



## Opis 22-letniej katamnezy ostrych zaburzeń psychotycznych o pomyślnym rokowaniu

*An acute psychotic episode with good outcome at a 22-year follow-up – case report*

ŚLAWOMIR MURAWIEC, LUCYNA BURY

Z III Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

**STRESZCZENIE.** *Przedstawiono opis przypadku pacjentki która w 25 roku życia przeżyła kilka bardzo burzliwych epizodów psychotycznych. W trakcie następnych 22 lat dostępnych katamnestycznie epizody psychotyczne nie wystąpiły nigdy więcej, a pacjentka osiągnęła bardzo dobry zakres funkcjonowania zawodowego i społecznego. Przedstawiono argumenty przemawiające za rozpoznaniem u pacjentki psychozy cykloidnej.*

**SUMMARY.** *A case is reported of a female patient who had several very dramatic psychotic episodes at the age 25. During the subsequent 22 years of follow-up there have been no more psychotic episodes, and the patient attained a very good level of her professional and social functioning. Arguments on behalf of diagnosing a cycloid psychosis in this case are presented.*

---

**Słowa kluczowe:** ostra psychoza / rokowanie / psychoza cykloidna / opis przypadku  
**Key words:** acute psychosis / outcome / cycloid psychosis / case study

---

W naszej praktyce klinicznej niekiedy spotykamy się z psychozami odpowiadającymi opisowi psychozy cykloidnej Leonharda [3, 5], które wyraźnie wyodrębniają się spośród innych psychoz o obrazie klinicznym odpowiadającym „klasycznej” schizofrenii. W takich przypadkach, zgodnie z międzynarodową klasyfikacją chorób (ICD-10), rozpoznajemy ostre wielopostaciowe zaburzenia psychotyczne bez objawów schizofrenii [4]. Częstość ich występowania trudna jest do oszacowania, ponieważ nie prowadziliśmy systematycznych badań dotyczących tego zagadnienia. Jednakże zagadnienia dotyczące obrazu klinicznego, leczenia, prognozy i rozpowszechnienia tego rodzaju psychoz wydają nam się niezwykle interesujące. Z tych powodów poniższy opis przypadku osoby z ostrą psychozą urojeniową w wywiadzie uważamy za wart przedstawienia. Wydaje nam się, że wnosi on ważne informacje potwierdzające

trafność wyróżnienia psychoz cykloidnych, jak i dostarcza wiadomości o dalszych losach tych chorych.

Opis przypadku zawarty w poniższej pracy dotyczy 22-letniej katamnezy osoby, która przeżyła w młodości kilkakrotne ostre epizody psychotyczne. Po ich ustąpieniu nie pozostał żaden ślad w obrazie psychopatologicznym i funkcjonowaniu opisywanej osoby. Przeciwnie, jej życiowe funkcjonowanie można ocenić jako znakomite i pełne osiągnięć. Na podstawie zachowanej szczegółowej dokumentacji z okresu pobytu pacjentki w szpitalu i na podstawie katamnezy wydaje się uzasadnione postawienie diagnozy psychozy cykloidnej w postaci „psychozy szczęścia-trwogi”. Argumenty na rzecz takiej tezy zostały przedstawione poniżej.

Zdecydowaliśmy się na opis tego przypadku z następujących względów. (1) Przypadek ten wydaje się ciekawy klinicznie i wzbogacający

