



## Przypadek schizofrenii – *danse macabre* z rodziną w tle

*A schizophrenia case – danse macabre with the family in the background*

MAŁGORZATA KALINOWSKA, KRZYSZTOF KOTRYS

Ze Szpitala – Centrum Psychiatrii SPZOZ w Katowicach

### STRESZCZENIE

**Cel.** Przedstawiono przypadek współwystępowania nasilonych objawów schizofrenii oraz skrajnych trudności w funkcjonowaniu społecznym z wrażliwością i talentem poetyckim.

**Przypadek.** 20-letnią pacjentkę chorą na schizofrenię o złożonym obrazie psychopatologicznym przedstawiono z perspektywy kliniczno-opisowej oraz psychologicznej z wykorzystaniem paradygmatu psychodynamicznego i systemowego. Dołączono teksty poetyckie i przykłady twórczości plastycznej pacjentki.

**Komentarz.** Schizofrenię należy rozpatrywać wielowymiarowo, biorąc pod uwagę cechy indywidualne pacjenta. Znaczne nasilenie objawów schizofrenii nie musi upośledzać zdolności do wyrażania własnych przeżyć w formie poetyckiej, a nawet może te zdolności wzbogacać.

### SUMMARY

**Objective.** A case is presented of exacerbated schizophrenic symptoms and extreme difficulties in social functioning concurrence with sensitivity and poetic talent.

**Case.** The case of a 20-year-old female patient suffering from schizophrenia with a complex psychopathological picture is reported from the clinical-descriptive and psychological perspective using the psychodynamic and systemic paradigms. Examples of the patient's poetry and paintings are enclosed.

**Commentary.** Schizophrenia should be considered multidimensionally, with individual features of the patient taken into account. A marked severity of schizophrenic symptoms does not have to impair, and may even enhance the patients' ability to express their experiences in poetry.

---

**Słowa kluczowe:** schizofrenia / psychogeneza schizofrenii / twórczość a psychopatologia

**Key words:** schizophrenia / psychogenesis of schizophrenia / creativity and psychopathology

---

Toczące się od lat rozważania badaczy na temat przyczyn, etiopatogenezy i istoty schizofrenii nadal nie doprowadziły do jednoznacznych rozstrzygnięć. Przeważa pogląd, że „kliniczne stany schizofreniczne mogą być opisane jako heterogenne kontinuum, z ostrymi psychozami wynikającymi z rozległych i głęboko zakorzenionych zaburzeń rozwojowych – na jednym biegunie, i odwracalnymi, prognostycznie łagodnymi stanami psychotycznymi – na drugim” [1]. Tak więc, istnieją co najmniej dwie schizofrenie o różnym udziale czynników genetycznych, neurofizjologicznych i psychospołecznych.

Od czasu opracowania w latach sześćdziesiątych przez zespół w Palo Alto słynnej koncepcji podwójnego wiązania dużą wagę przywiązuje się również do znaczenia środowiska rodzinnego dla powstawania i utrzymywania się objawów schizofrenii i to zarówno w ujęciu psychologiczno-rozwojowym jak i systemowym. Kolejne badania i doświadczenia terapeutów rodzinnych skojarzyły pojęcie „schizofrenogennej matki” raczej ze

stygmatyzującą etykietką niż nośnym klinicznie wyjaśnieniem [2, 4, 5, 6]. Zdecydowana większość badaczy jest zgodna co do tego, że psychologiczne czynniki związane z patogenezą schizofrenii znacznie wykraczają poza diadę matka–dziecko. Rozliczne wymiary opisywane w wyniku badań rodzin obejmują: schizmatyczne i ukośne relacje małżeńskie [2], atmosferę „pseudowzajemności” [6], rodziny „chaotyczne” i „sztywne” [1].

W rozwojowym ujęciu psychodynamicznym patogeneza schizofrenii jest łączona przede wszystkim z procesem separacji i rozwiązaniem relacji symbiotycznej z matką. Relacja symbiotyczna między matką i dzieckiem utrzymuje się dopóki matka (lub inny obiekt *self*) nie potrafi rozeznaczyć świadomie swojej potrzeby posłużenia się dzieckiem jako uzupełnieniem siebie i dlatego nie jest zdolna do pozostawienia go. Nadal jest niezdolna do przeżycia żałoby po porzuceniu, jakiego doświadczyła we wczesnym dzieciństwie, obudzonego na nowo zaniechaniem opieki nad dzieckiem, kiedy zaczyna przejawiać potrzebę indywidualności” [3].

