

## Zaburzenia psychiczne u pacjentki wykorzystywanej seksualnie w dzieciństwie – schizofrenia czy objawy złożonego PTSD (CPTSD)\*

### Mental disorders in a female patient with childhood sexual abuse – schizophrenia or complex PTSD

Marek Gronkowski<sup>1</sup>, Bożena Śpila<sup>2</sup>, Ewa Gronkowska<sup>3</sup>,  
Hanna Karakuła<sup>2</sup>, Grzegorz Przywara<sup>2</sup>, Justyna Pawężka<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Oddział Psychiatryczny SPZ ZOZ Nowa Dęba  
Ordynator: lek. med. M. Pietrzyk

<sup>2</sup> Klinika Psychiatrii AM w Lublinie  
Kierownik: prof. dr hab. A. Grzywa

<sup>3</sup> Oddział Chorób Wewnętrznych SPZ ZOZ Nowa Dęba  
Ordynator: lek. med. E. Struk-Józefczuk

#### Summary

The paper presents the definition, synonyms of child sexual abuse and a short overview of the current knowledge about long-term effects of that kind of trauma. The case of a female patient with diagnosed schizophrenia and a history of being sexually abused in childhood who was hospitalised at The Department of Psychiatry in Lublin is described. Sexual abuse of the child is prolonged, repeated trauma, thus another probable diagnosis – Complex PTSD is discussed. The diagnosis of PTSD includes the symptoms that result when a person experiences a short-lived trauma. However, chronic trauma like child sexual abuse continue for months or years at a time and a new diagnosis called Complex PTSD describes the symptoms of long-term trauma.

*Słowa kluczowe:* wykorzystywanie seksualne dziecka, zaburzenie po stresie traumatycznym  
*Key words:* sexual abuse of child, post-traumatic stress disorder

#### Wstęp

W myśl definicji podawanej przez Światową Organizację Zdrowia oraz Amerykańską Akademię Pediatrii [1] za przemoc seksualną wobec dziecka uważa się angażowanie go w jakąkolwiek aktywność natury seksualnej, której ono całkowicie nie pojmuje, nie jest w stanie świadomie się na nią zgodzić, lub na którą nie jest rozwojowo przygotowane lub która narusza prawo lub społeczne zakazy. Do synonimów przemocy

---

\* Badanie nie było sponsorowane

seksualnej wobec dzieci, spotykanych w literaturze, możemy zaliczyć m.in. następujące określenia: wykorzystywanie seksualne, krzywdzenie seksualne, molestowanie seksualne. Obok takich wydarzeń traumatycznych, jak zaniedbywanie, maltretowanie fizyczne oraz bycie świadkiem przemocy w obrębie rodziny, wykorzystywanie seksualne jest zaliczane do stresorów skrajnych. W naszym kraju do niedawna prowadzono stosunkowo mało badań dotyczących tej sfery dziecięcej traumy oraz jej wpływu na późniejsze funkcjonowanie jednostki w wieku dorosłym. Temat ten był traktowany jako pewnego rodzaju tabu. W ostatnich czasach stan ten ulega zmianie za pośrednictwem polskich badaczy zajmujących się tym problemem. Między innymi badanie przeprowadzone przez Izdebskiego i realizowane przez TNS OBOP przedstawia współczesnych polskich nastolatków jako „zmuszanych do seksu, znerwicowanych, pijących, biorących narkotyki i prostytutkiujących się”. Na pytanie, czy ktoś zmuszał ich do stosunków seksualnych, 18% odpowiedziało twierdząco, do innych zaś zachowań seksualnych było przymuszonych 16% nastolatków. Za zachowania seksualne uważano nie tylko pełny stosunek seksualny, ale i sytuację, gdy wbrew woli ktoś rozebrał się przy nich, dotykał intymnych części ciała, zmuszał do masturbacji. Jednocześnie 12% badanych przyznało się, że było sprawcami przemocy seksualnej wobec rówieśników [2]. Przełamano także stereotyp myślenia, iż molestowanie seksualne dotyczy wyłącznie rodzin tzw. patologicznych. Jak poważny jest to problem, nawet biorąc pod uwagę rozpowszechnienie przemocy seksualnej tylko w Polsce, świadczą wyniki badań ankietowych, w których 35% kobiet i 21% mężczyzn doświadczyło wykorzystywania seksualnego do 15 r.ż. [3].

