



Czy zdanie „czuję się obserwowany” – zawsze znaczy to samo? Znaczenie kliniczne błędnego opisu i atrybucji swoich stanów przez pacjentów leczonych z rozpoznaniem schizofrenii – opis przypadku

Does the sentence „I feel I am being watched” always have the same meaning? Clinical significance of erroneous description and attribution of their states by patients treated for schizophrenia – a case report

MACIEJ KARASZEWSKI, SŁAWOMIR MURAWIEC, MAŁGORZATA SOSNOWSKA

Centrum Zdrowia Psychicznego, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

STRESZCZENIE

Cel. Celem pracy jest dyskusja zjawiska przejściowego wypowiedzianego przez pacjentów leczonych z powodu schizofrenii treści odnoszących się do niepożądanych działań leków lub treści sprawiających wrażenie wypowiedzi urojeniowych, które pojawiają się w związku z doświadczaniem przez tych pacjentów sytuacji stresowych.

Przypadek. Opisano 35-letnią pacjentkę leczoną od kilku lat z rozpoznaniem schizofrenii, aktualnie w okresie remisji. Pacjentka ta w sytuacjach trudności co do decyzji o podjęciu pracy lub w sytuacjach stresogennych relacjonowała przemijające, krótkotrwałe epizody „uciekania oczu” przypominające ostre dyskinezy poneuroleptyczne lub analogiczne krótkotrwałe stany z wypowiedziami stwierdzającymi, że jest obserwowana przez inne osoby, co przypominało urojenia odnoszące.

Komentarz. Nagłe pojawienie się relacji o niepożądanych działaniach leków lub o krótkich objawach psychotycznych u pacjentów stabilnej remisji wymaga zwrócenia uwagi na psychologiczne podłoże tych skarg i uzyskania przez pacjenta adekwatnego rodzaju pomocy.

SUMMARY

Objectives. The aim of the paper was to discuss the phenomenon of statements occasionally made by patients treated for schizophrenia – such comments concerning undesirable side effects of medication, or resembling paranoid ideation are related to stressful situations currently experienced by the patient.

Case report. A case is presented of a 35-year old female patient diagnosed with schizophrenia and treated for the past few years, currently in remission. When confronted with difficulties connected with her decision-making about getting a job or in other stressful situations the patient reported brief, transitory episodes of her “eyes skittering away” (which resembles post-neuroleptic acute tardive dyskinesia), or similarly short-lasting feelings of being watched by other people (resembling delusions of reference).

Commentary. If patients in stable remission suddenly report side effects of their medication, or develop short-term psychotic symptoms, psychological background of their complaints should be explored and appropriate help provided to the patient.

Słowa kluczowe: schizofrenia / farmakoterapia / psychologia / deficyty kognitywne

Key words: schizophrenia / pharmacotherapy / psychology / cognitive deficits

Celem tej pracy jest zwrócenie uwagi na celowość ważnej oceny klinicznej rzeczywistego znaczenia wypowiedzi pacjentów leczonych z powodu schizofrenii, w odniesieniu do relacjonowanych przez nich objawów niepożądanych leczenia farmakologicznego oraz objawów przypominających objawy psychozy. Szczególnej uwagi wymagają te sytuacje, w których pacjenci w okresie remisji objawów psychotycznych i w czasie leczenia stabilną od dłuższego czasu dawką leku, zaczynają zgłaszać okresowo występujące działania niepożądane leczenia lub krótkie, przemijające „epizody” objawów psychotycznych (najczęściej pojedynczych, izolowanych objawów). Ma to szcze-

gólne znaczenie ze względu na możliwość podjęcia w tej sytuacji takich interwencji, jak modyfikacja lub zmiana leczenia, albo też zastosowanie oddziaływań psychologicznych. Wiele wypowiedzi pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, u których w wyniku leczenia ustąpiły objawy psychotyczne (bezpośrednio po przebytej psychozie) lub osób w dłuższym okresie remisji choroby, stanowią wypowiedzi odnoszące się do treści z okresu psychozy lub związanych z leczeniem farmakologicznym. Niekiedy wypowiedzi te odzwierciedlają istotne informacje dotyczące np. pogorszenia stanu psychicznego (pojawiania się objawów psychotycznych) lub zmian tolerancji działania