## OPIS PRZYPADKU

### Diagnozy i hospitalizacje

Pacjentka lat 20, wielokrotnie hospitalizowana od początku wystąpienia objawów, w pierwszej klasie szkoły średniej (do jesieni 2003 r. 12-krotnie). Kolejne rozpoznania (chronologicznie):

1. obserwacja w kierunku zaburzonego rozwoju osobowości – odnotowano problem samouszkodzeń i zaburzeń jedzenia,
2. zespół depersonalizacji–derealizacji w okresie adolescencji – odnotowano zachowania samobójcze, zaburzenia jedzenia, obecność psychogennych bólów brzucha,
3. obserwacja w kierunku zaburzenia schizotypowego,
4. obserwacja w kierunku rozwoju osobowości chwiejnej emocjonalnie,
5. zaburzenia depresyjne w przebiegu zaburzonego rozwoju osobowości,
6. zaburzenia typu *borderline*.  
NMR głowy (luty 2002 r.) bez zmian.

W trakcie kolejnych hospitalizacji koncentrowano się na rozmaitych zaburzeniach zachowania nie odnotowując objawów psychotycznych, których występowanie stwierdziliśmy już w pierwszym kontakcie z pacjentką w połowie 2002 r., były to zwłaszcza halucynacje słuchowe o charakterze dialogów na temat pacjentki słyszanych w tym samym pomieszczeniu, komentarzy pod jej adresem, szeptów, podpowiedzi itd. Liczne były również urojeniowe interpretacje otoczenia, związane z tym poczucie zagrożenia czy fantazje krążące wokół tematyki śmierci, piekła i krwi. Pacjentka wyobrażała sobie, że ktoś chce podpalić dom, zaatakować jej rodzinę. Towarzyszył temu nieadekwatny afekt – opisywała swoje przerażające wizje ze spokojem i uśmiechem.

W trakcie badania spełniała kryteria schizofrenii paranoidalnej wg ICD-10.

Kolejna hospitalizacja również zakończyła się diagnozą *borderline*, pomimo tego, że zastosowano już klasyczne leczenie antypsychotyczne (perfenazyne).

### Historia kontaktu

Pierwszy kontakt z pacjentką miał miejsce w listopadzie 2001 r., kiedy rodzice zgłosili się z nią prosząc o diagnostykę psychologiczną. Definiując problem podkreślali swoje zdezorientowanie co do stanu zdrowia córki i brak jednoznacznej diagnozy w dotychczasowym leczeniu. Zwracali przede wszystkim uwagę na jej zachowania agresywne i autoagresywne, zmienność nastrojów, treści urojeniowe, omamy (słyszane głosy, widziane postaci), występującą u niej fascynację krwią i śmiercią.

Pacjentka zbadana została testem Rorschacha i Testem Apercepcji Tematycznej (TAT). Wyniki badań wskazywały na silnie zaburzający wpływ emocji na myślenie i działanie, przewagę emocjonalności pierwotnej, sterowanej przez aktywność ośrodków podkorowych, słabą zarówno intelektualną, jak i nieświadomą kontrolę emocji, rozszczepienie przeżywanych emocji od funk-

cji intelektualnej. W TAT dominował nastrój depresyjny, silna fascynacja śmiercią i samobójstwem, powtarzające się motywy choroby, śmierci, szpitala psychiatrycznego.

Kontakt z psychologiem miał miejsce z przerwami od grudnia 2001 r. do jesieni 2003 r.

### Objawy na tle rodziny

Objawy zakłócające funkcjonowanie pacjentki występowały od pierwszej klasy szkoły średniej. Początkowo było to poczucie wyobcowania z grupy rówieśniczej, podejrzenia, że nie jest akceptowana przez koleżanki, duże skoncentrowanie na wadze, liczenie kalorii (w jednym z pierwszych rozpoznań rozpoznano *anorexia nervosa*), pierwsze samookaleczenia – nacinanie skóry. Wtedy to koncentracja na wadze ciała i samookaleczenia zostały zauważone przez rodziców i doszło do pierwszego kontaktu z psychiatrą.