Problem dziecka poddanego przemocy seksualnej należy rozpatrywać dwupłaszczyznowo, ponieważ skutki nadużycia są bezpośrednie – wynikają z rodzaju przemocy seksualnej, jakiej dziecko doświadczyło, oraz pośrednie – dotyczą m.in. zmowy milczenia osób z najbliższego otoczenia dziecka. Nierzadko ofiara molestowania musi się zmagać z oskarżeniem ze strony starszych osób, które winą za powstałą przemoc chcą obarczyć ją samą. Ten rodzaj traumy może być jednym z czynników zwiększających ryzyko zaburzeń psychicznych.

Można wyróżnić cechy szczególne zaburzeń, które powstały u osób wykorzystywanych seksualnie w dzieciństwie. Obserwuje się istotnie wyższe ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych, w tym atypowej depresji ze zwiększeniem się apetytu i nadmierną sennością [4], oraz depresji/dystymii ze współistniejącymi zaburzeniami lękowymi [5]. Stwierdzono, że u osób, u których udokumentowano fizyczne znęcanie się, wykorzystywanie seksualne lub zaniedbywanie, objawy zaburzeń osobowości były czterokrotnie częstsze w porównaniu z osobami, które nie doświadczyły tych problemów [6], początek zaś wykorzystywania seksualnego we wcześniejszym wieku i istotnie wyższa częstość znęcania się w postaci agresji fizycznej i słownej ze strony matki są związane z rozpoznaniem osobowości z pogranicza [7]. U kobiet zła opieka matki w połączeniu z przemocą seksualną były związane z rozwojem anoreksji. Następstwem wykorzystywania seksualnego we wczesnym okresie dojrzewania było wystąpienie bulimii, cięższe zaś postaci nadużyć wiązały się z występowaniem objawów dysocjacyjnych i nadmierną uległością kobiet chorych na bulimię [8]. Osoby, u których w wywiadzie stwierdza się fakt doznania przemocy seksualnej w dzie-

ciństwie, mają łatwość ponownego wchodzenia w rolę ofiary w życiu dorosłym, co może prowadzić do błędnego koła urazowości, związanego z częstszym sięganiem po substancje psychoaktywne czy stania się ponownie ofiarą przemocy. Dane z National Comorbidity Survey wykazują 2–4-krotne zwiększenie się częstości podejmowania prób samobójczych przez kobiety wykorzystywane seksualnie w dzieciństwie. U mężczyzn z dodatnim wywiadem w kierunku przemocy seksualnej w dzieciństwie podejmowanie prób samobójczych zdarzało się 4–11-krotnie częściej w porównaniu z mężczyznami bez tego typu traumy w okresie dzieciństwa [9].

Powstawanie oraz utrzymywanie się objawów psychopatologicznych po wykorzystywaniu seksualnym wyjaśnia m.in. model traumatogennych mechanizmów opracowany przez Finkelhora i Browne'a [10]. Autorzy wymieniają cztery czynniki które wpływają na dziecięcą poznawczą i emocjonalną orientację, deformują obraz samego siebie i otoczenia, pełniąc w ten sposób rolę mediatorów między doznaniem przemocy a nasileniem objawów u ofiar przemocy seksualnej. Kolejno są to: poczucie zdrady, traumatyczna seksualizacja, poczucie bezsilności, stygmatyzacja. Pierwszy z czynników dotyczy odczuwanego zawodu związanego z dopuszczeniem się przez sprawcę przemocy seksualnej. Poczucie zdrady jest bardziej intensywne w przypadku silnego związku emocjonalnego między ofiarą a sprawcą. Sytuacja ta może dotyczyć np. relacji rodzic–dziecko. Inny rodzaj poczucia zdrady związany jest ze spadkiem zaufania do dorosłego opiekuna, który nie daje wiary w relację podopiecznego dotyczącą nadużycia. Traumatyczna seksualizacja wiąże się z procesem kształtowania niewłaściwego dla wieku wzorca seksualności. W wieku dorosłym może być źródłem dodatkowej urazowości – np. poprzez stosunki z przygodnymi partnerami, narażanie się na gwałt, zachowania ryzykowne. W wieku dziecięcym traumatyczna seksualizacja może prowadzić do traktowania przez dziecko swojej seksualności jako towaru wymiennego, a także do nadmiernej erotyzacji otoczenia. Z traumy, jaką jest molestowanie seksualne, wywodzi się poczucie bezsilności powiązane z brakiem zrozumienia ofiary przemocy przez otoczenie, niemożnością uniknięcia sytuacji, w której dochodzi do krzywdzenia. Czynniki te mogą rzutować na postawę osoby wykorzystywanej seksualnie w dzieciństwie podejmującą niekoniecznie dla siebie najlepsze wybory w życiu dorosłym. Przeżycie traumy przyczynia się do stygmatyzacji osoby, która niejednokrotnie jest przekonana o wiedzy otoczenia o jej traumatycznym przeżyciu; czuje się przez to gorsza, splamiona, winna, odpowiedzialna za zaistniałą sytuację, co prowadzi do zachowań zmierzających do samounicestwienia siebie.