naszą wiedzę o losach chorych, którzy leczeni są w szpitalach psychiatrycznych. Losy niektórych chorych z konieczności śledzimy latami w trakcie ich kolejnych pobytów w szpitalu. Są przecież jednak i tacy chorzy, którzy do szpitala nie wracają. (2) Wydaje nam się istotne kontynuowanie tradycji, która wyodrębnia ze wspólnego zakresu psychoz pewne ich rodzaje i grupy na podstawie rozsądnych kryteriów klinicznych i prognostycznych. W naszej praktyce wielokrotnie przekonaliśmy się, że istnieją różnorodne psychozy i nie każdy epizod psychotyczny „endogenny”, nawet nawracający, powinien być traktowany jako schizofrenia. (3) Chcielibyśmy zwrócić uwagę, że nie każdy epizod psychotyczny wiąże się ze schizofrenią, rozumianą w sensie jaki nadał sformułowaniu *dementia praecox* Kraepelin, a więc z niepomyślną prognozą. (4) Chcielibyśmy zwrócić uwagę na „aktywna rolę chorego” w przebiegu jego zaburzeń. Opisywana w poniższej pracy osoba w toku życia wypracowała cały szereg mechanizmów psychologicznych i behawioralnych, świadomych i nieświadomych, mających ustrzec ją przed nawrotem psychozy. (5) Chcielibyśmy także przedstawić wyniki badań psychologicznych wykonanych u omawianej osoby po 22 latach od przebycia burzliwych epizodów psychotycznych, a w przededniu kolejnych kroków w jej karierze.

Przed przedstawieniem opisu klinicznego przypominamy pewne cechy psychoz cykloidalnych.

## PSYCHOZY CYKLOIDNE

Szczegółowe informacje dotyczące psychoz cykloidalnych można znaleźć w pracy Jaremy i Chomy [3]. Obecnie, chcielibyśmy ograniczyć się do przypomnienia informacji dotyczących tylko jednej z ich postaci – psychozy szczęścia-trwogi. Leonhard [5] dokonał podziału endogennych psychoz na pięć różnych, nozologicznie odrębnych grup: jednobiegunowe psychozy afektywne, dwubiegunowe psychozy afektywne, psychozy cykloidne, schizofrenię niesystemową i schizofre-

nię systemową. Psychozy cykloidne dzielą się z kolei na trzy grupy: psychozę szczęścia-trwogi (*anxiety-happiness psychosis*), psychozę poruszeniową (*hyperkinetic-akinetical motility psychosis*) i zamąceniovą (*excited-inhibited confusion psychosis*). Psychozy cykloidne, zdaniem Leonharda, nie są podobne do systemowej (a więc w tym ujęciu „prawdziwej”) schizofrenii. Wspólną ich cechą jest pełny powrót do zdrowia po przeminięciu każdego epizodu psychotycznego. Jeśli powrót do stanu poprzedniego nie ma miejsca, tego typu diagnoza nie może być postawiona. Jak zauważa Leonhard [5], nawet wielokrotnie hospitalizowani pacjenci z psychozami cykloidalnymi „rzadko tracą trochę swojej żywotności”. Koresponduje to dokładnie z informacją zawartą w epikryzie wypisowej omawianej pacjentki – „przy wypisie nie stwierdzaliśmy objawów psychotycznych, pacjentka jest w wyrównanym nastroju, żywa, aktywna”.

Dla psychozy szczęścia-trwogi najbardziej charakterystyczne są przeżycia skrajnego lęku i skrajnego uniesienia. Lęk jest stanem przeżywanym częściej. Rozpoznanie tego rodzaju psychozy cykloidnej jest możliwe w sytuacji wystąpienia tylko fazy lękowej.

Charakterystyczne są lęki dotyczące bycia torturowanym lub zabijanym lub dotyczące utraty bliskich. Rzadko występują one jako jedyne zjawisko psychopatologiczne. Najczęściej występują wspólnie z objawami paranoidalnymi. Tak więc lęk w tego rodzaju psychozie jest charakteryzowany przez podejrzliwość i treści odnoszące. Rozwijają się one nie tylko w myślach pacjenta, ale widzi on nieustannie ich potwierdzenie w otoczeniu. Może to dotyczyć poczucia bycia śledzonym przez policję, obaw, że stojąca obok osoba zagraża pacjentowi itp. Niekiedy pacjentowi trudno sprecyzować poczucie, dlatego określone fakty w otoczeniu odbiera jako zagrażające. Niezależnie od różnorodnych objawów – podstawową cechą przeżywania chorych jest lęk. Inne objawy psychopatologiczne mogą obejmować, oprócz urojeń, także iluzje i omamy o zmiennym, wzajemnie

