



Wgląd jako zagadnienie kliniczne ze szczególnym uwzględnieniem zespołów depresyjnych: opis dwóch przypadków

Insight as a clinical issue, particularly in depressive syndromes – two case reports

KRZYSZTOF CZUMA, ANNA GAŚSIÓREK-PAKOSZ, BEATA WILCZEK

Z II Oddziału Psychiatrycznego Szpitala Centrum Psychiatrii w Katowicach

STRESZCZENIE. Autorzy dokonują krótkiego przeglądu piśmiennictwa dotyczącego problematyki wglądu w różnych zespołach psychopatologicznych, a także oceny znaczenia wglądu w procesie terapii chorych. Więcej miejsca poświęcają problematyce wglądu w zespole depresyjnym wskazując na różnorodność opinii na ten temat oraz na znaczenie, jakie wgląd może mieć na przebieg chorowania, zwłaszcza w pierwszym epizodzie depresji. Powyższe ilustrują omówieniem dwóch przypadków.

SUMMARY. A brief overview of the literature concerning the problems of insight in various psychopathological syndromes is presented, and the significance of insight in the process of treatment is discussed. Particular attention is paid to insight in depressive syndromes. Various opinions in this matter are cited. The effect of insight on the course of illness, especially in first ever episodes of depression, is exemplified by two cases.

Słowa kluczowe: depresja / wgląd / opis dwu przypadków
Key words: depression / insight / case reports

Określenie „pacjent” zostało przejęte z łaciny i oznacza kogoś, kto cierpi. Pojęcie cierpienia nie jest tożsame z pojęciem choroby. Zdecydowana większość pacjentów wymagających pomocy psychiatrycznej przeżywa cierpienie, część z nich nie zgadza się z tezą, że przyczyną ich cierpienia jest choroba – ta grupa opisywana jest jako nie mająca wglądu.

Ocena wglądu jest rutynowym elementem badania psychiatrycznego, przy czym w codziennej praktyce lekarskiej, zwłaszcza w odniesieniu do pacjentów „psychotycznych” jest on traktowany jako względnie proste, jednowymiarowe zjawisko. Chorych klasyfikuje się więc jako nie mających wglądu, lub mających wgląd „dobry”, „słaby”, „częściowy”, „mierny” – ocena powstaje na bazie tego czy pacjent potwierdza czy też zaprzecza występowaniu określonych objawów psychopatologicznych. Ze względu na bogatą i różnorodną

sympmatologię szczególnego znaczenia nabiera problem wglądu u chorych na schizofrenię [8]. W tej grupie chorych brak wglądu traktowany bywa w kategoriach specyficznego objawu, a brak odzyskiwania wglądu pomimo zmniejszenia się, nasilenia lub wręcz zaniknięcia objawów wytwórczych, określane jest jako zagadka, której rozwikłanie wymaga fundamentalnego zrozumienia tej choroby [9]. Warto też zwrócić uwagę, że w odniesieniu do tej kategorii chorych jednowymiarowe traktowanie wglądu może prowadzić do pewnych zafałszowań, gdyż nie odzwierciedla dość częstej sytuacji, kiedy pacjent uznaje obecność niektórych symptomów, np. lęków, bezsenności, rozdrażnienia, a więc najogólniej objawów nieproduktywnych, a zaprzecza innym.

Szczególne znaczenie wglądu podkreślają autorzy zajmujący się psychoterapią zaburzeń nerwicowych, zwłaszcza reprezentanci nurtów

wywodzących się z psychoanalizy [3]. Wgląd staje się tu jednym z zasadniczych celów terapii i definiowany jest różnie. Najogólniej rozumiany jest jako uzyskiwanie świadomości własnych motywów, odczuć i impulsów w relacji z innymi ludźmi, których jednostka poprzednio nie rozumiała dobrze lub nie była ich świadoma. W literaturze tej rozróżniany jest wgląd emocjonalny i intelektualny.

W przypadku osób uzależnionych od alkoholu, wgląd jest nie tyle celem terapii, co punktem jej wyjścia – pierwszy krok programu Anonimowych Alkoholików to stwierdzenie: przyznaliśmy, że jesteśmy bezsilni wobec alkoholu, przestaliśmy kierować własnym życiem.