Opisane powyżej dane z badań potwierdzają fakt znacznego wpływu nadużycia seksualnego w dzieciństwie na stan psychiczny i dalszy rozwój dziecka. Niemniej, wykazane powyżej rozpowszechnienie epidemiologiczne nadużyć seksualnych w dzieciństwie relacjonowane przez osoby dorosłe [2, 3] nie przekłada się bezpośrednio na rozpowszechnienie zaburzeń stanu psychicznego. Wydaje się, że istnieje populacja dorosłych osób, które doświadczyły przemocy seksualnej w dzieciństwie, a nie cierpią na zaburzenia stanu psychicznego. Zatem ważne jest zbadanie czynników ochronnych, prozdrowotnych, dzięki którym osoby te utrzymują się w dobrym zdrowiu psychicznym i nie stają się klientami psychiatrów lub psychoterapeutów.

## Opis przypadku

Pacjentka, lat 27, panna, pochodząca z rodziny rolniczej, mieszkającej na wsi, z wykształceniem zawodowym, została przyjęta w czerwcu 2004 roku do Kliniki Psychiatrii AM w Lublinie, na podstawie skierowania z Przychodni Zdrowia Psychicznego, z powodu zaostrzenia się schizofrenii paranoidalnej. Nie stwierdzono w wywiadzie chorób psychicznych w rodzinie.

Początkowo pacjentka przyznawała jedynie, że dzieciństwo wspomina źle. Nie podawała żadnych szczegółów dotyczących jej relacji z rodzicami i rodzeństwem. Ukończyła szkołę podstawową, miała problemy z ukończeniem liceum zawodowego ze względu na początek zaburzeń psychicznych ok. 15 roku życia. Początek choroby wiązała z gwałtownymi zaburzeniami odżywiania się (typ mieszany bulimia/anoreksja), z powodu których była leczona na oddziale dziecięcym psychiatrycznym w Warszawie. Uzyskano roczną remisję objawów. Pacjentka przebywała wówczas poza domem rodzinnym, u ciotki, u której czuła się dobrze, i ukończyła szkołę. Po powrocie do domu rodzinnego w 17 r.ż. pojawiły się objawy wytwórcze, w postaci urojeń prześladowczych, omamów słuchowych imperatywnych – „głos diabła” nakazujący popełnienie samobójstwa, zaburzenia snu, obniżenie nastroju włącznie z myślami samobójczymi. Rozpoczął się cykl wielokrotnych hospitalizacji psychiatrycznych w szpitalach centralnej i wschodniej Polski. Rozpoznawano m.in. zespół paranoidalny, schizofrenię paranoidalną. Zastosowano wszelkie możliwe kuracje neuroleptyczne. Między hospitalizacjami pacjentka na krótko wracała do domu rodzinnego. Kilkakrotnie podejmowała próby samobójcze, w tym przez zatrucie lekami, podcięcie żył nadgarstka. Tuż przed przyjęciem do kliniki była leczona na miejskim oddziale psychiatrycznym kłozapiną w dawce 400 mg/24h, walproinianem w dawce 1,5 g/24h, flupentyksolem 4,5 mg/24h, pridinolem 15 mg/24h oraz klorazepamem 10 mg/24h. Została przeniesiona z powodu trudności terapeutycznych w celu leczenia elektrycznego.