przechodzącym w siebie obrazie klinicznym. Przykładowo pacjent może zarówno mieć poczucie, że otoczenie daje znaki dotyczące nadchodzącej egzekucji (urojenia odnoszące), jak i może mieć poczucie, że słyszy rozmowy dotyczące tego tematu (omamy słuchowe). Nie zawsze poszczególne zjawiska psychopatologiczne udaje się dokładnie zróżnicować. Cechą charakterystyczną jest nieobecność bardzo precyzyjnie wyodrębnionych symptomów i fluktuacje pomiędzy treściami odnoszącymi a omamami. Często są doznania hipochondryczne. Niekiedy mogą się pojawiać treści związane z poczuciem oddziaływania.

Wyraz przeżywanego przez chorego lęku może być bardzo różnorodny – pacjent może zawodzić, jęczeć lamentować, krzyczeć, błagać o coś w skrajnym podnieceniu i odrzucać wszelkie próby zbliżenia się do niego. Jak zauważa Leonhard, może to daleko przewyższać obraz kliniczny depresji z podnieceniem. Pacjent może jednak także być nieruchomy, wyrażając przeżywany lęk tylko mimicznie.

Drugim biegunem psychoz szczęścia–trwogi jest biegun przeżyć euforycznych. Przeżycia tego typu są rzadsze. Jak zauważa Leonhard, przypomina to psychozę dwubiegunową, w której mania występuje mniej często niż depresja. Jednakże można odnotować, że nawet w sytuacji gdy nie ma faz ekstatycznych, w przerwach pomiędzy doznaniem lękowymi pojawiają się krótkotrwałe przeżycia posłannicze lub zbawcze.

W trakcie tych przeżyć pacjent może czuć uniesienie nawet do poziomu boskiego, mogą pojawiać się treści posłannicze, poczucie posiadania wielkiej fortuny albo idee zbawienia.

Psychoza szczęścia–trwogi może nagle ujawnić się, a potem nagle słabnąć równie szybko. Zarówno lęk, jak i ekstaza mają fluktuacyjny charakter. Pacjent może w jednej chwili uciekać przez pokój w największym lęku, aby po pewnym czasie odpowiadać spokojnie na pytania. Pojawianie się lęku i jego narastanie może być związane z wydarzeniami w otoczeniu, jednak labilność obrazu klinicznego jest immanentną cechą psychozy szczęścia–trwogi.

Pozycja psychoz cykloidnych wśród innych zaburzeń psychiatrycznych budziła zainteresowanie licznych badaczy. Na przykład Pfuhlmann i wsp. [6] w badaniu retrospektywnym zastosowali kryteria Leonharda dla psychoz cykloidnych w stosunku do 39 pacjentek z ciężkimi psychozami poporodowymi. Pacjentki były badane średnio po 12,5 roku (minimum 6 lat maksimum 25 lat) od przebycia psychozy. Stwierdzono, że zastosowanie kryteriów rozpoznawania psychoz cykloidnych prowadzi do rozpoznania takiej psychozy u większości, bo aż u 54% pacjentek. W tej grupie przeważały psychozy poruszeniowe. W innej pracy Pfuhlmann i wsp. [7] badali bliźnięta hospitalizowane z powodu psychoz należących do spektrum schizofrenii. W grupie 22 bliźniąt monozygotycznych częstość występowania psychoz cykloidnych wynosiła 41,2%. Verhoeven i wsp. [8] odnotowują związek pomiędzy zespołem Prader-Willi (delecja w obrębie długiego ramienia chromosomu 15) a psychozami cykloidnymi. Uważają oni, że osoby z tym zespołem mają zwiększoną podatność do ujawnienia objawów psychoz cykloidnych.