Wgląd jako problem badawczy

Piśmiennictwo z zakresu psychologii (choć ostatnio temat nie cieszy się zbyt dużym zainteresowaniem) dostarcza wielu danych dotyczących genezy i innych czynników kształtujących obraz własnej choroby jako podstawowego elementu oddziaływującego na zachowanie człowieka z chorobą somatyczną [4]. Zdaniem np. Kulczyckiego na poznawczą reprezentację choroby składają się wyobrażenia i sady odnośnie jej istoty, przyczyn i następstw (tak zdrowotnych jak i psychospołecznych) oraz samoocena stanu aktualnego [7]. W wielu badaniach obejmujących często duże populacje chorych z różnymi rozpoznaniem, ustalono liczne korelacje między obrazem choroby, poszczególnymi jej elementami a np. poziomem motywacji do leczenia czy przestrzeganiem zaleceń lekarskich. Podobne wnioski dotyczą w niektórych aspektach także chorych na schizofrenię. McEvoy i wsp. udokumentowali wyższy poziom wglądu u pacjentów wyrażających zgodę na hospitalizację, aniżeli u tych, którzy jej się sprzeciwiają [9].

Niemniej, pomijając literaturę psychoanalityczną, większość autorów zajmujących się problemem wglądu, zwłaszcza w zaburzeniach o charakterze psychotycznym, podkreśla zasadniczy brak postępu w badaniach nad tym fenomenem. Przyczyn tego stanu

rzeczy należy upatrywać w niejasnościach terminologicznych i braku szeroko stosowanych, standaryzowanych narzędzi badawczych. Nowe możliwości pojawiają się w związku z coraz częściej wysuwany postulatem zaprzestania postrzegania wglądu jako objawu, który jest lub go nie ma. Zgodnie z tym, wgląd powinien być raczej uważany za subkategorię wiedzy o sobie, którą pacjent ma na temat nie tylko tego, co choroba „czyni” jemu, ale także, jak choroba wpływa na interakcje ze światem. Przy tak szerokim ujęciu, trudno sobie wyobrazić pełną mierzalność tej kategorii, jakkolwiek zaletą jest m.in. traktowanie wglądu jako procesu, którego pomiar koncentrowałby się bardziej na jego dynamice i ewolucji, stając się w miarę obiektywną miarą postępu terapii czy rehabilitacji.

Coraz częściej podkreśla się również, że podstawowymi elementami wglądu jako symptomokompleksu jest świadomość oznak choroby (objawów) i atrybucja odnosząca się do źródeł i przyczyn choroby. Dokonywane jest także rozróżnienie pomiędzy wglądem aktualnym a retrospektywnym, pomiędzy obecną świadomością i atrybucją a retrospektywną świadomością i atrybucją. Zdarza się przecież, że poddany hospitalizacji pacjent, zaprzecza objawom aktualnym, choć może się zgadzać, że wcześniej, np. podczas poprzedniej hospitalizacji, takowe u niego występowały. Ma więc słabą obecną świadomość objawów i atrybucję, ale dobrą retrospektywną.

Jednym z bardziej interesujących narzędzi do pomiaru wglądu wydaje się skala zaproponowana przez Amadora i wsp. w 1993 r., oparta na wywiadzie z pacjentem [1]. Została skonstruowana do badania chorych na schizofrenię i m.in. depresję. Opiera się na następujących założeniach:

1. wgląd w chorobie psychicznej jest złożonym objawem z dużą liczbą poszczególnych wymiarów,
2. to co jest uważane za oznaki lub objawy choroby psychicznej, w dużej mierze zależy także od czynników kulturowych, które muszą być uwzględniane w ocenie,

3. składowe wymiarów wglądu są zjawiskiem ciągłym a nie dychotomicznym, innymi słowy wgląd może być częściowy,
 4. wgląd w chorobie psychicznej może być „modalnie specyficzny”, tzn. że poziom wglądu może być różny w odniesieniu do różnych przejawów choroby,
 5. w pomiarze wglądu muszą być uwzględnione wcześniejsze wiadomości pacjenta na temat choroby.
-

Skala zawiera 32 punkty badające następujące obszary w kategoriach – stosunek do i dostrzeganie: (1) hospitalizacja, (2) choroba psychiczna, (3) percepcja bycia chorym, (4) zmiany w sobie, (5) kontrola sytuacji, (6) percepcja zmian środowiskowych, (7) chęć zrozumienia swojej sytuacji.