Przy przyjęciu zanotowano: w kontakcie powierzchownym, orientacja auto- i allopsychiczna prawidłowa, potwierdzała występowanie omamów słuchowych nakazujących popełnić samobójstwo, występował nasilony lęk, pobudzenie psychoruchowe.

Na początku hospitalizacji pacjentka przejawiała bardzo intensywne doznania psychotyczne w postaci omamów słuchowych, a także wzrokowych, oraz doznania o charakterze depersonalizacji – twierdziła, że jest zwierzęciem (kotem). Jej aktywność ograniczała się do leżenia w łóżku pod przykryciem. Posiłki przyjmowała pod nadzorem i była motywowana do utrzymywania higieny. Doznaniem psychotycznym zawsze towarzyszył lęk, który wymagał stosowania dużych dawek trunkwilizatorów. Mimo utrzymania w leczeniu kłozapiny, dołączenia m.in. risperidonu (6 mg/24h), lewomepromazyny (150 mg/24h), nie uzyskano poprawy w zakresie psychopatologii wytwórczej. W badaniach laboratoryjnych wykluczono zaburzenia hormonalne (TSH, fT3, fT4, PRL, FSH, LH, estradiol, progesteron, testosteron – w normie), boreliozę; wyniki badań podstawowych (OB, morfologia, jonogram, bilirubina, białko, cukier, transaminazy, mocznik, kreatynina, analiza moczu) mieściły się w granicach normy. Badanie EEG, przeprowadzone podczas farmakoterapii m.in. kłozapiną, uwidocznilo zmiany uogólnione dotyczące czynności podstawowej (niezróznicowanej przestrzen-

nie, zwolnionej) oraz zmiany uogólnione z przewagą w okolicy czołowo-skroniowej obustronnie w postaci nielicznych grup nieregularnych fal delta-theta; wyraźnych zmian o charakterze napadowym nie zarejestrowano. W kolejnych badaniach, gdy zrezygnowano z terapii klozapiną, czynność mózgu uległa normalizacji. Tomografia komputerowa głowy nie uwidoczniła patologii.

W związku z narastaniem objawów wysycenia polekowego w postaci zespołu parkinsonowskiego zdecydowano się na zabiegi EW. Po piątym zabiegu zaobserwowano poprawę stanu psychicznego – obniżenie się intensywności doznań omamowych („diabeł odszedł”). Wykonano 10 zabiegów EW, rezygnując z 2 ostatnich ze względu na narastający lęk przed znieczulającym anestetyzjologiem. Ze względu na treść objawów psychotycznych kontakt słowny z pacjentką początkowo był utrudniony, chwilami wręcz niemożliwy do nawiązania. Po prawie 3 miesiącach pacjentka poczuła się lepiej, lęk zmniejszył się, poczuła się bezpieczniej. Kiedy doszło do częściowej remisji objawów, stała się bardziej otwarta i nawiązała słowny kontakt, lecz tylko i wyłącznie z kobietami, konsekwentnie unikając mężczyzn i reagując na nich lękowo. Odmawiała konsultacji, które mieli przeprowadzić lekarze mężczyźni. W miarę trwania wielomiesięcznej hospitalizacji zaobserwowano zależność pogarszania się stanu psychicznego pacjentki związaną z kontaktem z rodziną (odwiedziny, krótkie przepustki). Pacjentka twierdziła, że jest bardziej „zżyta” z matką niż z ojcem, przyznała, że kilkakrotnie stawała w obronie matki podczas awantur domowych, kiedy dochodziło do fizycznej przemocy. Dopiero po 4 miesiącach hospitalizacji, w kolejnym z rzędu badaniu psychiatrycznym, przyznała, że była molestowana seksualnie w dzieciństwie przez swojego wujka, w formie wymuszanych gwałtów. Do nadużyć dochodziło regularnie co roku od ok. 7 r.ż. pacjentki, kiedy w lecie spędzała wakacje u wujostwa. Bała się przyznać swojej matce do tego faktu, a gdy ją o tym poinformowała, po 8 latach trwania nadużywania, ta nie dała wiary słowom dziecka, ale od tej pory nie wysyłała jej na wakacje do wujka. W czasie obecnego pobytu w szpitalu matka nadal negowała problem, twierdząc, że córka zachowała dziewictwo, mimo przedstawionego wyniku badania ginekologicznego, potwierdzającego fakt przebytego współżycia seksualnego.