leków przeciwpsychotycznych (pojawienia się działań niepożądanych związanych z farmakoterapią). Jednak analogiczne wypowiedzi mogą mieć niekiedy zupełnie inne znaczenie. Mogą wynikać nie z pojawiania się objawów psychotycznych lub działań niepożądanych, lecz odzwierciedlać inne procesy. Przykładowo, mogą to być procesy poznawczego przetwarzania treści urojeniowych po ustąpieniu aktywnej psychozy [1]. Może mieć wtedy miejsce proces redefiniowania, racjonalizowania i poznawczego wyjaśniania treści urojeniowych, które, dzięki skutecznemu leczeniu, już ustąpiły. W tej pracy chcielibyśmy poruszyć inne, zbliżone zagadnienia, mianowicie skargi pacjentki w długim okresie remisji dotyczące działań niepożądanych leków i relacje o występowaniu objawów przypominających psychotyczne, które pojawiały się w sytuacjach nasilonego odczuwania stresu. W naszym odczuciu w sytuacjach nasilonego stresu osoba ta używała treści zaczerpniętych z okresu przebytej psychozy lub pochodzących z indywidualnego doświadczenia dotyczącego farmakoterapii dla opisanie aktualnie odczuwanych trudności.

W naszej opinii ten jednostkowy opis odnosi się do częściej obserwowanego zjawiska. Skargi i relacje niektórych osób chorych wypowiedziane w analogicznych do opisanej sytuacji mogą być w dużej mierze nieadekwatne, i niekiedy zapewne błędnie interpretowane przez otoczenie. Ich treść może być istotnie przemieszczona (z sytuacji stresu na pozorne „działanie niepożądane leku”) i w związku z tym myśląca, np. dla osoby prowadzącej leczenie.

Natura procesu przemieszczania treści może być aktualnie wyłącznie przedmiotem spekulacji. Po pierwsze proces ten może odbywać się wyłącznie na poziomie psychologicznym i odzwierciedlać błędną atrybucję subiektywnie odczuwanych zmian własnego stanu psychicznego. W takiej sytuacji, pacjent doświadczający trudności (np. stresu społecznego) odczuwa subiektywnie zmianę swojego samopoczucia (np. pojawienie się lęku i napięcia psychicznego). Nie jest jednak zdolny przypisać tej sytuacji adekwatnego znaczenia i używa poznawczych treści, które do opisanie tego stanu podsuwa mu indywidualne doświadczenie. Nie relacjonuje więc, że poczuł napięcie w sytuacji kontaktu społecznego, lecz informuje i subiektywnie odczuwa, że w tej sytuacji „zaczęły mi uciekać oczy” co wiąże z farmakoterapią. W ten sposób dokonuje poznawczego wyjaśnienia swoich trudności za pomocą treści zaczerpniętych z innej sytuacji i przemieszczonych na aktualną. Po drugie opisany tu proces może angażować zmiany na poziomie biologicznym organizmu, np. wywołane sytuacją stresową ujawnienie się dysfunkcji układu dopaminergicznego. Krótkotrwałe zaburzenia czynności układu dopaminergicznego mogłyby odpowiadać za czasowe pojawianie się przemijających symptomów

związanych z dysfunkcją tego układu w różnych obszarach mózgu. Inną możliwością analizowania opisywanego zjawiska są zaburzenia czynności tych części mózgu, które odpowiadają za atrybucją własnych działań i stanów jako przypisywanych samemu sobie. Proces tego rodzaju błędnej atrybucji jest opisywany w odniesieniu do omamów słuchowych, gdzie jego natura miałaby polegać na zaburzeniu aktywności dodatkowej kory motorycznej (SMA, *supplementary motor area*). Ten fragment kory odpowiada za przekazanie do pozostałych obszarów mózgu informacji o podejmowaniu przez jednostkę określonych działań (a więc że działanie nie pochodzi z zewnątrz organizmu, ale że podejmuje je sam podmiot) [2].