W polskim piśmiennictwie psychozom cykloidnym poświęcili prace Jarema i Choma [3] oraz Ćwikliński [1, 2].

## OPIS PRZYPADKU

Pacjentka zgłosiła się do lekarza psychiatry ze względów formalnych (oczekiwała wydania zaświadczenia), nie związanych z pogorszeniem stanu psychicznego. W trakcie rozmowy ujawniła, że kiedyś była leczona z powodu „depresji” w Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Na prośbę pacjentki, za jej wiedzą i zgodą, celem wydania rzetelnego zaświadczenia, zapoznano się z dokumentacją medyczną pacjentki z okresu hospitalizacji. Ujawniono, że „depresja”, o której mówiła pacjentka, była w istocie ostrym zespołem psychiatrycznym z silnymi przeżyciami paranooidalnymi, w trakcie którego pacjentka usiłowała „porwać” autobus MZK, żądając od kierowcy, aby zawiózł ją na komisariat

milicji, rzucała się na podłogę, kopiąc wybiła szybę autobusu. Ten opis pozostawał w tak dużym dysonansie z aktualnym obrazem pacjentki – osoby dystygnowanej, na wysokim stanowisku, odpowiedzialnej, w nieco wzmożonym napędzie lecz zrównoważonej, że poproszono pacjentkę o zgodę na wykonanie badania psychologicznego. Pacjentka chętnie wyraziła na nie zgodę, motywując to ciekawością oceny jej aktualnego stanu zdrowia przez psychologa. Pacjentka wyraziła też zgodę na ewentualne opisanie jej przypadku z zachowaniem anonimowości, w piśmiennictwie medycznym.

Pacjentka ma lat 48, wykształcenie wyższe, zatrudniona na stanowisku kierowniczym, niezamężna, bezdzietna. W rodzinie nie występowały choroby psychiczne, neurologiczne ani społeczne. Wychowywana była w korzystnej atmosferze emocjonalnej, w dobrym kontakcie z rodzicami i siostrą. W szkole i na uczelni uczyła się bardzo dobrze, była przesadnie obowiązkowa, sumienna i dokładna. Lubiła towarzystwo, chętnie pomagała innym, była przyjazna, wesoła i energiczna. Po ukończeniu studiów, pracowała w swoim zawodzie na stanowiskach kierowniczych. Pracę kilkakrotnie zmieniała z przyczyn obiektywnych.

Poważnie somatycznie nie chorowała. Przeżyła choroby zakaźne wieku dziecięcego. W piętnastym roku życia, po śmierci babci, przez około rok była smutna, przygnębiona, rozdrażniona, podniecona, wypadły jej włosy. Rozpoznano nerwicę i leczono pacjentkę lekami uspokajającymi, ziołowymi. W klasie maturalnej również wystąpiły objawy pobudzenia, rozdrażnienia i obawy, że nie zda egzaminów. Przyjmowała oksazepam. Pracując zawodowo, przyjmowała sporadycznie środki uspokajające (propranolol, oksazepam) w sytuacjach obciążenia obowiązkami i obaw przed niezadowolaniem przełożonych.

Pierwsza hospitalizacja psychiatryczna miała miejsce w 25 roku życia pacjentki i poprzedziły ją następujące zdarzenia: zagubienie dokumentów (dowód osobisty, legitymacja służbowa, wojskowa karta mobi-

