

**List do Redakcji. W poszukiwaniu definicji „procesu  
psychotycznego” – refleksje i wątpliwości**

**Letter to Editor. In search of definition of the term “psychotic  
process” – thoughts and doubts**

Joachim Kowalski<sup>1,2</sup>, Katarzyna Szaulińska<sup>3</sup>, Marek Jarema<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Katedra Psychologii Różnic Indywidualnych, Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego

<sup>2</sup> Bródnowskie Stowarzyszenie Przyjaciół i Rodzin Osób z Zaburzeniami Psychicznymi POMOST

<sup>3</sup> III Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Termin „proces psychotyczny” bywa stosowany przez psychologów i psychiatrów. Jest to zastanawiające ze względu na trudności w ustaleniu jego znaczenia. Jedyna jego definicja brzmi nieściśle i głosi, że jest to choroba, która „charakteryzuje się pewnym przebiegiem. Przebieg ten bywa typowy lub pozbawiony cech znamienych, ale zwykle daje się wyodrębnić okres początkowy (narastania zaburzeń), okres pełnego rozwoju choroby i ustępowania jej objawów. Zarysowana tu linia może mieć oczywiście bardzo różny kształt, na co składa się szereg przyczyn, m.in.: brak objawów prodromalnych lub ich długotrwałe utrzymywanie się, gwałtowne zaostrzenia, okresy poprawy, ukształtowanie się procesu fazowego i in. Na tym miejscu starano się zwrócić uwagę na dynamiczne właściwości choroby, na to, że jest ona procesem. Mając na myśli choroby psychiczne, [...] mówimy nieraz proces psychotyczny” [1]. Mimo że w psychiatrii definiowanie prostych pojęć bywa trudne (najlepszym przykładem są trudności w ustaleniu definicji pojęcia „choroba psychiczna” [2]), mamy tu do czynienia ze stwierdzeniem, że proces psychotyczny to sekwencja objawów specyficzna lub niespecyficzna dla zaburzeń psychotycznych. Wydaje się, że „niespecyficzne” objawy psychozy nie powinny stanowić podstawy stwierdzenia „procesu psychotycznego”. Stosowanie tego terminu nie nastręcza większych trudności, gdy rozumie się go jako synonimiczny do obecności zaburzeń psychotycznych, tak jednak nie jest. „Proces” to więcej niż zbiór objawów, to ich trwanie w czasie, sekwencja i zależność, co dla zwolenników tego terminu może być bardziej istotne niż same objawy. Trzeba dodać, że pojęcie „proces psychotyczny” jest zbędne dla postawienia diagnozy według obowiązujących systemów klasyfikacji (np. ICD-10 lub DSM), więc rozważania dotyczące istoty tego pojęcia mają jedynie pomocnicze znaczenie. Dlaczego ten termin jest stosowany? Może chodzić o próbę odróżnienia pewnej grupy zaburzeń psycho-

tycznych o określonym, najczęściej niekorzystnym przebiegu. Pamiętamy też o próbie wyodrębnienia „schizofrenii procesualnej” utożsamianej z ciężkim przebiegiem i małą podatnością na leczenie; niektórzy proponowali nadać jej nazwę „krapelinowskiej”, jako że sam Kraepelin, używając terminu *dementia praecox*, sugerował przewlekły i nieodwracalny proces chorobowy [2].

Rozumienie schizofrenii jako postępującego procesu chorobowego mózgu nie znajduje odzwierciedlenia w obserwacjach klinicznych, badaniach mózgu oraz funkcjonowania poznawczego [3]. Badania MRI wykazują niewielkie odchylenia od normy w pierwszym epizodzie psychozy. Późniejsze zmniejszenie objętości mózgu pacjentów tłumaczy się skutkami przewlekłej farmakoterapii oraz używania substancji psychoaktywnych [4]. Aż 25% pacjentów ma niepomyślne wyniki leczenia, jednak niewielu z nich cechuje narastające pogorszenie funkcjonowania poznawczego, charakterystyczne dla chorób neurodegeneracyjnych. Deteriorację funkcjonowania pacjentów tłumaczy się przede wszystkim słabą dostępnością leczenia, niedostatecznym stosowaniem się pacjentów do zaleceń czy używaniem substancji psychoaktywnych, współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi, ubóstwem, zanikiem więzi społecznych. Wczesne interwencje psychospołeczne, poznawczo-behawioralne i farmakoterapia w objawach prodromalnych psychozy mogą opóźnić pojawienie się choroby i zmniejszyć nasilenie objawów [5], tym bardziej że dłuższy czas nieleczonej psychozy ma związek z większym nasileniem objawów i większą liczbą nawrotów [6]. Jeśli więc mamy do czynienia z jakimś procesem w schizofrenii, to jest on w większej mierze psychospołeczny, związany z marginalizacją potrzeb pacjentów i niedostateczną nad nimi opieką, niż czysto biologiczny.

