



Psychoza czy fantazja: opis przypadku zaniedbywanej w dzieciństwie pacjentki ujawniającej objawy przypominające psychozę

Psychosis or fantasy: a case report on psychosis-like symptoms in a female patient neglected in childhood

SŁAWOMIR MURAWIEC¹, MAGDALENA KOTLICKA-ANTCZAK²

Z 1. III Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
2. Kliniki Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

STRESZCZENIE

Cel. Celem pracy jest omówienie problemów diagnostycznych dotyczących pacjentów z objawami które mogą być klasyfikowane jako psychotyczne, dysocjacyjne lub wynikające z zaburzeń osobowości. W przypadku wczesnej deprivacji potrzeb psychicznych dziecka może dojść do wytworzenia przez dziecko rozbudowanego świata fantazji zaspokajających zastępczo te potrzeby w wyobraźni. Jeśli te fantazje są nadal przeżywane i werbalizowane w okresie dorosłości, to niekiedy u takiej osoby rozpoznawane bywają zaburzenia psychotyczne.

Metoda. Praca omawia przypadek pacjentki, która doznała w dzieciństwie deprivacji potrzeb psychicznych i wytworzyła szereg wyobrażeń dotyczących rzeczywistych oraz fantazyjnych rodziców. Werbalizowane przez nią w wieku dorosłym wyobrażenia oraz dysfunkcjonalne zachowania prowadziły do wielokrotnych hospitalizacji z rozpoznaniem schizofrenii, zaburzeń osobowości typu borderline, natręctw i uzależnienia.

Wyniki. Obraz kliniczny ujawnianych przez nią zaburzeń nie tworzył spójnej całości, zgodnej z kryteriami którejs z jednostek zawartych w obowiązujących klasyfikacjach psychiatrycznych (zarówno ICD-10 jak i DSM-IV).

Wniosek. Brak jest w obrębie klasyfikacji psychiatrycznej kategorii diagnostycznej w sposób jednoznaczny odpowiadającej tego rodzaju zaburzeniom.

SUMMARY

Objectives. The aim of the paper is to discuss diagnostic problems in patients presenting with symptoms that can be seen by clinicians as either psychotic, dissociative, or resulting from personality disorders. In an early deprivation of the child's psychological needs, a defense mechanism may be used: namely, the child may create an extensive fantasy world to satisfy the deprived needs. If such fantasies are still experienced and verbalized in adulthood, the individual may be diagnosed with psychotic disorders.

Case report. The patient, a woman whose psychological needs had not been satisfied in childhood, continued to verbalize her fantasies and manifest dysfunctional behaviors in adulthood. This resulted in her recurrent psychiatric hospitalization with the diagnoses of schizophrenia, borderline personality disorder, obsessive compulsive disorder and addictions. Her symptoms did not constitute any consistent clinical picture that would precisely fit a particular ICD-10 or DSM-IV diagnostic category.

Conclusion. In the psychiatric classification systems there is no diagnostic category that would univocally correspond to such cases.

Słowa kluczowe: deprivacja potrzeb w dzieciństwie / diagnoza / schizofrenia / dysocjacja / osobowość chwiejna emocjonalnie / uzależnienia
Key words: early deprivation / diagnosis / schizophrenia / dissociation / borderline personality disorder / addictions

Jedną z możliwych reakcji obronnych dziecka na traumatyzującą relację z osobami sprawującymi opiekę w okresie wczesnodziecięcym jest jego wycofanie się w świat wewnętrznych przeżyć i fantazji. Tego rodzaju psychologiczna strategia obronna zapewnia możliwość psychicznego „oderwania” się od rzeczywistości, która może mieć charakter zaniedbania lub opuszczenia psychologicznego lub wręcz traumy psychicznej, jak w przypadkach przemocy fizycznej lub nadużywania seksualnego dziecka. Jednocześnie taka dysocjacja umożliwia fantazyjne zaspokajanie potrzeb psychologicznych w „wirtualnym” świecie własnych fantazji. Wydaje się, że w niektórych przypadkach tego typu dysocjacyjna strategia obronna może przetrwać do okresu adolescencji, a nawet dorosłości. Jednak wypowiedzianie fantazji przez dziecko i przez osobę dorosłą, to nie to samo. Obie te sytuacje są w odmienny sposób odbierane i klasyfikowane społecznie, a niekiedy także psychiatrycznie.

Przedstawiony w tej pracy opis przypadku jest reprezentatywny dla pewnej grupy pacjentów, których leczenie związane jest z poważnymi trudnościami diagnostycznymi i terapeutycznymi. Wspólne cechy tych osób, obecne także w tym przypadku, to: (1) występowanie objawów, które bywają klasyfikowane jako objawy wytwórcze psychozy, o bardzo zmiennym obrazie klinicznym, nietypowych dla psychoz schizofrenicznych, często bardzo przypominających treści wyobraźni, (2) obecność w wywiadzie poważnych zaniedbań ze strony osób sprawujących opiekę w dzieciństwie (np. emocjonalne opuszczenie w dzieciństwie), lub wywiad wskazujący na występowanie psychicznego lub fizycznego nadużywania bądź innych poważnych zakłóceń opieki we wczesnym okresie życia, (3) brak odpowiedzi na leki przeciwpsychotyczne lub odpowiedź nietypowa a nasilenie objawów wydaje się bardziej związane z i wydarzeniami niż kontrolowane przy pomocy leków, (4) początek

leczenia psychiatrycznego i psychologicznego najczęściej już w okresie dzieciństwa, (5) możliwość postawienia diagnozy tego rodzaju pacjentom w oparciu o klasyfikacje ICD-10 napotyka poważne trudności i wątpliwości.