lizacyjna) i wyjazd rodziców, z którymi mieszkała, na urlop. Pacjentka była w trakcie kursu samochodowego. Trzy dni przed przyjęciem do szpitala, wystąpiły zaburzenia psychiczne: przeżywała silny lęk i obawę o życie, czuła, że samochód ciężarowy chce ją przejechać, że znajomy siostry zrobi jej jakąś krzywdę, obawiała się kradzieży, podejrzewała, że jest obserwowana, a jej znajomi są pracownikami wywiadu. Otaczający ją ludzie dziwnie na nią patrzyli i kontrolowali jej pracę, śledziła ją nieznana kobieta. Pacjentka przeżywała silny lęk, źle sypiała. Wobec intensyfikacji lęku i poczucia zagrożenia, poprosiła koleżankę, aby nocowała w jej domu i kolegę, o wymianę zamków w drzwiach mieszkania. Udała się też na komisariat policji, gdzie złożyła zawiadomienie o kradzieży dokumentów oraz o niebezpieczeństwie, jakie jej grozi ze strony znajomego jej siostry, który bierze udział w aferze szpiegowskiej. Mimo wyżej wymienionych objawów, pracowała zawodowo, jednak mniej efektywnie, ale z powodzeniem uczestniczyła w kursie samochodowym. Przyjmowała znajomych, piła niewielkie ilości alkoholu. W dniu przyjęcia do szpitala była w podwyższonym nastroju, wiedziała, że ma odegrać jakąś rolę w działaniach MSW oraz że jej najbliższe koleżanki też współpracują z wywiadem. Jadąc autobusem, wystraszyła się kobiety w okularach, pasażerom kazała zmieniać miejsca, a kierowcy jechać na komisariat policji. Palila papierosy, wybiła szybę awaryjną, położyła się na podłodze autobusu, krzyczała, że jest władzą z kontrwywiadu, nigdzie się nie ruszy. Przybyłych policjantów uważała za szpiegów, a fakt przewiezienia jej na pogotowie ratunkowe uznała za grę i działanie w jednej szajce.

Przy przyjęciu do szpitala w stanie psychicznym stwierdzono pobudzenie ruchowe, brak dystansu, podwyższony nastrój i negatywizm. W oddziale utrzymywało się nadmierne pobudzenie i podwyższony nastrój, urojenia prześladowcze i odnoszące oraz dygresyjność wypowiedzi. Otrzymywała chlorpromazynę 150 mg/die, lewopromazynę

175 mg/die, haloperydol 12 mg/die, karbamazepinę 800 mg/die i witaminy. Po kilku dniach leczenia objawy ustąpiły, a przy wypisie pacjentki nie stwierdzono objawów psychiatrycznych, była w nastroju wyrównanym, żywa i aktywna. Zalecono leczenie podtrzymujące w rejonowej poradni zdrowia psychicznego. Rozpoznano zespół paranoidalno-maniakalny.

Przez 8 miesięcy czuła się dobrze. Pogorszenie stanu psychicznego nastąpiło w czasie zmiany miejsca pracy. Zbiegło się też z napadem tężyczką u pacjentki. Stała się napięta, czuła się obserwowana, zagrożona, wystąpił lęk i obawa, że ojciec ją otruje. Została przez matkę natychmiast przywieziona do szpitala i przy przyjęciu w stanie psychicznym stwierdzono spowolnienie, negatywizm, trudny kontakt słowny, podejrzliwość i lęk. W oddziale utrzymywał się silny lęk, nieufność, trudny, powierzchowny kontakt i pobudzenie. Otrzymywała lewopromazynę do 250 mg, etybenzatropinę, mieszankę fosforanów i witaminę D<sub>3</sub>. Po trzech dniach kontakt z pacjentką uległ wyraźnej poprawie, była też krytyczna wobec urojeń oddziaływania, prześladowczych i ksbonych. Nastrój był wyrównany i korzystała z codziennych przepustek. Przy wypisie zalecono leczenie w poradni zdrowia psychicznego i poradni endokrynologicznej. Rozpoznano zespół paranoidalny i tężyczkę.