Od tego czasu objawy najczęściej „rozkwitwały” na tle rodziny. W innych sytuacjach (np. w szkole, w kontaktach społecznych, w trakcie sesji terapeutycznych) dominowała chwiejność nastroju, spływanie kontaktu emocjonalnego i zaburzenia poznawcze (zaburzenia koncentracji uwagi, pamięci, widzenia). Pacjentka rzadko opowiadała o osobach spoza rodziny, ludzie z zewnątrz wydawali się jej bardziej obiektami niż rzeczywistymi ludźmi, równie rzadko opowiadała o czasach sprzed początku występowania objawów.

Stopniowo doszło do sytuacji, w której codzienne życie rodziny od kilku lat skoncentrowane było wokół zachowań autoagresywnych i agresywnych pacjentki o różnym nasileniu, jej fascynacji śmiercią i krwią (motywy te przejawiają się w wypowiedziach pacjentki, urojeniowych fantazjach, snach, wierszach), zainteresowania wagą ciała. Życie rodzinne zorganizowane zostało w ten sposób, aby ktoś nieustannie był w obecności pacjentki, przy czym rodzina wykazywała wysoką tolerancję na poziom nasilenia objawów, opowiadając o nich tak jakby stanowiły część codzienności, czasem przypisując je chorobie, a czasem spostrzegając jako świadome działanie.

Pacjentka opowiadała rodzicom o swojej fascynacji śmiercią i krwią. Pokazywała im swoje rysunki, w których często przewijały się motywy śmierci i krwi, czasem były one wykonywane własną krwią (rys).

Rodzice byli świadkami jej aktów agresji: zrywania tapet ze ścian, rzucania przedmiotami, czasem byli jej obiektem (głównie matka – próby duszenia). Zarówno rodzice, jak i pacjentka opowiadali o takich sytuacjach jak o codziennych scenach z życia rodzinnego („przyzwyczailiśmy się już”), co dla obserwatora było bardziej zaskakujące niż różnorodność występujących objawów. Opowiadając o sytuacji duszenia matki (ważyła wtedy 70 kg, matka 40 kg), rodzice stwierdzili: „nie chcieliśmy wzywać pogotowia, sąsiedzi by zobaczyli, jak ją zapinają w pasy”. Pacjentka na pytanie jak minął jej czas od ostatniej sesji, odpowiadała: „ostatnie dwa tygodnie były bardzo dobre, tylko dużo razy się cięłam na nodze, nie mogę spać w nocy i bardzo się boję, słyszę wtedy bełkocące głosy”.

### Elementy świata pacjentki

Dominującymi elementami świata pacjentki, jak to już było wspomniane wcześniej, była fascynacja śmiercią i krwią, związane z tym samookaleczenia i koncentracja na wadze ciała: „Noże, sznureczki, tableteczki, to mój świat”. Krew była spostrzegana przez pacjentkę jako coś, co przynosi ukojenie. Przeżywając silne napięcie czasem nacinała ciało, obserwowała płynącą krew, nabierała ją do strzykawki: „Raz pobrałam sobie krew i rozsmarowałam ją, bo ma taki piękny kolor i była taka ciepła. Potem rozwaliłam wszystko w pokoju. Tata mówi, że wyłam jak zwierzę. Myślałam, że jak zrobię te rzeczy, to poczuję się normalnie, ale czułam się jak we mgle”.

piszę do ciebie hymn pochwalny  
jesteś ciepła i szkarłatna  
grzejesz mnie od środka  
napędzasz mnie do działania  
kocham twoją czerwień  
wypełniasz mnie w każdym calu  
dzięki tobie nie jestem pusta  
nijaka bezpłciowa  
lubię cię widzieć  
i czuć

Początkowo, koncentracja na masie ciała była dominującym objawem i tym, na który zwrócili uwagę rodzice. Waga wydaje się mieć duże znaczenie symboliczne dla relacji pacjentki z matką. Matka i córka były odwrotnie proporcjonalne do siebie wagowo, w pierwszym okresie kontaktu terapeutycznego pacjentka ważyła znacznie więcej od matki i często porównywała się do niej w swoich wypowiedziach. W ostatniej fazie kon-

taktu terapeutycznego – jesienią 2003 r., gdy rodzina zgłosiła się po przerwę, pacjentka była wyraźnie szczuplejsza, a matka przytyła (prawdopodobnie na skutek działania ubocznego leków – była hospitalizowana psychiatrycznie w marcu). Między innymi niską wagę matki pacjentka podawała jako żywy dowód tego, że swoim zachowaniem niszczy rodzinę.