Wgląd pacjentów z zespołami depresyjnymi

Jednym z najbardziej powszechnych i ugruntowanych przekonań na temat wglądu u pacjentów cierpiących na depresję jest opinia wyrażona jeszcze przez Tadeusza Bilikiewicza, że depresja przebiega z silnym poczuciem choroby [2]. Ale już Jaroszyński uważa, że krytycyzm w depresji jest wprawdzie zasadniczo zachowany, jednak tylko częściowo lub pozornie, pacjent uważa się za chorego, zgodnie z depresyjną ujemną oceną, ale jest zupełnie bezkrytyczny wobec wszystkich ocen pesymistycznych nie odpowiadających rzeczywistości [6]. Z tymi poglądami polemizuje Jarosz, który sprzeciwia się twierdzeniu, że w depresji zachowany jest krytycyzm, a już zupełnie za błędne uważa że depresja przebiega z silnym poczuciem choroby psychicznej [6].

Nie ulega wątpliwości, że te zasadniczo odmienne interpretacje postaw chorych wobec przeżywanego cierpienia wyrażone przez autorów podręczników do psychiatrii wynikają z jednowymiarowego rozumienia wglądu. Niewątpliwym jest, że w depresji chorzy potwierdzają generalnie objaw obniżonego nastroju i stan przygnębienia, ale przy skrajnie zindywidualizowanej atrybucji tej sytuacji. Dlatego należy zgodzić się z opinią Pużyńskiego, który

stwierdza, że reakcje chorych na stres, jakim jest depresja, są bardzo zróżnicowane i zdeterminowane pokazaną liczbą czynników takich jak: wiek, płeć, typ osobowości, wykształcenie itp. [10]. Być może liczba tych czynników jest na tyle duża, że jakiegokolwiek sądy uogólniające są mało uprawnione, a słuszne i celowe jest, by każdorazowo indywidualnie oceniać poziom i zakres wglądu pacjenta w różnych jego wymiarach, zwłaszcza jak chcemy to udokumentować przykładami, jeżeli dotyczy to pierwszorazowego epizodu depresyjnego.

OPIS PRZYPADKÓW

Przypadek 1

Kobieta lat 34, niezamężna, wyższe wykształcenie, zatrudniona w poważnej firmie handlowej z międzynarodowymi kontaktami. Zgłosiła się do poradni zdrowia psychicznego z prośbą o pomoc. Stwierdziła, że jest alkoholiczką. Przeszła od miesiąca zupełnie kontrolować ilości spożywanego alkoholu. Budzi się rano z silnym niepokojem i drżeniem rąk, wypija pierwszą dawkę alkoholu, po której czuje się lepiej. Przeczytała ostatnio kilka książek na temat problemów alkoholowych i wie, że są to objawy abstynencyjne. W ciągu dnia wypija ok. 2 setek wódki, zwłaszcza w pracy, gdyż w przeciwnym wypadku nie jest w stanie rozmawiać z kontrahentami, przeżywając trudną do opanowania treść. Lepiej czuje się wieczorem, kiedy już wróci do domu i wie, że nie będzie narażona na jakieś szczególne sytuacje stresowe. Wcześniej zdarzało się jej przy różnych okazjach spożywać alkohol, po którym czuła się dobrze, wpływał na nią rozluźniająco i nieco euforyzująco. Taki okres miesięcznego codziennego, choć względnie umiarkowanego, picia zdarzył się jej po raz pierwszy.

W trakcie dalszego badania ustalono, iż pacjentka od miesiąca przeżywa pierwszy w swym życiu epizod depresyjny, nie jest uzależniona od alkoholu, to co interpretowała jako objawy abstynencyjne było typowymi objawami nasilania się objawów lękowych z dużą komponentą wegetatywną w godzinach rannych w obrazie epizodu depresyjnego.

Długo zwlekała ze zgłoszeniem się do psychiatry, ponieważ wstydziła się nałogu. Była bliska realizacji zamachu samobójczego.

