami treści popospolite w określonym środowisku”.

W podręczniku psychiatrii pod redakcją A. Bilikiewicza, S. Pużyńskiego, J. Rybakowskiego i J. Wciórki [3] urojenia są definiowane przez ostatniego z wymienionych redaktorów podręcznika. Uważa on, że urojenia „stanowią zjawisko niezwykle trudne do niebudzącego kontrowersji określenia”. Wciórka przywołuje zacytowaną wyżej definicję urojeń doprecyzowując następujące ich cechy: fałszywość, chorobliwy kontekst, niezwykle silne odczuwanie rzeczywistości, niekorygowalność, indywidualistyczny i wyobcowany społecznie charakter. Autor ten dodaje, że „Choć najczęstszą postacią urojeń są ukształtowane w pełni myśli (przekonania, sądy) urojeniowe, to jednak mówimy też o wspomnieniach, interpretacjach czy wyobrażeniach urojeniowych”. Właśnie z wyżej przytoczonymi definicjami zakresu pojęciowego znaczenia terminu urojenia mają największą szansę spotkać się osoby w trakcie szkolenia przeddyplomowego i specjalistycznego, a następnie posługiwać się nimi w trakcie swojej pracy.

Prezentowana praca nie ma na celu omawiania oraz krytycznej analizy zakresu pojęcia urojenia. Jej celem jest zobrazowanie faktu, że stosowanie pojęcia urojenia do opisu przypadku klinicznego nie jest całkiem jednoznaczne. Przyjęto w tej pracy, że w trakcie kształcenia do specjalizacji z psychiatrii, a także w trakcie pracy specjalistów posługują się oni w sposób praktyczny terminem urojenia. Termin ten powinien być możliwie jednoznaczny i w sposób jak najbardziej zbliżony rozumiany przez osoby kształcące się w psychiatrii i specjalistów psychiatrów. Nie zostało w poniżej przedstawionym badaniu stwierdzone, czy osoby badane posługują się w swojej pracy klinicznej definicją Jaroszyńskiego, jest więc to wyłączenie założenie autora tego doniesienia.

W pracy opublikowanej w roku 2009 [4] zwrócono uwagę na potrzebę doprecyzowania pojęcia urojeń. Zaproponowano, aby termin ten odnosił się do treści wypowiedzianych przez osoby będące aktualnie w stanie psychozy. Na podstawie teorii psychozy jako stanu nadmiernego uwydatniania znaczeń [5] zaproponowano hipotezę, że występowanie

urojeń jest wynikiem równoczesnego występowania dwóch elementów. Po pierwsze nadaktywności dopaminergicznej (która jest biologiczną komponentą stanu psychotycznego) oraz po drugie treści powstałych na podstawie tej nadaktywności, pochodzących z wyższych pięter układu nerwowego (z poziomu emocjonalnego, poznawczego, pamięciowego). Takie rozumienie odpowiada definicji Jaroszyńskiego, ponieważ w tym kontekście urojenia powstają wyłącznie na podstawie procesu chorobowego (są więc „pochodzenia chorobowego”, w znaczeniu aktualnego procesu patologicznego funkcjonowania pewnych szlaków neuronalnych w mózgu, mającego miejsce na poziomie neurobiologicznym).

Natomiast powstaje pytanie, czy jeśli proces patologicznego funkcjonowania szlaków dopaminergicznych stanowiący podłoże występowania objawów wytwórczych zostaje zahamowany w wyniku leczenia, to powstające w kolejnych okresach treści fałszywe, dziwaczne lub nieprawidłowe powinny być klasyfikowane jako urojenia. Są to treści podobne do urojeń [2] lub interpretacje popsychoyczne. Można je opisać, jako interpretacje i próby nadania sensu ustąpieniu objawów wytwórczych, jakich dokonuje pacjent w oparciu o własne zasoby pojęciowe, gdy subiektywnie spostrzeża ustąpienie stanu psychozy w wyniku leczenia. Są często w sposób pośredni zakorzenione w treściach z okresu psychozy, ale w tym okresie mają charakter wyjaśnień poznawczych, a nie urojeń.

## CEL

Celem prezentowanego badania była próba odpowiedzi na pytanie, czy zarysowana wyżej nieprecyzyjność rozumienia definicji urojeń znajduje odzwierciedlenie wśród osób pracujących jako psychiatrzy, czy też jej rozstrzygnięcie nie stanowi problemu. W tym celu przedstawiono opis hipotetycznego pacjenta chorującego na schizofrenię, który zawierał opis ostrej psychozy, leczenia, oraz stanu po ustąpieniu epizodu psychotycznego. Opis w intencji autora miał nie budzić wątpliwości, że osoba choruje na schizofrenię i jest leczona z powodu zaostrzenia psychotycznego; ponadto, że leczenie okazało się skuteczne u tej osoby oraz że chory po ustąpieniu psychozy wypowiada treści odnoszące się do urojeń w jej trakcie i do leczenia. Zasadnicze pytanie postawione osobom biorącym udział w badaniu dotyczyło zakwalifikowania tych treści jako urojeniowych lub nie-urojeniowych.