*Badanie psychologiczne* przeprowadzone obecnie, po 22 latach od ostatniej hospitalizacji, wykazało wysoki poziom intelektualny pacjentki, a szczególnie myślenia abstrakcyjnego i zdolności do planowania, organizowania i przewidywania działania oraz osobowość dojrzałą. Pacjentka jest dobrze społecznie przystosowana, z rozwiniętym poczuciem realności, umiejętnie rozwiązuje sytuacje trudne, jest wytrwała w dążeniu do celu, dojrzała uczuciowo, z ukształtowanym w pełni poczuciem tożsamości i własnej wartości, prospołeczna, twórcza, z zainteresowaniami.

*Mechanizmy kontroli choroby.* Z informacji uzyskanych od pacjentki wynika, że w cią-

gu ostatnich 22 lat czuła się dobrze i nie przyjmowała leków. Pracowała zawodowo i awansowała na wysokie stanowisko. Już w czasie pierwszego wywiadu zbieranego od pacjentki w okresie katamnezy pacjentka wspomniała o wypracowanych przez siebie behawioralnych metodach „zapobiegania” ewentualnemu nawrotowi poprzednich dolegliwości. Mówiła mianowicie o tym, że jest w stanie rozpoznać, że coś niedobrego z nią się dzieje na podstawie skrócenia i pogorszenia jakości snu. W takich sytuacjach zawsze, niezależnie od okoliczności, brała kilka dni urlopu i wyjeżdżała na działkę, gdzie oddawała się intensywnej pracy fizycznej.

W trakcie rozmów z psychologiem pacjentka ujawniła jeszcze inne mechanizmy i sposoby, które wypracowała, a które pozwoliły jej wzmocnić osobowość i zachować dobre samopoczucie. (1) Nauczyła się rozpoznawać najmniejsze przejawy lęku i radzić sobie z nim. (2) Rozwijała zdrowy styl życia. Kontakt z naturą i przyrodą, wypoczynek i ruch na powietrzu z dala od miasta jest dla pacjentki najlepszym sposobem poprawy samopoczucia i radzenia sobie z gorszą formą psychiczną – spaceruje, jeździ na rowerze, uprawia działkę. (3) Utrzymuje więź i kontakt ze swoją rodziną generacyjną, a szczególnie ze swoją siostrą i jej dziećmi, które darzy wielkim uczuciem. (4) Utrzymuje kontakty towarzyskie i przyjacielskie, również ze współpracownikami. Darzy ich zaufaniem. Nawet w czasie trwania choroby, zawsze używała ich pomocy i oparcie. Była uspokajana przez współpracowników, odprowadzana do lekarza. Nie spotkała się z odrzuceniem ani żartami z powodu jej choroby. (5) Stawia sobie cele, które planowo realizuje (np. zakup działki, wykonywanie zadań o dużym znaczeniu dla firmy, w której pracuje), co podnosi jej samoocenę. (6) Korzysta z każdej sposobności rozwoju zawodowego (doksztalcanie, studiowanie specjalistycznej literatury). (7) Uznaje współpracę z otoczeniem społecznym w środowisku zawodowym w rozwiązywaniu problemów związanych z ludźmi i pracą. (8) Rozwija własne zainteresowania,

a poczucie humoru jest szczególną strategią pacjentki w radzeniu sobie z trudnościami życiowymi.

## KOMENTARZ

Na podstawie zachowanej dokumentacji medycznej oraz wywiadu wydaje się uzasadnione przypuszczenie, że u pacjentki przed 22 laty wystąpiły epizody psychozy cykloidnej. Argumenty przemawiające za takim rozpoznaniem są następujące.

1. Burzliwy przebieg psychozy i całkowite ustąpienie zaburzeń. Zgodnie z opinią Leonharda, psychozy cykloidne charakteryzuje całkowity powrót do zdrowia po każdej fazie. Miało to miejsce w omawianym przypadku. Opis pacjentki bezpośrednio przy wypisie ze szpitala wskazywał na całkowite ustąpienie zaburzeń oraz brak cech zblednięcia afektywnego i innych objawów ubytkowych, w tym upośledzenia funkcji psychicznych.