Problemem coraz szerzej omawianym w literaturze psychiatrycznej jest związek pomiędzy traumą doświadczaną we wczesnym dzieciństwie, a występowaniem objawów psychotycznych w adolescencji i wieku dorosłym. Przegląd piśmiennictwa dotyczący tej tematyki zawiera praca Kotlickiej-Antczak i Rabe-Jabłońskiej [1]. Autorki zwracają uwagę na następujące zjawiska:

- brak jasności, czy objawy psychotyczne u osób, które przeżyły traumę w okresie dzieciństwa są specyficzne diagnostycznie,
- dominację w obrazie klinicznym objawów omamowych i ich przewagę nad występowaniem urojeń,
- brak korelacji wczesnej traumy z występowaniem, uznanych za charakterystyczne dla psychoz schizofrenicznych, objawów negatywnych, zaburzeń funkcji poznawczych czy cech dezorganizacji myślenia,
- możliwość wystąpienia pomyłek diagnostycznych w zakresie rozpoznawania psychozy u osób z PTSD a także możliwość współistnienia obu rodzajów zaburzeń [2, 3],
- możliwość wystąpienia pomyłek diagnostycznych w odniesieniu do zaburzeń dysocjacyjnych, w których często stwierdza się omamy słuchowe komentujące. Ma to szczególne znaczenie w związku z prawdopodobieństwem rozpoznania schizofrenii u osób, u których występują zaburzenia dysocjacyjne. W obu tych stanach, tak w schizofrenii, jak i w zaburzeniach dysocjacyjnych, mogą wystąpić halucynacje, które mają zazwyczaj charakter głosów „wrogich lub karzących” [4]. Także inne objawy tradycyjnie uznawane za pierwszorzędowe objawy schizofrenii, jak urojenia wpływu na myślenie, urojenia owładnięcia czy automatyzm psychiczny, są obecne u chorych z zaburzeniami dysocjacyjnymi [5]. Być może więc trauma okresu dzieciństwa jest raczej związana z wystąpieniem objawów psychotycznych w innych zaburzeniach niż schizofrenia. Możliwe jest także współistnienie objawów z obu grup [6, 7, 8].
- Pojawianie się opinii, że „związki pomiędzy nadużyciem, a halucynacjami mogą przekraczać granice diagnostyczne” [9]

Możliwe, że u tego rodzaju osób bardziej właściwe byłoby rozpoznanie „psychozy indukowanej traumą”, którą to propozycję przedstawiają między innymi Ross, a także Morrison oraz Kingdon, [5, 11, 12]. Jako psychoza potraumatyczna (*traumatic psychosis*) jest określane zaburzenie psychotyczne, w którego wystąpieniu i treści objawów znaczącą rolę można przypisać traumatycznemu wydarzeniu. Typowymi jej objawami są halucynacje słuchowe o charakterze głosów komentujących lub krytykujących, połączone z omamami wzrokowymi i uczucia ustrojowego. Treść tych objawów jest związana z przeżyтым urazem. Do innych charakterystycznych cech należą podlegające fluktuacjom objawy depresyjne z myślami samobójczymi, urojenia przesładowcze oraz nadużywanie środków psychoaktywnych [11, 12]. Pacjentów z takim obrazem zaburzeń charakteryzuje często oporność na standardowe przeciwpsychotyczne leczenie farmakologiczne, natomiast dobra odpowiedź na terapię poznawczo-behawioralną [12].

W pracy tej omówiono przypadek pacjentki, u której ostatecznie nie rozpoznano zaburzeń psychotycznych (pomimo kilkakrotnych rozpoznań schizofrenii), choć kwestia ustalenia właściwego rozpoznania klinicznego wydaje się wymyślać kryteriom proponowanym przez klasyfikację ICD-10.

OPIS PRZYPADKU

Aktualnie 25-letnia pacjentka, hospitalizowana po raz pierwszy w wieku 10 lat i następnie wielokrotnie, w kolejnych latach z rozpoznaniami: schizofrenii, osobowości schizoidalnej, osobowości chwiejnej emocjonalnie, zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych i nadużywania alkoholu, została przyjęta do oddziału dziennego po zakończeniu hospitalizacji w trybie całodobowym. Skarżyła się na przygnębienie, które wiązała z informacją uzyskaną z mediów, że jednej ze znanych gwiazd muzycznych urodziło się dziecko. Jak ujawniała, miała to dla niej szczególne znaczenie, ponieważ od około 10 roku życia wyobrażała sobie, że ta osoba jest jej ojcem.

Wyobrażenia te rozpoczęły się od słuchania zespołu muzycznego. Relacja pacjentki na ten temat była następująca:

„Zacęłam mieć fantazje, myśli, patrzyłam na okładkę i nie wiedziałam czy to kobieta czy mężczyzna, spytałam rodziców. Po roku zaczęłam sobie wyobrażać, szukać swoich rodziców, myślałam, że moi rodzice to nie rodzice, zaczęłam sobie wyobrażać, że on jest biologicznym ojcem, aż w końcu uwierzyłam w to. Miałam wyobrażenie, że to biologiczny ojciec, ten, który mnie pocałował, poprzez którego jestem na świecie, ale wychował mnie ktoś inny. Niepotrzebnie w niego wierzyłam, rozmawiałam z nim w myślach, był jego głos, który odpowiadał na pytania, może ja sama odpowiadałam, jako przekaz telepatyczny, że z nim rozmawiam. Zadawałam pytania w myślach, słyszałam odpowiedź, takie słowa w myślach, gadałam sama ze sobą, chciałam w to wierzyć, że to jednak jest on. Wierzyłam, że cokolwiek by nie robił, to słyszy mój głos, ja mogę z nim rozmawiać, ale to była bardziej moja wyobraźnia. Myślałam, że on zna moich rodziców, że dowiaduje się, co się u mnie dzieje. On jeździ na koncerty, nie ma czasu, więc ja jestem adoptowana przez jego znajomych, ale jestem kimś ważnym, o kogo walka była toczona, żebym długo się nie dowiedziała, że jestem adoptowana. Wyobrażałam sobie, że on ma prywatne życie, za mną tęskni, mieszka samotnie, nic mu się nie udaje, tęskni i myśli o mnie, jest nieszczęśliwy. Przyznaję, że w niego wierzę, do dziś się zastanawiam, czy jestem adoptowana, mam ciągle wrażenie bycia adoptowaną, z takim poczuciem jestem może dla swojego dobra nie chce mi o tym powiedzieć”.