Użycie terminu „proces psychotyczny” może być źródłem jatrogenii. Wyszukanie tej frazy w internecie pokazuje, że pacjenci mają trudności z jego rozumieniem oraz poszukują na własną rękę wyjaśnień w przypadku „stwierdzenia przez mojego lekarza, że mam nasilony proces psychotyczny” [7, 8]. Aby zweryfikować, co pod tym pojęciem rozumieją sami klinicyści, rozpowszechniono za pomocą mediów społecznościowych ankietę skierowaną do psychiatrów, psychologów i psychoterapeutów. W ankiecie wzięło udział 105 osób, spośród których 36,2% prowadzi farmako- lub psychoterapię osób chorujących na schizofrenię. Osoby używające pojęcia „proces psychotyczny” do opisu pacjentów (16%) i/lub stawiania diagnoz (15%) zostały poproszone o podanie definicji tego pojęcia.

W grupie specjalistów znalazło się 20% lekarzy lub psychiatrów, 80% psychologów oraz 50% psychoterapeutów (procenty nie sumują się do 100, ponieważ można było wybrać więcej niż jeden zawód). Staż pracy 35% ankietowanych wynosił mniej niż 2 lata, 15% – od 2 do 5 lat, 10% – od 6 do 10 lat, 25% – od 11 do 15 lat i 15% – więcej niż 15 lat. Wśród nich 8 osób posiadało tytuł specjalisty – psychiatry lub psychologa klinicznego, 4 osoby posiadały certyfikat psychoterapeuty, 2 osoby stopień naukowy doktora lub wyższy. Pytani o podejścia teoretyczne, z którymi się utożsamiają, badani wskazali (można było wybrać więcej niż jedno): biomedyczne – 25%, psychoanalityczne – 10%, psychodynamiczne – 35%, poznawczo-behawioralne – 55%, systemowe – 20%, humanistyczne – 20%, integracyjne – 20%.

Uzyskanych 15 definicji podzielono na 4 typy: psychoza (40%), schizofrenia rozumiana procesualnie (26,5%), objawy prodromalne (26,5%) i zaburzenia po-

znawcze (7%). Pierwsza kategoria, czyli psychoza, odnosi się do obecności objawów wytwórczych – urojeń, halucynacji, zaburzeń myślenia. W niektórych definicjach pojawiły się szczegóły, takie jak „brak wglądu pacjenta” czy „stosowanie przez niego prymitywnych mechanizmów obronnych” według teorii psychoanalitycznej. Druga kategoria, schizofrenia rozumiana procesualnie, odnosi się do definicji, które zawierały odniesienie do objawów schizofrenii i ich dynamiki w czasie. W tej kategorii znalazły się zarówno definicje ogólne, jak i bardzo specyficzna, odnosząca się do konkretnego przebiegu choroby: „proces psychotyczny ma swoją specyficzną dynamikę, ma nagły, ostry początek, później przebiega na przemian z zaostrzeniami i okresami remisji, by przejść do fazy rezydualnej, w której dominują objawy ubytkowe (tzw. defekt schizofreniczny) [...]”. Trzecia kategoria, objawy prodromalne, obejmowała definicje odnoszące się do początkowej fazy zaburzeń psychotycznych lub schizofrenii. Znalazły się w niej np. definicje dotyczące „rozciągniętej na miesiące czy nawet lata zmiany w zachowaniu poprzedzającej wystąpienie ostrych objawów psychotycznych”. Ostatnia kategoria, zaburzenia poznawcze, nawiązuje do zaburzeń pamięci oraz zaburzeń treści i formy myślenia.

Powyższe przykłady pokazują, że rozumienie pojęcia „proces psychotyczny” wśród klinicystów jest niespójne oraz że być może jest ono traktowane jako mniej stygmatyzujące określenie schizofrenii, który to trend wpisuje się w model dalekowschodni. W Japonii zmiana nazwy schizofrenii z “Seishin-Bunretsu-Byo” (choroba rozszczonego umysłu) na nową: “Togo-Shitcho-Sho” (zaburzenie integracji), wynikała z trudności w komunikacji lekarzy z pacjentami.