## BADANE OSOBY

W badaniu wzięły udział 62 osoby (41 kobiet i 21 mężczyzn). Rozkład wieku osób badanych podaje tabl. 1.

**Tabela 1.** Wiek osób objętych badaniem.**Table 1.** Age of the study participants.

Płeć*		Wiek (lata)				Ogółem
		<30	30–40	40–50	>=50	
Kobieta	N	-	12	15	14	41
	%	-	29	37	34	66
Mężczyzna	N	2	13	6	-	21
	%	10	62	29	-	34
Ogółem	N	2	25	21	14	62
	%	3	40	34	23	100

\* p=0,002

Wśród tych osób 36 lekarzy (58%) były to osoby z II stopniem specjalizacji z psychiatrii, natomiast pozostali mieli specjalizację I stopnia (10%) lub byli to lekarze bez specjalizacji (32%). Grupa badana obejmowała więc w prawie 60% osoby z pełnym profesjonalnym przygotowaniem w zakresie psychiatrii (tabl. 2). W leczeniu ambulatoryjnym pracowało 28 osób, w oddziale szpitalnym 26 osób, w tym 23 kobiety (część osób pracowała w obu miejscach), w oddziałach klinicznych 7 osób (w tym 6 mężczyzn), a w prywatnej praktyce 1 osoba.

**Tabela 2.** Dane dotyczące specjalizacji w dziedzinie psychiatrii osób badanych.**Table 2.** Data on the respondents' specialty in psychiatry.

Płeć *		Specjalizacja			Ogółem
		brak	I stopnia	II stopnia	
Kobieta	N	9	6	26	41
	%	22	15	63	66
Mężczyzna	N	11	-	10	21
	%	52	-	48	34
Ogółem	N	20	6	36	62
	%	32	10	58	100

\* p=0,022

Badani lekarze byli uczestnikami warsztatów prowadzonych przez autora tej pracy w Radomiu, Cieszynie, Łodzi, Krakowie i Warszawie. Warsztaty te nie dotyczyły omawianej w tej pracy tematyki. Lekarze byli zapraszani na warsztaty przez ich organizatorów (z założenia byli to lekarze pracujący jako psychiatry). Warsztaty nie odbywały się w ośrodkach medycznych, toteż zaproszone osoby pracowały w różnych instytucjach w danym mieście.

## METODA

Przed warsztatem uczestników informowano, że są proszeni o wypełnienie anonimowego kwestio-

nariusza oraz że kwestionariusz ten posłuży do badań własnych autora tej pracy i nie jest on w żaden sposób związany z tematem warsztatu oraz instytucją zapraszającą. Uzyskano wypełnione kwestionariusze od wszystkich poproszonych o to osób. Uzyskano także wypełnione kwestionariusze od wykładowców prowadzących inne części tych samych warsztatów. Badana grupa nie była grupą reprezentatywną, co jest niewątpliwym ograniczeniem tej pracy i możliwości traktowania jej wyników jako w pełni wiarygodnych. Jedyne jej usprawiedliwienie stanowi to, że autor pracy nie miał wpływu na następujące elementy badanej grupy: dobór osób zaproszonych na warsztaty i skład osób które w nich uczestniczyły (spośród zaproszonych). Kwestionariusz był rozdawany wszystkim obecnym osobom, co także eliminowało potencjalną celowość doboru uczestników badania. Osoby te pochodziły z różnych ośrodków w Polsce. Badanie przeprowadzono w 2009 roku, przed opublikowaniem pracy [5] omawiającej kwestie, których ono dotyczyło.