Sama siebie pacjentka scharakteryzowała w następujący sposób:

„Czułam się wtedy niedowartościowana i budowałam sobie wirtualny świat wymarzony. Zawsze izolowałam się od ludzi, już w przedszkolu, uciekałam żeby w samotności побыć, nie chciałam się niczym interesować ani żyć tak jak inni ludzie, czułam się inna niż wszyscy, wołałam być w swojej wyobraźni, było wygodniej łatwiej, wiecznie czułam się wyizolowana.”
 „Od 5 do 12 roku życia wołałam być chłopcem, miałam potrzebę bycia kimś innym, kimś kim nie jestem bo to jest nieznane, inne, wprowadzałam się do obcych osób, chciałam zamieszkać u innych ludzi, byleby nie być sobą, imiona inne podawałam nieprawdziwe, różne imiona, albo za chłopca, albo za inną dziewczynkę, nie akceptowałam siebie i z tego to było”.

Wypowiedzi pacjentki na temat rodziców podkreślały, że ciągle z nią się sprzeczała, zarzucali, że się nie uczy, na co wybuchala agresją i krzykiem. Pytana o kontakt emocjonalny wyjaśniała; „łączność z nimi nie za bardzo, do nich miałam tylko wymagania materialne”. W trakcie zbierania wywiadu pacjentka stwierdziła, że nadal myśli o możliwości, że jeśli ten mężczyzna nie jest jej ojcem, to ma innych rodziców biologicznych. Oceniała, że w 80% jest przekonana, iż jest adoptowana, a w 20% że nie, i dodała że musiała sobie zapewnić, by chociaż w świecie wyobraźni być kimś lepszym, ważniejszym.

Wywiad

Przeprowadzono analizę dostępnej dokumentacji medycznej pacjentki, która obejmowała historie chorób pobytów w szpitalach psychiatrycznych w wieku dorosłym (2003–2008) oraz karty informacyjne leczenia szpitalnego z 3 wcześniejszych hospitalizacji (1993–1995), w szpitalach dziecięco-młodzieżowych. W dokumentacji tej istniały liczne rozbieżności, zwłaszcza dotyczące okresu wczesnodziecięcego pacjentki. Rozbieżności tych nie udało się skorygować, w związku z tym przedstawiono je poniżej tak, jak zostały one ujęte w dokumentacji z różnych hospitalizacji. Historia choroby pobytu w szpitalu z roku 2008 zawiera następujące informacje uzyskane od matki pacjentki:

„pacjentka z ciąży pierwszej o przebiegu fizjologicznym, pierwszego porodu, matka w czasie ciąży nie stosowała żadnych leków, neguje narażenie środowiskowe, poród fizjologiczny, który trwał 24 godziny, dziecko urodziło się „sine”, oceniona na 9 pkt. skali Apgar, prawidłowo się rozwijała, moczyła się dość długo do 7 r.ż. Od wczesnych lat życia sprawiała problemy wychowawcze, płaczem wymuszała różne rzeczy, niszczyła przedmioty w pokoju, kopała w TV podczas scen intymnych, zdemolowała pokój, który matka ocenia jako „norę”. Od 5 roku życia pozostaje pod opieką psychologa. W przedszkolu nie potrafiła bawić się dziećmi, dlatego wychowywała ją babcia.”

Historia choroby pobytu w szpitalu z roku 2003 zawiera natomiast informację, że pacjentka została urodzona przedwcześnie i nie była wychowywana przez rodziców: „poród w 36 tyg. ciąży, była wychowywana przez siostrę matki.” Zawiera także informacje o późniejszym rozpoczęciu leczenia psychiatrycznego pacjentki, od III klasy szkoły podstawowej. Problemy rozpoczęły się w II klasie – nie była zainteresowana nauką, ujawniała agresję słowną wobec rodziców. Od IV klasy agresja, nie chciała chodzić do szkoły. Mówiła, że jest chłopcem. Zawarty jest w niej także taki opis zachowania pacjentki przez matkę: „Jedyną co lubiła to słuchać muzyki, wpadała w trans i kiwała się, jak dzieci z chorobą sierocą”.

W okresie dziecięco-młodzieżowym, pacjentka była trzykrotnie hospitalizowana: (1) 1993–1994, rozpoznano: *trudności wychowawcze u dziecka z deprivacją potrzeb psychicznych*. W karcie informacyjnej leczenia szpitalnego zamieszczono następujące informacje, że podstawowe potrzeby psychiczne – bezpieczeństwa, spokoju, sukcesu, osiągnięć – uległy deprivacji i że próbuje uzyskać miłość matki przez ujawnianie zachowań nieprawidłowych, ale dających gwarancję zwrócenia uwagi na nią. (2) 1995, rozpoznano: *cechy nieprawidłowej osobowości u dziewczynki z niekorzystnej sytuacji rodzinnej*”. W karcie informacyjnej

leczenia szpitalnego przytoczone już informacje oraz dodano jedno zdanie, że w obcym środowisku dziewczynka nie ujawnia podobnych zachowań. (3) 1995, rozpoznano: *skłonność do fantazjowania patologicznego, cechy niedojrzałej osobowości*.

Karty informacyjne z lat 1993–1995 nie były pisane w formie epikryz i zawierają jedynie bardzo skąpe dane, co do podłoża rozwojowego i rodzinnego trudności u pacjentki. Można jednak na ich podstawie przyjąć, że stwierdzano poważną deprivację potrzeb psychicznych pacjentki, chociaż charakter i natura tej deprivacji nie jest znana. Można ewentualnie przypuszczać, że pacjentka we wczesnym okresie życia nie była wychowywana przez biologicznych rodziców, lecz przez ciotkę, a następnie w okresie poprzedzającym rozpoczęcie nauki szkolnej, zamieszkała z rodzicami. Jakość emocjonalna obu tych relacji oraz znaczenie zmiany miejsca pobytu i opiekunów nie są dokładnie opisane. Rozpoznanie „skłonności do fantazjowania patologicznego” mówi, że już w tamtym okresie pacjentka ujawniała fantazje o znaczeniu klinicznym. Można także zauważyć, że takie rozpoznanie wykracza poza ramy obecnej klasyfikacji ICD. Przytoczone informacje, chociaż niepełne, są jedynymi, jakie mogły być uzyskane na podstawie dostępnej dokumentacji medycznej i są w związku z tym przytoczone w całości.