Niezależnie jednak od opisanych tu trudności, jednoznaczny opis podłoża psychologicznego i neurobiologicznego tego zjawiska wymaga zwrócenia uwagi na jego treść kliniczną, związaną z bieżącym procesem leczenia pacjenta. Jeśli bowiem relacjonowane przez pacjenta treści zostaną zakwalifikowane przez osobę prowadzącą leczenie jako odzwierciedlające np. działania niepożądane leków, to może mieć miejsce modyfikacja lub zmiana leczenia. Jeśli zostaną zakwalifikowane jako wynikające z aktualnie odczuwanych przez pacjenta sytuacji trudnych i stresogennych, to mogą podlegać innemu rodzajowi interwencji, np. zapewnieniu pomocy psychologicznej lub innej interwencji farmakologicznej (przykładowo podaniu leków uspakajających). Rozpoznanie więc i zakwalifikowanie relacji pacjenta albo jako odzwierciedlającej objawy psychotyczne lub działania niepożądane leczenia, albo jako odzwierciedlającej problemy sytuacyjne i psychologiczne, może mieć doniosłe znaczenie praktyczne dla przebiegu leczenia.

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka jest trzydziestopięcioletnią kobietą, od kilku lat leczoną z rozpoznaniem schizofrenii. Była dotychczas kilkakrotnie hospitalizowana z tym rozpoznaniem w oddziałach całodobowych. Została wypisana z oddziału, z zaleceniem przyjmowania sertindolu w dawce 12 mg/die. Jej poprzednia historia leczenia obejmowała kilka okresów przyjmowania leków przeciwpsychotycznych obu generacji.

Po zakończeniu hospitalizacji pacjentka zgłosiła się w celu dalszego leczenia do Zespołu Leczenia Domowego. Jej zachowanie w trakcie wstępnej konsultacji było bardzo poprawne, robiła wrażenie osoby bardzo starającej się kontrolować swój wygląd i zachowanie, oraz niezwykle wrażliwej na wszystkie sygnały z otoczenia. Po wypisie ze szpitala nie ujawniała objawów psychotycznych, jednak przejawiała bardzo niską tolerancję jakichkolwiek sytuacji stresowych,

zarówno w interakcjach z innymi osobami, jak i w odniesieniu do spraw codziennych.

Po kilku miesiącach, w których stan psychiczny pacjentki i poziom radzenie sobie z codziennym funkcjonowaniem były względnie stabilne, poskarżyła się w trakcie wizyty lekarskiej, że „oczy jej uciekają”. Chociaż objaw ten nie był widoczny podczas spotkania, pacjentka zapytana o tę dolegliwość zademonstrowała ruch gałek ocznych ku górze. Ruch zademonstrowany przez pacjentkę przypominał ostre dyskinezy wywołane przyjmowaniem neuroleptyku. Tego rodzaju objawów doświadczała w przeszłości podczas leczenia w szpitalu i budziło to w niej, w tamtym czasie, olbrzymi lęk. Powstało w tej sytuacji pytanie, czy tego rodzaju dyskinezy mogły pojawić się nagle, po kilku miesiącach leczenia stabilną dawką leku?

Pacjentka wyjaśniła następnie, że „przez to uciekanie oczu nie może wrócić do pracy”. Miała na myśli powrót do zakładu pracy chronionej, w którym zatrudniona była poprzednio. Kontekst sytuacyjny nagłego pojawienia się „uciekania oczu” stał się dużo bardziej zrozumiały, choć sama pacjentka nie wiązała pojawienia się objawu z sytuacją stanowiącą dla niej wyzwanie. Jednakże w wyniku rozmowy na ten temat, pacjentka była w stanie zauważyć, że „uciekanie oczu” pojawiło się, odkąd zaczęła się „przejmować i denerwować” możliwością powrotu do pracy. Mówiła, że „sam powrót do pracy nie byłby nawet złym pomysłem, ale czasami zdarzało się jednak, że wiązało się to z koniecznością pracy na akord”. Praca w systemie akordowym była jej zdaniem „dużo powyżej jej możliwości” znoszenia wyzwań – czuła że w takich sytuacjach nie radzi sobie, zawodzi, jest negatywnie oceniana, „jest do niczego”. W jej odczuciu pojawienie się tak dokuczliwego objawu jak „uciekanie oczu” czyniło rozważania na temat powrotu do pracy bezprzedmiotowymi. Przecież nie można wrócić do pracy, kiedy komuś „uciekają oczy”, ponieważ wszyscy by to dostrzegli, komentowali, wskazywali palcami. Jej zdaniem „stałaby się nieomal pośmiewiskiem” w miejscu zatrudnienia. Zrozumienie tego zagadnienia w trakcie rozmowy przyniosło kolejne spostrzeżenie pacjentki, że są dwa rodzaje „uciekania oczu”. Pierwsze pojawiało się, kiedy była daleko od domu, załatwiała sprawy urzędowe lub związane z pracą. Drugi rodzaj „uciekania oczu” miał miejsce, gdy była sama w domu i rozmyślała bezradnie na trudne dla niej tematy, nie mogąc znaleźć dobrego wyjścia z sytuacji. Pacjentka powiązała obie te sytuacje ze zdenerwowaniem, lękiem, że „stresiem” i podjęła decyzję o zastanowieniu się jak wrócić do pracy, nie narażając się na okresowe przenoszenie do systemu akordowego. Kolejną wizytę pacjentka rozpoczęła od stwierdzenia, że „z oczami lepiej”, ale „jak jestem gdzieś daleko od domu, albo coś załatwiam, to czuję się ob-

