

**Doznania psychotyczne w przebiegu alkoholowych zespołów
abstynencyjnych: porównanie lokalizacji poczucia kontroli
u osób z majaczeniem i bez majaczenia oraz analiza
doznań w zespołach majaczeniowych**

**Psychotic experiences in the course of alcohol withdrawal symptoms:
locus of control among patients with and without delirium
and analysis of subjective experiences in delirium**

Andrzej Kokoszka^{1,2}, Marta Laskowska³, Joanna Mikuła⁴

¹ Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie
Dziekan Wydziału Psychologii: prof. dr hab. J. Karyłowski

² II Klinika Psychiatryczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kokoszka

³ Środowiskowy Dom Samopomocy dla Osób Chorych Psychiczenie w Warszawie,
Warszawskie Towarzystwo Pomocy Lekarskiej i Opieki nad Psychiczenie i Nerwowo Chorymi
Dyrektor: mgr D. Ajdysińska

⁴ Oddział Dzienny Leczenia Uzależnienia od Alkohol
Wojewódzki Szpital Bródnowski w Warszawie
Kierownik oddziału: mgr J. Mikuła

Summary

Aim. The comparison of the locus of control in groups of patients hospitalised due to alcohol withdrawal with and without delirium and analysis of psychotic experiences of patients with delirium.

Methods. 25 patients with alcohol withdrawal with delirium and 25 without delirium took part in the study. They filled-in the Internal-External (I-E) Locus of Control Scale by Rotter; Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scale; the group with delirium also did the Psychopathological Symptoms Inventory, by Bizoń et al.

Results. The mean score in I-E Locus of Control Scale in the group with delirium was more external than in the group without delirium ($M=13.28$; $SD=2.762$ versus $M=11.64$; $SD=2.612$; $t_{(48)}=-2.157$; $p=0.036$). Group with delirium had also lower mean score in the dimension of internal control in MHLC, than the group without delirium ($M=24.8$; $SD=6.149$ versus $M=26.8$; $SD=4.648$; $t_{(48)}=1.99$; $p=0.04$). There were no statistically significant differences between the groups in the other subscales. The auditory and visual hallucinations were most common among patients with delirium (84%, 80% respectively, as well as delusions of taking part in not existing events (92%) and persecutory delusions (80%). Psychotic experiences influenced behaviour in nearly 50% of the cases.

Conclusions. A more external locus of control may be one of the factors contributing to the development of alcohol delirium. The content of psychotic experiences seems to have impact on the behaviour of many patients with alcohol delirium.

Słowa kluczowe: alkoholowe zespoły abstynencyjne, majaczenie alkoholowe, umiejscowienie poczucia kontroli, treść omamów i urojeń

Key words: alcohol withdrawal, alcohol delirium, locus of control, content of hallucinations and delusions

Wstęp

Majaczenie alkoholowe (MA) (majaczenie drżenne – delirium tremens) stanowiące powikłanie alkoholowego zespołu abstynencyjnego (AZA) występuje u około 5% pacjentów uzależnionych od alkoholu [1]. MA rozwija się w 5 do 10% epizodów AZA [2] i przybiera charakter krótkotrwałej, ostrej psychozy, trwającej od kilku godzin do kilkunastu dni, charakteryzującej się zaburzeniami świadomości (dezorientacją w miejscu i czasie), złudzeniami i omamami wzrokowymi, słuchowymi i dotykowymi, oraz lękiem [1]. Powyższym objawom mogą towarzyszyć urojenia dziania się lub prześladowcze [3]. O ile mechanizm powstawania AZA jest stosunkowo dobrze zbadany, o tyle mechanizm powstawania MA nie jest w pełni poznany. Brak jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, dlaczego rozwija się ono tylko u części pacjentów [2]. Istnieją udokumentowane hipotezy o wpływie chorób somatycznych, w tym zaburzeń sercowo-naczyniowych, chorób wątroby, urazów głowy oraz zapalenia płuc i oskrzeli na występowanie, długość i intensywność MA [4]. Za istotny mechanizm etiopatogenetyczny MA uznaje się zjawisko rozniecania (kindlingu): powtarzające się AZA spełniają rolę bodźca w mechanizmie rozniecania struktur podkorowych. Objawy każdego kolejnego AZA nasilają się aż do wystąpienia powikłań w postaci MA [2]. Opisuje się również związki pomiędzy określonymi zmiennymi biograficznymi i występowaniem MA (przynależność do klasy społecznej, utrata pracy, pobyty w więzieniu, kradzieże). Wskazuje się na związki pomiędzy nasileniem objawów MA i długością jego trwania a późnym (po 40 r.ż.) początkiem intensywnego picia i dobową dawką spożywanego alkoholu. Wyniki badań wskazują na złożoną etiologię i patogenezę delirium tremens DT [3]. Wystąpienie epizodu MA jest istotne dla samych chorych, z uwagi na silny lęk, zarówno związany z treścią objawów jak i z obawą o własne zdrowie psychiczne. W części przypadków to właśnie wystąpienie MA staje się punktem przełomowym w budowaniu motywacji do leczenia odwykowego – 15–30% pacjentów po przebytych MA decyduje się na podjęcie terapii odwykowej [5].