Od czasu rozpoczęcia leczenia (w 4–5 roku życia lub w 9 roku życia) pacjentka była cały czas leczona psychologicznie przez kolejnych psychologów uczestniczyła także w terapii rodzinnej w wyspecjalizowanej poradni. W wyniku problemów z nauką szkolną i hospitalizacji pacjentka ukończyła szkołę podstawową w 18 r.ż.

Hospitalizacje w okresie dorosłości pacjentki były związane z: zachowaniami agresywnymi, czynnościami klasyfikowanymi jako zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, zaburzeniami klasyfikowanymi jako psychoza w przebiegu schizofrenii, zaburzeniami wynikającymi z nadużywania alkoholu. (1) 2003 – informacje z wywiadu:

„W domu agresywna, demoluje mieszkanie, niszczy meble, stoi przed lustrem i rozmawia sama ze sobą, udaje że jest pijana, w nocy chodzi, w dzień śpi, uważa że jej rodzice to nie są prawdziwi rodzice”. „W pokoju ma bałagan, zamyka szafki kopniakiem. Ostatnio zniszczyła łóżko, śpi na materacu na podłodze, ma pozastłaniane firanki, bo mówi że ją podglądają, mówi do siebie albo do koleżanki, czasem rozbija lustra, twierdzi że „niechcący”, dużo czasu spędza w łazience, 3–4 razy dziennie po kilka godzin, mówi, że musi, bo czuje się brudna”. „Twierdzi, że w jej domu mieszkaniu i jej pokoju, nawet w poduszce są podsłuchy i kamery, podsłuchuje ją i podgląda kolega, z którym nie utrzymuje kontaktów, ale który kocha się w niej. Kolega jest w zмовie z jej ojcem a także podgląda ją, chowa się za kominkiem. To się jakoś powtarza. Uważa, że jej rodzice nie są jej rodzicami i mówi «bardzo bym się zmartwiła gdybym się dowiedziała że są» Uważa, że jest inna od innych od dzieciństwa nie umie rozmawiać, nikt się nią nie interesuje, dlatego aby dowartościować się wymyśla takie różne historie, jak wyżej – to kwestia bujnej wyobraźni”.

(2) 2005 – informacje z wywiadu:

„Obecnie jest bardzo niespokojna, nasilenie rytuałów mycia i myśli obsesyjnych dotyczących zachowania higieny osobistej, urojenia prześladowcze, że rodzice są w spisku z młodym mężczyzną, który przychodzi i odwiedza pacjentkę, a ojciec opowiada temu mężczyźnie jakieś szczegóły z życia pacjentki”...

„Przy przyjęciu nieufna, skargi na wykonywanie czynności natrętnych, dotyczących higieny osobistej, mające charakter rytualny i zakłócające funkcjonowanie pacjentki. Trudności w skupieniu uwagi, wątki myślowe poroziwane, wypowiada urojeniowe treści rezonerskie i prześladowcze”.

(3) ponownie w roku 2005 – informacje z wywiadu i obserwacji w szpitalu:

„Neguje początkowo występowanie doznań psychotycznych, ale potem potwierdza uczucie bycia obserwowaną przez nieznanego mężczyznę, przy pomocy kamer i podsłuchów zlokalizowanych w jej mieszkaniu. Jest z tego zadowolona, ponieważ powinno tak być, że ktoś widzi, jaka jest brzydka, zaniedbana, ubiera się w brzydkie rzeczy i za karę ktoś powinien to oglądać. Codziennie myje się wieczorem i rani. Również codziennie depiluje całe ciało żyletką”. (...) „Z dalszej rozmowy wynika, że wyobraża sobie, że on ją obserwuje; chciałaby, aby tak było, nie wie czy to jest prawdą, raczej nie jest. Sprawia jej przyjemność wyobrażanie sobie, że on ją widzi w różnych sytuacjach” (...) „czuje się źle, gorsza, brzydka. Chciałaby mieć związek z chłopakiem. Zazdrości innym, którzy mają związki partnerskie. Uważa że nigdy nie będzie lepiej, nikt jej nie będzie lubił” (...) „Ciagle skupiona na tym, by być jak modelka”.

(4) 2006 – informacje z wywiadu oraz z obserwacji:

„Obecnie mycie zajmuje jej około 2 godzin, jak mówi, myje się od wewnątrz, wielokrotnie nos, uszy pępek, narządy rodne. Jeśli tego nie zrobi, coś złego się stanie jej lub komuś z otoczenia. Depiluje się, gdy jest w sytuacji trudnej lub nowej, co ją uspokaja. Wówczas depiluje całe ciało, nawet plecy, dekolt, wrywa włosy z nosa i uszu. W trakcie rozmowy sama zaczyna temat przyjaciela, z którym rozmawia wieczorami w łóżku. Zapytana czy ma głosy, twierdzi, że nie wie, co to jest. Fizycznie nikogo nie ma w pokoju i nic nie słyszy, ale w myśli odbiera od niego

informacje. Podczas gdy to mówi ma obiekcje czy się na nią nie obrazi i znów jej nie nawyzywa „Od 11 roku życia, jak podaje, jest zakochana w wokaliście zespołu rockowego, który fascynuje ją jako wokalista i mężczyzna, fascynują ją także kobiety, z którymi się spotyka. W nocy mówi do niego, opowiada jak przeżyła swój dzień” (...) „Ze swoim idolem nawiązuje kontakt wieczorem przed snem. Polega to na wyznaniach uwielbienia przez pacjentkę, z drugiej strony nie ma odwetu. «Nigdy mi nic nie mówił, ja to sobie wmawiam»”.