2. Każda faza psychotyczna trwała krótko, zaledwie kilka dni. Po włączeniu leczenia zaburzenia ustępowały bardzo szybko.

3. Fazy choroby były charakteryzowane przez ich nagłość, zmienny obraz, brak dokładnie wykształconych symptomów, treści psychotyczne zmieniały się z dnia na dzień. Opis zawarty w dokumentacji medycznej wskazuje, że pacjentka przeżywała bardzo różnorodne treści psychotyczne, które pojawiały się i znikaly. Pacjentka relacjonowała na przemian, że rano „byłam spokojna”, a w pracy „musałam się strzec pewnego człowieka”, potem ponownie relacjonowała poczucie ulgi – „byłam w dobrym nastroju, bo akcja się skończyła”, by ponownie po pewnym czasie poczuć się ofiarą prześladowania i spisku. Z opisu wynika, że często inne treści psychotyczne pacjentka przeżywała przed południem, inne w pracy, inne po południu i inne wieczorem. Towarzyszyły im silne przeżycia afektywne.

4. Dominującym przeżyciem afektywnym w trakcie psychozy był lęk. Czytając wywiad zebrany od pacjentki przy przyjęciu rzuca się w oczy fakt, że prawie każdy akapit tegoż

wywiadu dotyczy kolejnych doznań lękowych pacjentki, krystalizujących się wokół różnych faktów. Dla przykładu można przytoczyć kilka kolejnych, odnotowanych wypowiedzi pacjentki: „Ja się wtedy przelekłam, że jakaś afera”, „Bałam się że przyjdzie do domu X, bo mógł przypuszczać że będę sama w domu”. Pacjentka wyrażała lęk, że gdy odwiedzi ją X to „albo okradnie, albo zrobi jakąś krzywdę”. W związku z tym oddała pieniądze i biżuterię przyjaciółce. Cały czas była w silnym lęku, prosiła kierownika o pomoc „ponieważ boi się”, prosiła o pomoc syna przyjaciółki „aby sprawdził wszystko”. Prosiła koleżę o zmianę zamków. Miała poczucie, że coś jej zagraża, że toczy się jakaś afera, że jest obserwowana. Jak odnotował kilkakrotnie lekarz zbierający wywiad, „opowiadała innym ludziom o aferze, o tym że boi się”. Lęk był dominującym przeżyciem pacjentki. Osiągnął on szczyt w dniu przyjęcia pacjentki do szpitala. Bezpośrednio przed przyjęciem pacjentka czuła, że samochód ciężarowy chce ją przejechać, potem „bała się w autobusie”, „zlekła się kobiety w okularach”, wreszcie kazała się zawieźć na komisariat milicji z lęku, że zginie, że stanie jej się coś strasznego.

5. Na szczycie przeżyć lękowych wystąpiły też elementy drugiego bieguny przeżyć psychozy szczęścia–trwogi. W dokumentacji medycznej odnotowane są wyraźne wskazówki mówiące o tym, że „porywając” autobus i każąc się wieźć na komisariat pacjentka przeżywała już nasilone treści wielkościowe. „Mówiłam, że jestem z kontrwywiadu, że reprezentuję władzę”. Do funkcjonariuszy, którzy przybyli po nią, krzyczała „ja jestem władza, stąd się nie ruszę”. Wyraźnie element wydawania poleceń kierowcy autobusu, a następnie policjantom związany był z przeżyciami mocy i uniesienia.

6. Zwraca też uwagę fakt, że nawet w okresie nasilonych przeżyć prześladowczych i lękowych pacjentka prosiła wiele osób o pomoc, podczas gdy najczęstszą reakcją pacjentów na przeżycia prześladowcze jest raczej wycofanie się z kontaktów lub

atak, ewentualnie udanie się na policję lub do prokuratury. Pacjentka przeciwnie, dzieliła się swoimi podejrzeniami ze wszystkimi dookoła i żądała pomocy. Może to także wskazywać na pewien ekspansywny element w przeżyciach pacjentki.