Brak jest w bazie Medline doniesień dotyczących czynników psychologicznych mogących wpływać na powstanie majaczenia, choć nie można wykluczyć, że mogą one mieć pewien udział w rozwoju MA, podobnie jak ma to miejsce w doznaniach psychotycznych w innych zaburzeniach psychicznych [6]. Jednym z czynników, mogących mieć wpływ na przeżycia doznawane w trakcie zespołów abstynencyjnych, jest poczucie kontroli nad własnymi doświadczeniami. Osoby mające tendencje do przypisywania większego wpływu na swoje doświadczenia sobie niż zewnętrznym okolicznościom mogą być bardziej odporne na doświadczanie omamów i urojeń niż osoby z tendencją do przypisywania większego znaczenia wpływom otoczenia na własne przeżycia. Kolejnym zaskakującym rezultatem analizy publikacji w bazie

Medline jest brak badań dotyczących częstości treści doznań psychotycznych w MA, choć są one traktowane jako jego objawy. Subiektywne doznania w zespołach majaczeniowych nie cieszą się większym zainteresowaniem zarówno w praktyce klinicznej, jak i badaniach naukowych. Wydaje się, że traktowane są one jako oczywisty wyraz dezorganizacji procesów psychicznych w stanie ciężkich zaburzeń somatycznych. Warto zwrócić uwagę na fakt, że kilkadziesiąt lat temu nie przywiązywano znaczenia do treści doznań psychotycznych w schizofrenii, a obecnie są one przedmiotem terapii poznawczo-behawioralnej [6]. Analiza treści omamów i urojeń może ułatwić zrozumienie zachowań pacjentów w MA, a w konsekwencji wpływać na postępowanie z nimi.

Zgodnie ze współczesnymi poglądami dotyczącymi ogólnych mechanizmów psychologicznych przeżyć omamowych, dochodzi w ich trakcie do zacierania się granicy pomiędzy przestrzenią zewnętrzną a wewnętrzną, wyobrażenia są błędnie wyprojektowane do przestrzeni zewnętrznej; osoba, która przeżywa omamy, błędnie przypisuje swoje własne myśli źródłom zewnętrznym. Ponadto omamy słuchowe mogą być rozumiane jako intruzywne myśli, których chory nie akceptuje, dlatego też, aby zredukować dysonans poznawczy, przypisuje te myśli źródłom zewnętrznym [7]. Zmienną, mogącą wpływać na proces wyprojektowywania myśli do przestrzeni zewnętrznej, jest umiejscowienie poczucia kontroli (locus of control – LOC). Zostało ono opisane przez Rottera [8] i zdefiniowane jako trwałe i zgeneralizowane oczekiwanie dotyczące lokalizacji kontroli wzmocnień, stanowiące indywidualną właściwość człowieka, które można traktować jako wymiar osobowości, kontinuum od zgeneralizowanego poczucia kontroli zewnętrznej do zgeneralizowanego poczucia kontroli wewnętrznej. Osoby o wewnętrznym LOC są przekonane o istnieniu bezpośredniego związku pomiędzy swoim postępowaniem a tym, co je spotyka, czują odpowiedzialność za efekty swojego działania, natomiast osoby o zewnętrznym LOC sądzą, że to, co im się przytrafia, nie zależy od nich i ich działań. Te ostatnie osoby nie mają poczucia odpowiedzialności za skutki swoich działań, sądzą, że ich los kontrolowany jest przez różne czynniki zewnętrzne [8]. Może to wspierać tezę o związku pomiędzy zewnętrznym LOC a wystąpieniem MA. Badania wskazują na związek zewnętrznego LOC z większą liczbą objawów niedostosowania emocjonalnego [9] oraz stosowaniem mniej dojrzałych strategii zaradczych w stresie [10].

Celem prezentowanego badania było:

- 1 – porównanie umiejscowienia poczucia kontroli u osób uzależnionych z niepowikłanym AZA oraz z MA,
- 2 – analiza jakościowa doznań psychotycznych u pacjentów z MA.