Od momentu ujawnienia wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie stan psychiczny pacjentki gwałtownie się pogorszył. Nastąpiło nasilenie objawów wytwórczych – pojawiły się omamy dotykowe (twierdziła, że jest „obmacywana” przez diabła-wujka) oraz omamy słuchowe nakazujące leżenie na plecach i dotykanie narządów płciowych. Nawracające doznania psychotyczne były tak silne, iż pacjentka dokonała próby samouszkodzenia – przez nacięcie przedramienia oraz wypicie zmywacza do paznokci. Zdecydowano się na intensywną psychoterapię wspierającą, metodą Programu dla Ofiar Przemocy wg J. L. Herman [11], oraz zmodyfikowano farmakoterapię – lewomepromazyne 150 mg/24h, trifluoperazyne 25 mg/24h, olanzapina 20 mg/24h, paroksetyna 20 mg/24h, lamotrygina 50 mg/24h. W miarę kolejnych miesięcy trwania leczenia skojarzonego uzyskano stopniowo poprawę stanu psychicznego – m.in. ustąpienie objawów wytwórczych, normalizację nastroju, rytmu dobowego. Pacjentkę przekazano do dalszego leczenia na Oddział Rehabilitacji Psychiatrycznej. Obecnie pacjentka funkcjonuje samodzielnie, mieszka w hostelu dla chorych psychicznie i uczestniczy w zajęciach dziennych warsztatów terapii zajęciowej, pozostając pod opieką Poradni

Zdrowia Psychicznego przy Klinice Psychiatrii AM w Lublinie i w stałym kontakcie terapeutycznym. Próba powrotu do domu zakończyła się nawrotem ostrych objawów psychotycznych, które ustąpiły po powrocie do hostelu. W leczeniu farmakologicznym pozostawiono: lewomepromaznę 200 mg/d, lamotryginę 100 mg/d, trifluoroperazynę 15 mg/d, klomipraminę 150 mg/d.

### Omówienie

Zgodnie z koncepcją Nemeroffa „podatności na stres” (stress-diathesis), pod wpływem ciężkich wydarzeń traumatycznych w dzieciństwie, związanych najczęściej z przemocą lub nadużyciem, tworzy się nadwrażliwość w układzie HPA (sensytyzacja) i nadmierne wydzielanie CRF (kotykoliberyny), z brakiem hamowania zwrotnego osi HPA [za: 12]. Wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie nie ma cech krótkotrwałości, jak np. wypadek samochodowy, klęska żywiołowa. Wprost przeciwnie – jest długotrwałe i nierzadko cechuje go cykliczność, co powoduje zmiany w układzie HPA odpowiedzialnym za reagowanie na stresory. Heim i wsp. [12] przedstawiają dowody wskazujące na to, że uraz wczesnodziecięcy może powodować przetrwały stan biologiczny, który może być czynnikiem ryzyka rozwoju zaburzeń psychicznych w późniejszym życiu. Z tego względu, stwierdzenie wykorzystywania w dzieciństwie powinno być postrzegane jako istotny czynnik ryzyka wystąpienia choroby psychicznej.

Jak wynika z wywiadu, omawiana pacjentka w okresie dzieciństwa podlegała wieloletniemu urazowi, wynikającemu z nadużywania seksualnego pozostającego przez wiele lat tajemnicą, ukrywaną przed bliskimi z obawy przed prześladowcą i z poczucia bezsilności i niemożności uniknięcia sytuacji krzywdzenia. Okoliczności te zatem spełniają kryteria zespołu stresu pourazowego. W okresie dojrzewania u pacjentki występowały objawy zaburzeń odżywiania się typu mieszanego, z powodu których była hospitalizowana na oddziale dziecięcym; dopiero później, w okresie wczesnej dorosłości, pojawiły się objawy psychotyczne.