W dokumentacji dotyczącej leczenia w latach 2003–2005 nie ma informacji na temat nadużywania przez pacjentkę alkoholu. W okresie późniejszym pacjentka zaczęła nadużywać alkoholu i była hospitalizowana przez 3 miesiące w oddziale terapii dla osób uzależnionych z rozpoznaniem: *uzależnienie od substancji psychoaktywnych, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, przemijające zaburzenia psychotyczne w przebiegu uzależnienia mieszanego od substancji psychoaktywnych*. W okresie tych trzech miesięcy przyjmowała następujące leki: kwetiapina 300 mg/die, klomipramina 70 mg/die, buspiron 50 mg/die, wenlafaksyna 75 mg/die, olanzapina 20 mg/die, sertralina 100 mg/die, piracetam 1600 mg/die. Wypisana z zaleceniem przyjmowania buspironu 20 mg/die, olanzapiny 20 mg/die, sertraliny 100 mg/die wieczorem, piracetamu 1600 mg/die.

Wypowiadane przez pacjentkę treści dotyczące poczucia bycia obserwowaną przez nieznanego młodego mężczyznę, i poczucia, że rodzice nie są jej rodzicami oraz odnoszące się do wyglądu zewnętrznego były interpretowane na kilka sposobów, a od interpretacji tej zależało rozpoznanie: – jako wyobrażenia i fantazje → osobowość chwiejna emocjonalnie

Tablica 1. Przebieg hospitalizacji opisywanej pacjentki, rozpoznania oraz zalecane leczenie farmakologiczne
Table 1. Medical past history, diagnoses and administered pharmacological treatment of the patient

Nr	Rok Year	Rozpoznanie przy wypisie <i>Diagnosis at discharge</i>	Leki zalecane oraz ich dawki dobowe <i>Medication and daily dosage</i>
1	2003	Zaburzenia schizotypowe <i>Schizotypal disorder</i>	risperidon 3 mg kwas walproinowy 600
2	2005	Schizofrenia paranoidalna z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi <i>Paranoid schizophrenia with obsessive-compulsive disorder</i>	risperidon 3 mg kwas walproinowy 600
3	2005	Obserwacja stanu psychicznego w kierunku schizofrenii <i>Psychiatric observation towards schizophrenia</i>	pernazyna 100 mg klomipramina 75 mg
4	2006	Osobowość chwiejna emocjonalnie <i>Emotionally unstable personalisty disorder</i>	karbamazepina 1200 mg fluoksetyna 20 mg
5	2006	Osobowość chwiejna emocjonalnie <i>Emotionally unstable personalisty disorder</i>	karbamazepina 1200 mg sertralina 200 mg
6	2007	Uzależnienie od SPA. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Przemijające zaburzenia psychotyczne w przebiegu uzależnienia mieszanego od SPA <i>Psychoactive substance dependence (PSD). Obsessive-compulsive disorder. Transient psychotic disorders in the course of mixed PSD.</i>	buspiron 20 mg olanzapina 20 mg sertralina 100 mg piracetam 1600 mg
7	2007	Schizofrenia paranoidalna <i>Paranoid schizophrenia</i>	olanzapina 20 mg sertralina 150 mg buspiron 60 mg piracetam 1200 mg
8	2008	Osobowość chwiejna emocjonalnie <i>Emotionally unstable personalisty disorder</i>	klomipramina 150 mg
9	2008	Osobowość chwiejna emocjonalnie <i>Emotionally unstable personalisty disorder</i>	klomipramina 150 mg

SPA – substancje psychoaktywne *psychoactive substances*

- jako odpowiadające urojeniom, ale pozbawione istotnych cech urojeń „Wypowiada szereg treści mogących świadczyć o przeżywaniu urojeń prześladowczych, oddziaływania, omamów rzekomych, jednak jest do tych treści krytyczna (fantazje urojeniowe?) → zaburzenia schizotypowe
- jako urojenia: „Wypowiada treści o charakterze urojeniowym i prześladowczym (osoby z jej otoczenia należą do sekty i boi się że chcą ją tam wciągnąć), urojenia dysmorfobiczne (brzydko pachnie, nie wygląda kobieco)” (...) „Potwierdza występowanie doznań omamowych, urojeń ksobnych, prześladowczych i odstonięcia. Reakcje emocjonalne niedostosowane do wypowiedzanych treści. Czynności i myśli natrętne dotyczące higieny” → schizofrenia.

Wnioski z badań psychologicznych

W roku 2003 stwierdzono:

„W teście osobowościowym MMPI pacjentka uzyskała najwyższe wyniki w skalach psychastenii, schizofrenii, paranoi. Otrzymany profil pozwala opisać pacjentkę jako osobę znajdującą się w stanie ogromnego chaosu wewnętrznego, trudno jej podjąć jakąkolwiek decyzję. Ma problemy z koncentracją uwagi, z pamięcią i trudności z rozumieniem. Często jest jej trudno rozróżnić swoje fantazje od rzeczywistości. Brak jej podstawowych doświadczeń socjalizujących. W towarzystwie czuje się niepewnie, robi wrażenie całkowicie zagubionej. Słabo rozumie sytuacje społeczne, więc trudno jej czerpać korzyści wynikające z obcowania z ludźmi. Jest pasywna i zależna. Szczególnie trudno jej odnaleźć się w relacjach damsko-męskich. Ma problemy z identyfikacją i źle czuje się w roli kobiety. Ma w sobie dużo napięcia i problem z kontrolą własnych impulsów. Otrzymany profil przemawia za istnieniem u pacjentki zaburzeń o charakterze psychotycznym”.