Material

Badaniem objęto 25 kolejnych pacjentów leczonych z powodu niepowikłanego AZA oraz 25 leczonych z powodu MA na oddziale leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych II Kliniki Psychiatrycznej WUM. Udziału w badaniu odmówiło jedynie 2 pacjentów z AZA oraz 3 z MA (łącznie jedynie 5%). Grupa z niepowikłanym AZA obejmowała osoby w wieku od 27 do 57 lat ($M = 42,36$; $SD = 9,29$), grupa

z MA – osoby w wieku od 25 do 57 lat ($M = 43,88$; $SD = 9,01$). W badanej grupie było 44 mężczyzn i 6 kobiet, mieszkańców aglomeracji warszawskiej. Badania kwestionariuszowe przeprowadzono w ciągu pierwszych dób hospitalizacji, w przypadku osób z MA – po ustąpieniu objawów majaczenia alkoholowego, leczonego metodą intensywnego nasycania benzodiazepinami.

Metoda

Lokalizację poczucia kontroli (locus of control – LOC) oceniano za pomocą Skali I-E (Internal-External) Rottera [8] w adaptacji J. Karyłowskiego – robocza wersja tłumaczenia udostępniona przez Laboratorium Technik Diagnostycznych Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego [9]. Stosowana jest w Polsce jedynie do celów badawczych. Brak jest danych psychometrycznych dotyczących polskiej wersji tej skali.

Ze względu na dostępność Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia – MHLC [10], w polskiej adaptacji Juczyńskiego [11], podjęto próbę wykorzystania jej w badaniu, zakładając, że pośrednio umożliwi ogólną lokalizację kontroli, która jest cechą trwałą i zgeneralizowaną. Stosowano obie równoważne wersje A i B, które mają dobrą rzetelność oraz trafność.

Do oceny objawów psychopatologicznych zastosowano Inwentarz i Skalę Objawów Psychopatologicznych wg Bizonia i wsp. [12], a do jakościowej analizy treści urojeniowych Mapę Świata Urojeniowego wg Bizonia i wsp. [13]. Zebrano również dane demograficzne oraz informacje dotyczące przebiegu uzależnienia od alkoholu.

Wyniki

Stwierdzono istotną statystycznie bardziej zewnętrzną lokalizację poczucia kontroli w grupie z MA niż w grupie z AZA ($M = 13,28$; $SD = 2,762$ versus $M = 11,64$; $SD = 2,612$; $t_{(48)} = -2,157$; $p = 0,036$). Również w Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia – MHLC uzyskano wynik wskazujący na istotnie mniejszą kontrolę wewnętrzną ($M = 24,8$; $SD = 6,149$ versus $M = 26,8$; $SD = 4,648$; $t_{(48)} = 1,99$; $p = 0,04$). Nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy pozostałymi skalami MHLC (szczegółowe wyniki w tabeli 1).

Tabela 1. Porównanie średnich wyników uzyskanych w Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC) przez grupę z niepowikłanym zespołem abstynencyjnym (AZA) oraz grupę z majaczeniem alkoholowym (MA)

Skala MHLC	Grupa z niepowikłanym AZA	Grupa z MA	t	p
Kontrola wewnętrzna	M = 26,8 SD = 4,648	M = 24,8 SD = 6,149	1,99	0,04
Wpływ innych	M = 24,8 SD = 7,236	M = 22,8 SD = 6,278	1,33	0,18
Przypadek	M = 20,6 SD = 7,095	M = 22,9 SD = 6,139	1,56	0,12

Porównano wyniki badanych grup ze średnimi wynikami uzyskanymi w Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia przez mieszkańców dużego miasta [11] (dane te zawierają średnie wyniki z uwzględnieniem odchylenia standardowego i liczebności tej grupy, co umożliwiło zastosowanie testu t-Studenta, z przyjęciem założenia o normalności rozkładu). Grupa z MA uzyskała średnie wyniki istotne statystycznie (tab. 2):

- niższe w wymiarze wewnętrznym, wskazujące na mniejsze poczucie własnej kontroli nad zdrowiem;
- wyższe w wymiarze zewnętrznym, wskazujące na bardziej nasilone przekonanie, że własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych, zwłaszcza personelu medycznego;
- wyższe w wymiarze „przypadek”, wskazujące na bardziej nasilone przekonanie, że o stanie zdrowia decyduje przypadek lub inne czynniki zewnętrzne.

W grupie z AZA niepowikłanym nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy w porównaniu z populacją dużego miasta w wymiarze „kontrola wewnętrzna”, natomiast w wymiarze „kontrola zewnętrzna” i „przypadek” stwierdzono podobne co do kierunku istotne statystycznie różnice.