serwowana”. Wydawało się, że w wyniku omówienia symptomu w trakcie poprzedniej wizyty, nastąpiło niemal pełne „wyleczenie” „uciekania oczu”, któremu jednakże towarzyszył „nawrót” „objawów psychotycznych”. Uczucie, że jest obserwowana przez inne osoby pojawiało się dokładnie w tych samych momentach, w których poprzednio pojawiały się objawy dotyczące gałek ocznych. W miejscach zbyt odległych, jak to subiektywnie odczuwała, od domu i w sytuacjach zmuszających do kontaktu z innymi osobami. W domu pacjentka nie czuła się obserwowana, jednak nękało ją zdenerwowanie, które było dla niej nie do zniesienia. Trzecia z opisywanych tu wizyt przyniosła nawrót dawnych symptomów. Pacjentka udała się w międzyczasie do przychodni ogólnej po wyniki badań laboratoryjnych, z których to wyników jeden był nieco podwyższony. Opisała tę wizytę następująco: „Jak to zobaczyłam, od razu oczy mi zaczęły uciekać”. Natomiast ustąpiło poczucie bycia obserwowaną. Była już w tym okresie w stanie powiązać swoje dolegliwości z sytuacjami napięcia psychicznego, które mogłaby odczuwać jako „stresujące”. W trakcie kolejnej wizyty przypomniła sobie, że kiedyś prowadziła pamiętnik, w którym zapisywała „jak ją coś zdenerwowało”. Postanowiła wrócić do pisania w momentach, kiedy pojawiają się objawy, jednak w toku dalszej obserwacji okazało się, że metoda ta ma ograniczoną skuteczność. Pacjentka, zapisując swoje odczucia czuła się po zrobieniu notatki „trochę lepiej” jednak opisane objawy nadal występowały.

KOMENTARZ

Pacjenci z doświadczeniem psychozy, mogą używać zapamiętanych elementów doświadczeń związanych z psychozą, dla opisanego i zrelacjonowania swoich przeżyć o charakterze niepsychotycznym. Uważamy, że w opisanym przypadku, pacjentka nie relacjonowała „czuję się zdenerwowana, czuję lęk kiedy jestem daleko od domu”, lecz dokonywała następującego opisu „czuję się obserwowana, kiedy jestem daleko od domu”. Używała więc śladów pamięciowych doświadczeń z obszaru doznań psychotycznych, aby opisać i nadać znaczenie swoim aktualnym przeżyciom. Nie nazywała ich jednak w kategoriach adekwatnych dla rzeczywistego ich opisu, dokonując atrybucji innych (przemieszczonych) znaczeń w celu ich opisu i subiektywnej interpretacji. Procesy te miały miejsce w sytuacji lęku (stresu). Tak, jakby pojawienie się lęku przywoływało inne sytuacje, które były z lękiem związane i dostarczały temu lękowi adekwatnego (w tamtym czasie) wytłumaczenia.