Większość lekarzy nie informowała pacjentów o stawianej diagnozie z powodu stygmatyzującego kontekstu i niepomyślnego rokowania związanego z pierwotną nazwą zaburzenia [9, 10]. Odejście od tego określenia i zastąpienie go „bardziej przyjaznym” miało też zmniejszyć stygmatyzację pacjentów [11].

Na ile sukcesem klinicyści jest jednak działanie, które pozostawia pacjenta zagubionego wśród nawet przez nas niezdefiniowanych pojęć, które ponadto wydają się przykrywką dla diagnozy? Czy sukcesem jest, że takiego pacjenta omija „bolesna prawda” o rozpoznaniu, co może opóźnić zrozumienie diagnozy, nawet jeśli miałyby je poprzedzić bunt? W tym kontekście ciekawe jest to, że aż 35% respondentów znajduje się w grupie, która ma za sobą mniej niż 2 lata praktyki. Czy są to ludzie, którzy ostatecznie „wyrósł” z używania tego terminu, czy też przeciwnie, będzie przez nich stosowany chętniej niż „schizofrenia”? Z drugiej strony, może to być kwestia doboru próby. Badanie przyciągnęło w dużej części osoby zaczynające praktykę kliniczną (40% wszystkich badanych). Jednak użycie tego terminu przez osoby będące w trakcie edukacji lub tuż po zakończeniu formalnego wykształcenia pozostaje zagadką.

Ankieta przeprowadzona przez autorów tego doniesienia miała ograniczony zasięg i należy uogólniać jej wyniki z dużą ostrożnością. W ankiecie nie pytano respondentów, czy posługują się terminem „proces psychotyczny” zamiast określenia „schizofrenia”, co mogłoby być ciekawym rozszerzeniem badania. Autorzy pozwalają sobie na sformułowanie w tym miejscu narzucających się wniosków:

1. Stosowanie pojęcia „proces psychotyczny” wydaje się niezależne od stażu pracy oraz poziomu wykształcenia. Jest niezależne od obranego podejścia teoretycznego.

2. Definiowanie pojęcia „proces psychotyczny” bywa diametralnie różne wśród specjalistów zdrowia psychicznego, co może utrudniać komunikację na linii specjalista–specjalista oraz specjalista–pacjent.
3. W związku z tym powinno się zaniechać stosowania tego terminu w pracy naukowo-dydaktycznej oraz praktyce klinicznej.

### Piśmiennictwo

1. Jaroszyński M. red. *Podstawy psychiatrii. Podręcznik dla studentów*. Warszawa: PZWL; 1988, str. 19.
2. Jarema M. *Leksykon schizofrenii*. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne; 2010.
3. Zipursky RB, Reilly TJ, Murray RM. *The myth of schizophrenia as a progressive brain disease*. *Schizophrenia Bull.* 2013; 39(6): 1363–1372.
4. Zipursky RB. *Why are the outcomes in patients with schizophrenia so poor?* *J. Clin. Psychiat.* 2014; 75(Suppl. 2): 20–24.
5. Millan MJ, Andrieux A, Bartzokis G, Cadenhead K, Dazzan P i wsp. *Altering the course of schizophrenia: progress and perspectives*. *Nat. Rev. Drug Discov.* 2016; 15(7): 485–515.
6. Cechnicki A, Hanuszkiewicz I, Polczyk R, Bielańska A i wsp. *The prospective assessment of the influence of duration of untreated psychosis (DUP) on the course of schizophrenia*. *Psychiatr. Pol.* 2010; 44(3): 381–394.
7. <https://portal.abczdrowie.pl/pytania/nasilony-proces-psychotyczny-a-schizofrenia> (dostęp: 23.08.2016).
8. <http://www.schizofrenia.pl/forum/vt,51,25,44554,0> (dostęp: 23.08.2016).
9. Boonstra N, Wunderink L, Sytema S, Wiersma D. *Detection of psychosis by mental health care services; a naturalistic cohort study*. *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health.* 2008; 4: 29.
10. Sato M. *Renaming schizophrenia: a Japanese perspective*. *World Psychiatry* 2006; 5(1): 53–55.
11. Omori A, Tateno A, Ideno T, Takahashi H, Kawashima Y, Takemura K i wsp. *Influence of contact with schizophrenia on implicit attitudes towards schizophrenia patients held by clinical residents*. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 205.

Otrzymano: 22.09.2016

Przyjęto do druku: 7.03.2017