

Napadowe natłoki natrętnych ejdetycznych wyobrażeń – wątpliwości diagnostyczne. Opis przypadku

Paroxysmal rush of intrusive eidetic images – diagnostic doubts. Case report

Krzysztof Świerzy, Dominika Tatar, Aleksandra Leksowska,
Karina Badura-Brzoza

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze,
Katedra Psychiatrii

Summary

Eidetic images are a relatively rare phenomenon in the practice of a psychiatrist. They are described in the category of perception disorders as images or memories which, thanks to their plasticity, vividness and detail, are very similar to the currently experienced sensory perceptions. However, it should be remembered that their occurrence is not associated with any mental disorders, and they are also observed in some healthy people. This paper presents a case report of a patient with complaints about “voiced,” plastic images – the course of his psychiatric hospitalization and the psychological diagnostics carried out at that time. The authors point out the difficulties in differentiating, first of all, with auditory pseudo-hallucinations and make an attempt at psychopathological classification of the patient’s symptoms. The discussion on possible disease mechanisms of this phenomenon is based on reports as well as research on the phenomenon of imagination and eidetic perceptions, and the aim of this study is to draw the attention of diagnosticians to the category of psychological phenomena with an eidetic character, which may allow them to avoid incorrect recognition of them as an element of psychotic disorders of perception.

Słowa kluczowe: psychopatologia, ejdetyczne wyobrażenia, halucynacje słuchowe

Key words: psychopathology, eidetic images, pseudo-hallucinations

Wstęp

Wyobrażenia ejdetyczne są stosunkowo rzadkim zjawiskiem w praktyce lekarza psychiatry. Opisywane są w kategorii zaburzeń percepcji jako wyobrażenia lub wspo-

mnienia, które dzięki swej plastyczności, żywości i szczegółowości bardzo zbliżają się właściwościami do aktualnie przeżywanymi spostrzeżeń zmysłowych. Mimo ich pozycji klasyfikacyjnej wśród zaburzeń percepcji, występowanie tych spostrzeżeń nie wiąże się z żadnymi zaburzeniami psychicznymi, a obserwuje się je u niektórych zdrowych, często uzdolnionych artystycznie osób, a także u dzieci [1]. W takim rozumieniu zjawiska, zdolność do wyobrażeń ejdetycznych utrzymuje się u jednostki od urodzenia przez całe życie, nie wywołując żadnego dyskomfortu.

Wielu autorów zwraca uwagę, że poszczególne osoby mogą wykazywać znaczne różnice w plastyczność i żywość wyobraźni, od zupełnej nieobecności jakichkolwiek wyobrażeń wszelkich modalności (afantazja) do obecności bardzo żywych, plastycznych i trwałych wyobrażeń, umożliwiających osiąganie wysokich wyników w testach opierających się na rozpoznawaniu twarzy (hiperfantazja) [2]. Funkcjonalne badania neuroobrazowe sugerują, że żywość i plastyczność wyobrażeń korelują pozytywnie z aktywacją tylnego zakrętu obręczy, zakrętów przyhipokampalnych i zakrętu wrzecionowatego mózgu, a negatywnie m.in. z aktywnością przedniej kory obręczy, zakrętem wyspy oraz korą słuchową [3].

O ile pojęcie hiperfantazji opisuje świadomie wywoływane wyobrażenia, w psychopatologii znane są również napadowe wyobrażenia o znacznej wyrazistości, odczuwane przez pacjentów jako dyskomfortowe [4]. Najczęściej związane są one z intruzjami przykrych wspomnień w przebiegu zespołu stresu pourazowego (PTSD) [4]. Wyrazistość takich wspomnień jest opisywana jako fotograficzna, osoby ich doświadczające są w stanie opisać szczegółowo okoliczności sceny z intruzji, często doświadczają silnych emocji, symulujących bieżące przeżywanie przykrych sytuacji od nowa [5]. Sugeruje się, że tego typu objawy mają wspólny mechanizm psychopatologiczny z takimi fenomenami jak flashback związany z przyjmowaniem halucynogenów, palinopsia, palinacsis, bóle fantomowe [5]. Zwraca się także uwagę, że natrętne wspomnienia o podobnych właściwościach, są obserwowane, poza PTSD, w takich zaburzeniach jak fobie, napady paniki, zaburzenia obsesyjne i zespół depresyjny [5]. Wielu autorów zauważa również, że natrętne, żywe i plastyczne wyobrażenia nie muszą dotyczyć przeszłych wydarzeń i traumatycznych wspomnień, a ich treść może wiązać się z przewidywaniami przyszłych wydarzeń, które mają dla pacjenta osobiste znaczenie [6–8]. Tego rodzaju wyobrażenia określa się „prospektywnymi”. Niektóre badania wykazują, że wysoka plastyczność i żywość natrętnych prospektywnych wyobrażeń pozwala odróżnić zaburzenia lękowe (GAD) od zespołu depresyjnego (*major depression*) [6–7].

Niniejsza praca ma na celu przedstawienie zbioru rzadko występujących w połączeniu objawów psychopatologicznych na pograniczu myślenia, wyobraźni i percepcji, oraz próbę ich klasyfikacji nozologicznej, a także dyskusję na temat mechanizmu psychopatologicznego tych objawów.