Klasyczna definicja stresu według Selye’go określa go jako „stymulację zewnętrzną organizmu”, podczas

gdy Lazarus i Folkman opisują stres jako „interakcję między procesem oceny jednostki i jej reakcjami, a wydarzeniami zewnętrznymi” [3], który to sposób rozumienia, jest bliski autorom tej pracy. Ludzie reagują na stres na wiele różnych sposobów, w zależności od osobowości, postawy, czy mechanizmów poznawczych. To, w jaki sposób reagujemy na stres, zależy od tego, jak jest on oceniany. Z kolei na poznawczą ocenę stresu, wpływają zasoby pozwalające na radzenie sobie z nim. Według Moos i Billings [cyt. za 3], w odpowiedzi na stres można wyróżnić:

- sposób radzenia sobie w zależności od oceny sytuacji oraz nadawanego jej osobistego znaczenie,
- sposób radzenia sobie poprzez koncentrację na problemie i próbę jego zmiany lub usunięcie czynnika wywołującego stres oraz
- radzenie sobie z uczuciami wywołanymi stresem oraz potrzebą zachowania równowagi emocjonalnej.

Co ważniejsze, sposób radzenia sobie ze stresem, pośredniczy między stresem a zachorowaniem. Dotyczy to zarówno chorób somatycznych, jak psychicznych, i jest zjawiskiem uniwersalnym. W momencie wystąpienia nagłych stanów chorobowych, czy pojawienia się objawów, jednostka przystosowuje się do nich, poprzez poszukiwanie przyczyn zachorowania, potencjalne obniżenie nastroju oraz koncentrację na doświadczeniach związanych z funkcjonowaniem somatycznym. Reakcje te są szeroko znane i opisywane w przypadku takich chorób somatycznych, jak nowotwory, czy choroba wieńcowa, natomiast praktyka lekarska zna ich przejawy także w innych stanach chorobowych, łącznie z zaburzeniami psychicznymi.

Chorujących na schizofrenię charakteryzuje bardzo często bardzo niska tolerancja sytuacji stresowych, opisywana zwykle jako wrażliwość lub nadwrażliwość. Innymi słowy osoby chorujące na schizofrenię są bardziej podatne na stres psychospołeczny, którego wystąpienie sprzyja ponownemu ujawnieniu objawów psychotycznych, lub wręcz prowadzi do nawrotu [4]. Koncepcję tę rozwijał Zubin w modelu „podatności i stresu” [cyt. za 4]. Autor ten uważa, że ponowne wystąpienie objawów psychotycznych zależy od natężenia stresu i stopnia podatności na stres. Oznacza to, że osoby z wysoką podatnością na stres, mogą zachorować w obliczu stresu o niewielkim natężeniu, podczas gdy u osób z niską podatnością na stres, objawy pojawią się dopiero pod wpływem silnego stresu. Badania w tej dziedzinie pokazały także, że objawy choroby związane z trudnymi wydarzeniami życiowymi, wywołującymi stres, występują zarówno u osób przyjmujących neuroleptyki, jak u osób nie stosujących farmakoterapii. Różnica między nimi polega natomiast na tym, że osoby z pierwszej grupy doświadczają nawrotu w obliczu bardzo silnego stresu, podczas gdy w drugiej grupie, do nawrotu wystarczy