Kwestionariusz zawierał pytania o dane demograficzne i wykształcenie zawodowe osób biorących udział w badaniu (płeć, wiek, stopień specjalizacji, miejsce pracy). Następnie prezentowany była hipotetyczny opis przypadku, składający się z następujących części:

- *Wstęp.* Pacjent lat 40, leczony od 20 lat z rozpoznaniem schizofrenii. Ostatnio nie przyjmował leków, przyjęty do szpitala z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej.
  - *Etap I.* Pacjent twierdzi, że jest obserwowany przez tajną policję, która śledzi go, nagrywa, podsłuchuje, obcy ludzie przekazują mu jakieś znaki, informacje. Obserwacja ta jest zlecona przez polityków, ze względu na specjalne znaczenie i wiedzę pacjenta w dziedzinie politycznej.
  - *Etap II.* Leczenie przeciwpsychotyczne w okresie 4 tygodni
  - *Etap III.* Pacjent twierdzi, że przestał być obserwowany przez tajną policję, z tego względu, że odwołano obecnie akcję skierowaną przeciwko niemu, ponieważ tajna policja dostała taki rozkaz od polityków, którzy stali za obserwowaniem go.
- Poniżej przytoczonego opisu przypadku kwestionariusz formułował następujące pytania:
- Czy sądy wypowiedziane przez pacjenta w „etapie I” i „etapie III” są to urojenia?
  - Czy „leczenie farmakologiczne (przeciwpsychotyczne) ma taki sam wpływ na sądy pacjenta z etapu I i III?

Opis przypadku i wypowiedzi pacjenta zawarty powyżej jest bardzo wyraźnie uproszczony i niepełny. Skonstruowano go w ten sposób aby skoncentrować uwagę osób badanych na kwestii urojeń. Pominięto więc wszelkie inne elementy wchodzące w skład procesu schizofrenicznego jak i samej psychozy, co w sposób

oczywisty jest zasadniczym uproszczeniem. Podano arbitralnie, że pacjent choruje na schizofrenię, w celu uproszczenia danych wyjściowych dla dalszego wnioskowania.

## WYNIKI

Wszystkie badane osoby odpowiedziały twierdząco na pytanie, czy w etapie I przytoczonego opisu przypadku mamy do czynienia z urojeniami. Natomiast na pytanie czy w etapie III pacjent wypowiada urojenia twierdząco odpowiedziało 45 osób (73%), a odpowiedź negatywną dało 17 osób (27%). Stwierdzono występowanie podziału grupy badanej w odniesieniu do odpowiedzi na to pytanie w proporcji około 70% do niespełna 30%, co obrazuje występowanie poważnego zróżnicowania opinii. Obrazuje to tabl. 3. Wśród specjalistów II stopnia z psychiatrii 26 osób (72%) oceniło, że w etapie III mamy do czynienia z urojeniami, natomiast 10 osób (28%) było odmiennego zdania.

**Tabela 3.** Wyniki odpowiedzi na pytanie czy w etapie III mamy do czynienia z urojeniami.

**Table 3.** Distribution of answers to the question whether in stage III we are dealing with delusions.

Płeć *	Urojenia w etapie III		Ogółem
	tak	nie	
Kobieta	N	31	41
	%	76	66
Mężczyzna	N	14	21
	%	67	34
Ogółem	N	45	62
	%	73	100

\* p=0,551

Analiza odpowiedzi na pytanie o zakwalifikowanie wypowiedzi z etapu III w zależności od miejsca pracy osób objętych badaniem, ujawniła bardzo dużą rozbieżność pomiędzy opiniami osób pracujących w poradniach oraz oddziałach szpitalnych, a osobami pracującymi w oddziałach klinicznych (tabl. 4). W przypadku tych pierwszych proporcja odpowiedzi pozytywnej do negatywnej na pytanie o zakwalifikowanie wypowiedzi z etapu III była zbliżona do obserwowanej w całej badanej grupie (80/70% do 20/30%). Natomiast była zupełnie odwrotna wśród lekarzy pracujących w klinikach (30% do 70%). Spośród deklarujących jako miejsce pracy szpital kliniczny aż 5 z 7 osób uważało, że w III etapie nie mamy do czynienia z urojeniami. Poważnym ograniczeniem tego spostrzeżenia jest bardzo różniaca się liczebność obu tych grup osób (55 osób w porównaniu z 7 osobami).

**Tabela 4.** Rozkład odpowiedzi na pytanie czy w etapie III mamy do czynienia z urojeniami w zależności od miejsca pracy osób objętych badaniem.

**Table 4.** Distribution of answers to the question whether in stage III we are dealing with delusions by the respondent's place of employment.

Miejsce pracy*	Urojenia w etapie III		Ogółem
	tak	nie	
Poradnia	N	23	28
	%	82	45
Oddział szpitalny	N	19	26
	%	73	42
Oddział kliniczny	N	2	7
	%	29	11
Prywatna praktyka	N	1	1
	%	100	2
Ogółem	N	45	62
	%	73	100

\* p=0,037

W grupie objętej badaniem 17 osób odpowiedziało przecząco na pytanie czy w etapie III przytoczonego opisu przypadku mamy do czynienia z urojeniami. Ale aż 39 osoby stwierdziły, że wpływ leczenia przeciwpsychotycznego jest odmienny w stosunku do treści wypowiedzianych w etapie I w porównaniu z etapem III. Natomiast 23 osoby uważały, że jest „taki sam”. Pomimo więc, że wiele z tych osób uznało sądy z etapu II za urojenia, to skłonne były przyznać, że leczenie farmakologiczne ma w stosunku do nich inną skuteczność. Obrazuje to kolejną istotną różnicę opinii wśród badanych.