Tabela 2. Porównanie średnich wyników uzyskanych w Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC) [11] przez grupę z majaczeniem alkoholowym oraz mieszkańców dużego miasta

Skala MHLC	Mieszkańcy dużego miasta N = 264	Grupa z MA N = 25	t	p
Kontrola wewnętrzna	M = 28,39 SD = 4,56	M = 24,8 SD = 6,149	3,64	0,0003
Wpływ innych	M = 20,05 SD = 5,58	M = 22,8 SD = 6,278	2,33	0,02
Przypadek	M = 17,51 SD = 5,66	M = 22,9 SD = 6,139	4,52	0,0001

Tabela 3. Porównanie średnich wyników uzyskanych w Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC) [11] przez grupę z niepowikłanym alkoholowym zespołem abstynencyjnym (AZA) oraz mieszkańców dużego miasta

Skala MHLC	Mieszkańcy dużego miasta N = 264	Grupa z niepowikłanym AZA N = 25	t	p
Kontrola wewnętrzna	M = 28,39 SD = 4,56	M = 26,8 SD = 4,648	1,66	0,09
Wpływ innych	M = 20,05 SD = 5,58	M = 24,8 SD = 7,236	3,96	0,0001
Przypadek	M = 17,51 SD = 5,66	M = 20,6 SD = 7,095	2,55	0,01

Analiza doznań psychotycznych

Badanie przeprowadzono tuż po ustąpieniu objawów MA, ale miało ono charakter retrospektywny, co uniemożliwiało zróżnicowanie omamów od złudzeń patologicznych. W tych warunkach badani opisywali oba rodzaje zaburzeń spostrzegania jako doznania omamowe. W badanej grupie pacjentów z MA najczęściej występowały omamy słuchowe (21 osób – 84%) i wzrokowe (20 osób – 80%). Omamy dotykowe i cielesne wystąpiły u niewielkiej liczby pacjentów (odpowiednio 5 osób – 20%, i 3 osoby – 12%), natomiast smakowe i węchowe sporadycznie (1 osoba – 4%). Nie stwierdzono omamów cenestetycznych. Najczęściej występowały urojenia dziania się (23 osoby – 92%) i prześladowcze (20 osób – 80%), u części urojenia o treściach fantastycznych (8 osób – 32%). Rzadziej pacjenci relacjonowali urojenia oddziaływania (6 osób – 24%) i hipochondryczne (3 osoby – 12%). Sporadycznie pojawiały się urojenia ksobne (1 osoba – 4%), wielkościowe (1 osoba – 4%), samoponiżenia i winy (1 osoba – 4%) oraz religijne (1 osoba – 4%). Nie zanotowano żadnego przypadku urojeń zazdrości, nihilistycznych ani seksualnych.

Najczęściej treści omamowo-urojeniowe były dla badanych pacjentów przerażające, co przyznała większość z nich. U wszystkich badanych pacjentów z MA występował lęk, chociaż czasem nie był on spowodowany bezpośrednio treścią wizji, lecz myślą, iż „popadają w obłąd”. U znacznej części badanych lęk był bardzo silny (9 osób – 36%). Również u wszystkich badanych pacjentów z tej samej grupy występował niepokój wewnętrzny, niekiedy bardzo silny (6 osób – 24%). Pacjenci w swoich przeżyciach omamowo-urojeniowych obawiali się najczęściej: zabicia ich (8 osób – 32%) lub innej krzywdy fizycznej wyrządzonej im przez prześladowców (3 osoby – 12%), którymi były potwory, dziwne postacie, diabły, czarownice, nieznajomi ludzie lub koledzy. Prześladowcy ci często rozmawiali między sobą planując, jak skrzywdzić mającego pacjenta. Mający byli też namawiani do picia alkoholu (6 osób – 24%) przez nieznajomych lub kolegów i równie często obrażani (6 osób – 24%) i wyśmiewani z używaniem wulgaryzmów. Przeważnie w doznaniach wzrokowych pojawiały się zwierzęta (9 osób – 36%), które najczęściej krzywdziły pacjenta, powodując ból (robaki, węże, szczeniaki, karaluchy). Pacjenci opowiadali o uczuciu gryzienia, duszenia, szczypania. W części przypadków doznawane w postaci omamów zwierzęta nie miały złych intencji, lecz charakteryzowały się nadprzyrodzonymi mocami, np. mówiły ludzkim głosem, wydawały pacjentom polecenia, namawiały do zrobienia czegoś lub towarzyszyły im (myszy, wróble, koty, psy).