Praca powstała po otrzymaniu zgody pacjenta na opis jego zaburzeń w doniesieniu kazuistycznym.

Opis przypadku

36-letni pacjent zgłosił się ze skierowaniem na oddział psychiatryczny z powodu myśli i zamiarów samobójczych; w dniu poprzednim próbował otruć się gazem z piekarnika. Zachowanie to miało miejsce krótko po zakończeniu tygodniowego ciągu alkoholowego, a sam pacjent jako powód podjęcia próby samobójczej wymieniał występujące od kilku miesięcy „krzyki w głowie” oraz natrętne myśli. Przy przyjęciu na oddział jego świadomość oceniono jako jasną, zwrócono uwagę na niepokój psychoruchowy i nasilone objawy abstynencyjne. Kontakt z pacjentem oceniono jako logiczny, nie obserwowano urojeniowych treści myślenia. W trakcie jednodniowego pobytu pacjentowi podawano diazepam 30 mg/dobę, nawadniano dożylnie, włączono tymonacyk. Opisywano wtedy u niego redukcję objawów odstawiennych oraz obniżony nastrój. Rozpoznano zespół abstynencyjny w przebiegu zespołu uzależnienia od alkoholu oraz innych środków psychoaktywnych – pacjent przyznawał się też do regularnego przyjmowania kannabinoidów. Z powodu dodatniego wyniku rutynowo wykonywanego testu PCR w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2, po jednym dniu pobytu, pacjenta przekazano na oddział psychiatrii dla zakażonych COVID-19. W badaniu przy przyjęciu na oddział covidowy odnotowano: nastrój obniżony, napęd wyrównany, omamom przeczył, nie wypowiadał spontanicznie urojeń, tok myślenia był spójny, logiczny, obecne były myśli rezygnacyjne, miernie nasilone objawy abstynencyjne. W trakcie pobytu na tym oddziale pacjent zgłaszał poczucie zagrożenia, przykre wrażenia wzrokowe oraz słuchowe, obserwowano okresowe przyspieszenie toku myślenia ze skargami na natłoki myśli, okresowo był drażliwy, napięty, relacjonował myśli rezygnacyjne. Wypowiadane przez pacjenta skargi zinterpretowano jako pseudohalucynacje słuchowe oraz urojenia ksobno-prześladowcze. Odstawiono diazepam, włączono risperidon w dawce 2mg/d, jednak przy wypisie nie ustosunkowano się do wpływu zmiany leczenia na objawy. Rozpoznano ostre zaburzenia psychotyczne podobne do schizofrenii oraz zespół uzależnienia od wielu środków psychoaktywnych. Zakażenie COVID pacjent przeszedł skąpoobjawowo, po zakończeniu dziesięciodniowego okresu izolacji pacjenta przekazano na docelowy oddział psychiatryczny. W trakcie przyjęcia na oddział psychiatryczny odnotowano: zorientowany wszechstronnie, nastrój i napęd wyrównane, tok myślenia spójny, logiczny, afekt dostosowany, w chwili badania omamom przeczył, urojeń nie wypowiadał, myśli suicydalne negował. W badaniu fizykalnym bez odchyień.

Z wywiadu wynikało, że pacjent początek dokuczających mu objawów umiejscawiał w roku 2017. W tym okresie miało miejsce kilka stresujących wydarzeń życiowych: silny zawód miłosny (nagle zerwanie zaręczyn przez wieloletnią partnerkę), diagnoza choroby nowotworowej u matki pacjenta oraz poważny wypadek w pracy (wybuch pieca kotłowniczego, w wyniku którego został okaleczony jego kolega z pracy a do obowiązków pacjenta należało dozоровanie procesu technologicznego). Pacjent był bezpośrednim świadkiem tego zdarzenia i pierwszą osobą udzielającą pomocy przy gaszeniu płonącego kolegi. Tocząca się wiele miesięcy sprawa karna ujawniła nietrzeźwość i brak właściwej odzieży BHP ofiary wypadku. Pacjenta nie pociągnięto do odpowiedzialności karnej. Od tego okresu pacjent zaczął doznawać trwającego

większość dnia uczucia napięcia oraz nakładającego się na nie napadowego natłoku myśli, subiektywnie losowej treści, między innymi dotyczących wypadku w pracy, oraz koszmarów sennych o podobnej treści. Takie napady rozpoczynały się dość nagle, niczym nie prowokowane, trwały około godziny i znacząco utrudniały skupienie się na otaczającej rzeczywistości. Często bezpośrednio poprzedzone były wrażeniem szybszego bicia serca, blednięciem i osłabieniem. Pacjent starał się zredukować napady za pomocą intensywnego zajęcia uwagi, rozmowy z bratem, mówienia do siebie na głos. Miał wrażenie intensywności zmysłowej tłoczących się myśli i wyobrażeń, używał stwierdzenia, że starał się je „zagłuszyć”.

Według drobiazgowej relacji pacjenta w doznawanych przez niego napadach dominowały mimowolne wyobrażenia w postaci scen, w ich treściach niemal zawsze pacjent przeprowadzał rozmowę z jakąś osobą w danych okolicznościach i czasie. Pacjent był przekonany, że ma wpływ na wypowiediane przez siebie w tych wyobrażeniach kwestie, ale wypowiedzi wyobrażanych rozmówców pozostają poza jego kontrolą, a całego dialogu nie mógł przerwać. Potrafił podać szczegóły otoczenia, ubioru, zachowania osób obecnych w treściach tych wyobrażeń, ale odczuwał je jako znacznie wyraźniejsze i żywsze od zwykłych fantazji. Podkreślał, że wielokrotnie zdarzyło mu się z tego powodu pomylić rzeczywistość ze scenami mającymi miejsce podczas napadów – w trakcie rozmowy z pracownikami odnosił się do rzekomo wypowiedzianych przez nich kwestii lub wydarzeń, które nie istniały w rzeczywistości, a kiedy go korygowano, czuł się zakłopotany. Napady miały różną intensywność, te najsilniejsze mocno absorbowwały jego uwagę, utrudniając koncentrację na wydarzeniach w otoczeniu. Przyznawał, że zdarzało mu się z tego powodu nie pamiętać dużej części dnia, jednak nigdy nie zdarzyło mu się zupełnie stracić orientacji, gdzie i kiedy naprawdę się znajduje.

Z powodu przewlekłości objawów zaczął odczuwać przygnębienie, niepokój, męczliwość, w ciągu dnia coraz częściej obawiał się napadów, zaczął unikać wychodzenia z domu, by zapobiec pojawieniu się natłoku myśli w miejscu publicznym. Szukając możliwości zmniejszenia dyskomfortu wywoływanego objawami, zorientował się, że jego dolegliwości ustępują po alkoholu. Kiedy natłok osiągał większe nasilenie, przyjmował 400 ml wódki w ciągu godziny. Obserwował, że następne dni po krótkotrwałym złagodzeniu natłoku myśli za pomocą alkoholu wiązały się z większym nasileniem objawów i większą ich częstotliwością, co z kolei prowokowało go do dalszego przyjmowania alkoholu. W ciągu ostatnich kilku lat dochodziło do tygodniowych ciągów alkoholowych, które tłumaczył próbami samoleczenia. Pod koniec tych ciągów doznawał skrajnego lęku, drzeń mięśniowych oraz psychicznego dyskomfortu, który były powodem podejmowania prób samobójczych.

Pierwsza taka sytuacja miała miejsce w roku 2021, w siódmym dniu ciągu alkoholowego chciał sobie wbić nóż w brzuch. Z powodu ww. objawów był hospitalizowany psychiatrycznie. Jak wynikało z relacji matki pacjent zachowywał się w sposób sugerujący doznawanie omamów słuchowych i wzrokowych i okresowe zaburzenia orientacji. Pacjent miał lukę pamięciową z tego dnia, swoje zachowanie znał z relacji brata. Pamiętał zwiewnie, że odczuwał zagrożenie ze strony nieznanymi osobami, starał się uciekać. Zespół objawów został zdiagnozowany jako majaczenie alkoholowe.

Pacjent potwierdzał, że przeżyte w trakcie zespołu majaczeniowego objawy były dość podobne do dłużej utrzymujących się u niego napadów, mogły być ich silniejszą wersją. Miał świadomość, że podstawowe objawy napięcia i napady natłoków mimowolnych, żywych percepcyjnie wyobrażeń znacząco zaostrzyły się w miarę intensyfikowania używania alkoholu.

Pierwsze leczenie związane ze skargami zgłaszanymi przez pacjenta nastąpiło dopiero podczas hospitalizacji na oddziale covidowym. Pacjent relacjonował, że terapia risperidonem 2 mg/d przyniosła wyraźną poprawę pod względem samego nasilenia natłoków myśli (szacował ją na 80%), natomiast ich częstotliwość pozostawała znaczna. Objawom towarzyszyły zaburzenia nastroju i niepokój, ponownie pojawiła się bezsenność i uczucie oszołomienia. Z wywiadu wynikało także, że oprócz alkoholu pacjent przyjmował również od 10 lat regularnie marihuanę, 3–4 razy w tygodniu. Ponadto w ciągu życia wielokrotnie doznawał różnych urazów, w tym poważnych urazów głowy – większości w dzieciństwie. Pamiętał, że z powodu tych urazów trzykrotnie miał wykonane badanie tomografii głowy, za każdym razem nie opisywano zmian patologicznych w jej obrazie.

W rodzinie prawdopodobnie występowały choroby psychiczne, pamiętał, że trzy osoby z dość bliskiej rodziny dokonywały prób samobójczych. Pacjent nie leczył się somatycznie, nie przechodził żadnych poważniejszych chorób somatycznych, nie był operowany, zaprzeczał napadom padaczkowym oraz uczuleniom. Z wywiadu obiektywnego z matką wynikało, że w okresie dzieciństwa pacjent rozwijał się prawidłowo. Od pierwszego roku życia jawił się jako wyjątkowo nadpobudliwe dziecko, z tego powodu doznawał bardzo licznych urazów przez całe dzieciństwo, w tym poważnego urazu głowy z utratą przytomności i trwającym kilka minut niedotlenieniem w 3. roku życia. W 6. roku życia z powodu trudności szkolnych konsultowany był psychiatrycznie, rozpoznano zespół nadpobudliwości ruchowej z deficytem uwagi (ADHD), włączono farmakoterapię, która była jednak źle tolerowana i zrezygnowano z niej po miesiącu.

W dzieciństwie nie przejawiał zrytualizowanych zachowań, natomiast był szczególnie drobiazgowy i pedantyczny, odczuwał silny dyskomfort, kiedy coś wymykało się ustalonemu z góry porządkowi. Od 14. roku życia przejawiał problemy wychowawcze, zaczął nadużywać alkoholu, głównie towarzysko z kolegami z gimnazjum. Po 25. roku życia zmienił się, osiągnął pewną stabilizację, stał się bardziej powściągliwy i introwertyczny, bardziej doceniał porządek i rytuały dnia codziennego.

Jego tendencja do porządkowania i dokładności uległa też wzmocnieniu w pracy. Wydarzenia roku 2017 zmieniły jego nastawienie do życia, nasiliły się drobiazgowość i skrupulatność, brak zaufania do ludzi i niechęć do bliższych kontaktów. W trakcie hospitalizacji pacjentowi wykonano MRI z podaniem kontrastu; wynik badania był w granicach normy, opisano zmiany zapalne zatok pobocznych nosa. Wykonane badanie EEG nie wykazało zmian o charakterze napadowym.

W badaniach laboratoryjnych wykazano: TSH w normie, umiarkowanie podwyższony ALT i GGTP.

Badanie testowe wykonane podczas hospitalizacji przez psychologa klinicznego zawiera następujące wnioski:

1. Ogólny poziom sprawności intelektualnej określony na podstawie skali Ravena szacuje się na poziomie przeciętnym.
2. Na podstawie badania procesów poznawczych (BVRT, CTT, TRFZ, wybrane podtesty ACEIII) nie można wykluczyć dysfunkcji organicznej OUN. Stwierdza się osłabienie uwagi, percepcji wzrokowej w zakresie organizacji wzrokowo-przestrzennej przy prawidłowej zdolności grafomotorycznej, obniżenie sprawności pamięci krótkotrwałej i odroczonej wzrokowej oraz słuchowej, obniżenie fluencji słownej. Procesy poznawcze cechuje mała elastyczność. Procesy abstrahowania, wnioskowania przyczynowo-skutkowego nie wykazują nieprawidłowości. Nie obserwuje się również formalnych zaburzeń myślenia.
Układ kluczy kontrolnych w protokole MMPI-2 pozwala uznać przypuszczalną trafność profilu klinicznego, ale ujawnia obronną tendencję do agrawowania istniejących objawów i problemów. Wysokość skal klinicznych (kod 26 z podwyższeniem o 6T następujących skal: 7,4 i 8) wskazuje na nasilenie psychopatologii z równoczesną potrzebą zwrócenia uwagi na swój stan psychiczny, będący źródłem uogólnionego dystresu. Różne ujęcia całościowego protokołu przedstawiają obraz kliniczny charakterystyczny dla osób przeżywających stany lękowe i depresyjne z poczuciem zagubienia i bezradności, z tendencją do obsesyjnego myślenia i ruminacji, sztywnością postaw i zachowań, z problemami osobowościowymi obejmującymi podejrzliwość, przewrażliwienie i poczucie alienacji społecznej. Charakterystyczne jest przywiązywanie nadmiernej wagi do racjonalności i stosowanie projekcji jako mechanizmu obronnego. U pacjenta obserwuje się zawężenie kontaktów społecznych, ponadto okresowo występują u niego nietypowe doznania sensoryczne z poczuciem nierealności i utraty panowania nad procesami poznawczymi. Podwyższenie wyniku skali 4 częściowo wynika z ujawnienia przez badanego przekraczania standardów zachowania dotyczących picia alkoholu i zażywania środków psychoaktywnych, ale wyniki podskali Harrisa w obrębie tej skali nie sugerują postawy aspołecznej. W kontekście klinicznym osoby z opisaną konfiguracją skal klinicznych często mają rozpoznanie zaburzeń lękowych.
3. Ustrukturuowany wywiad na podstawie kwestionariusza SCID-5-PD wskazuje na wyraźną strukturę anankastyczną osobowości z rysami paranoidalnymi i pojedynczymi cechami z zakresu innych typów osobowości.

Na podstawie całości zebranych w trakcie hospitalizacji informacji, znacznego podobieństwa napadów natłoków myśli do napadów lęku panicznego oraz początku objawów związanych z silnymi przeżyciami emocjonalnymi, przyjęto zaburzenia depresyjno-lękowe jako rozpoznanie wstępne. Odstawiono risperidon, włączono paroksetynę w dawce 20 mg/dobę oraz diazepam 10 mg/dobę. W pierwszych dniach po zmianie farmakoterapii pacjent czuł się gorzej, w ciągu dnia obserwował u siebie wzmożone napięcie, częściej pojawiały się u niego natłoki o znacznym nasileniu, bardzo żywe percepcyjnie, trwające nawet kilka godzin, utrudniające mu skupienie się na wydarzeniach w otoczeniu.

W tym stanie personel pielęgniarski opisywał go jako zamkniętego w sobie, zaabsorbowanego przeżyciami wewnętrznymi, reagującego z opóźnieniem na ini-

cją kontaktu. Nie obserwowano aktywności urojeniowej, nie sprawiał wrażenia przeżywającego omamy, pozostawał cały czas zorientowany auto- i allopsychicznie. W czasie między napadami był spokojny, umiarkowanie aktywny, ale bierny w kontaktach z innymi pacjentami, większość czasu spędzał czytając książkę lub oglądając transmisje meczy.

Po dwóch tygodniach leczenia relacjonował już znaczną poprawę w zakresie zgłaszanych skarg, którą sam oceniał o 80 % lepszą w porównaniu z okresem, w którym pobierał risperidon. Podawał, że znacznie zmniejszyła się częstotliwość i nasilenie odczuwanych natłoków, łatwiej było mu pozafarmakologicznie samemu przerwać napad, poprawie uległ również jego nastrój. W celu potencjalizacji leczenia włączono pregabalinę w dawce 150 mg/d, wkrótce potem zwiększono dawkę paroksetyny do 40 mg. Stan pacjenta w kolejnych tygodniach uległ znacznej poprawie, a następnie skargi na natłoki wyobrażeń całkowicie ustąpiły. Przy wypisie opisywano: świadomość jasną, orientację pełną, zachowanie spokojne, nastrój wyrównany, napęd wyrównany, tok myślenia spójny. Pacjent urojeń nie wypowiadał, omamom przeczytał, myśli samobójcze negował.

Dyskusja

W niniejszej pracy podjęto próbę analizy psychopatologicznej prezentowanego przez pacjenta zespołu objawowego. W jego relacji miały one charakter „tłoczących się” myśli, jak również wyobrażeń występujących w różnym nasileniu, ale zawsze powodujących dyskomfort. Napady objawów były wyraźne zmysłowo, zbliżone do rzeczywistych dźwięków i obrazów, mocno absorbowwały pacjenta, choć nigdy w stopniu uniemożliwiającym mu orientację w realnym otoczeniu. Trwały średnio od jednej do kilku godzin. Pacjent obserwował, że doznania są łagodzone przez podejmowanie innych czynności intensywnie absorbujących uwagę, a także, że używanie alkoholu szybko je redukuje, ale wzmacnia ich częstotliwość i nasilenie w następnych dniach po spożyciu.

Doznania te często były prowokowane przykrymi informacjami i skojarzeniami, ale równie często pojawiały się bez uchwytne go czynnika prowokującego. Były poprzedzane subtelnymi objawami wegetatywnymi, nierzadko pacjent odczuwał niepokój, że objawy wystąpią ponownie. Początek napadu doznań sprawiał wrażenie podlegającego woli pacjenta. W miarę trwania napadu ilość wątków powielala się, pacjent odczuwał, że nie potrafi kontrolować ani przerwać kolejnych treści. Miał wrażenie, że mnogie wątki nie są ze sobą powiązane żadnymi skojarzeniami, interpretował je jako losowe. Po ustąpieniu napadu odczuwał ulgę i z łatwością szczególnie przypominał sobie treści będące jego częścią.

Objawy zgłaszane przez pacjenta trudno jest jednoznacznie zakwalifikować do jednej jednostki psychopatologicznej. Wydaje się, że ich fenomenologiczną podstawę stanowią wyobrażenia, które można rozumieć jako zjawisko pomostowe pomiędzy myśleniem a percepcją. W różnicowaniu zostały uwzględnione następujące zespoły psychopatologiczne:

1. Zaburzenia świadomości

Zgłaszane doznania miały pojedyncze cechy urojeń dziania się, scenicznych omamów występujących w zespole majaczeniowym. Powyższe rozpoznanie można wykluczyć, gdyż orientacja pacjenta była cały czas w pełni zachowana, uwaga płytko zaburzona w związku z koncentracją na doznaniach, objawy nie pozostawiały za sobą luk pamięciowych. Żywe sceny z natrętnych wyobrażeń mogą pojawiać się w przebiegu stanu marzeniowego. Specyficzny stan emocjonalny, jakim jest stan marzeniowy, cechuje się niewielkim zwężeniem świadomości i ograniczenia kontaktu, związanym z licznymi zniekształceniami pamięci i spostrzegania, częstymi parahalucynacjami pochodzącymi z różnych zmysłów [1]. Stan marzeniowy występuje typowo w napadach hakowych. W czasie występowania napadów stan emocjonalny pacjenta był wyraźnie dysforyczny i wywoływał w nim dyskomfort. Trudno więc mówić w tym przypadku o nastroju marzeniowym. Biorąc pod uwagę powyższą analizę, wykluczono rozpoznanie ilościowych oraz jakościowych zaburzeń świadomości.

2. Halucynoza

Halucynoza to zespół objawowy charakteryzujący się dominacją omamów różnej modalności z możliwymi interpretacjami urojeniowymi. Przewlekła halucynoza alkoholowa objawia się przede wszystkim omamami słuchowymi prawdziwymi, najczęściej o treściach angażujących uwagę, wywołujących lęk [1]. Wywiad z pacjentem wskazywał, że tendencja do nadużywania substancji psychoaktywnych utrzymywała się u niego na długi czas przed wystąpieniem uciążliwych objawów. Trudno jest jednak interpretować skargi pacjenta jako omamy słuchowe prawdziwe. Pacjent zdawał sobie sprawę, że słyszane treści pochodzą z jego wyobrażeń, prowadził z wyobrażonymi osobami dialog o przyziemnych treściach, budzących zróżnicowane emocje. Pacjent nie lokalizował dźwięku tych rozmów w realnej przestrzeni, opisywał je jako zawieszony w przestrzeni wyobrażonej, choć ich maksymalną głośność oceniał na podobną do tej, jaką mają realne dźwięki w otoczeniu.

3. Zespół paranoidalny/ urojeniowo-omamowy

W trakcie hospitalizacji poprzedzających obecny pobyt w szpitalu pacjenta rozpoznawano wielopostaciowe zaburzenia psychotyczne, w epikryzie opisywano urojenia prześladowcze. Skargi pacjenta interpretowano jako omamy słuchowe rzekome. Wielokrotne badania wspomagane narzędziami testowymi nie wykazały obecności jakichkolwiek zaburzeń treści ani toku myślenia podczas obecnej hospitalizacji. Nie obserwowano zaburzeń jaźni, objawów dezintegracji osobowości, nie stwierdzono występowania pierwszorzędowych objawów schizofrenii. Omamy słuchowe rzekome rozumiane są jako odczuwane w taki sposób, że nie poddają się opisowi w klasycznej trójwymiarowej przestrzeni. Mogą być rzutowane w przestrzeń wewnętrzną lub subiektywną, co zbliża je charakterem do wyobrażeń, fantazji. Pacjent wyraźnie rozumiał swoje objawy jako myśli i wyobrażenia, pochodzące z niego samego, ale podlegające

wpływowi woli w bardzo niewielkim zakresie. Przez cały czas trwania napadu objawów pacjent pozostawał krytyczny, że doznawane treści nie dotyczą rzeczywistości, że ich podstawą są wyobrażenia. Treść objawów była przyziemna, dotyczyła typowych sytuacji z życia pacjenta, które mogą się wydarzyć w przyszłości, były swojego rodzaju symulacją dialogów, fantazjami. Jedyną cechą halucynacji, jaką miały więc skargi pacjenta, jest przedmiotowość (sposób rzutowania) i wyrazistość. Brak jest sądu realizującego. Niektóre prace badawcze wskazują na większą częstość występowania natrętnych, żywych zmysłowo, prospektywnych wyobrażeń w schizofrenii, w porównaniu z grupą kontrolną złożoną z pacjentów leczonych na różne zaburzenia o typie depresyjno-lękowym. Autorzy wspomnianych prac stawiają hipotezę, że częstość występowania tego objawu w schizofrenii jest związana z towarzyszącymi intruzjami retrospektywnymi po przebytych doświadczeniach traumatycznych [8].

4. Zespół lęku napadowego

Napady paniczne charakteryzują się szybko narastającym uczuciem lęku, pojawiającym się bez obiektywnego zagrożenia, trwającym najczęściej kilka minut oraz wiążącym się z wyraźnymi objawami autonomicznymi, takimi jak zawroty głowy, przyspieszenie tętna, wzmożona potliwość. W przebiegu zespołu lęku napadowego napady paniczne pojawiają się okresowo, w trudnych do przewidzenia okolicznościach, wiążą się z wtórnym strachem przed śmiercią lub chorobą psychiczną, co motywuje pacjentów do unikania sytuacji, którą łączą z występowaniem tych napadów. Jedną z częstszych tego rodzaju sytuacji jest przebywanie w tłumie lub przestrzeni zupełnie pozbawionej ludzi [1, 9]. Napady prezentowane przez pacjenta miały wiele cech wspólnych z wyżej podanym opisem – odczuwał on lęk, objawy narastały nagle, towarzyszyły im objawy pobudzenia układu autonomicznego, które powodowały wtórny lęk przed chorobą psychiczną, nawrotem objawów w niekorzystnej sytuacji oraz motywowały pacjenta do unikania zgromadzeń ludzkich. Również natłok myśli jest często opisywanym objawem podczas napadów lęku panicznego. Do obrazu psychopatologicznego pacjenta nie pasuje jednak długi czas napadów, do kilku godzin, ze zmiennym nasileniem objawu podczas jego trwania. Napady u pacjenta udawało się złagodzić doraźnymi lekami uspokajającymi. Poza doraźnymi interwencjami farmakologicznymi pacjent odczuwał ulgę głównie w efekcie przekierowania uwagi na absorbujące uwagę czynności. Samodzielne próby relaksacji nie przynosiły pożądanego ustąpienia objawów. Tak jak wspomniano we wstępie niniejszej pracy, część autorów wskazuje na większą częstość występowania żywych, prospektywnych wyobrażeń w przebiegu zespołu lęku uogólnionego [6–7].

5. Zespół obsesyjno-kompulsyjny

Obsesje to myśli, idee, wyobrażenia lub impulsy, pojawiające się w sposób stereotypowo nawracający, w zdecydowanej większości wiążące się z poczuciem dyskomfortu i utrudnieniem codziennego funkcjonowania. Ich występowanie jest mimowolne, budzi w pacjencie sprzeciw, myśli są odbierane jako własne. Często

towarzyszą im autonomiczne objawy lęku. Anankastyczne cechy osobowości predysponują do występowania zespołu obsesyjno-kompulsyjnego [1, 9]. Wydaje się, że objawy prezentowane przez pacjenta w znacznym stopniu spójne są z charakterystyką myśli natrętnych. Ich podstawę stanowią wyobrażenia, pojawiają się w sposób nawracający stereotypowo, wywołują dyskomfort i subtelne objawy autonomiczne – pacjent traktował je jako własne i poszukiwał sposobu, by je zminimalizować. U pacjenta miały one jednak nietypowe cechy – w większym nasileniu objawów wyobrażenia zbliżały się plastycznością do rzeczywistych scen, obrazów, dźwięków. Podczas długiej obserwacji na oddziale pacjent wykazywał wyraźnie zaznaczone cechy osobowości anankastycznej. Niektóre prace wskazują, że pacjenci z zespołem natręctw prezentują wyraźne trudności w odróżnianiu myśli od wyobrażeń, mogą również mylić rzeczywiste wydarzenia z wyobrażonymi [10]. Ta analiza mogłaby tłumaczyć odczuwanie przez opisywanego pacjenta dysonansu poznawczego.

6. Zespół stresu pourazowego

Typowe objawy tego zespołu obejmują epizody powtarzających się natrętnych myśli i wyobrażeń dotyczących wspomnienia sytuacji o wyjątkowo zagrażającym lub katastrofalnym charakterze. Napady tych objawów są często prowokowane bezpośrednim skojarzeniem z przeżytą sytuacją traumatyczną, wiążą się z silnym lękiem lub agresją. Napady reminiscencji w przebiegu zespołu stresu pourazowego często opisywane są jako bardzo żywe i plastyczne, absorbujące, utrudniające skupienie się na realnym otoczeniu. Podobnie jak w zespole lęku napadowego, motywują one pacjenta do unikania sytuacji, które mogą być związane z występowaniem objawów. Zespołowi stresu pourazowego bardzo często towarzyszy również zubożenie, apatia, anhedonia, opisuje się stopniową zmianę osobowości z wycofaniem społecznym i drażliwością [1, 9, 11]. Pacjent przeżył w 2017 roku wydarzenie, które mogłoby dla prawie każdego człowieka stanowić głęboko przejmujące nieszczęście. Objawy natłoków wyobrażeń, będące przedmiotem niniejszej analizy, po raz pierwszy pojawiły się krótko po tym traumatycznym wydarzeniu. Plastyczność i żywość objawów zgłaszanych przez pacjenta jest zgodna z charakterystyką symptomów zespołu stresu pourazowego, jednak nie wiązały się one u badanego z tak nasilonymi przeżyciami emocjonalnymi, a wywoływały raczej umiarkowany lęk i dysfориę. Również zmiana osobowości pacjenta po traumatycznym wydarzeniu nie spełnia kryteriów odczuwania pustki i beznadziejności, uczucia stałego zagrożenia. W przypadku pacjenta można mówić raczej o zaostrzeniu cech osobowości wcześniej ujawnianych. Część autorów prac badawczych zwraca uwagę, że samo przeżycie silnie dyskomfortowego wydarzenia może wpłynąć intensyfikująco na żywość i plastyczność ogólnej wyobraźni, a nie tylko intruzywnych reminiscencji [12].

7. Pozorowanie objawów choroby

Podjęcie symulacji wynika z samej nietypowości skarg zgłaszanych przez pacjenta. Kolejną przesłanką do takiej hipotezy są specyficzne tendencje do przedsta-

wiania skarg, uwidocznione w badaniu psychologicznym jako tendencje do agrawacji. Nie można jednak mówić o świadomym pozorowaniu objawów psychopatologicznych, jeżeli nie jest możliwe zidentyfikowanie motywu, tj. subiektywnej korzyści, który zmuszałby do tego pacjenta. Badanie MMPI jest znacznym wsparciem w kwestii oceny szczerości postawy pacjenta wobec ośrodka leczącego dzięki zawartej w tym badaniu skali kłamstwa. Ta jednak nie przekroczyła wyników nieprawidłowych.

Wydaje się, że żadne z powyższych fenomenów psychopatologicznych, występujących w przebiegu wspomnianych jednostek nozologicznych, nie opisują w pełni objawów prezentowanych przez pacjenta. W psychopatologii znany jest specyficzny objaw klasyfikowany w kategorii zaburzeń spostrzegania – przeżycia ejdetyczne. Charakteryzuje się je jako wyobrażenia lub wspomnienia, które dzięki swej plastyczności, żywości i szczegółowości bardzo zbliżają się właściwościami do aktualnie przeżywanymi spostrzeżeń zmysłowych. Przeżycia tego typu nie mają znaczenia patologicznego, opisywane są najczęściej u dzieci. Definicja przeżyć ejdetycznych jest spójna z opisem objawów doznawanych przez pacjenta, jednakże nie ujmująca ich natrętnego, nawracającego charakteru oraz powiązanego z wyobrażeniami dyskomfortu.

Reasumując, wydaje się, że objawy doznawane przez pacjenta można opisać jako natrętne wyobrażenia o wysokiej plastyczności, żywości i szczegółowości, zbliżone właściwościami do prawidłowych spostrzeżeń zmysłowych, występujące napadowo. Jest kwestią dyskusyjną, czy właściwe jest opisanie ich terminem natrętnych przeżyć ejdetycznych.

Należy zwrócić uwagę, że cały przeprowadzony u pacjenta proces diagnostyczny pozostaje niewystarczający, aby móc postawić rozpoznanie jednostkowe. Pomimo wykonania badania EEG i TK głowy nie da się na tym etapie wykluczyć etiologii padaczkowej objawów, szczególnie napadów częściowych skroniowych.

Autorzy tej pracy stoją na stanowisku, że nietypowy obraz dolegliwości zgłaszanych przez pacjenta jest wynikiem nakładania się co najmniej kilku zespołów psychopatologicznych. Najbardziej dominującym składnikiem tego obrazu wydają się natrętne myśli rozwijające się na bazie predyspozycji osobowościowych, których wyraz może być modyfikowany przez przeżyte w przeszłości traumatyzujące wydarzenie, poważne urazy głowy, jak i przez wczesną tendencję do nadużywania alkoholu. Powodzenie leczenia lekiem z grupy SSRI w spodziewanym czasie od jego włączenia wydaje się potwierdzać taki mechanizm psychopatologiczny.

Celem niniejszego opracowania jest zwrócenie uwagi diagnostów na kategorię zjawisk psychicznych o nacechowaniu ejdetycznym, co pozwoli na uniknięcie nieprawidłowego rozpoznawania ich jako elementu psychotycznych zaburzeń percepcji.

Piśmiennictwo

1. Wciórka J, Pużyński S, Rybakowski J. *Psychiatria tom 1–3*, Wrocław: Edra Urban & Partner; 2012.
2. Milton F, Fulford J, Dance C, Gaddum J, Heuerman-Williamson B, Jones K, Knight KF, MacKisack M, Winlove C, Zeman A. *Behavioral and neural signatures of visual imagery vividness extremes: aphantasia versus hyperphantasia*. *Cereb. Cortex Commun.* 2021; 2(2).

3. Fulford J, Milton F, Salas D, Smith A, Simler A, Winlove C, Zeman A. *The neural correlates of visual imagery vividness – an fMRI study and literature review*. Cortex 2018; 105: 26–40.
4. Zeman A, Milton F, Della Sala S, Dewar M, Frayling T, Gaddum J, Hattersley A, Heuerman-Williamson B, Jones K, MacKisack M, Winlove C. *Phantasia – the psychological significance of lifelong visual imagery vividness extremes*. Cortex 2020; 130: 426–440.
5. Sierra M, Berrios GE. *Flashbulb memories and other repetitive images: a psychiatric perspective*. Compr. Psychiatry 1999; 40(2):115–125.
6. Tallon K, Ovanessian MM, Koerner N, Dugas MJ. *Mental imagery in generalized anxiety disorder: A comparison with healthy control participants*. Behav. Res. Ther. 2020; 127.
7. Morina N, Deeprose C, Pusowski C, Schmid M, Holmes EA. *Prospective mental imagery in patients with major depressive disorder or anxiety disorders*. J. Anxiety Disord. 2011; 25(8): 1032–1037.
8. Malcolm CP, Picchioni MM, Ellett L. *Intrusive prospective imagery, posttraumatic intrusions, and anxiety in schizophrenia*. Psychiatry Res. 2015; 230(3): 899–904.
9. World Health Organisation. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10 Volume 1*; 2009.
10. Brown HD, Kosslyn SM, Breiter HC, Baer L, Jenike MA. *Can patients with obsessive-compulsive disorder discriminate between percepts and mental images? A signal detection analysis*. J. Abnorm. Psychol. 1994; 103(3): 445–454.
11. Cockerham ES, Çili S, Stopa L. *Investigating the phenomenology of imagery following traumatic burn injuries*. Burns 2016; 42(4): 853–862.
12. Morina N, Leibold E, Ehring T. *Vividness of general mental imagery is associated with the occurrence of intrusive memories*. J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry 2013; 44(2): 221–226.
13. Syed AA, Neelofur S, Moran A, O'Reilly G. *Exploring the vividness of mental imagery and eidetic imagery in people with intellectual disability (ID) in comparison with typically developing (TD) individuals*. Heliyon 2020; 16; 6(11)

Adres: Dominika Tatar
Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii
Wydział Nauk Medycznych w Zabrze,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach.
e-mail: dominikatatar27@gmail.com

Otrzymano: 11.07.2022

Zrecenzowano: 21.11.2022

Otrzymano po poprawie: 12.01.2023

Przyjęto do druku: 13.01.2023