## DYSKUSJA

Wyniki tego wstępnego badania potwierdzają hipotezę o konieczności doprecyzowania definicji terminu urojenia. Lekarzom, którzy zgodzili się wziąć w nim udział przedstawiono, uproszczony do jednego zakresu, opis przypadku pacjenta ze schizofrenią, hospitalizowanego z powodu zaostrzenia psychozy a następnie zapytano o zakwalifikowanie jako urojeń sądów z okresu epizodu psychotycznego i z okresu po ustąpieniu psychozy. Wszyscy badani zakwalifikowali jako urojenia sądy z okresu aktywnej psychozy. Natomiast stwierdzono poważną różnicę opinii w odniesieniu do wypowiedzi pacjenta w okresie po skutecznym leczeniu psychozy. Te wypowiedzi zostały zakwalifikowane jako urojeniowe przez około 70% lekarzy, a jako nie będące urojeniami przez około 30% badanych (73% w porównaniu z 27%). Różnica ta była jeszcze większa w odniesieniu do pytania o skuteczność farmakoterapii. W odniesieniu do tego zagadnienia znaczny odsetek osób które zakwalifikowały wypowiedzi pacjenta z okresu

po leczeniu jako urojeniowe, był jednak skłonny uważać, że leczenie farmakologiczne nie będzie wobec tych sądów tak samo skuteczne, jak wobec wypowiedzianych w ostrym okresie psychotycznym.

Różnica opinii wypowiedzianych przez lekarzy nie miała charakteru marginalnego. Jeśli w badanej grupie kilka osób miało opinie odmienną od pozostałych, mogłyby to być przypisane indywidualnym poglądom tych osób. Jednak stwierdzona różnica ocen kształtowała się na poziomie 70% do 30% grupy badanej, co nie jest różnicą marginalną. Co ciekawe, stwierdzono odwrócenie proporcji dokonanych osądów tego samego opisu przypadku przez lekarzy pracujących w ośrodkach nie-klinicznych i klinicznych.

Autor tego doniesienia opowiada się za poglądem, że w etapie III przytoczonego opisu przypadku nie mamy do czynienia z urojeniami. Jednakże nie sam fakt słuszności lub niesłuszności któregoś z poglądów ma tu znaczenie. O wiele istotniejsze jest stwierdzenie niejednoznacznej interpretacji tego samego materiału klinicznego w odniesieniu do tak istotnych pojęć jak urojenie oraz w odniesieniu do postępowania terapeutycznego.

Kwestia treści podobnych do urojeń jest poruszana przez Jaroszyńskiego w Leksykonie Psychiatrii [2]. Autor ten pisze: „Nie są też urojeniami sądy wypływające ze zrozumiałych racjonalnie lub emocjonalnie przesłanek psychologicznych a wg Schneidera nawet z przesłanek związanych z patologią, ale zrozumiałych a więc np. przekonanie o małej wartości, grzeszności, grożącej nędzy, nieuleczalnej chorobie, występujące w depresji. Według Schneidera nie są to urojenia ani w ogóle pozytywne objawy a jedynie przejawy odsłoniętego przez depresję pierwotnego lęku (*Urangst*). Cytowany autor nazywa te sądy, wypływające ze zrozumiałych przesłanek racjonalnych (nie tylko prawidłowych, lecz także patologicznych, jak w przypadku depresji) lub emocjonalnych, reakcjami podobnymi do urojeń”.

W opinii autora tego doniesienia, wypowiedzi pacjenta przedstawione w opisie przypadku jako „etap III”, mają charakter interpretacji ustąpienia doznań psychotycznych, nie są więc urojeniami, pomimo swojej nieprawdziwej treści. Szersze omówienie i uzasadnienie tego poglądu zawarte jest w poprzedniej pracy [5].