Przypadek 2

Mężczyzna zgłosił się z prośbą o poradę i pomoc. Dwa tygodnie temu zupełnie nagle zostawiła go żona. Nigdy wcześniej nie było między nimi problemów, małżeństwo w jego odczuciu było bardzo udane. Rozpoczął poszukiwania, początkowo przede wszystkim wśród rodziny. Bez rezultatu. Po tygodniu zaczął otrzymywać telefony od osób wcześniej mu nieznanymi podających się za koleżanki i kolegów żony z czasów szkolnych. Informowali go o jej wizycie, jednocześnie wyrażając niepokój związany z tym, jak się zachowywała. Zwracali uwagę na trudny kontakt, bezsenność, jakąś dziwną aurę. Mężczyzna ten właśnie jedzie po żonę. Chciał wiedzieć, czy to wszystko może przemawiać za faktem, iż zachorowała psychicznie.

To oczywiście potwierdziłem, zaznaczając jednocześnie, że jakiegokolwiek rozstrzygnięcia diagnostyczne i zalecenia terapeutyczne wymagają osobistego badania. Pojawił się z żoną następnego dnia. W toku badania stwierdzono pierwszorazowy epizod depresyjny. Pacjentka była księgową. W ostatnich tygodniach coraz gorzej radziła sobie z pracą. Na dzień przed wyjazdem zauważyła brak ok. 20 tys. zł. Winę przypisała sobie. Postanowiła popełnić samobójstwo. Wcześniej zapragnęła pożegnać się ze znajomymi i przyjaciółmi. Swoją stan i samopoczucie interpretowała jako wynik niepowodzeń w pracy, podczas gdy zależność przyczynowo-skutkowa była odwrotna. Później okazało się, że żadnych braków w kasie nie było.

KOMENTARZ

W obydwu przedstawionych przypadkach, pomimo dominujących objawów depresji, powód złego samopoczucia upatrywany był

przez pacjentki w okolicznościach zewnętrznych – alkoholu i trudnościach w pracy. Depresja traktowana była jako reakcja na problemy a nie ich przyczyna, jak to miało miejsce w istocie. Konsekwencją takiej postawy było wzrastające ryzyko zamachu samobójczego. Brak wglądu dotyczył tu mylnej oceny etiologii objawów. Wydaje się, że tego typu sytuacja może zdarzyć się zwłaszcza przy pierwszym epizodzie depresji, kiedy pacjent z oczywistych względów wie na jej temat bardzo niewiele lub nic. Uznać należy, że ważnym elementem terapii depresji jest możliwie szeroka edukacja chorych na temat istoty tego zaburzenia, objawów, leczenia itp. Wiedza ta umożliwi lepsze radzenie sobie w przyszłości z chorobą.

PIŚMIENNICTWO

1. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM: Assessment of insight in psychosis. *Am. J. Psychiatry* 1993, 150, 6, 873–879.
2. Bilikiewicz T: *Psychiatria kliniczna*. Wyd. 7. PZWL, Warszawa 1988.
3. Grzesiuk L: *Psychoterapia*. Wyd. Nauk. PWN, Warszawa 1994.
4. Heszen-Klemens I: *Psychologia medyczna. Główne kierunki badań*. Uniwersytet Śląski, Katowice 1983.
5. Jarosz M, Poprawska I: Poczucie choroby w psychozie afektywnej. *Psychiatr. Pol.* 1992, 26, 3–4, 207–214.
6. Jaroszyński J: *Zespoły zaburzeń psychicznych*. W: Dąbrowski S, Jaroszyński J, Pużyński S (red): *Psychiatria*. T. 1. PZWL, Warszawa 1987.
7. Kulczycki M: *Psychologiczne problemy człowieka chorego*. Ossolineum, Wrocław 1971.
8. Lysaker PH, Bell MD, Bryson GJ, Kaplan E: Insight and interpersonal function in schizophrenia.
9. McEvoy JP, Apperson LJ, Appelbaum PS, Ortilip P, Brecoscy J, Hammill K, Geller JL, Roth L: Insight in schizophrenia. It's relationship to acute psychopathology. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1989, 177, 1, 43–47.
10. Pużyński S: *Depresje*. Wyd. 2. PZWL, Warszawa 1988.