Mama  
ty zawsze myślałaś że ja cię nienawidzę  
niszczę twoje życie  
wałę w gruzy wszystko co zbudowałaś  
jestem twoim pasożytem  
jak tasiemiec  
zzeram cię od środka  
nie chcę już żyć na twoje konto  
chcę być twoją dobrodziejką  
ostoją i podporą

Poczucie winy było stałym motywem. W zestawieniu z agresywnymi zachowaniami pokazywało silną nieświadomą ambiwalencję emocji do rodziców. Po agresywnych reakcjach następowały wyrzuty sumienia, pacjentka mówiła o tym, że wpędza matkę do grobu, niszczy jej życie. Czasem mówiła, że swoim zachowaniem niszczy całą rodzinę, przez co matka umrze z wychudzenia, a ojciec przez to, że zbyt wiele pracuje starając się utrzymać całą rodzinę.

Podwójność w komunikacji i w wyrażaniu emocji charakterystyczna była dla całej rodziny. Nieadekwatne emocjonalnie i często urojeniowe treści prezentowane przez pacjentkę przeplatały się z zaskakująco jasnymi przekazami, często mocno kontrastującymi z wypowie-



Rysunek 1. Dwie prace pacjentki zatytułowane: „ja” i „ręka”

dziami rodziców, zawierającymi wiele podwójnych komunikatów. Gdy rodzice w oceniający sposób opisywali różne sytuacje, a pacjentka reagowała poczuciem winy i mówiła: „ja niszczę tą rodzinę moją chorobą”, rodzice odpowiadali: „nie jest tak, ty swoją chorobą scaszasz rodzinę”.

### Artystyczna ekspresja

Mimo głębokich zaburzeń myślenia, obrazu świata i siebie samej, pacjentka z niezwyklej trafnością i finezją potrafiła używać tworzonej przez siebie poezji oraz form plastycznych, głównie rysunku do oddania złożoności swoich doznań. Jej wiersze są precyzyjne, wrażliwe, pokazujące przejmujące rozmiary cierpienia, zaskakujące dojrzałością. Komunikowały treści niepojawiające się na świadomym poziomie życia rodziny.

pragnienie śmierci  
chciałabym umrzeć  
i zostawić was w spokoju  
byście byli wyzwoleni  
od nieczystych sił  
które się we mnie kłębią  
to jest moje pragnienie  
chcę was wybawić  
oczyścić ocalić  
od zguby i zamętu  
który sieję

ja–kat  
serce mnie boli  
kiedy patrzę na wasze cierpienie  
na waszą mękę  
torturuję was swoim istnieniem  
jestem waszym katem  
który obcina głowy  
na gilotynie  
zadaję wam ból  
serce mnie boli

Szczególłą wartość poznawczą mogą mieć również wiersze nawiązujące bezpośrednio do świata przeżyć psychotycznych.

Psychoza  
kiedy to się zaczyna  
drga całe moje ciało  
chyba naczynie jakieś pękło  
jak bańka mydlana  
tłumy przewalają się przez mój pokój  
czyste szaleństwo  
coś się dzieje  
słyszę widma  
słyszę głosy  
krzyk śmiech  
mały chłopiec stoi pod drzwiami  
dym układa się w bezokie twarze  
jakby ślepe jakby ślepe  
niewidome

leżę na podłodze  
mija godzina za godziną  
nie mogę się ruszyć

patrzę w ciemne okno  
nic mnie już nie ożywi  
jeszcze tylko kilka chwil  
by dokonała swojego dzieła zniszczenia  
pogrąży mnie na zawsze  
w chaosie i obłądnie  
jak przed stworzeniem świata