Urojenia badanych nie tworzyły dobrze zorganizowanych, logicznych systemów. Były albo nieokreślone i stale zmieniające się (13 osób – 52%) albo tylko niektóre z nich łączyły się ze sobą (12 osób – 48%). Zazwyczaj były one ograniczone do jednej dziedziny życia (14 osób – 56%) lub do dwóch dziedzin (10 osób – 40%). Czterech pacjentów (16%) mającąc interpretowało znaczną część swojego życia urojeniowo. Większość (14 osób – 56%) mającąc była absolutnie przekonana o prawdziwości swoich urojeń, a część (10 osób – 40%) była jej pewna, lecz próbowała ją dodatkowo uzasadniać. Tylko jedna osoba (4%) miała zachowany pewien dystans do przeżyć urojeniowych. Niespełna jedna trzecia pacjentów (7 osób – 28%) mającąc była absolutnie

przekonana o realności swoich omamów, a większa część (14 osób – 56%) była jej pewna, lecz próbowała ją dodatkowo uzasadniać. Tylko cztery osoby (16%) mającąc miały zachowany częściowy dystans do omamów. Analizując wpływ omamów na zachowanie badanych z MA widać, że u dużej części (11 osób – 44%) omamy miały znaczny wpływ na zachowanie, u sześciu osób (24%) – niewielki, u pięciu zaś (20%) nie miały żadnego wpływu. Zachowanie trzech (12%) pacjentów było całkowicie kierowane przez omamy lub było wynikiem ich pojawienia się.

Omówienie wyników

Wnioski z prezentowanego badania należy wyciągać z dużą ostrożnością, ze względu na stosunkowo małą liczebność badanych grup oraz porównywanie niehomogennych grup, z przewagą mężczyzn, z wynikami uzyskanymi w populacji generalnej. Jedynie 5% odmów udziału w badaniu przemawia jednak za stosunkowo dużą reprezentatywnością badanej populacji osób z AZA i MA. Opisane badanie ma charakter przekrojowy. Z tego względu nie można na podstawie jego wyników wyciągać jednoznacznych wniosków o związkach przyczynowo-skutkowych. Chociaż lokalizacja poczucia kontroli jest względnie trwała i zgeneralizowaną cechą, to nie można wykluczyć, że ulega ona zmianie w czasie majaczenia, jednak ocena lokalizacji poczucia kontroli przed majaczeniem jest bardzo trudna i wymaga dużych badań prospektywnych. Przedstawione rezultaty wskazują na celowość ich przeprowadzenia. Ich zasadność potwierdza również, zgodna z omawianymi wynikami, istotna statystycznie różnica średnich wyników w porównywanych grupach w wymiarze „kontrola wewnętrzna”. Podobnie brak istotnej różnicy w skali kontroli wewnętrznej MHLC pomiędzy grupą z AZA niepowikłanym a mieszkańcami dużego miasta, przy istotnej statystycznie różnicy pomiędzy grupą z MA a grupą z AZA niepowikłanym, przemawia za istotną rolą tendencji do lokalizowania poczucia ogólnej kontroli, włącznie z własnym zdrowiem, na zewnątrz siebie w rozwoju MA.

Porównanie z reprezentatywną grupą mieszkańców dużego miasta wskazuje, że obie badane grupy (z AZA niepowikłanym i z MA) znacznie silniej wiążą przyczyny swoich problemów zdrowotnych z wpływem innych osób oraz przypadku. Sugeruje to, że osoby z AZA niepowikłanym i MA mają stosunkowo mniejsze poczucie własnego wpływu na swój stan zdrowia niż mieszkańcy dużego miasta. Zgodne jest to z obserwowanymi u osób uzależnionych trudnościami w zaakceptowaniu odpowiedzialności za swoje działania, w tym także za decyzję o podjęciu leczenia. Uzależnieni – nawet w przypadku znacznych problemów, także zdrowotnych – potrafią usprawiedliwiać kontynuację picia alkoholu, ponieważ nie łączą doznawanych szkód z jego działaniem lub też spostrzegają picie alkoholu jako obiektywną, niezależną od ich kontroli, okoliczność, raczej skutek trudności życiowych. W przypadku potwierdzenia uzyskanych wyników w badaniach większej populacji, wydaje się celowe uwzględnianie oceny poczucia kontroli oraz poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym z osobami uzależnionymi od alkoholu, ponieważ może mieć ona wpływ na nasilenie problemów z motywacją do podjęcia terapii i gotowością stosowania się do zaleceń. Jednym z głównych celów terapii jest osiągnięcie przez

pacjenta zrozumienia związków pomiędzy swoim postępowaniem a jego konsekwencjami. Osoby z zewnętrzną lokalizacją poczucia kontroli mogą mieć większe trudności z ich dostrzeżeniem. Przedstawione wyniki wskazują, że również inne czynniki psychologiczne mogą mieć patoplastyczny wpływ na subiektywne doświadczenia w zespołach abstynencyjnych. Osoby z MA pamiętają doznania psychotyczne występujące w jego przebiegu. Pomoc pacjentom w ich zrozumieniu ułatwia zintegrowanie tych przeżyć z doświadczeniem życiowym, co może być wykorzystane w oddziaływaniach mających na celu utrzymanie abstynencji i zapobieganie powtórzeniu się epizodów MA. W dalszych badaniach celowe wydaje się sprawdzenie wartości zewnętrznego poczucia kontroli jako predyktora MA w przebiegu zespołów abstynencyjnych.

Wyniki badania treści omamów i urojeń w MA są zgodne z tradycyjnymi kryteriami diagnostycznymi MA [14] i potwierdzają ich zasadność, choć subiektywne doznania są potraktowane bardzo ogólnie w ICD-10, a wśród objawów MA w DSM-IV-TR nie ma urojeń. Kliniczne znaczenie doznań psychotycznych ma wpływ na zachowanie, co stwierdzono u około połowy badanych. Większość badanych jest przekonana o prawdziwości doznań psychotycznych. W takiej sytuacji pacjenta z MA należy traktować nie tylko jako osobę w ciężkim stanie somatycznym, ale podobnie jak innych psychotycznych pacjentów, których poczucie rzeczywistości jest zaburzone. Na uwagę zasługuje fakt, że stwierdzono podobną częstość omamów słuchowych (84%) i wzrokowych (80%), choć podręcznikowe informacje zawierają poglądy o dominacji dotykowych lub wzrokowych zaburzeń spostrzegania w majaczeniu [por. 15]. Omamy dotykowe i cielesne, opisywane jako typowe dla majaczenia alkoholowego, występowały jedynie, odpowiednio, u 20% i 12%. W przypadku potwierdzenia tych obserwacji w większej grupie chorych będą one miały znaczenie w diagnozie różnicowej.

Treści urojeniowo-omamowe pacjentów z MA wydają się silnie nasycone treściami wypartymi przez mechanizmy obronne u osób uzależnionych od alkoholu, tzn. negatywnym wartościowaniem picia alkoholu i samego pijącego. Zgodnie z poglądami Morrisona i Bakera [7] urojenia to własne myśli wyprojektowane do przestrzeni zewnętrznej. Tak więc zapowiedzi zrobienia krzywdy przez innych mogą być odzwierciedleniem wypieranego i tłumionego poczucia winy, obawy przed karą za złe postępowanie. Dalsze badania treści omamowo-urojeniowych mogłyby, być może, przynieść lepsze zrozumienie mechanizmów obronnych w uzależnieniu.

Wnioski

1. Grupa uzależnionych z MA charakteryzuje się bardziej zewnętrzną lokalizacją poczucia kontroli niż grupa z AZA niepowikłanym oraz bardziej zewnętrzną lokalizacją poczucia kontroli stanu zdrowia.
2. Bardziej zewnętrzna lokalizacja poczucia kontroli może być jednym z czynników ryzyka rozwoju MA u osób uzależnionych od alkoholu, choć wymaga to potwierdzenia w badaniach obserwacyjnych w większej grupie osób.
3. Zarówno osoby z AZA niepowikłanym jak i z MA przypisują większe znaczenie wpływowi innych ludzi i przypadku na ich zdrowie niż mieszkańcy dużego miasta, co może niekorzystnie wpływać na motywację osób z AZA do stosowania

się do zaleceń terapeutycznych. Sugeruje to uwzględnianie lokalizacji poczucia kontroli oraz przypisywania roli przypadkom w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym z osobami uzależnionymi od alkoholu.

4. Treści doznań psychotycznych mają wpływ na stan emocjonalny i zachowanie osób z MA.

**Психотические проявления в течение алкогольных абстиненционных синдромов.
Сравнение локализации чувства контроля лиц с маячением и без маячения,
а также анализ чувств в маячении**

Содержание

Задание. Сравнение локализации контроля (внешний и внутренний) в группах: зависимых, госпитализированных по поводу неосложненного алкогольного синдрома абстиненции (СА) и синдрома абстиненции, осложненного маячением (СМ), а также анализ содержания психотических переживаний пациентов с СМ.

Методы. Группа 255 пациентов, леченных по поводу неосложненного синдрома СА и 25 пациентов, леченных по поводу СМ в Отделении лечения алкогольных синдромов абстиненции.

Очередные пациенты, госпитализированные с СМ и СА заполнили Глоссарий I-E Локализации контроля Роттера, Полимерную шкалу локализации контроля здоровья, Инвентарь и шкалу психопатологических симптомов, а также Карту мира бреда.

Результаты. В ходе анализа отмечено существенно статистически ($p = 0,036$) значимое, более внешнее расположение чувства контроля, измеренного шкалой I-E, в группе лиц с СМ, чем в группе лиц с СМ без маячения ($M = 13,28$ – откл. 2,762, и $M = 11,64$, откл. 2,612, $t_{(48)} = 2,157$, $p = 0,036$). Группа больных с СА обладала результатом, указывающим на существенно низшие чувство внутреннего контроля в шкале ($M = 24,8$ откл. 6,149 и $M = 26,6$, откл. 4,648, $t_{(48)} = 1,93$, $p = 0,04$). В группе пациентов с СА больше лиц пережило присутствие слуховых галлюцинаций (84%) и зрительных (80%). Чаще всего появлялись бредовые симптомы отношения (92%) и преследования (80%). У почти половины больных симптомы маячения влияли на поведение.

Выводы. Более внешняя локализация чувства контроля может быть одним из факторов риска развития синдрома маячения. Содержание психических переживаний влияют на поведение многих больных с симптомом маячения.

Psychotische Erfahrungen im Verlauf des Alkohol-Entzugssyndroms: Vergleich und Lokation der Kontrolle der Personen mit und ohne Delirium und die Analyse der Erfahrungen im Delirium

Zusammenfassung

Ziele. Der Vergleich der Lokation der Kontrolle (interne versus externe) in den Gruppen:

Hospitalisiert, abhängig wegen des nicht komplizierten Alkohol-Entzugssyndroms und des Entzugssyndroms mit Komplikationen – Delirium – und die Analyse der Inhalte von psychotischen Erfahrungen der Patienten mit Delirium.

Methoden. 25 Patienten, die wegen des nicht komplizierten Alkohol-Entzugssyndroms behandelt werden und 25 Patienten, die in der Abteilung für Behandlung der Alkohol-Entzugssyndroms wegen Delirium behandelt werden.

Die beiden Gruppen der hospitalisierten Patienten füllten aus: ROT - IE - Fragebogen zur Erfassung der Kontrollüberzeugung von Rotter; multidimensionale Skala zur Erfassung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen Health Locus of Control-Skala – MHLC; Inventar und Skala zur Einschätzung der Psychopathologischen Symptome und die Karte der Deliriumwelt.

Ergebnisse. Es wird eine statistisch signifikante ($p = 0,036$) mehr externe Lokation der Kontrollüberzeugung gemessen mit der IE - Skala in der Gruppe der Personen mit Delirium als in

der Gruppe der Personen mit Alkohol-Entzugssyndrom ohne Delirium ($M=13,28$; $SD=2,762$ versus $M=11,64$; $SD=2,612$; $t_{(48)}=2,157$; $p=0,036$). Die Gruppe mit Delirium erreichte ein Ergebnis, das auf ein signifikant niedrigere interne Kontrollüberzeugung in MHLC hinweist ($M=24,8$; $SD=6,149$ versus $M=26,8$; $SD=4,648$; $t_{(48)}=1,99$; $p=0,04$). In der Gruppe der Patienten mit Delirium erfuhren die meisten Patienten auditive (84%) und visuelle (80%) Halluzinationen. Am häufigsten traten auf: nicht-geschehene Ereignisse (92%) und Verfolgung (80%). Bei fast der Hälfte hatten die Halluzinationen einen Einfluss auf das Verhalten.

Schlussfolgerungen. Eine mehr externe Lokation der Kontrollüberzeugung kann eins von den Risikofaktoren für Delirium sein. Die psychotischen Inhalte haben einen Einfluss auf das Verhalten vieler Personen mit Delirium.

Les expériences psychotiques au cours de symptômes d'abstinence alcoolique : comparaison de la localisation du sentiment de contrôle des personnes avec le délire et sans le délire ainsi que l'analyse des expériences subjectives du délire

Résumé

Objectif. Comparer la localisation du sentiment de contrôle (intérieur vs extérieur) des deux groupes d'alcooliques hospitalisés à cause du syndrome d'abstinence alcoolique avec le délire et avec ce syndrome sans le délire et analyser les expériences psychotiques de ces patients.

Méthodes. On examine 25 patients avec le délire et 25 sans le délire hospitalisés à cause des symptômes d'abstinence alcoolique.

Ces patients sont examinés avec les questionnaires suivants : Internal-External (I-E) Locus of Control Scale by Rotter, Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC), Psychopathological Symptoms Inventory by Bizon.

Résultats. Dans le groupe de patients avec le délire on constate que la localisation du sentiment de contrôle est plus extérieure ($p=0,036$) d'après échelle I-E, que dans le groupe de patients sans le délire ($M=13,28$; $SD=2,762$ versus $M=11,64$; $SD=2,612$; $t_{(48)}=-2,157$; $p=0,036$). Ce groupe de patients avec le délire a aussi le sentiment de contrôle interne plus abaissé – d'après l'échelle MHLC ($M=24,8$; $SD=6,149$ versus $M=26,8$; $SD=4,648$; $t_{(48)}=1,99$; $p=0,04$). Dans ce groupe aussi 84% ont des hallucinations auditives et 80% des hallucinations visuelles, 92% ont des hallucinations concernant les événements et 80% – concernant des persécutions. Les expériences psychotiques influent sur le comportement de presque 50% de patients.

Conclusions. La localisation plus extérieure du sentiment de contrôle peu être un des facteurs du risque du développement du délire. Le contenu psychotique des expériences vécues influe sur le comportement des patients avec le délire.

Piśmiennictwo

1. Szubert S, Bobińska K, Florkowski A, Zboralski K, Kuśmierk M, Wierzbiński P. *Problemy diagnostyczno-orzecznicze przypadków majaczenia drżennego*. Pol. Merkur. Lek. 2008; 25, supl. 1: 16–19.
2. Wojnar M, Bizoń Z, Wasilewski D. *Assesment of role of kindling in the patogenesis of alcohol withdrawal seizures and delirium tremens*. Alcohol. Clin. Exp. Res. 1999; 23: 204–208.
3. Habrat B, Steinbarth-Chmielewska K, Baran-Furga H. *Zaburzenia spowodowane substancjami psychoaktywnymi*. W: Bilikiewicz A, Pużynski S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*, t. 2 Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002, s. 169–212.
4. Wojnar M, Bizoń Z, Wasilewski D. *The role of somatic and physical injury in the development of alcohol withdrawal delirium*. Alcohol. Clin. Exp. Res. 1999; 23: 209–213.
5. Habrat B. *Zasady leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych*. Ter. Uzależn. Współuzależn. 1999; 4: 9–12.

6. Beck TA, Rector NA, Stolar N, Grant P. *Schizophrenia: cognitive theory, research, and therapy*. New York: The Guilford Press; 2009.
7. Morrison AP, Baker CA. *Intrusive thoughts and auditory hallucinations: A comparative study of intrusions in psychosis*. *Behav. Res. Ther.* 2000; 38: 1097–1110.
8. Rotter JB. *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*. *Psychol. Monogr.* 1966; 80: 1–28.
9. Karyłowski J. *Skala I-E Rottera*. Laboratorium Technik Diagnostycznych. Warszawa. Materiał niepublikowany.
10. Wallston KA, Wallston BS, de Vellis R. *Development of multidimensional health locus of control (MHLC) scale*. *Health Edu. Monogr.* 1978, 6: 160–170.
11. Juczyński Z. *Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia – MHLC*. W: Juczyński Z, red. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001, s. 79–86.
12. Szumański J, Namysłowska I. *Opis Inwentarza i Skali Objawów Psychopatologicznych (ISOP) według Zdzisława Bizonia*. W: Kokoszka A, Wojnar M, red. *Profesor Zdzisław Bizoń i jego idee*. Kraków: Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej im. Profesora Zdzisława Bizonia; 2001, s. 344–349.
13. Bizoń Z, Wojnar, Cedro A, Popiel A, Kokoszka A. *Mapa Świata Urojeniowego według Zdzisława Bizonia*. *Psychiatr. Pol.* 2001, 35: 429–442.
14. Bilikiewicz T. *Psychiatria kliniczna*. Tom II. Warszawa: PZWL; 1989.
15. Schuckit MA. *Alcohol-related disorders*. W: Sadosk BJ, Sadoch VA, red. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Eight edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005, s. 1168–1188.

Prezentowany materiał badawczy został wykorzystany do napisania pracy magisterskiej przez Martę Laskowską w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie (pod kierunkiem prof. Andrzeja Kokoszki).

Praca nie była sponsorowana.

Adres: Andrzej Kokoszka
II Klinika Psychiatryczna Akademii Medycznej
03-242 Warszawa, ul. Kondratowicza 8

Otrzymano: 2.09.2010
Zrecenzowano: 21.09.2010
Otrzymano po poprawie: 4.11.2010
Przyjęto do druku: 15.11.2010

Już wkrótce

Psychiatria Polska

NR 2–2011

W następnym zeszycie *Psychiatrii Polskiej* znajdą Państwo między innymi następujące artykuły:

- *Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek*
Autorzy: Marta Makara-Studzińska i wsp.
- *Walidacja Ateńskiej Skali Bezsenności*
Autorzy: Małgorzata Fornal-Pawłowska i wsp.
- *Kwestionariusz Seksuologiczny do badań przesiewowych (KSDBP) – założenia i trafność*
Autorzy: Andrzej Kokoszka i wsp.
- *Zastosowanie psychodramy w psychoterapii pacjentów chorujących na anoreksję i bulimię psychiczną*
Autorka: Bernadetta Izydorczyk

W zeszycie również nasze stałe rubryki, prezentacja nowych pozycji *Biblioteki Psychiatrii Polskiej*.

Zapraszamy

Informacje na temat składania zamówień na prenumeratę, sposobu jej opłacenia oraz szczegółowy cennik wydawnictw znajdą Państwo na końcu zeszytu lub uzyskają, kontaktując się bezpośrednio z sekretariatem komitetu:

31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14
tel. +48 (012) 633-12-03, lub tel/fax. (012) 633-40-67