stres o niewielkim nasileniu. Warto pamiętać przy tym, że stresujące wydarzenia życiowe mają wpływ jedynie na czas, w jakim pojawia się choroba, a nie na predyspozycję do zachorowania, o której decydują inne czynniki. Tym samym stres życiowy wiąże się z prawdopodobieństwem wystąpienia nawrotu. Opisywana pacjentka ujawniała niski próg tolerowania sytuacji stresowych codziennego życia i nawet drobne codzienne sytuacje były dla niej trudne do „zniesienia” emocjonalnego i poradzenia sobie. Pojawiała się w tym sytuacjach lęk, który wymagał nadania mu znaczenia. Jednak proces ten odbywał się u niej na zasadzie „zapożyczenia” z innych doświadczeń. Mówiąc inaczej, na zasadzie błędnej atrybucji (błędnej interpretacji). Psychologiczne teorie wyjaśniające powstawanie i utrzymywanie się urojeń, odnoszą się bądź do deficytów poznawczych (uwagi, koncentracji, pamięci, wnioskowania), bądź do nieprawidłowości w spostrzeganiu. Bentall stoi na stanowisku, że urojenia stanowią psychologiczny mechanizm obronny pojawiający się w stanach depresji i obniżonej samooceny, na skutek tendencyjności spostrzegania i pamięci [4]. Tendencyjność ta przejawia się w skupianiu uwagi na sytuacjach lub wspomnieniach budzących poczucie zagrożenia. Arieti [5], nawiązując do koncepcji Bleulera wysnuł tezę, według której psychoza przejawia się zaburzeniem myślenia, dziś powiedzielibyśmy, zniekształceniem procesów przetwarzania informacji. Kolejne podejście wyjaśniające urojenia, odwołuje się do błędnego stylu atrybucji, w którym wystąpienie negatywnych wydarzeń jest przypisywane okolicznościom zewnętrznym (atrybucja zewnętrzna). Według klasycznej teorii atrybucji sformułowanej przez Fritza Heidera, jest ona teorią opisującą sposób, w jaki ludzie wyjaśniają przyczyny zachowań własnych oraz innych osób [cyt. za 6]. Osoby przejawiające styl atrybucji zewnętrznej czują, że zarówno korzystne, jak niekorzystne wydarzenia w ich życiu, dzieją się niezależnie od nich, nie mają na nie osobistego wpływu, zamiast tego to, co je spotyka w życiu, jest konsekwencją zewnętrznych okoliczności lub przypadku. Taki sposób myślenia i postrzegania świata może wiązać się z poczuciem niepewności, bezradności i bezsilności wobec przeciwności życiowych. Wówczas urojenie w postaci przekonania, że jest się obserwowanym lub prześladowanym, może stanowić odpowiedź na zdarzenie wywołujące niepokój i postrzegane jako niekorzystne, a jednocześnie chronić obraz ja i poczucie własnej wartości.

Procesy atrybucji u osób chorujących na schizofrenię były wielostronnie badane wskazując na pewne szczególne cechy w tym zakresie. Dotyczy to zwłaszcza, wspomnianej wyżej, zewnętrznej atrybucji wydarzeń negatywnych (przypisywania przyczyn zdarzeń negatywnych osobom/okolicznościom) zewnętrznym,

a nie sobie. Moritz i wsp. [7, 8] oraz Aghotor i wsp. [8] wskazują, że opisano cały szereg procesów dotyczących błędnej atrybucji u chorych na schizofrenię. Autorzy ci wymieniają następujące „problemowe style myślenia” [8]: zakłócenia przypisywania przyczyn zdarzeń (atrybucji), formułowanie wniosków bez dostatecznych przesłanek, podtrzymywanie wcześniej sformułowanych wniosków wbrew dowodom im zaprzeczającym, deficyty dotyczące teorii umysłu (ToM, *Theory of Mind*), nadmierna ufność w prawdziwość błędów pamięci i depresyjne wzorce przetwarzania informacji. Spośród tych różnorodnych problemów szczególnie istotne dla kontekstu tej pracy są kwestie atrybucji przyczyn zdarzeń przez chorych na schizofrenię. Badania nad tymi kwestiami są komplikowane przez takie kwestie jak różnice pomiędzy pacjentami z pierwszym epizodem psychozy i pacjentami z przewlekłą schizofrenią (w tej drugiej grupie zaburzenia atrybucji mogą być bardziej wyrażone), różnice tendencji do przypisywania sobie sprawstwa pozytywnych lub negatywnych wydarzeń (na przykład tendencja do obwiniania innych za negatywne zdarzenia nie musi towarzyszyć tendencja do przypisywania samemu sobie przyczyn pozytywnych wydarzeń). Także zaburzenia na poziomie kognitywnym mogą mieć wpływ na uzyskiwane wyniki badań (na przykład pacjenci mogą na poziomie narracyjnym opisywać siebie jako przyczynę zdarzenia, ale na poziomie oceny wskazywać, że winne są „okoliczności”) [6]. W badaniu Moritza i wsp. [6] obejmującym pacjentów ze schizofrenią paranoidalną wykazano, że osoby z urojeniami prześladowczymi wskazywały z jednakową częstością na samych siebie i na innych sprawców zdarzeń prezentowanych w trakcie badania. Osoby z grupy kontrolnej przypisywały znacząco częściej przyczynowość zdarzeń sobie. Zdaniem autorów takie wyniki dowodzą, że występowanie urojeń prześladowczych jest związane ze zmniejszeniem poczucia umiejscowienia „punktu kontroli” w samym sobie.