W badaniu roku 2008 stwierdzono:

„Profil osobowości pacjentki jest bardzo nieharmonijny, co wskazuje na znaczne problemy w sferze uczuciowo-dążeńiowej. U badanej istnieje możliwość częstego pojawiania się okresów *acting out* (ma trudności z odroczeniem potrzeb), po których mogą występować wyrzuty sumienia i poczucie winy oraz jednocześnie poczucie krzywdy (przekonanie, że jest traktowana niewłaściwie). Pomimo świadomości różnych własnych społecznych postaw czy motywów, pacjentka ma słabe mechanizmy kontroli swego zachowania. Przyczyny niepowodzeń upatruje w środowisku zewnętrznym, nie w sobie. Jej podstawowym mechanizmem obronnym jest ucieczka w świat fantazji. Badaną cechuje egocentryzm, zmienność, ma tendencje od szybkiej rezygnacji z podejmowanych działań. Jednocześnie posiada skłonność do izolacji i nadmiernej generalizacji lęków”.

W obu badaniach powtarza się informacja o fantazjowaniu jako podstawowym mechanizmie obronnym pacjentki: „Często jest jej trudno rozróżnić swoje fantazje od rzeczywistości”, „Jej podstawowym mechanizmem obronnym jest ucieczka w świat fantazji”.

KOMENTARZ

Ważną rolę w rozwoju różnych obszarów psychopatologii u omawianej pacjentki odegrały zaniedbania w dzieciństwie. Szczegółowa wiedza na temat wydarzeń z okresu dzieciństwa pacjentki nie jest znana, jednak można o niej

wnioskować na podstawie kart informacyjnych leczenia szpitalnego. W tym kontekście możliwe staje się traktowanie występujących u niej objawów jako uwarunkowanych rozwojowo, a także poszerzenie spektrum rozważań diagnostycznych o możliwość występowania zaburzeń dysocjacyjnych. Ważnym zagadnieniem, które jest ilustrowane przez powyższy opis przypadku jest kwestia żywo przeżywanego wyobrażeń, które bywają klasyfikowane jako urojenia. Opisana pacjentka od wieku dziecięcego wyobrażała sobie różne postacie i fantazjowała o nich. Było to powiązane i wzmacniane przez niekorzystną sytuację rodzinną i względną izolację emocjonalną, w jakiej żyła. Ilustruje to rozpoznanie w trakcie jednej z hospitalizacji w wieku dziecięcym wskazujące na „skłonność do fantazjowania patologicznego”.

Te same lub zbliżone treści, które wypowiedziała jako dziecko, i które były klasyfikowane jako „fantazjowanie patologiczne” wypowiedziane przez pacjentkę jako osobę dorosłą były, w trakcie niektórych hospitalizacji, klasyfikowane jako urojenia, co wiązało się z rozpoznawaniem schizofrenii. Podobnie, jej wyobrazeniowe rozmowy z postaciami z fantazji mogły być w niektórych okolicznościach traktowane jako omamy słuchowe. Odnotować trzeba trudność w jednoznacznym zakwalifikowaniu tego typu objawów na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji ICD-10. Jeśli precyzyjny opis tego typu przypadków nie jest tam zawarty to powstają dwie możliwości: albo rozpoznawanie wysokiej współchorobowości, albo rozpoznawanie jednego zaburzenia na podstawie jakiegoś zespołu psychopatologicznego dominującego w okresie objętych obserwacją.

Jak wskazuje analiza dokumentacji medycznej reakcja pacjentki na leki przeciwpsychotyczne była bardzo nieprzewidywalna i nieswoista. Ponieważ zgłaszała objawy przypominające urojenia i omamy, podawano leki przeciwpsychotyczne. Jednak jej zmiany samopoczucia, narastanie u ustępowanie objawów falowało w różnych okresach bez wyraźnego związku z podawanymi lekami. Te zmiany samopoczucia i pojawianie się różnorodnych objawów i zachowań wynikały bardziej z reakcji emocjonalnych na bieżące wydarzenia, niż z wpływu stosowanych leków.

W kontekście informacji na temat deprywacji potrzeb psychicznych pacjentki w dzieciństwie jej wyobrażenia na temat posiadania innych „prawdziwych” rodziców są zrozumiałe psychologicznie. Podobnie w okresie dorosłości pacjentki, wyobrażenia na temat młodego mężczyzny zainteresowanego nią. Pacjentka zaspokajała swoje potrzeby emocjonalne w wyobraźni (potrzebę posiadania „dobrych” rodziców, potrzebę, aby ktoś się nią interesował, potrzebę posiadania partnera). Wyobrażenia, obrazy, myśli i fantazje zaspokajające te emocjonalne potrzeby w sytuacji, gdy je werbalizowała, były w trakcie niektórych hospitalizacji interpretowane na poziomie objawów psychopatologicznych (jako urojenia i omamy), nawet jeśli ich katatymiczna zawartość była bardzo wyraźna. Wyobrażenia te charakteryzowała oczywiście także silna ambiwalencja, niedojrzałość, obecność prymitywnych mechanizmów obronnych osobowości. Można sądzić, że zachowania związane z dbaniem o czystość mogły być związane z poczuciem „zabrudzenia” w związku z zachowaniami seksualnymi (pacjentka odbywała stosunki seksualne z przypadkowymi osobami, ponieważ według jej interpretacji nie ma i tak szans na stały związek, nawiązywała więc przypadkowe relacje seksualne,

jeśli tylko czuła się chciana). Być może jej psychologiczne sposoby emocjonalnego radzenia sobie z odczuciami związanymi z tego typu zachowaniami ujawniały się następnie w formie mycia każdego otworu ciała, depilowania itp.

