

Kliniczna ilustracja leczenia psychozy w kontekście jej koncepcji jako stanu zaburzonego uwydatniania znaczeń

Clinical example of recovery from psychosis in the context of the psychosis as a state of aberrant salience theory

Sławomir Murawiec

III Klinika Psychiatryczna AM w Warszawie

Summary

According to the theory proposed by S. Kapur psychosis is a state of aberrant salience. Dopamine and mesolimbic system play the key role in the occurrence of psychosis. According to Kapur dopamine mediates the conversion of neural representations of an external stimulus from a neutral into attractive or aversive. In the psychosis this physiological role of the dopamine is changed. Dopamine starts to create a process of salience acquisition; instead of mediate it as it is in normal circumstances. According to Kapur delusions are cognitive explanations that the individual imposes on the experience of aberrant salience. Pharmacological agents share the psychological effect – dampening salience. But antipsychotics only provide the state of attenuated salience and symptomatic improvement needs further psychological and cognitive resolution. The case of a patient with paranoid psychosis during treatment with risperidone was analyzed in the context of Kapur's theory. Reports of experiences given by patients can support the theory and make it valuable in the conceptualization of the process of step-by-step recovery from psychosis.

Słowa kluczowe: schizofrenia, psychoza, leczenie

Key words: schizophrenia, psychosis, treatment

Impulsem do napisania tej pracy była treść artykułu S. Kapura [1] opublikowanego w American Journal of Psychiatry w 2003 r. i zawarta w niej propozycja teoretyczna odnosząca się do roli dopaminy w kreowaniu psychozy. S. Kapur jest uznanym badaczem, autorem kilkudziesięciu wybitnych prac, spośród których najbardziej znane są prace dotyczące relacji pomiędzy zajęciem receptorów dopaminergicznych a działaniem terapeutycznym i działaniami niepożądanymi leków przeciwpsychotycznych [2, 3, 4] oraz prace teoretyczne, takie jak zaproponowana w 2001 hipoteza wyjaśniająca działanie leków przeciwpsychotycznych II generacji [5].

O ile łatwo nam zrozumieć, że zablokowanie pewnej ilości receptorów dopaminergicznych w prążkowie może mieć wpływ na występowanie i nasilenie objawów pozapiramidowych, jako prosta biologiczna konsekwencja blokady pewnego układu funkcjonalnego mózgu, o tyle trudniej jest zrozumieć, jaki wpływ może mieć blokowanie receptorów dopaminergicznych na objawy o charakterze psychicznym, takie jak na przykład urojenia. Kapur [1] zwraca uwagę na brak spójności w obrębie naszej psychiatrycznej wiedzy, teorii i praktyki. Schizofrenię diagnozujemy na podstawie objawów klinicznych (urojeń, omamów, zaburzeń myślenia i zachowania), jednak myślimy o jej przyczynach na poziomie neurobiologii, neuroprzekaźników itp., natomiast leczymy ją farmakologicznie. S. Kapur zadaje więc proste pytanie w imieniu hipotetycznego pacjenta: „Doktorze, jak mój brak równowagi chemicznej (w mózgu) prowadzi do moich urojeń?”. Można by było zadać także inne pytanie (którego S. Kapur nie stawia) – „Doktorze, jak chemiczne substancje, które mi Pan podaje, zmieniają moje myślenie, przeżycia i zachowanie?”. Zdaniem S. Kapura lekarz nie dysponuje klarownym schematem poznawczym, zgodnym z którym mógłby odpowiedzieć na tak zadane pytania.

Dopaminowa hipoteza schizofrenii odnosi się do dwóch aspektów. Jeden aspekt to dopaminowa teoria samej schizofrenii, drugi to dopaminowa teoria działania leków przeciwpsychotycznych. Zgodnie z propozycją zawartą w pracy Kapura [1] dopamina jest mediatorem zaangażowanym w system neuronalny związany z nadawaniem przez nas znaczenia rzeczom w otoczeniu. Jest związana z uwydatnianiem znaczeń. Jak pisze Kapur, to dopamina mediuje zmianę neuronalnych reprezentacji zewnętrznych bodźców z neutralnych, obojętnych – w ważne, znaczące. Zwłaszcza układ mezo- limbiczny jest spostrzegany jako kluczowy dla uwydatniania (nadawania) znaczeń. Jest to proces, w którym wydarzenia i myśli przykuwają uwagę, kierują działaniem i wpływają na zachowania celowe. S. Kapur podkreśla, że zaproponowana hipoteza nie jest hipotezą etiologiczną, lecz patofizjologiczną. Nie wyjaśnia ona, dlaczego zdarza się schizofrenia. Wyjaśnia, jak pewne procesy neurobiologiczne prowadzą do powstania psychozy. Ponadto hipoteza ta nie odnosi się do kwestii długotrwałych zaburzeń funkcji poznawczych w schizofrenii. Jest więc koncepcją psychozy w schizofrenii, a nie całościową koncepcją tej choroby.

W proponowanym w cytowanej pracy ujęciu Kapur widzi psychozę jako stan zaburzonego uwydatniania znaczeń. W zwykłych warunkach następuje wydzielanie dopaminy w odpowiedzi na bodziec, co mediuje nadanie znaczenia temu bodźcowi. W takim wypadku dopamina pośredniczy w nadaniu znaczenia temu bodźcowi, ale nie wykreowuje tego procesu. Omawiana teoria zakłada, że w psychozie następuje dysregulacja układu dopaminergicznego, która prowadzi do wydzielania dopaminy niezależnie od bodźców. Wtedy, zamiast nadawania znaczenia bodźcom istniejącym, następuje zaburzone nadawanie znaczeń zewnętrznym bodźcom i wewnętrznym reprezentacjom. System związany z dopaminą staje się kreatorem znaczeń, tworzy je w patologiczny sposób. Jednym z argumentów na rzecz tej hipotezy miałby być tzw. nastrój urojeniowy doświadczany przez pacjentów przed pełnym ujawnieniem się urojeń i halucynacji. Odpowiada on zdaniem Kapura stanowi nadmiernego wydzielania dopaminy przed psychozą, wydzielania, które jest „samoistne”, niezależne od kontek-

stu. Prowadzi to do przypisywania znaczenia myślom i wydarzeniom w patologiczny, nadmierny sposób. Na poziomie subiektywnych doświadczeń pacjentów prowadzi to do poczucia zmiany rzeczywistości, wyostrejonej świadomości, silniejszego odbierania otoczenia i atmosfery tajemniczych znaczeń otaczających pacjenta. Kapur uważa, że gdyby takie zmienione przeżywanie pojawiło się incydentalnie, nie prowadziłyby do następstw większych niż sytuacja, kiedy w codziennym życiu coś przykuje naszą szczególną uwagę. Jednak długotrwałość takiego stanu zmienionego doświadczenia otaczającego świata prowadzi do dalszych następstw.

Urojenia w takim ujęciu to kognitywne wyjaśnienia, które dana osoba wprowadza, aby nadać sens swojemu stanowi zaburzonego uwydatniania znaczeń. Stan ten trwa tak długo i jest tak trudny, że muszą się pojawić jakieś wyjaśnienia, dzięki którym pacjent jest w stanie uporządkować swoje przeżywanie. Kapur określa, że urojenia to idące „z góry do dołu” kognitywne wyjaśnienia. Ponieważ urojenia są konstruowane przez daną indywidualną osobę, są one wypełnione psychodynamicznymi treściami ważnymi dla tej osoby. Oczywiście pozostają w związku ze swoim wtórnym charakterem w kulturowym kontekście i pacjent z Afryki raczej przypisze stan zaburzonego uwydatniania znaczeń działaniu szamana, a pacjent z Toronto machinacjom Królewskiej Policji Konnej. Oznacza to także, że w treści urojeń możemy odnaleźć ważne psychodynamiczne treści dotyczące świata wewnętrznego i świata relacji pacjenta, które pozwalają wiele zrozumieć, ponieważ są tworzone w umyśle pacjenta na podstawie jego doświadczenia i przeżywania. Ten „psychotyczny wgląd” przynosi pacjentowi, jak wiemy, ulgę i poczucie, że wreszcie zrozumiał, o co tu chodzi. Zaczyna też stanowić model kognitywny pozwalający kierować postępowaniem i rozumieć kolejne pojawiające się doznania.

W odniesieniu do farmakoterapii psychoz Kapur zadaje pytanie: w jaki sposób lek działający na receptory na powierzchni komórki odwraca kompleksowe neurochemiczno-fenomenologiczne zjawisko nazywane psychozą? Proponuje na to pytanie następującą odpowiedź – niezależnie od fizykochemicznych właściwości leków, które mogą być różne, wspólne dla wszystkich działanie to efekt tłumienia uwydatniania znaczeń. Jest to ostateczny wspólny efekt wszystkich leków. Stwarza to podstawę do dalszego psychologicznego procesu poprawy w zakresie objawów. Ustąpienie urojeń wymaga od pacjenta kognitywnej i psychologicznej pracy, na bazie ustąpienia zjawiska nadmiernego nadawania znaczeń pod wpływem leczenia przeciwpsychotycznego.

Według tej koncepcji leki przeciwpsychotyczne nie zmieniają w sposób pierwotny myśli ani przekonań. Zmieniają jakby środowisko wewnętrzne w sensie neurochemicznym i w sensie przeżywania. Po ich podaniu następuje zanikanie nadmiernego nadawania znaczeń obiektom zewnętrznym i wewnętrznym reprezentacjom. Po takiej zmianie nowe zaburzone znaczenia mają mniejsze szanse na powstanie, a stare ulegają wygaszeniu. Jest to zgodne z doświadczeniami pacjentów, którzy niekiedy mówią, że już ich tak wszystko nie dotyka (nie dotyczy) lub że nabierają dystansu do swoich przeżyć. Doświadczenie wskazuje, że istnieją pacjenci mówiący po podaniu im leków, że co prawda wszystko, co przeżywali w trakcie psychozy, było rzeczywiste, ale w tej chwili urojeniowi prześladowcy dali im spokój.

Kapur zwraca uwagę także na fakt, że ujęcie to zgodne jest z założeniem skal klinicznych oceniających psychozy. Skale, takie jak PANSS, nie odnoszą się do zawartości pojęciowej urojeń. Odnoszą się do nasilenia objawów i siły, z jaką pochłaniają one przeżywanie pacjenta oraz wpływają na zachowanie. Zdaniem Kapura, kiedy ta psychotyczna siła i pochłonięcie umysłu ustępują, pacjenci dekonstruują pojęciową zawartość urojeń. Toteż ustępowanie objawów odbywa się stopniowo. Leki przeciwpsychotyczne obniżają nadmierne uwydatnianie znaczeń, natomiast pacjenci przepracowują objawy, aby rozwiązać je w sposób psychologiczny. Ten sposób przepracowania może być taki sam, jak przepracowywanie innych traumatycznych wydarzeń. S. Kapur zwraca uwagę, że zaproponowany model może godzić stanowisko biologiczne i psychologiczne w odniesieniu do psychoz. Uwzględnia on zarówno neurochemiczne podstawy psychozy, jak i niewątpliwie indywidualny sposób, w jaki jest ona doświadczana. Jego zdaniem dopamina stanowi podstawową siłę napędzającą psychozę, natomiast indywidualne cechy kognitywne, psychodynamiczne i kulturowe danej osoby nadają jej formę. Psychoza jest w tym ujęciu interakcją neurochemicznej siły, która idzie „z dołu do góry” i psychologicznych procesów idących „z góry do dołu”. Zdaniem Kapura specyficzna psychoterapia dla osób ze schizofrenią powinna być synergistyczna z farmakoterapią. Zwraca on uwagę, że większość pacjentów poddawana jest leczeniu modyfikującemu poziom biologiczny (leki przeciwpsychotyczne), ale nie otrzymuje pomocy w kognitywno-psychologicznym rozwiązywaniu swoich przeżyć. Ci pacjenci muszą posługiwać się w związku z tym dostępnymi sobie, jak i wszystkim ludziom, sposobami psychologicznymi dla uporania się z niezwykle doznaniem, takimi jak uwielbione idee i koszmarnie lęki. Pacjenci, którzy przeżyli psychozę, włączają doznania psychotyczne w swoje doświadczenie. Z tego punktu widzenia nawet bardzo skuteczne zablokowanie dopaminy jako siły napędowej psychozy nie rozwiązuje wszystkich problemów, ponieważ to doświadczenie w sposób kognitywny i emocjonalny pozostaje w psychice pacjentów. Dopiero psychologiczne przepracowanie, które zabiera czasami tygodnie i miesiące, może prowadzić do pełnej poprawy.

Omówiony poniżej przypadek kliniczny osoby psychotycznej leczonej lekami przeciwpsychotycznymi może, moim zdaniem, stanowić kliniczną ilustrację procesów opisywanych w pracy Kapura. Przyjmując, że leki przeciwpsychotyczne obniżają nadmierne uwydatnianie znaczeń – a ustępowanie objawów odbywa się stopniowo, ponieważ pacjenci przepracowują objawy, aby rozwiązać je w sposób psychologiczny – procesy te powinny być możliwe do obserwacji także na poziomie klinicznym, zwłaszcza, mający miejsce równoległe z działaniem leku, proces dekonstrukcji pojęciowej zawartości urojeń. Ten proces chciałbym zilustrować.

Opis przypadku

Pacjent, lat 28, hospitalizowany w klinice. Z wywiadu wynikało, że od około pół roku nie podejmuje żadnej aktywności życiowej, całe dni spędza w łóżku, nie wychodzi z domu, nie dba o higienę, jest apatyczny, bezczynny, okresowo rozdrażniony i agresywny w stosunku do domowników. Przy przyjęciu wygląd pacjenta przedstawiał obraz nasuwający skojarzenia z przewlekłą schizofrenią: pacjent był zaniedbany, brudny, od

wielu miesięcy się nie golił, w związku z tym miał obfitą brodę, zbitą w niektórych miejscach w strąki, które stereotypowo kręcił palcami w trakcie rozmowy. Pacjent był w skąpym kontakcie rzeczowym. Ze skierowania oraz wywiadu od rodziny uzyskano jeszcze dwie informacje warte przytoczenia. Pacjent miał już poprzednio rozpoznany epizod psychotyczny, który przed kilku laty był z powodzeniem leczony olanzapiną. Jak wynikało z dokumentacji, zarówno w czasie poprzedniego epizodu, jak i przy próbach leczenia obecnego (zanim odmówił współpracy), wypowiadał urojenia: odnoszące, oddziaływania, prześladowcze. Po ustąpieniu poprzedniego epizodu przez kilka miesięcy przyjmował, jako leczenie podtrzymujące, olanzapinę; funkcjonował wtedy dobrze i kontynuował naukę, a potem samowolnie przerwał leczenie. W ciągu kolejnych miesięcy jego stan psychiczny ulegał pogorszeniu, by w końcu osiągnąć etap zupełnej izolacji i braku celowej aktywności. Druga istotna informacja dotycząca pacjenta odnosiła się do jego wykształcenia – ukończył studia dzienne na prestiżowej uczelni, ale nie obronił pracy magisterskiej.

W trakcie obecnej hospitalizacji włączono do leczenia risperidon we wzrastających dawkach (początkowo ½ tabl. przez dwa dni, potem 1 mg, następnie do 3 mg) i podczas kolejnych dni starannie zapisywano wypowiedzi pacjenta. W zawartej poniżej relacji numer dnia oznacza dzień od początku leczenia farmakologicznego. Podano także dawkę leku przeciwpsychotycznego otrzymywaną przez pacjenta w danym dniu.

Dzień 5 (risperidon 1 mg na dobę)

Przykładowe wypowiedzi odnoszące się do treści psychotycznych: „już mam mniej tych myśli, że wszyscy na mnie krzywo patrzą”, „miałem wrażenie, że wszyscy tu byli oburzeni, jak tu przyszedłem, że myślą: kto to jest, jakiś bandzior”, „odczuwałem, że mówili między sobą: to bandzior, w domu piekło zrobił”, „to się układało czasami w słowa, a czasami jakieś gesty tak mnie gnębiły”, „teraz się to uspokoilo”, „wiąże się to z tym, że tak mnie nie gnębią te obgadywania”.

Przykładowe wypowiedzi pacjenta odnoszące się do reakcji na subiektywnie odczuwane zmiany: „wczoraj pomyślałem, że jest lepiej, pojawiłem się w świetlicy, zacząłem rozmawiać z niektórymi pacjentami”, „czuję się żywszy, bardziej energiczny, pewne mi się lufciki pootwierały na zewnątrz”, „jestem bardziej otwarty na świat, ale tego nie lubię, bo nie lubię zmian”, „odczuwam pewien lek przed tą zmianą”, „pierwsza myśl była taka, że jest lepiej, miałem chęć podejścia do okna i nawet mnie ucieszyło, że kwiatki kwitną”, „poczułem, że jest wiosna”, „teraz się poczułem źle, że łązę, że zajmuję miejsce”.

Komentarz: Wypowiedzi pacjenta wskazują na ustępowanie urojeń odnoszących, które pacjent przeżywał jako przekaz krytycznych dla siebie treści. Jednocześnie pacjent obserwuje swoje zwiększające się możliwości zainteresowania światem zewnętrznym i podejmuje aktywności na rzecz większego zaangażowania w świat zewnętrzny. Spostrzeżenia związane z wyglądem przez okno, zauważenie pory roku mają charakter dostrzeżenia otaczającej rzeczywistości, można je jednak także interpretować symbolicznie w kontekście wyżej opisanego procesu (pacjent „wygląda przez okno” z dotychczasowej psychotycznej izolacji i dostrzega „wiosnę”, która także może być

interpretowana symbolicznie). Pojawiają się pierwsze treści krytyczne w stosunku do samego siebie, które pacjent identyfikuje jako własne myśli, a nie projektuje na innych.

Dzień 7 (risperidon 2 mg na dobę)

Pacjent powrócił z krótkiego wyjścia poza klinikę. W czasie, gdy przebywał na zewnątrz, ostrzygł włosy i zgolił brodę.

Przykładowe wypowiedzi odnoszące się do treści psychotycznych: „czuję, że po lekach stałem się mniej wrażliwy, ale nie rozluźniony”, „chciałbym być rozluźniony, ale czuję się napięty, schowany”, „taki jestem zobojętniały na innych ludzi, mniej winny”, „broda ostatnio mi przeszkadzała, takie to było brudne, kocmołuchowate”.

Przykładowe wypowiedzi pacjenta odnoszące się do reakcji na subiektywnie odczuwane zmiany: „jest to pewnego rodzaju osiągnięcie, że zrobiłem coś ze sobą, że mi się chciało zrobić”, „pomyślałem, że wezmę się za siebie, ale w to nie wierzę”, „musiałbym się na nowo urodzić, ale w to nie wierzę”, „po tych lekach czuję się gorzej, to mi się nie podoba”, „w przyszłości mógłbym co najwyżej skręcać długopisy, coś prostego robić”, „albo będę gdzieś leżał i zgniję, albo będę rezydentem szpitala psychiatrycznego”, „czuję się źle, że jestem beznadziejny, do niczego się nienadający, śmieć, bandyta, który dużo źle zrobił w swoim życiu”, „broda to było takie schowanie się, a zgolenie jej to takie odkrycie, spoglądałem na siebie z lękiem i zdziwieniem: kto to jest”.

Przykładowe wypowiedzi pacjenta odnoszące się do reakcji osób bliskich na zmiany: „ojciec powitał mnie serdecznie, ale uważam, że to było sztuczne, że tak sobie wymyślił”, „matka uważa, że jak będę mieszkał u nich dalej, to powinienem się podporządkować”, „matce nie można odmówić”.

Komentarz: Pacjent relacjonuje „zobojętnienie” być może jako wyraz opisywanego we wstępie procesu zmniejszenia nadmiernego nadawania znaczeń pod wpływem otrzymywanego leku. Zdając sobie sprawę z własnej nieadekwatności, podejmuje pewne działania, aby przywrócić adekwatność swojego wyglądu do oczekiwań społecznych. Ma to jednocześnie dla niego wyraźny symboliczny wymiar „wyjścia z ukrycia”. Próbuje odnaleźć się psychologicznie w nowo wykreowanej przez zmianę swoich przeżyć rzeczywistości. Usiłuje rzutować się w przyszłość (którą ocenia jako negatywną i niesatysfakcjonującą). Jego wypowiedzi na temat dostrzeżenia wiosny przybierają bardziej konkretny wymiar rozważań, czy jest w stanie podjąć na nowo przerwane aktywności życiowe. Pacjent, powracając do kontekstu społecznego, zaczyna zdawać sobie sprawę z relacji z najbliższymi i ponownie określa te relacje na podstawie doświadczeń, jakich nabył przed psychozą i w trakcie niej.

Dzień 14 (risperidon 3 mg)

Przykładowe wypowiedzi odnoszące się do treści psychotycznych: „teraz jestem bez wyrzucania tego na zewnątrz”, „z tamtym, jak o mnie źle mówili, czułem się lepiej, czułem się bardziej na miejscu, bo to odpowiadało temu, co czułem, więc

było odpowiednie, ale to było bardzo stresujące”, „jak oni do mnie mówili, to było bardziej bolesne, bo mieli rację”, „kiedy to przychodziło z zewnątrz to tak powinno być”, „teraz sam tak sobie mówię, a na zewnątrz czuję się lepiej”, „zobojeźniałem na innych, wcześniej bardziej cierpiałem razem z nimi i to było dobre”, „ogólnie mniej się przejmuję”.

Przykładowe wypowiedzi pacjenta odnoszące się do reakcji na subiektywnie odczuwane zmiany: „czuję się winny wobec innych, czuję, że zabieram miejsce, że jestem beznadziejny, że gadam głupoty”, „uważając się za bandytę i głupka, uważałem, że nie mam prawa do własnych sądów”, „teraz mam własne opinie o ludziach, ale poprzez to się wywyższam, a ja nie dążę do świętości”, „mam poczucie, że jestem beznadziejny, ale teraz to ja mam takie poczucie”, „przez pół roku byłem w tamtym świecie i to i tamto przemyślałem”, „teraz jestem w nowej sytuacji, którą też jakoś znam, bo tak się czułem kiedyś”.

Przykładowe wypowiedzi pacjenta odnoszące się do relacji z osobami bliskimi: „jak sobie ułożę stosunki z rodzicami?”, „muszę się wynieść z domu, ale nie mam środków finansowych”, „jak im to wynagrodzić”, „oni się starzeją, oni wymagają opieki, byłoby głupio ich porzucić”, „to mnie przeraża, co ja z mamą mam zrobić”, „matka będzie strasznie sama”, „moja chęć uwolnienia się jest większa, ale nie wierzę, że to będzie możliwe”.

Komentarz: W odniesieniu do działania leku nadal obecny jest ten sam proces określany przez pacjenta jako „zobojeźnienie”. Pacjent przechodzi trudny proces, w którym treści uprzednio projektowane na innych i przeżywane jako oceny negatywne w trakcie urojeń ksobnych, są przez niego uwewnętrzniane i spostrzegane jako własne sądy. Pojawia się możliwość wspomnienia oraz oceny dotyczącej okresu sprzed psychozy i okresu w psychozie. Pacjent podejmuje na nowo wątki separacyjne, które zostały „zawieszane” podczas psychozy.

Dzień 16 (risperidon 3 mg)

Pacjent powrócił z przepustki do domu ze stanem podgorączkowym.

Przykładowe wypowiedzi pacjenta: „ta gorączka mnie jakby rozluźniła, odrealniła, siedzę i jestem taki zakręcony”, „lepiej się poczułem jak dostałem gorączki”, „teraz czuję lęk; jak inni mówili to wszystko złe na mnie, to to było ich zdanie, cierpiałem, bo się zgadzałem, ale mogłem się wstawić w sytuację skrzywdzonego”, „tamto miało więcej fizycznych objawów, a teraz jest bardziej moje”, „to jest inne, bardziej namacalne i to mnie przeraża w bardziej racjonalny sposób”, „nawet śmieci mają wartość, ale ja jestem śmieć nienadający się do recyklingu, trzeba mnie zutilizować jak największe świństwo”.

Komentarz: Proces przemieszczania się spostrzegania negatywnych ocen samego siebie z innych osób i identyfikowania jako własnych myśli jest dokonany, i jest dla pacjenta źródłem dużego cierpienia. Prawdopodobnie tak samo trudne są dla pacjenta wątki separacyjne. Stan podgorączkowy jest przez niego psychologicznie wykorzystywany jako czasowe „zwolnienie” z konieczności radzenia sobie z tymi problemami. Pacjent „zawiesza” dalsze psychologiczne przepracowanie zbyt silnych i trudnych

obecnie treści.

Dalsze leczenie pacjenta miało miejsce na oddziale profilowanym leczenia wczesnych psychoz.

Dyskusja

Niewątpliwie faktem mającym znaczenie dla zaprezentowanych w powyższym opisie przypadku treści jest posiadanie przez pacjenta wyższego wykształcenia i dobre umiejętności werbalne relacjonowania swoich przeżyć oraz myśli. Z pewnością wielu pacjentów leczonych z powodu schizofrenii nie stwarza możliwości tak dobrego wglądu w treść swoich przeżyć. Można przypuszczać, że dla tej grupy pacjentów proces dekonstrukcji psychotycznego przeżywania stwarza jeszcze większe, od opisanych wyżej, trudności.

W moim odczuciu przytoczone wyżej wypowiedzi pacjenta potwierdzają, że po podaniu leku przeciwpsychotycznego mają miejsce dwa procesy. Pierwszy proces to związane z działaniem leku ustępowanie treści klasyfikowanych jako psychotyczne – w opisanym przypadku urojeń odnoszących i prześladowczych. U podłoża tego procesu może leżeć, jak to proponuje Kapur, ustępowanie nadmiernego nadawania (uwydawniania) znaczeń otoczeniu. Pacjent mówi o tym działaniu leków używając takich sformułowań jak „zobojętnienie”, „już tego nie czuję”. Drugi proces to psychologiczna reakcja na te zmiany, w opisanym przypadku niezwykle rozbudowana. Jedną z jej części jest tu włączenie uprzednio projektowanych treści w obręb psychiki i uznanie, że są to własne myśli. Trzecim procesem, który wykracza poza ramy teoretyczne zaproponowane w pracy Kapura, jest uruchomienie się procesu separacji-indywiduacji u pacjenta. Widoczny jest ten proces w wypowiedziach pacjenta pod adresem matki, jak też głębokie poczucie winy związane z potrzebami dokończenia przerwanej przez psychozę separacji.

W dyskusji opisanego przypadku chciałbym podkreślić, że moim zdaniem możliwość kontaktu o charakterze specyficznej relacji psychoterapeutycznej powinna być zapewniona pacjentom, u których włączane są leki przeciwpsychotyczne już w pierwszych dniach leczenia. Wymaga określenia, w jakich przypadkach taka relacja psychoterapeutyczna powinna być zapewniona, a w których powinno powstrzymać się od jej nawiązywania. Orientacja teoretyczna tej pomocy psychoterapeutycznej pozostaje kwestią otwartą. Prawdopodobnie najbardziej celowe byłoby stworzenie orientacji dostosowanej do specyficznej fazy choroby, w jakiej znajduje się pacjent, oraz do specyfiki problemów związanych z psychozą (np. schizofrenią, w której dużą rolę odgrywają deficyty funkcji poznawczych). Z tych względów nie chciałbym wypowiadać się na rzecz jakiegoś konkretnego kierunku psychoterapeutycznego. W moim odczuciu rodzaj proponowanej w tej fazie choroby terapii powinien cechować się brakiem intruzywności oraz uwzględnieniem czynników psychodynamicznych, tak, aby można było rozumieć komunikaty pacjenta wygłaszane w symbolicznej, przemieszczonej, czy w inny sposób zaszyfrowanej, formie.

Opisany przypadek potwierdza także moim zdaniem doniesienia naukowe wskazujące, że działanie przeciwpsychotyczne leków rozpoczyna się w krótkim czasie

od ich podania. Agid i wsp. [6] zauważają, że należy odróżnić opóźnione początki działania leku od opóźnionej pełnej poprawy po leczeniu. Przeprowadzona przez nich metaanaliza pozwala, ich zdaniem, odrzucić hipotezę opóźnionego początku działania leków przeciwpsychotycznych. Uzyskane wyniki wskazują, że działanie przeciwpsychotyczne pojawia się szybko, jest najbardziej znaczące w pierwszym tygodniu leczenia i trwa dalej w kolejnych tygodniach. Uważają oni, że pogląd o opóźnionym działaniu leków przeciwpsychotycznych mógł być wynikiem pomylenia koncepcji początku działania leku z czasem potrzebnym do uzyskania poprawy klinicznej o założonej istotności statystycznej. Ponieważ większość badań zakłada uzyskanie pewnej istotności statystycznej, mogły one nie mieć dostatecznej mocy, aby wykryć tę wczesną poprawę. Wykrywały natomiast moment istotnej statystycznie poprawy, który następował później, po pewnym czasie leczenia.

Wnioski

Po podaniu leku przeciwpsychotycznego u osoby z psychozą zachodzą dwa równoległe procesy: biologiczny proces hamowania nadmiernego nadawania znaczeń oraz psychologiczny proces dekonstrukcji urojeń oraz rekonstruowania swojego miejsca w „nowej” rzeczywistości.

Interwencja psychoterapeutyczna stosowana od pierwszych dni leczenia może mieć znaczenie dla drugiego z tych procesów; w przeciwnym razie pacjent jest zdany na własne zasoby psychologiczne i sposoby radzenia sobie, które mogą być niewystarczające lub dysfunkcjonalne.

Ostateczny wynik leczenia jest sumą działania biologicznego leku i psychologicznych procesów przepracowania uruchamianych przez pacjenta w odniesieniu do samego siebie, przebytej psychozy, otaczającej rzeczywistości i procesów rozwojowych.

Ęęćić=łńęř' ċęęńńđřöč' ěł=łć' đ'ńćöłęř' â ěńńęńńł ěńńöłđ'öčč' đ'ńćöłęř'
ęęę' nńńń' łć' řđöřłłłńń' łöłłćăřłć' ċř=łłćć

Ńńăłđćřłćł

Ęřđ'öđ' n=ċńřłń, +ńń' äđ'řęćł' 'äē' łńń' ěłäćřńđłđē .ńă' ċřłłüē' n' nčńńłēłē' łłđłłńă' ċ' ó'+řńńăółń' n' đ'łđłř=łē' (đđł' äēłłćłē) ċř=łłć' đ'đłäēłńă' â' łęđöčřłłē' łăńńřłłăęł. Äăđ'řăřł' -řńđłăłć=řłń' â' ċęēłłłćć' łłđłłłüö' đ'đłăńńřăċńłēłē' äłřłćö' đřęăđřęċńłēłē' ċę' łēńđřēüüüö, äłċđřęċč=łüö' â' äřćłłł, łř=ċńłēüüł. Ćńł' đ'đłöłńń, â' ěńńđłē' năăüńē' ċ' ēüńēċ' đöęłăłă' n' äłēńńăċłē' ċ' äēċ' łń' łř' öłēłńńăđřęċłł' đ'řăłăłćł. Ęřđ'öđ' đ'řńńēřńđċăřłń' đ'ńćöłę' ěęę' nńńń' łćł' äċđ'łđńđłđöċđłăřłłłń' řđöřłłłń' łöłłćăřłć' ċř=łłćć, â' ěńńđłē' nčńńłēř, nă' ċřłłř' n' äđ'řęċłłē' nńřłăċńń' đöęłăłăċńłēłē' ċř=łłćć, nłċăřłń' ċö' đ'řńłēłăċ=łńęċč' łăđřęłē. Äđłă - ýńł' ěłăłċńċăłłł' łăú' nłłłć', ěńńđłł' äřłłř' ēċ=łńńü' äăłăċń' äē' nłċăřłć' nēüńēř' năłłēö' nńńń' łċł' řđöřłłłńē' äċđ'łđńđłđöċ=ł-ńęłē' łöłłēł' ċř=łłćć' ċ' öđ'đ' äł=łċăř' năłłăł' đ'łđłċċăřłć' .

łłċřăċńċēł' łń' Öċęċłöċċē=łńęċčö' łńăłłłłńłē' řłńċđ'ńćöłńċ=łńęċčö' ēłęřđńńă, ěńńđłł' ēłăöń' łńċċ=řńń' ēłċăó' năłăē, łăłřęł, năăēłńńłł' äē' äńłö' äłēńńăċł - ýńł' ýööłęń' ċřăēöřċăřłć' äüđřłłłüö' ċř=łłćć. Ćńł' 'äē' łńń' đ'ńēłăłēċē' năăēłńńłē' ýööłęńē' äłēńńăċ' äńłö' ēłęřđńńă. Äńł' ýńł' nłċăřłń' łńńăó' äē' đ'ńēłăółłł' đ'ńćöłēłăċ=łńęłăł' đ'đłöłńń' öēö=řłć' â' đřăċöńł' nċēđ'ńłēłă. Đłłċđřłłłēł' äđłăř' nđłăółń' łń' đ'řöċłłńř' ěłăċłċńċăłłē' ċ' đ'ńćöłēłăċ=łńęłē' đřăłłńü, łř' äřċńċł' ēċęăċăřöċč' 'äēłłć' đ'řăüřłłłń' đ'ċăăřăřłć' ċř=łłćć' đ'řă' äēċ' łćłē' řłńċđ'ńćöłńċ=łńęłăł' ēł=łłć'. Äüńęřċüăřłć' đ'řöċłłńř, ēł=łłłńăł' đłńđ'łċăłłē, äł' äđłē' đ'đřđřłłċăłłăł' đ'ńćöłęř, đ'đřłřēċċđłăřłł' n' nł=ęċ' ċđłłć' năăēřłłłńċ

ń dđłæicłiúé nłđéłé. ĩńéł=łú nólńńálúđ áđiúł đŕ æéłéł čńłńéáúđ đđółńńŕ đđłđŕáńęč nłáłđćŕé đńčóúéiăč=łńęčó đŕińčé ółł ń đđáúó áłé éł=łúč.

Klinische Erklärung der Behandlung einer Psychose im Hinblick auf die Idee der Psychose als eines gestörten Zustandes der Benennung von Bedeutungen

Zusammenfassung

Nach Kapur ist Dopamin ein Vermittler, der in neuronales System einbezogen ist, das mit der Benennung (Hervorhebung) der Bedeutungen von Sachen in der Umgebung verbunden ist. Dopamin vermittelt die Veränderung der neuronalen Vertretungen der äußeren Reize aus den neutralen, inerten - in wichtige, bedeutende. Es ist ein Prozess, in dem die Ereignisse und Gedanken die Taten leiten und Zweckverhalten beeinflussen. Kapur sieht die Psychose als den Zustand der gestörten Hervorhebung von Bedeutungen, in dem das mit Dopamin verbundene System zum Schöpfer der Bedeutungen wird und bildet sie auf eine pathologische Weise. Die Halluzinationen sind kognitive Erklärungen, die eine gewisse Person einführt, um ihrem Zustand der gestörten Hervorhebung von Bedeutungen den Sinn verleihen und ihr Erleben zu ordnen. Unabhängig von den physikochemischen Eigenschaften der antipsychotischen Medikamente, die unterschiedlich sein können, ist für sie alle der Effekt der Dämpfung der Hervorhebung von Bedeutungen. Es ist der endgültige gemeinsame Effekt aller Medikamente. Es bildet den Grund für einen weiteren psychologischen Prozess der Verbesserung der Symptome. Die Regression der Halluzinationen erfordert von dem Patienten eine kognitive und psychologische Arbeit aufgrund der Regression der übermäßigen Benennung von Bedeutungen nach der antipsychotischen Behandlung. Die Aussagen des Patienten, der mit Risperidon während der paranoiden Psychose behandelt wurde, wurden im Hinblick auf die Richtigkeit mit der vorgeschlagenen Theorie analysiert. Es wurde der intensive Prozess des Durcharbeitens der psychologischen Inhalte von den ersten Behandlungstagen an festgestellt.

L'exemple clinique de la thérapie de la psychose dans le contexte de la conception de psychose comme état de trouble de la mise en évidence des sens

Résumé

Selon Kapur la dopamine est un médiateur neural qui participe à la mise en évidence des sens des choses dans l'entourage. Elle joue le rôle important dans le changement des représentations neurales des stimulants extérieurs neutres en des représentations significantes, attractives ou repoussantes. C'est un processus où les événements et les pensées influent sur l'activité et sur ses objectifs. Kapur traite la psychose comme état de trouble de la mise en évidence des sens où le système de dopamine crée les sens, il les crée d'une manière pathologique. Les illusions forment les explications cognitives de la personne qui les introduit pour donner le sens à son état de troubles de la mise en évidence et pour classer ses sentiments. Les médicaments antipsychotiques ont l'effet commun d'affaiblir la mise en évidence des sens. Cet effet cause ensuite l'amélioration dans le domaine des symptômes. La réduction des illusions exige du patient le travail psychologique et cognitif. Le cas d'un patient suivant la thérapie de rispridone est analysé du point de vue de la théorie de Kapur et on y note le processus de la conceptualisation intense des sens.

Písmiennictwo

1. Kapur S. *Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia*. Am. J. Psychiatry 2003;160 (1): 13–23.
2. Kapur S, Remington G, Jones C, Wilson A, DaSilva J, Houle S, Zipursky R. *High levels of*

- dopamine D2 receptor occupancy with low-dose haloperidol treatment: a PET study.* Am. J. Psychiatry 1996;153 (7): 948–950.
3. Kapur S, Remington G, Zipursky RB, Wilson AA, Houle S. *The D2 dopamine receptor occupancy of risperidone and its relationship to extrapyramidal symptoms: a PET study.* Life Sc. 1995; 57 (10): 103–107.
 4. Kapur S, Zipursky R, Jones C, Remington G, Houle S. *Relationship between dopamine D(2) occupancy, clinical response, and side effects: a double-blind PET study of first-episode schizophrenia.* Am. J. Psychiatry 2000;157 (4): 514–520.
 5. Kapur S, Seeman P. *Does fast dissociation from the dopamine D(2) receptor explain the action of atypical antipsychotics?: A new hypothesis.* Am. J. Psychiatry 2001; 158 (3): 360–369.
 6. Agid O, Kapur S, Arenovich T, Zipursky RB. *Delayed-onset hypothesis of antipsychotic action: a hypothesis tested and rejected.* Arch. Gen. Psychiatry 2003; 60 (12): 1228–1235.

Otrzymano: 29.07.2004

Zrecenzowano: 11.08.2004

Przyjęto do druku: 4.10.2004

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