Opisywana pacjentka przypisywała swój „stres” czynnikiem niezależnym od niej – raz było to uciekanie oczu, innym razem poczucie bycia obserwowaną. Tak czy inaczej, przypisywała swoje własne przeżycia, przyczynom i czynnikom które, jak sądziła, nie wynikały z niej samej (z jej doświadczeń i stanów psychicznych), lecz powstawały bez jej udziału. To, co wydaje się interesujące w historii opisywanej tu pacjentki, to zjawisko naprzemiennego „nakładania” na swoje stany zdenerwowania obu „zapożyczonych” treści – zarówno czerpanych ze stanu psychozy,

jak i zaczerpniętych z działań niepożądanych leczenia, których doświadczyła w przeszłości.

Naszym zdaniem nie w każdej sytuacji relacja pacjenta, odnosząca się do działań niepożądanych leków lub sprawiąca wrażenie objawów psychotycznych, odpowiada istotnie tym zjawiskom. W wybranych sytuacjach klinicznych możliwe jest także rozważnie, czy pacjent nie używa śladów pamięciowych swoich poprzednich doświadczeń związanych z psychozą lub działaniami niepożądanymi farmakoterapii, w celu nadania znaczenia innego rodzaju przeżyciom. Mogą one nie być bezpośrednio związane ani z objawami choroby ani z przyjmowanymi lekami. Tym samym, zabieg taki staje się sposobem radzenia sobie z rzeczywistością, pozwalającym na jej zrozumienie i nadanie znaczenia otaczającemu światu. Można też ryzykować twierdzenie, że sposób ten stanowi próbę komunikowania się z innymi ludźmi (tu z lekarzem), przekazywania informacji na temat swojego stanu. Ten szczególny rodzaj komunikacji, wymaga jednak uważnego i empatycznego zrozumienia na drodze współpracy i dialogu.

PIŚMIENNICTWO

1. Murawiec S. Kilka pytań o naturę urojeń w świetle współczesnych neurobiologicznych koncepcji psychozy. *Psychiatria Polska*. 2009; 43: 403–410.
2. Stephane M, Hagen MC, Lee JT, Uecker J, Pardo PJ, Kuskowski MA, Pardo JV. About the mechanisms of auditory verbal hallucinations: a positron emission tomographic study. *J Psychiatry Neurosci*. 2006; 31 (6): 396–405.
3. Rodin J, Solovey P. *Psychologia zdrowia*. W: Heszen-Niejodek I, Sęk H. red. *Psychologia zdrowia*. Warszawa: WN PWN; 1997. s.62–111.
4. Birchwood M, Jackson C. Modele stresu i podatności. W: Birchwood M, Jackson C. red. *Schizofrenia: modele kliniczne i techniki terapeutyczne*. Gdańsk: GWP; 2006. s.69–91.
5. Arieti S. An overview of schizophrenia. W: Arieti S. red. *On schizophrenia, phobias, depression, psychotherapy and the farther shores of psychiatry*. New York: Brunner/Mazel Publishers; 1978. s.3–23.
6. Aronson E, Wilson TD, Akert RM. Spostrzeganie społeczne: jak dochodzimy do rozumienia innych ludzi. W: Aronson E, Wilson TD, Akert RM. red. *Psychologia społeczna: serce i umysł*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka; 1997. s.170–214.
7. Moritz S, Woodward TS, Burlon M, Braus SF, Andersen B. Attributional style in schizophrenia: evidence for a decreased sense of self-causation in currently paranoid patients. *Cogn Ther Res*. 2007; 31: 371–383.
8. Moritz S, Woodward TS. A generalized bias against disconfirmatory evidence in schizophrenia. *Psychiatr Res*. 2006; 142: 157–165.
9. Aghotor J, Pfueller U, Moritz S, Weisbrod M, Roesch-Ely D. Metacognitive training for patients with schizophrenia (MCT): feasibility and preliminary evidence for its efficacy. *J Behav Ther & Exp Psychiat*. 2010; 41: 207–211.

Wpłynęło: 07.06.2010. Zrecenzowano: 17.11.2010. Przyjęto: 24.11.2010.

Adres: Dr Maciej Karaszewski, Centrum Zdrowia Psychicznego, Instytut Psychiatrii i Neurologii,
Al. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, tel. 0-22-4582717, email: