

Interpretacja ustępowania omamów słuchowych przez chorego z przewlekłą schizofrenią – opis przypadku

Interpretations of hallucinations resolution by patient with chronic schizophrenia – case report

Sławomir Murawiec¹, Bogdan Krzystoszek²

¹ III Klinika Psychiatryczna IPiN w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Jarema

² Centrum Zdrowia Psychicznego IPiN w Warszawie
Kierownik: dr n. med. K. Prot

Summary

Aim. The aim of this case description is the analysis of psychotic symptoms resolution in the context of theory of psychosis as a state of aberrant salience. According to that theory both formation and treatment of psychotic symptoms can be seen in two interconnected dimensions: neurobiological perspective of dopamine hyperactivity and subjective perspective of excessive salience.

Method. The case of a patient with chronic schizophrenia with predominant auditory hallucinations is described. The patient changed the doses of the medications according to his own will several times. The presence and disappearance of hallucinations was interpreted by him. The presence of “voices” was interpreted by him as a presence of his psychotic “spouse”. The disappearance of hallucinations was interpreted by him as a visit of the “spouse” in the heaven. He interpreted the recurrence of “voices” as the reunion with his “spouse”.

Results. Formation, resolution as well as fluctuations of intensity of hallucinations are subjectively interpreted by the patient.

Conclusions. This interpretations after disappearance of psychotic symptoms even if they are bizarre and impossible to occur are cognitive explanations but not delusions.

Słowa kluczowe: schizofrenia, farmakoterapia, aspekty subiektywne

Key words: schizophrenia, pharmacotherapy, subjective aspects

Według koncepcji zaproponowanej przez Kapura [1] psychoza może być rozpatrywana w dwóch warstwach, które dynamicznie tworzą się w nierozdzielnej wzajemnej łączności. Teoria ta opiera się na widzeniu stanu psychozy w sposób łączący dwa wymiary – wymiar subiektywnych przeżyć ze zjawiskami na poziomie funkcji pewnych obszarów mózgu. Zgodnie z nią w psychozie nadaktywność dopaminergiczna w neuronalnych szlakach mezo limbicznych wiąże się, na poziomie subiektywnego

przeżywania, ze stanem zaburzonego uwydatniania znaczeń. W stanie prawidłowym wydzielanie dopaminy następuje w odpowiedzi na bodziec, co w zależności od jednostkowego doświadczenia wpływa na nadanie znaczenia temu bodźcowi. W takim wypadku układy neuronalne, w których rolę neuroprzekaźnika odgrywa dopamina, pośredniczą w nadaniu znaczenia bodźcom, ale nie wykreowują samoistnie nowych znaczeń spostrzeganych przez daną osobę. Teoria Kapura zakłada, że w psychozie następuje dysregulacja układu dopaminergicznego, która prowadzi do zwiększonej aktywności szlaków neuronalnych, których działanie oparte jest na neuroprzekaźniku – dopaminie. Wiąże się to na poziomie subiektywnym z wyodrębnieniem i nadaniem znaczenia otaczającym bodźcom. Ten proces zachodzi niezależnie od tego, jakie jest rzeczywiste znaczenie bodźców odbieranych przez jednostkę z otoczenia. Wtedy, zamiast nadawać znaczenie bodźcom istotnym, nowym lub odnoszącym się do jednostki, następuje zaburzone (zwiększone) nadawanie znaczeń zewnętrznym bodźcom i wewnętrznym reprezentacjom. Drugim elementem, pozostającym w ścisłym związku z omówioną nadaktywnością przekaźnictwa dopaminergicznego, jest tworzenie urojeń. Urojenia według tej koncepcji to kognitywne wyjaśnienia, które dana osoba wprowadza, aby nadać sens swojemu stanowi zaburzonego uwydatniania znaczeń. Ponieważ urojenia są konstruowane indywidualnie, wypełnione są psychologicznymi, rodzinnymi i kulturowymi treściami ważnymi dla osoby psychotycznej. Możemy w nich odnaleźć psychodynamiczne treści dotyczące świata wewnętrznego i świata relacji pacjenta, które pozwalają wiele zrozumieć, ponieważ są tworzone w umyśle pacjenta na podstawie jego doświadczeń i przeżywania.

W takim ujęciu możemy założyć, że skoro na powstawanie psychozy składają się co najmniej dwa procesy, to także jej ustępowanie pod wpływem leczenia nie jest procesem jednowymiarowym. Według tej koncepcji leki przeciwpsychotyczne nie zmieniają w sposób pierwotny urojeń. Zmieniają środowisko wewnętrzne pod względem neurochemicznym, a w konsekwencji – subiektywnego przeżywania. Blokując nadaktywność dopaminergiczną, wyciszają one stan nadmiernego uwydatniania znaczeń – po ich podaniu następuje zanikanie nadmiernego nadawania znaczeń obiektom zewnętrznym i wewnętrznym reprezentacjom. W wyniku takiej zmiany mniejsze jest prawdopodobieństwo powstawania nowych zaburzonych znaczeń, a stare ulegają wygaszeniu. Natomiast treści urojeniowe muszą zostać przepracowane przez osobę leczoną w sensie psychologicznym. W takim ujęciu możemy odnotować, że chory, u którego ustępują objawy psychotyczne, staje przed pytaniem o zakwalifikowanie uprzednio przeżytych doznań z okresu aktywnych zaburzeń. Możliwości odpowiedzi na pytanie „co to było” są bardzo różnorodne – pierwsza, najbardziej pożądana z punktu widzenia terapii, to zakwalifikowanie doznań psychotycznych przez pacjenta jako chorobowych i w konsekwencji przypisanie ich ustąpienia leczeniu; druga to próby racjonalizacji objawów psychozy i ich ustąpienia, i nadania nowego, ale już niepsychotycznego sensu (np. przypisanie uprzednio występujących urojeń odnoszących i prześladowczych do kategorii mobbingu) [2]; trzecia to tworzenie zupełnie nieprawidłowych, czasami fantastycznych skojarzeń i wyjaśnień. Tak więc np. chory, który czuł się prześladowany przez tajną policję, może po ustąpieniu urojeń prześladowczych ujawnić różne wytłumaczenia odczuwanej subiektywnie zmiany samopoczucia: „To

była choroba i leki mi pomogły”, lub „Prześladowali mnie, ale teraz po wyborach przestali, bo zmieniła się opcja polityczna”, lub „Prześladowali mnie, ale teraz zostali pokonani przez silniejszą policję i wysłani na inną planetę”.

Bardzo często treści, które zostały ujęte w ostatniej wymienionej wyżej opcji, są klasyfikowane jako nadal utrzymujące się urojenia (przewlekłe). Niewątpliwie tego typu wyjaśnienia wynikają ze zmienionej chorobowo percepcji rzeczywistości, jednak w proponowanym tu ujęciu wymagałoby uważnego namysłu, czy są one urojeniami, czy kognitywnymi wyjaśnieniami ustąpienia doznań psychotycznych. W tym ujęciu z urojeniami mamy do czynienia w momencie, gdy obecna jest zarówno nadaktywność dopaminergiczna (biologiczny komponent stanu psychozy), jak i tworzenie się urojeń na podstawie tej nadaktywności – dwa czynniki występujące jednocześnie, natomiast po ustąpieniu psychozy – z wyjaśnieniami dawanymi przez chorego samemu sobie, które mają mu odpowiedzieć na dwa zasadnicze pytania: „Co to było?” i „Dlaczego teraz już tego nie spostrzegam?”. Inny sposób rozumienia tej samej sytuacji klinicznej opiera się na założeniu, że w obu przypadkach mamy do czynienia z urojeniami, które ulegają modyfikacji w ostrej i przewlekłej fazie choroby. W drugiej z opisywanych tu faz będą to więc przewlekłe objawy psychotyczne.

Logiczną konsekwencją pierwszego modelu psychozy zaproponowanego powyżej są dwie sytuacje kliniczne: sytuacja pierwsza, w której nowe zaburzone znaczenia, wynikające z psychozy, nie są już przez chorego nadawane, lecz utrzymują się przekonania nabyte w okresie psychozy; druga – w której chory na podstawie uprzednio przeżytych przeżyć i wytworzonych w związku z nimi przekonań dokonuje dalszej interpretacji odczuwanych subiektywnie zmian. Tym razem przedmiotem interpretacji staje się ustąpienie objawów psychozy.