Z kolej Wciórka [3] analizuje problem urojeń jeszcze głębiej, wskazując na elementy subiektywnej prawdy psychologicznej, jakie są w nich zawarte. „Istnieje pogląd (Spitzer), że urojenia są w zasadzie prawdziwymi sądami, tyle że zasadnymi w odniesieniu do subiektywnej rzeczywistości wewnętrznej, którym chory bezzasadnie stara się nadać znaczenie obiektywnych sądów o rzeczywistości zewnętrznej – np. urojenie nasyłania myśli byłoby w tym ujęciu prawdziwym, choć subiektywnym poczuciem obco-

ści i nieopanowania nad własnymi myślami, którym chory stara się nadać znaczenie i rolę faktu obiektywnego”.

Podręcznik Jakóba Frostiga z 1933 roku [6, s.254] definiuje urojenia w następujący sposób: „Przez urojenie rozumiemy osobniczy sąd o rzeczywistości pewnych faktów, wynikający z fałszywych przesłanek albo też wytworzony na podstawie nagłego stanu uświadomienia, który się przejawia w formie nagłych, wewnętrznych przejrzeń albo objawień. [...] Nie każdy sąd oparty na fałszywych przesłankach jest jeszcze urojeniem, może być jedynie sądem błędnym. Dopiero wtedy, kiedy przekonamy się, że przesłanki błędnego sądu zostały zdobyte na drodze chorobliwej, albo też chorobliwie doszukane do urojeniowego twierdzenia a dalej, że chory nie potrafi nawiązać swoich sądów do kolektywnej rzeczywistości grupy, wtedy dopiero możemy mówić o urojeniu. Przesłanki do swoich obłądnych twierdzeń zdobywają chorzy drogą szczególną, obłądnej interpretacji wszystkiego, co się wokoło nich dzieje. Przypadkowy uśmiech, spojrzenie przechodnia, urywki melodyj, zasłyszanych z sąsiedztwa, gwizd konduktora, stukot przechodniów ulicznych, wszystkie te przypadkowe przejawy życia codziennego stają się tajemniczymi hasłami, sygnałami labo znakami; wszystkie mają swoje szczególne znaczenie, wszystkie odnoszą się do chorego”. Interesującym słowem używanym w cytowanym podręczniku jest sformułowanie „obłąd kusobny”, dziś używany w skróconej formie urojeń kusobnych.

Opis Frostiga odpowiada dzisiejszemu rozumieniu urojeń, wskazując na kształtowanie się tradycji ich rozumienia w ciągu wielu lat. W sposób sugestywny odmalowuje on także zasadniczą cechę psychozy, jaką jest zwiększone odnoszenie do siebie obojętnych treści z otoczenia. Jest on nadzwyczaj zgodny z teorią psychozy jako stanu nadmiernego uwydatniania znaczeń [4], sformułowaną po 70 latach od wydania podręcznika Frostiga.

Przedstawione wyżej wyniki badania mają bardzo liczne ograniczenia metodologiczne, które jednakże nie przekreślają zasadniczego wniosku jaki został sformułowany powyżej. Najbardziej istotnym ograniczeniem tej pracy jest fakt, że badana grupa nie była reprezentatywna. Osoby do grupy badanej nie były dobierane w sposób zrandomizowany z określonej populacji (np. spośród wszystkich psychiatrów w Polsce lub spośród psychiatrów w określonych miastach). Jednakże z punktu widzenia autora dobór miał charakter losowy, ponieważ to nie autor pracy zapraszał lekarzy do udziału w warsztatach oraz nie miał wpływu na to, kto realnie będzie w nich uczestniczył. Autor tego doniesienia nie miał więc żadnej możliwości doboru uczestników badania i z tego punktu widzenia nie miał wpływu na uzyskane w jego trakcie wyniki.

**PIŚMIENNICTWO**

1. Jaroszyński J. Zespoły zaburzeń psychicznych. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1993.
2. Jaroszyński J. Urojenia. W: Pużyński S. red. Leksykon Psychiatrii. Warszawa: PZWL; 1993. s. 404–506.
3. Wciórka J. Psychopatologia. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. red. Psychiatria. Wrocław: Urban&Partner; 2002. tom I. s. 321–434.
4. Murawiec S. Kilka pytań o naturę urojeń w świetle współczesnych neurobiologicznych koncepcji psychozy. Psychiatria Polska. 2009; 43: 403–410.
5. 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.
6. Frostig J. Psychjatrja. Lwów: Wydawnictwo Zakładu Narodowego im Ossolińskich; 1933.

*Wpłynęło: 10.03.2011. Zrecenzowano: 28.04.2011. Przyjęto: 05.05.2011.*

*Adres: Dr Sławomir Murawiec, Centrum Zdrowia Psychicznego Instytut Psychiatrii i Neurologii,  
ul. Sobieskiego 9, 02–957 Warszawa, tel: 22 4582751, e-mail: murawiec@ipin.edu.pl*