7. Afekt pacjentki w trakcie psychozy był bardzo żywy, co zostało odnotowane zarówno w treści dokumentacji medycznej jak i w rozpoznaniu „zespół paranoidalno-maniakalny”. Po ustąpieniu zespołów psychiatrycznych i w ciągu dalszych lat życia pacjentki nie pojawiły się objawy zblednięcia afektywnego ani innych deficytów w zakresie życia afektywnego lub aktywności. Odpowiada to także jednej z istotnych cech charakterystycznych psychoz cykloidnych.

8. Zaburzenia psychiatryczne, które wystąpiły u pacjentki nie wiązały się z używaniem substancji psychoaktywnych.

Podsumowując, zarówno obraz samej psychozy jak i późniejsze losy pacjentki wskazują naszym zdaniem, że przeżyła ona psychozy cykloidne. Poprzedzające ich wybuch zdarzenia o charakterze stresu psychologicznego (zgubienie dokumentów, wyjazd rodziców) jak i biologicznego (zaburzenia gospodarki wapniowej rozpoznawane jako tężyczka) miały charakter precipitujący wystąpienie ostrych zaburzeń.

Opisany po 22 latach przypadek osoby z psychozą cykloidną przeżyta w 25 roku życia wskazuje na: celowość wyodrębniania tej grupy psychoz spośród innych endogennych zaburzeń psychiatrycznych, dobre rokowanie w tego rodzaju przypadkach, wagę aktywności własnej pacjenta dla dalszego przebiegu występujących u niego zaburzeń, brak śladów psychopatologicznych przeżytych zaburzeń zarówno w badaniu psychiatrycznym, jak i psychologicznym wykonanym w okresie

katamnezy. Wydaje się, że zalecana niegdyś praktyka, aby w przypadkach pierwszorazowych psychoz u młodych osób nie rozpoznawać od razu schizofrenii, lecz rozpoznanie to stawiać na podstawie obrazu klinicznego i przebiegu zaburzeń, może uchronić wiele osób przed przedwcześnie postawioną, nie trafną prognostycznie diagnozą.

## PIŚMIENNICTWO

1. Ćwikliński Z: Francuska koncepcja bouffee delirante jako alternatywa diagnostyczna w przypadku ostrego epizodu psychiatrycznego. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1998, 7, 429–438.
2. Ćwikliński Z: Epizod czy początek procesu – próby konceptualizacji ostrych zaburzeń psychiatrycznych o obrazie schizofrenii. *Badania nad Schizofrenią* 1999/2000, 2, 2, 37–46.
3. Jarema M, Choma M: Przypadek psychozy cykloidnej. *Psychiatr. Pol.* 1995, 29, 1, 93–100.
4. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. *Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne.* Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków, Warszawa 1997.
5. Leonhard K: The cycloid psychoses. W: Beckman H (red.): *Classification of endogenous psychoses and their differentiated etiology.* Second, revised and enlarged edition. Springer Wien, New York 1999, 61–81.
6. Pfulmann B, Stober G, Franzek E, Beckmann H: Cycloid psychoses predominate in severe postpartum psychotic disorders. *J. Affect. Disord.* 1998, 50, 2–3, 125–134.
7. Pfulmann B, Franzek E, Beckmann H: Absence of a subgroup of chronic schizophrenia in monozygotic twins. Consequence for considerations on the pathogenesis of schizophrenic psychoses. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 1999, 249, 1, 50–54.
8. Verhoeven WM, Curfs LM, Tuinier S: Prader-Willi syndrome and cycloid psychoses. *J. Intellect. Disabil. Res.* 1998, 42, 455–462.