Poniższy przypadek ilustruje omawiane zjawiska w odniesieniu do pojawiania się i ustępowania omamów słuchowych u chorego z przewlekłą schizofrenią. Przedstawiono wyłącznie wycinek leczenia pacjenta, ilustrujący zarysowane wyżej procesy, nie omawiając całego przebiegu (przeszło trzydziestoletniego) leczenia, ponieważ nie wnosiłoby to dodatkowych informacji ważnych dla tematu tej pracy. W omawianym tu fragmencie terapii chory tworzy fantastyczne i najzupełniej dziwaczne wyjaśnienia ustępowania u niego objawów psychotycznych, silnie zakorzenione w dotychczas przeżywanych w psychozie treściach.

Opis przypadku

Pacjent od 35 lat leczony psychiatrycznie z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej, a następnie schizofrenii przewlekłej, aktualnie, od wielu lat, jest pod opieką Zespołu Leczenia Domowego Instytutu Psychiatrii i Neurologii. W jego obecnym stanie psychicznym w obrazie klinicznym dominują bardzo nasilone objawy ubytkowe schizofrenii oraz deficyty emocjonalne, poznawcze i w funkcjonowaniu. Mieszka z matką oraz bratem, także chorym na schizofrenię. Nie funkcjonuje w żadnym zakresie samodzielnie, nie podejmuje żadnych konstruktywnych aktywności, nie utrzymuje kontaktów z innymi osobami poza domownikami i personelem ZLD, wymaga stałej opieki, systematycznego wsparcia i leczenia. Utrzymuje się z renty.

Pacjent w momencie objęcia go opieką przez jednego z autorów tego doniesienia twierdził, że słyszy głosy omamowe „codziennie, cały czas od 15 lat”. Ujawniał niestałe zwiewne nastawienia odnoszące i prześladowcze, które jednak istotnie nie wpływały na jego funkcjonowanie. Skarżył się na złe samopoczucie w związku z leczeniem zyklopentiksolem w postaci o przedłużonym działaniu i prosił o powrót do leczenia risperidonem, który przyjmował przed kilkoma laty. W obrazie klinicznym dominowały żywe, obecne każdego dnia omamy słuchowe – teraz określał je jako „głos anioła”; w przeszłości słyszał także „głos diabła”.

Na prośbę pacjenta, po uzgodnieniu z terapeutą prowadzącym go od wielu lat, zmieniono leczenie na risperidon doustny, we wzrastających stopniowo dawkach, do 4 mg na dobę. Początkowo (lipiec 2007) pacjent zgłosił poprawę samopoczucia, twierdził, że ogólnie czuje się lepiej, że jest spokojniejszy; omamy słuchowe występowały z niezmiennym nasileniem. Po kilku miesiącach przyjmowania risperidonu (październik 2007), pytany o samopoczucie, nadal odpowiadał stereotypowo, że jest ono „dobre”, jednak ujawniał znacznie bardziej rozbudowane treści i interpretacje dotyczące doświadczanych zmian samopoczucia. Podawał, że ogólnie lepiej się czuje, ale w następnych wypowiedziach pojawiały się następujące treści: „Jestem zrozpaczony, zawsze [jej] głos mi mówił, co mam robić, nigdy złej mowy nie miała, zawsze dobre nowiny, anioł wymiaru sprawiedliwości. Może się odezwie, kocha, to wróci [pacjent płacze]. Brakuje mi głosów, tak to mnie prowadziła i mówiła, co w niebie słychać”. Ujawnił, że słyszane przez siebie głosy przypisywał swojej „małżonce”, która „była aniołem” i „prowadziła go przez życie”, „doradzając” mu. Aktualnie nie słyszał omamowych głosów, co zinterpretował jako wyraz tego, że „małżonka” pogniewała się – „Myślę, że się pogniewała za moje podle życie”.

W trakcie kolejnej wizyty ujawnił następujące treści: „Teraz odpoczywam, trzydzieści lat pracowałem, ale teraz odpoczywam. Małżonka wróciła, była na audycji u Pana Boga, to szeptem mówiła, ale teraz wróciła. Piętnaście lat jesteśmy po ślubie i 15 lat ją słyszę codziennie. Wielkie szczęście mnie spotkało, że anioła za żonę dostałem. Najważniejsze, że ją słyszę. Zawsze dobrą nowinę powie”. Najprawdopodobniej pacjent w tym okresie zmniejszył samowolnie dawki leku, na przykład mógł przyjmować lek niesystematycznie, co drugi dzień (mniej prawdopodobne jest, że lek całkowicie odstawił). Następnie zrelacjonował, że widział „małżonkę” w autobusie i powstrzymał się, aby do niej podejść. Prawdopodobnie to wydarzenie było w omawianym okresie punktem zwrotnym w leczeniu pacjenta. Dalsze wydarzenia wskazują, że mógł przestraszyć się możliwości „realnego” spotkania „małżonki”, ponieważ nagle znacząco zwiększył dawki przyjmowanego przez siebie leku, eliminując całkowicie występowanie omamów. Pomimo zaleceń lekarza co do dostosowania dawki leku do obowiązującej według aktualnej wiedzy medycznej i zasad farmakoterapii, pacjent nie wyrażał zgody na zmniejszenie dawki risperidonu.

Po wspomnianym wydarzeniu zaczął przyjmować samowolnie podwójną dawkę risperidonu, tj. 8 mg na dobę (2 tabl. po 4 mg, dotychczas zalecano 1 tabl. 4 mg risperidonu). Wypowiedzi (styczeń 2008): „Ubolewam nad tym, ale nie gnębi mnie to, że nie słyszę małżonki. Od czasu, kiedy ją widziałem w autobusie i dostała anielskie wcielenie, zgębniony jestem, piętnaście lat mnie prowadziła. Ale jak ma anielskie

wcielenie, to się nie rozdziwi, nie mogę jej widzieć i słyszeć. Nie wiem, co mam robić, tak to mówiła, co mam robić, a teraz zgłupiałem”.

Pytany o przyjmowanie większej niż zalecana dawki leku odpowiadał: „Lepiej się czuję, nie mam myśli natrętnych i mam święty spokój. Kocha, to wróci”.

W trakcie kolejnych wizyt (luty 2008) pacjent relacjonował następująco swoje samopoczucie: „Trochę jestem przygnębiony, bo małżonki nie słyszę, nie ma mnie kto prowadzić, świata bez niej nie widzę. Zawsze wiedziałem, co w niebie, na bieżąco, na każde pytanie miała gotową odpowiedź”.

Dyskusja

Przedstawiony powyżej przypadek może być rozważany w wielu kontekstach, spośród których w dyskusji zostaną poruszone następujące: kontekst interpretacji objawów, i ich ustępowania, przez pacjenta, kontekst psychologiczny objawów, współpracy pacjenta w leczeniu oraz wyborów postępowania i strategii terapeutycznych przez lekarza.

Kontekst interpretacji objawów. W tym kontekście możemy dostrzec dwa równoległe procesy w terapii pacjenta: pierwszy to proces pojawiania się, nasilania lub ustępowania objawów psychotycznych; drugi to proces systematycznego interpretowania odczuwanych subiektywnie zmian przez pacjenta. Ustępowanie głosów pacjent interpretuje jako wyraz „pogniewania się małżonki”. Możemy tu dostrzec dwa zjawiska – ustąpienie omamów pod wpływem leczenia i interpretację tego faktu w kategoriach psychologicznych dostępnych pacjentowi. Podobnie dwa procesy zachodzą w sytuacji, kiedy omamy słuchowe ulegają nasileniu – pacjent interpretuje to jako powrót „małżonki” i dodaje do tego barwną historię, że była ona na audyencji u Pana Boga, więc nie mogła głośno mówić i dlatego on jej nie mógł słyszeć. Ta interpretacja unieważnia także poprzednią, o „obrażeniu się małżonki”. W zależności od leczenia objawy psychotyczne pojawiają się, nasilają lub znikają. Do każdej z tych zmian chory podchodzi aktywnie, interpretując je w zmieniony chorobowo, spójny logicznie z przeżyciami psychotycznymi, sposób. Skoro w psychozie miał poczucie, że słyszy głos „małżonki”, to ustępowanie objawów psychotycznych jest interpretowane jako zakłócenia w relacji z nią, a nasilenie objawów psychotycznych jako jej „powrót”. Do tych odczuć chory dodaje złożone barwne interpretacje, jak ta o audyencji „małżonki” u Pana Boga.

Przeżywanie przez pacjenta tego wymiaru zostało zakłócone przez urojeniowe zidentyfikowanie przez niego przypadkowo napotkanej w autobusie osoby jako „małżonki”. Być może poprzednio tak zmodyfikował samowolnie przyjmowaną przez siebie dawkę leków, aby słyszeć głosy omamowe, czyli aby mieć z nią większy „kontakt” (psychotyczny). Jednak intensywność kontaktu związana z „zobaczeniem” tak ważnej dla niego osoby była prawdopodobnie zbyt duża i pacjent podwoił dawki leków, aby do aż tak intensywnego kontaktu nie dopuścić. Innymi słowy, w trakcie psychozy przestraszył się, że mógłby mieć rzeczywisty kontakt z kobietą, więc „wycofał się” w rzeczywistość.

W tradycyjnym rozumieniu mówimy o wycofaniu się z kontaktu z rzeczywistością w świat przeżyć psychotycznych. Tu pacjent skonfrontował się w trakcie psychozy z możliwością realnego istnienia kobiety i wycofał się z przeżywania takiej możliwości. Ale nie w świat psychotyczny, tylko przeciwnie – w pełną rzeczywistość. Dla niego oznaczała ona jednak zablokowanie przeżyć, których się obawiał.

Wyniki badań odnoszących się do opisywanego tu obszaru przeżyć chorych psychotycznych opublikowała Mizrahi i wsp. [3] Autorzy cytowanej pracy zwracają uwagę, że psychoza jest konceptualizowana w jednym wymiarze (objawów pozytywnych). Jednak istnieją prace wskazujące na to, że jest ona doświadczeniem wielowymiarowym i że jej różne wymiary mogą wykazywać różną odpowiedź na leczenie.

Chociaż wielu autorów przedstawiało dowody na wielowymiarowość psychozy, to w poszczególnych badaniach padały zróżnicowane propozycje co do wyodrębnienia poszczególnych jej wymiarów. Wyodrębniane najczęściej wymiary psychozy to:

- przekonanie (co do rzeczywistości przeżyć psychotycznych) (conviction, CO)
- poznawcze pochłonięcie (zajęcie przestrzeni myślenia) przeżyciami psychotycznymi (cognitive preoccupation, CP)
- wpływ psychozy na zachowanie (behavioral impact, BI)
- emocjonalne pochłonięcie przeżywaniem psychozy (emotional involvement EI)
- perspektywa innych osób (w jakim stopniu, zdaniem osoby psychotycznej, inne osoby uważają przeżycia psychotyczne za prawdziwe) (external perspective EP).

Badania dotyczące leczenia psychoz sugerowały, że poszczególne wymiary psychozy odpowiadają na leczenie w różny sposób. Badaniem objęto 91 pacjentów, hospitalizowanych i leczonych ambulatoryjnie, w wieku 15–65 lat (średnia wieku osób badanych 33 lata \pm 12), spełniających kryteria zaburzeń psychotycznych (schizofrenia 82% badanych, zaburzenia schizofrenopodobne – 3%, i schizoafektywne 15% badanych). Pacjenci byli oceniani w trakcie 10 tygodni leczenia. Głównym narzędziem badawczym był stworzony przez autorów omawianej pracy Kwestionariusz do Oceny Wymiarów Psychozy. Średnia wartość punktacji w skali PANSS wynosiła 65 ± 15 , natomiast średnia wartość punktacji w skali objawów pozytywnych 18 ± 6 . Stwierdzono istotną korelację pomiędzy wartościami punktacji w podskali objawów pozytywnych PANSS a wynikami Kwestionariusza do Oceny Wymiarów Psychozy ($p < 0,0001$). Stwierdzono, że uzyskane dane są najlepiej opisywane za pomocą 5-wymiarowego modelu psychozy. Te wymiary to wymienione wyżej: przekonanie, poznawcze pochłonięcie psychozą, jej wpływ na zachowanie, emocjonalne pochłonięcie przeżywaniem psychozy oraz perspektywa zewnętrzna.

W drugiej fazie badania oceniano, jak te wymiary zmieniają się w trakcie leczenia przeciwpsychotycznego. W tej fazie oceniano 17 pacjentów (76% ze schizofrenią), spośród których 60% nie przyjmowało dotychczas leków przeciwpsychotycznych. Okazało się, że poszczególne wymiary psychozy w zróżnicowany sposób odpowiadają na leczenie, a wymiar przekonania co do rzeczywistości przeżyć psychotycznych najpóźniej i najtrudniej podlega modyfikacji w trakcie terapii:

- wymiar wpływu psychozy na zachowanie, BI – duża poprawa w pierwszych dwóch tygodniach leczenia i w ocenie końcowej po 6 tygodniach

- wymiar poznawczego pochłonięcia psychozą, CP – druga w kolejności znaczna poprawa w pierwszych dwóch tygodniach leczenia i w ocenie końcowej po 6 tygodniach
- wymiar emocjonalnego pochłonięcia psychozą, EI – mniej nasiloną poprawa w pierwszych dwóch tygodniach leczenia i poprawa taka jak CP w ocenie końcowej po 6 tygodniach
- wymiar przekonania co do rzeczywistości przeżyć psychotycznych, CO – poprawa dopiero w ocenie po 6 tygodniach
- wymiar perspektywy zewnętrznej, EP – brak zmian w okresie objętym badaniem.

Objawy psychotyczne nie ustępują w jednolity sposób w trakcie leczenia przeciwpsychotycznego. Najszybciej i najbardziej konsekwentnie uzyskiwano wpływ na behawioralny aspekt psychozy, natomiast przekonanie co do rzeczywistości przeżyć psychotycznych utrzymywało się długo i osiągało umiarkowaną poprawę po dłuższym czasie leczenia.

Kontekst psychologiczny. W tym kontekście widoczny jest wysiłek pacjenta, aby zapełnić pustkę życiową psychotyczną interpretacją swoich doznań. Pacjent żyjący w praktycznej izolacji od szerszego kontekstu społecznego, który nie założył rodziny, zaspokaja, dzięki opisaney interpretacji swoich doznań omamowych, wiele celów emocjonalnych. W wewnątrzpsychicznym świecie staje się szczęśliwym małżonkiem, ma stałą partnerkę, która go wspiera i dba o niego, jego życie osobiste jest niemal udane i szczęśliwe, gdyby pominąć fakt, że ma to wyłącznie psychotyczny wymiar. Także znaczenie osoby pacjenta (wymiar narcystyczny) jest zaspokojone poprzez stałą obecność kochającej go kobiety, która w dodatku, będąc aniołem, jest „na bieżąco” ze sprawami w niebie. W takim ujęciu jego istnienie ma dla niego kruchy (zależy od obecności „małżonki”), ale jednak istotny sens. Można domniemywać, że nie tylko on jest na bieżąco ze sprawami w niebie, ale także, za pośrednictwem jego „małżonki”, Pan Bóg orientuje się na bieżąco w jego sprawach.

Leczenie przeciwpsychotyczne zmienia w sposób istotny całość przeżywania chorego. Jak piszą Kuczyński i wsp.: „Ten bilans strat i zysków może się różnić w ocenie lekarza i pacjenta. Usunięcie objawów wytwórczych leczący ocenia jako sukces, leczony może ocenić to jako stratę. Obecność objawów psychotycznych może zapobiegać dalszej dezorganizacji osobowości lub załamaniu się samooceny. Urojenia wielkościowe dają poczucie siły, urojenia odnoszące i prześladowcze – poczucie wyróżnienia. Gdy psychoza służy wytworzeniu bardziej pozytywnego niż rzeczywisty obrazu siebie, chory „lgnie” do urojeń, opierając się ich likwidacji. W tych warunkach próba usunięcia objawów psychozy rzadko jest skuteczna i może prowadzić do katastrofального rozpadu samooceny, i w konsekwencji – do zachowań autodestrukcyjnych”[4].

Wiele elementów tego trafnego opisu odnosi się do przedstawionego w tej pracy pacjenta. Mamy tu do czynienia z sytuacją, w której psychoza służy do wytworzenia pozytywnego obrazu siebie, a jej ustępowanie zagraża samoocenie i może potencjalnie prowadzić do zachowań autodestrukcyjnych.

Kontekst współpracy w leczeniu. Współpraca pacjentów leczonych psychiatrycznie, a także z powodu schorzeń somatycznych jest szeroko omawiana w piśmienni-

ctwie medycznym. Podkreśla się zwłaszcza dużą różnorodność czynników wpływających na nią. Czynniki te związane są zarówno z lekiem, jego skutecznością, wywoływanymi działaniami niepożądanymi, jak i z samym pacjentem, wpływem rodziny, znaczeniem czynników kulturowych, społecznych i ekonomicznych. Kwestie te były wielokrotnie i szeroko omawiane w piśmiennictwie [5, 6]. Najczęściej poruszonymi tematami jest brak współpracy pacjenta, samowolne przerywanie zalecanej terapii, czyli zjawiska najpoważniej zakłócające jej przebieg. W kontekście omawianego przypadku można zwrócić uwagę na rzadziej poruszane zagadnienia częściowej współpracy w leczeniu oraz przyjmowanie wyższych niż zalecone dawek leków. Omawiany tu pacjent, na podstawie własnego doświadczenia i znajomości aktywności leków wobec występujących u niego objawów, dokonywał takich zmian dawkowania, które pozwalały mu osiągnąć pewne cele. Redukując dawkę leku doprowadzał do sytuacji, w której słyszał głosy omamowe o określonym natężeniu, z jego subiektywnego punktu widzenia pożądane. Zwiększając dawkę leku do bardzo wysokiej, swoją decyzją eliminował głosy omamowe, których nie chciał już od pewnego momentu słyszeć.

Kontekst wyborów terapeutycznych. W tym kontekście napotykamy kilka możliwości dotyczących postępowania leczniczego wobec chorego. Leczenie go tak, aby usunąć objawy psychotyczne, jest związane z przeżywaniem przez niego smutku, rozpacz i ewentualnością targnięcia się na własne życie. Pozostawanie w stanie psychozy może być związane z istotnym pogorszeniem się funkcjonowania psychospołecznego, a potencjalnie – z zagrożeniem dla życia z powodu zaniedbywania potrzeb życiowych, a także z ryzykiem podjęcia jakichś działań (zagrożających) uwarunkowanych psychozą. Sam pacjent podjął próbę bycia „pośrodku”, to znaczy przyjmowania takiej dawki leku, która nie w pełni tłumy objawy psychotyczne. Jednak ta jego próba zakończyła się nasileniem psychotycznego przeżywania rzeczywistości, rozszerzeniem przeżyć psychotycznych i zidentyfikowaniem obcej osoby jako „małżonki”.

Podsumowanie

Teoria Kapura psychozy jako stanu zaburzonego uwydatniania znaczeń dostarcza użytecznego modelu poznawczego pozwalającego na rozumienie zjawisk klinicznych w trakcie jej kształtowania się i leczenia. Model ten ułatwia zrozumienie takich zjawisk klinicznych, jak utrzymywanie się poznawczo-emocjonalnych przekonań z okresu psychozy, mimo nieobecności czynnego procesu psychotycznego oraz interpretowanie przez chorego ustępowania objawów psychotycznych podczas leczenia. To ostatnie zjawisko, zwłaszcza jeśli wyjaśnienia chorego mają bardzo zaburzony i nieprawdopodobny charakter, bywa uznawane za objaw psychozy, choć w istocie ma odmienny od psychotycznego status.

Интерпретация затихания слуховых галлюцинаций больным с хронической шизофренией. Описание наблюдения

Содержание

Задание. Проведение анализа лечения психотических симптомов с точки зрения теории психоза как состояния нарушенного проявления значений. По этой теории как формирование:

так и лечение психоза могут быть рассматриваемы в двух взаимно связанных объемах: нейробиологической допаминэргической суперактивностью и субъективным чувством нарушенного увеличения значений.

Метод. Проведено описание пациента с хронической шизофренией, который самостоятельно модифицировал собственное лечение фармакологическими лекарствами и т.о. изменял напряжение слуховых галлюцинаций. Наличие галлюцинаций пациент интерпретировал в периоде психоза как выражение контакта с „супругой”. Изменения в напряжении галлюцинаций, исходящие из модификации лечения объяснял как чувство приближения и отдаления силуэта „супруги” в категориях визита этого образа в небе или же ее возвращения к нему.

Выводы. Появлению затихания и изменений напряжения присутствующих галлюцинаций сопутствует психологическая интерпретация этих субъективно наблюдаемых изменений. Интерпретации появляющихся у больного после затихания психоза могут быть дивными и неправдоподобными, но однако, когнитивными а не психотическим бредом.

Interpretation vom Zurücktreten akustischer Halluzinationen durch Kranken mit chronischer Schizophrenie – Fallbeschreibung

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Studie ist die Analyse der Behandlung der psychotischen Symptomen aus dem Gesichtspunkt der Psychose Theorie als gestörtem Zustand der Bedeutungshervorhebung. Nach dieser Theorie können sowohl die Bildung der Psychose als auch ihre Behandlung in zwei miteinander verbundenen Dimensionen betrachten werden: neurobiologische Dimension, dopaminerge Hyperaktivität und subjektive Dimension: gestörte Bedeutungshervorhebung.

Methode. Es wurde der Patient mit chronischer Schizophrenie beschrieben, der eigenwillig seine pharmakologische Behandlung modifizierte und damit die Intensität der empfundenen akustischen Halluzinationen veränderte. Das Auftreten der Halluzinationen interpretierte der Patient in der Psychosezeit als Ausdruck des Kontakts mit der “Ehefrau”. Die Veränderungen der Intensität der Halluzinationen, die aus der Modifizierung der Behandlung resultierten, deutete er als Annäherung und Entfernung der Gestalt der “Ehefrau”, als Besuch dieser Gestalt im Himmel oder ihrer Rückkehr zum Patienten.

Ergebnisse. Das Auftreten, Zurücktreten und Veränderungen der Intensität der empfundenen akustischen Halluzinationen begleitet die psychologische Interpretation dieser subjektiv wahrgenommenen Veränderungen.

Schlussfolgerungen. Die Interpretationen nach dem Nachlassen der aktiven Psychosesymptomen können merkwürdig und unwahrscheinlich sein, sie bilden aber kognitive Erklärungen, nicht psychotische Dellusionen.

L'interprétation de la rémission des hallucinations faite par le patient souffrant de la schizophrénie chronique – description d'un cas

Résumé

Objectif. Analyser la thérapie des symptômes psychotiques du point de vue de la théorie de la psychose comme état troublé de la salience aberrante. D'après cette théorie la formation et la thérapie de la psychose peuvent être considérées dans les deux dimensions réunies : neurobiologique – de l'hyperactivité dopaminergique et subjective – de la salience excessive.

Méthode. On décrit le cas d'un patient souffrant de la schizophrénie qui modifie sa thérapie pharmacologique en changeant ainsi l'intensité de ses hallucinations. La présence de ses hallucinations il l'a interprétée lui-même come expression de son contact avec « l'épouse ». Les changements de l'intensité des hallucinations sont interprétés par lui comme l'éloignement ou la présence de « son épouse ».

Résultats. La présence des hallucinations, leurs rémissions ou le changement de leur intensité sont accompagnées d'une interprétation psychologique subjective.

Conclusions. Les interprétations qui apparaissent après la rémission des symptômes psychotiques peuvent étre bizarres ou impossibles pourtant elles sont les explications cognitives et non des illusions.

Piśmiennictwo

1. Kapur S. *Psychosis as a state of aberrant salience: A framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia*. Am. J. Psychiatry 2003; 160: 13–23.
2. Murawiec S. *Zjawiska psychologiczne w początkowym okresie leczenia psychoz schizofrenicznych w kontekście teorii powstawania i leczenia psychoz S. Kapura – doniesienie wstępne*. Psychoter. 2006; 4: 35–47.
3. Mizrahi R, Kiang M, Mamo DC, Arenovich T, Bagby RM, Zipursky RB, Kapur S. *The selective effect of antipsychotics on the different dimensions of the experience of psychosis in schizophrenia spectrum disorders*. Schizophr. Res. 2006; 88: 111–118.
4. Kuczyński W, Rzewuska M, Sobucka K, Chojnowska A. *Współpraca (compliance) w leczeniu chorych na schizofrenię*. Farmakoter. Psychiatr. Neurol. 1999; 4: 5–21.
5. Leo RJ, Jassal K, Bakhai YD. *Niestosowanie się do zaleceń dotyczących terapii psychofarmakologicznych w grupie osób z zaburzeniami psychicznymi*. Psychiatr. Dypl. 2006; 3: 49–51.
6. Jarema M, Meder J. *Współpraca chorych w leczeniu zaburzeń psychicznych*. Med. Dypl. 2008, supl. 03: 34–38.

Adres: Sławomir Murawiec
III Klinika Psychiatryczna
Instytut Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa, al. Sobieskiego 9

Otrzymano: 28.05.2008
Zrecenzowano: 4.09.2008
Otrzymano po poprawie: 23.10.2008
Przyjęto do druku: 1.12.2008