Objawy sugerujące u pacjentki psychozę miały inny charakter niż objawy psychotyczne obecne w psychozie paranoidealnej. Wypowiada treści miały raczej charakter wyobrażeń. Szeroko zagadnieniem różnic i podobieństw pomiędzy zaburzeniami psychotycznymi a dysocjacyjnymi zajmuje się Ross [12]. Jego prace odnoszą się do dysocjacyjnego zaburzenia identyfikacji (*dissociative identity disorder*, DIS) [12] które występuje w amerykańskiej klasyfikacji DSM-IV [3]. W badaniach własnych tego autora nad dysocjacyjnymi zaburzeniami identyfikacji, które obejmowały dość liczne grupy: 236 (I badanie) i 102 (II badanie) pacjentów, u odpowiednio 40,8% i 26,5% osób wcześniej rozpoznawano schizofrenię, u 54,5% i 57,0% stosowano leki przeciwpsychotyczne a 12,1% i 16,7% leczono elektrowstrząsami. Ross [cyt. za 12] zbadał także 83 osoby z rozpoznaniem schizofrenii oraz 166 osób z dysocjacyjnymi zaburzeniami identyfikacji przy pomocy *Dissociative Disorders Interview Schedule*. Osoby z dysocjacyjnymi zaburzeniami identyfikacji częściej zgłaszały, że doznały w dzieciństwie fizycznego lub seksualnego nadużycia (91%), niż osoby ze schizofrenią (44,6%) i osoby z populacji ogólnej (12,6%). Osoby z dysocjacyjnymi zaburzeniami identyfikacji spełniały częściej, niż osoby ze schizofrenią, kryteria zaburzenia somatyzacyjnych (DIS 39,8%, schizofrenia 4,8%), dużej depresji (DIS 89,8%, schizofrenia 53,0%) i zaburzeń osobowości z pogranicza (DIS 61,4%, schizofrenia 21,7%). Spośród 107 osób z diagnozą dysocjacyjnych zaburzeń identyfikacji badanych przy pomocy *Structured Clinical Interview for DSM-III R* 49,5% spełniało kryteria zaburzeń schizoafektywnych, 18,7% spełniało kryteria schizofrenii 2,8% spełniało kryteria psychozy BNO, 1,9% spełniało kryteria zaburzeń urojeniowych.

Osoby z zaburzeniami dysocjacyjnymi były więc: często uprzednio diagnozowane jako chorujące na schizofrenię lub zaburzenia schizoafektywne, miały w wywiadzie prawie zawsze molestowanie seksualne lub fizyczne, miały wiele objawów somatyzacyjnych, depresyjnych oraz cech osobowości z pogranicza. Zdaniem Rossa osoby z dysocjacyjnymi zaburzeniami identyfikacji uzyskują wyższe wyniki w skalach rejestrujących obecność i nasilenie objawów psychotycznych niż osoby ze schizofrenią. Jego zdaniem objawy pozytywne schizofrenii są bardziej charakterystyczne dla dysocjacyjnych zaburzenia identyfikacji niż dla samej schizofrenii. Ross i wsp. [cyt. za 12] porównali opisy 2576 pacjentów ze schizofrenią z 368 opisami osób z DIS i stwierdzili, że rozpowszechnienie jednego lub więcej objawu pierwszorzędowego Schneidera wynosiło: 87% wśród osób z dysocjacją (DIS) i 55,5% wśród osób ze schizofrenią. W innym badaniu porównano występowanie objawów pierwszorzędowych Schneidera w grupie 102 osób z DIS z 361 osobami z rozpoznaniem schizofrenii. W tym badaniu uzyskano zaskakujące wyniki: wśród osób ze schizofrenią 4,4% ujawniało 6 lub więcej spośród 11 objawów pierwszorzędowych. Wśród osób z DIS 52,9% ujawniało 6 lub więcej objawów. Natomiast 9 lub więcej objawów ujawniało 0,8% osób ze schizofrenią i 26,5% osób z DIS.

Ross i wsp. [cyt. za 12] oceniali także 83 pacjentów ze schizofrenią dzieląc badaną grupę na dwie podgrupy:

z wywiadem molestowania seksualnego lub fizycznego w dzieciństwie i bez takiego wywiadu. Osoby z wywiadem molestowania w dzieciństwie miały wyższe wskaźniki w skali oceniającej dysocjację, ale co ważne, uzyskiwały też wyższe wyniki, jeśli chodzi o liczbę występujących u nich objawów pierwszorzędowych Schneidera (średnio 6,3) w porównaniu z tymi chorymi na schizofrenię, u których nie stwierdzano nadużywania w wywiadzie (średnio 3,3).

Podsumowując komentarz trzeba stwierdzić, że omawiany przypadek jest przykładem trudności diagnostycznych i klasyfikacyjnych, jakie rodzą zaburzenia ze znacznym prawdopodobieństwem związane z deprywacją podstawowych potrzeb w dzieciństwie. Można sądzić, że deprywacja ta miała wpływ na funkcjonowanie pacjentki w zakresie dwóch podstawowych mechanizmów. Jednym z nich jest brak stymulacji środowiskowej i odpowiednich wzorców, zapewniających prawidłowy rozwój poznawczy, emocjonalny i społeczny. Drugim aspekt stanowi przewlekły stres wynikający z tej deprywacji. Brak zaspokojenia podstawowych potrzeb rozwojowych, stanowiąc formę nadużycia emocjonalnego jest, wedle części autorów, postrzegany jako tzw. wczesna trauma (WT) [15]. Konsekwencje traumy doznanej w okresie rozwojowym są szeroko opisywane w literaturze psychiatrycznej. Większość prac dotyczy związku WT z różnego rodzaju zaburzeniami „niepsychotycznymi”, w tym zaburzeniami nastroju, zaburzeniami lękowymi, dysocjacyjnymi, uzależnieniami [16, 17, 18, 19, 20, 21]. Elementów każdego rodzaju z tych zaburzeń można doszukać się w opisie klinicznym pacjentki, jednak nie tworzą one spójnej całości, zgodnej z kryteriami jednostek zawartych w obowiązujących klasyfikacjach psychiatrycznych (zarówno europejskiej, jak i amerykańskiej). Ogromne trudności w ocenie diagnostycznej objawów ujawnianych przez pacjentkę ilustruje tabl.1. Można ją interpretować niekoniecznie jako przykład nieumiejętności, lecz raczej jako rezultat bezradności lekarzy wobec braku odpowiedniej formuły diagnostycznej ze strony klasyfikacji ICD-10. Sugeruje to, być może, konieczność rewizji nie tyle rozpoznania, ile współczesnych systemów diagnostycznych.

Równocześnie osobista interpretacja klinicystów wydaje się mieć w tym przypadku znaczący wpływ na rozpoznanie. Część z lekarzy postrzegała niektóre z objawów przejawianych przez pacjentkę jako psychotyczne. Skutkowało to rozpoznaniem schizofrenii. Jednak w zapisach historii chorób pacjentki nie można odnaleźć danych na występowanie u pacjentki kluczowych dla rozpoznania schizofrenii objawów negatywnych, cech dezorganizacji myślenia czy zaburzeń funkcji poznawczych. Pacjentka wykazywała także znaczny krytycyzm wobec wypowiedzianych przez siebie treści, traktując je jako wytwory własnej fantazji. Nawet jeśli uznać niektóre objawy za psychotyczne, to niewątpliwie tworzą one obraz bliższy tzw. „psychozie atypowej” lub psychozie potraumatycznej, których wyodrębnienie postulują coraz liczniejsi autorzy [5, 10, 11, 22]. Także nietypowa reakcja pacjentki na stosowane leki przeciwpsychotyczne pozostaje w zgodzie z opisem tej formy psychoz, potencjalnie związanych z przeżyciem wczesnej traumy. Pozostałe cechy „psychozy potraumatycznej” opisaliśmy we wstępnej części artykułu. Wydaje się, że wiele z nich można wskazać w klinicznym opisie przedstawionych zaburzeń. Postrzeganie zaburzeń u pacjentki zaburzeń w jako uwarunkowanych

rozwojowo miałyby ogromne znaczenie terapeutyczne. Nie budzi wątpliwości, że zastosowanie psychoterapii, w tym CBT, wydaje się w jej przypadku bardzo celowe.

Wnioski

1. Współcześnie obowiązujące klasyfikacje psychiatryczne nie dają możliwości rozpoznania, które w satysfakcjonujący sposób określałoby złożony obraz zaburzeń u osób, których potrzeby w okresie dzieciństwa uległy znacznej deprivacji.
2. Stwierdzenie takiej deprivacji powinno skutkować wprowadzeniem interwencji psychoterapeutycznej jako podstawowej lub uzupełniającej metody leczenia, w zależności od rodzaju i nasilenia aktualnie występujących objawów chorobowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Kotlicka-Antczak M, Rabe-Jabłońska J. Trauma okresu rozwojowego jako czynnik ryzyka rozwoju zaburzeń psychotycznych – część I: rozpowszechnienie zjawiska, problemy metodologiczne w badaniach naukowych. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*. 2008 (w druku).
2. Scheller-Gilkey G, Moynes K, Cooper I, Kant C, Miller AH. Early life stress and PTSD symptoms in patients with comorbid schizophrenia and substance abuse. *Schizophr Res*. 2004; 69: 167–174.
3. Muenzenmaier K, Castille D, Shelley A. Comorbid PTSD and schizophrenia. *Psychiatr Ann*. 2005; 35: 51–56.
4. Honig A, Romme M, Ensink B, Escher SD, Pennings MH, deVries MV. Auditory hallucinations: a comparison between patients and non-patients. *J Nerv Ment Dis*. 1998; 186: 646–651.
5. Ross C. *Schizophrenia: innovations in diagnosis and treatment*. New York: Haworth Press; 2005.
6. Ellason J, Ross C. Positive and negative symptoms in dissociative disorder and schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. 1995; 83: 236–241.
7. Tutkun H, Sar V, Yargic I, Ozpulat T, Yanik M, Kiziltan E. Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients In Turkish university clinic. *Am J Psychiatry*. 1998; 155: 800–805.
8. Schäfer I, Harfst T, Aderhold V, Briken P, Lehmann M, Moritz S, Read J, Naber D. Childhood trauma and dissociation in female patients with schizophrenia spectrum disorders: an explanatory study. *J Nerv Ment Dis*. 2006; 192: 135–138.
9. Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand*. 2005; 112: 330–350.
10. Kingdon D, Turkington D. *Cognitive therapy for schizophrenia*. New York, NY: Guilford Press; 2004.
11. Morrison A, Read J, Turkington D. Trauma and psychosis: theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand*. 2005; 112: 327–329.
12. Ross CA. Dissociation and psychosis. The need for integration of theory and practice. W: Johannessen JO, Martindale BV, Cullberg J. red. *Evolving psychosis*. New York: Routledge; 2006.
13. Araszkievicz A. Zaburzenia dysocjacyjne. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. red. *Psychiatria*. Wrocław: Urban & Partner; 2002. tom II, s. 485–502.
14. American Psychiatric Association: *DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Washington: American Psychiatric Association; 2005.
15. Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh V, de Graaf R, van Os J. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatr Scand*. 2004; 109: 38–45.
16. Bifulco A, Brown GW, Adler Z. Early sexual abuse and clinical depression in adult life. *Br J Psychiatry*. 1991; 159: 115–122.
17. Paris J. *Borderline Personality Disorders: A multidimensional approach*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
18. Mullen P, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *Br J Psychiatry*. 1993; 163: 331–353.
19. Kendler K, Bulik S, Silberg J, Hettema JM, Myers J, Prescott CA. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women. *Arch Gen Psychiatry*. 2000; 57: 953–959.
20. Lange A, Kooiman K, Huberts L, van Oostendorp E. Childhood unwanted sexual events and degree of psychopathology of psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand*. 1995; 92: 441–446.
21. Friedman S, Smith L, Fogel D, Paradis C, Viswanathan R, Ackerman R, Trappler B. The incidence and influence of early traumatic life events in patients with panic disorder: a comparison with other psychiatric outpatients. *J Anxiety Disord*. 2002; 16: 259–272.
22. Bendall S, Jackson H J, Hulbert CA, McGorry PD. Childhood trauma and psychotic disorders: a systematic, critical review of the evidence. *Schizophr Bull*. 2008; 34: 568–579.

Wpłynęło: 10.06.2008. Zrecenzowano: 01.08.2008. Przyjęto: 21.08.2008.

Adres: Dr Sławomir Murawiec, III Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Al. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, e-mail: murawiec@ipin.edu.pl