### KOMENTARZ

Dzieci zbyt ważne dla swoich rodziców jako obiekty *self* odczuwają taką sytuację jako ambiwalentny przyrządek wewnętrznej lojalności, który powoduje podporządkowanie się potrzebom rodziców, choćby wyzwania ich własnego rozwoju wymagały separacji od nich. W sytuacji takiej u dorastającego człowieka związki z obiektami *self* nie zostały zastąpione bardziej dojrzałymi związkami, w których druga osoba postrzegana jest jako oddzielna, mająca własne cele i potrzeby. Dekompensacja nastąpiła w momencie, w którym wymagania rozwojowe obejmowały uniezależnienie się od rodziców, znalezienie dla siebie miejsca w świecie, panowanie nad budzącą się seksualnością, znalezienie partnera seksualnego, co mogło być nadmiernie trudne dla pacjentki nadmiernie zależnej od rodziców. Jej choroba zatrzymała ją na progu dorosłości, pozostawiając w symbiotycznym połączeniu z rodzicami. W ten sposób cała rodzina zatrzymała się na etapie rozwojowym rodziny z adolescentem, co być może jest również nieświadomą próbą pacjentki scalenia związku rodziców i uchronienia go przed rozpadem. Pacjentka wywiązała się z tej roli stając się jako chora stałym obiektem troski, ale również kanalizując rodzinną agresywność zarówno za pomocą symboliki występującej w jej chorobie, jak i poprzez daną rodzicom możliwość stworzenia koalicji służącej odparciu jej manifestowanej agresywności. Choroba stała się rozwiązaniem nieświadomego konfliktu zarówno pacjentki jak i rodziny uniemożliwiając zmianę zgodną z tendencjami rozwojowymi.

Zmiana  
to nie było w moim planie  
to nie miało się zdarzyć  
pogubiłam się w swoich domysłach  
muszę ciągle zmieniać plany  
a ja tego nie chcę  
wbrew mnie porusza się świat  
wszystko działa na moją szkodę  
ale obiecuję ci  
jeszcze jeden ostatni raz  
pozwól mi na małą zmianę  
bo zaraz skończy się  
i zgaśnie księżyc  
wypali się świat  
a ja stracę oddech

Dla samej pacjentki kluczowym problemem psychologicznym z okresu wystąpienia objawów psychozy wydaje się problem wyjścia z symbiozy i uzyskania niezależności. Co do istoty tych trudności możemy snuć

jedynie przypuszczenia, chociaż sama pacjentka w bardzo ekspresyjny sposób zarówno przez swoje zachowania, fantazje i wypowiedzi, jak również przez swoje wiersze i rysunki pokazuje symbole wyrażające jej skomplikowane, prawdopodobnie urazowe doświadczenia związane z postaciami rodziców. Fascynująca, choć często budząca grozę treść plastycznych i poetyckich wypowiedzi pacjentki, specyficzne spektakle zachowań autodestrukcyjnych i samobójczych przypominające *danse macabre* nie pozwalają pozostać obojętnym.

Sama rodzina wydawała się aktywnie dążyć do odnalezienia drogi wyjścia z impasu szukając innych niż tylko „medyczne” wyjaśnień. Pacjentka i jej rodzice poszukiwali i uznawali za niezbędny kontakt psychoterapeutyczny z psychologiem, sami też dążyli do spotkań całej rodziny, na których omawiana była aktualna sytuacja, będących okazją do wyrażenia swoich oczekiwań i obaw. Równoległe do leczenia pacjentki przebiegało leczenie jej matki.

Opisany przez nas przypadek jest, naszym zdaniem, z jednej strony ilustracją złożonych, wielopłaszczyznowych zmian i interakcji, poprzez które przejawia się

problem w uproszczeniu nazywany schizofrenią. Jest też argumentem na rzecz paradygmatu „psychiatrii wszechstronnej”, uwzględniającej konieczność zajmowania się różnymi wymiarami problemu pacjenta w praktyce klinicznej.

## PIŚMIENNICTWO

1. Alanen YO. Schizofrenia, jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
2. Lidz T, Fleck S, Cornelison AR. Schizophrenia and the family. New York: International Universities Press; 1965.
3. Searles HF. Positive feelings in the relationship between the schizophrenic and his mother. *Int J Psychoanal* 1958, 39, 569–86.
4. Syristova E. Świat urojony. Kraków: Wyd Literackie; 1982.
5. Wciórka J. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. Tom 2. Wrocław: Urban & Partner; 2002:
6. Wynne LC, Ryckoff IM, Day J, Hirsch S. Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry* 1958; 21: 205–20.