Niektóre koncepcje zakładają, że ujawnienie się psychozy zależy od wzajemnych oddziaływań między dziedzicznym lub nabytym we wczesnym okresie życia uwrażliwieniem a okolicznościami stresu [2]. Walker i Diforio [13] opracowali model, nazwany przez nich „traumagenic neurodevelopmental model”, w którym integrują wpływ czynników społecznych, psychologicznych i biologicznych. Według tego modelu długotrwałe, o znacznym nasileniu, wydarzenia traumatyczne doznane w dzieciństwie mogą spowodować podatność (vulnerability) na stres i trudności w radzeniu sobie z nim. Nawet, mimo braku predyspozycji genetycznych, powstaje nadwrażliwość na stres w życiu dorosłym. Neurologiczne nieprawidłowości, uznawane za charakterystyczne dla schizofrenii, odnaleziono również w mózgach dzieci – ofiar przemocy, np. uszkodzenie hipokampu, zaniki mózgu, powiększenie komór i asymetrie półkul mózgu. Wynikające z tych nieprawidłowości deficyty poznawcze mogą również wynikać z nadużycia w dzieciństwie [14].

Można zatem przedstawić hipotezę, że uwrażliwienie – podatność na stres wywołana przewlekłym nadużyciem seksualnym, a w dalszym etapie życia (po ujawnieniu przez pacjentkę zaistniałego krzywdzenia) nieadekwatna opieka rodzicielska spowodo-

wały kaskadę, prowadząc do dekompensacji i objawów psychotycznych, które nazwano schizofrenią. Charakterystyczna tematyka halucynacji, których treść wiązała się jedynie z przeżyciami wielokrotnego gwałcenia, bez niezwykłych, niespotykanych zazwyczaj w życiu sytuacji, może świadczyć o ich dysocjacyjnym mechanizmie. Prawdopodobnie przypominają one objawy typu „odbicia – flashback”, typowe dla PTSD. Początkowo, nie znając całej prawdziwej historii nadużycia seksualnego w dzieciństwie pacjentki, można by uznać zgłaszane przez nią omamy i urojenia za nie mające odzwierciedlenia w realnym życiu, dziwaczne, odrealnione, czyli typowe dla schizofrenii. Po ujawnieniu faktu wykorzystania seksualnego wydaje się, że „psychotyczne” halucynacje i urojenia, występujące u chorej, mogą być zapamiętanymi i przetworzonymi emocjonalnie zdarzeniami traumatycznymi, podobnymi do „powtórnego przeżywania, rozszczepienia (spilt-off)” – przeżyć typu „odbicia”, typowych dla PTSD.

Dla zaburzeń powstałych w wyniku doświadczeń o charakterze chronicznym zaproponowano w DSM-IV nową diagnozę o nazwie Complex PTSD (CPTSD), sugerowaną m.in. przez National Center for PTSD [15]. Podstawowym wymaganie, jakie należy spełnić, by postawić taką diagnozę, jest wyodrębnienie u pacjenta długotrwałego okresu, w którym był poddawany całkowitej kontroli przez inną osobę – sprawcę traury, oraz nie był w stanie uciec przed sytuacją generującą traumę. Obok takich sytuacji powodujących chroniczną traumę, jak długotrwała przemoc domowa czy wykorzystywanie seksualne dzieci, wymienia się rzeczywistość obozów koncentracyjnych i jenieckich.

Analizując przypadek pacjentki, można zwrócić uwagę na charakter objawów, które mogą spełniać kryteria diagnostyczne nowej jednostki. U pacjentki występowało wielokrotne odtwarzanie i przeżywanie sytuacji urazowych w snach, omamach słuchowych, czuciowych, wzrokowych, których treść była wyłącznie i ściśle związana z sytuacją urazową, co powodowało jej cierpienie. Zaobserwowano w okresie zaostrzenia objawów zmniejszenie ogólnej wrażliwości na bodźce, w tym bólowe, wyobcowanie, apatię, utratę zainteresowań. Występował lęk uogólniony z podwyższonym poziomem pobudzenia oraz dochodziło do pogarszania się stanu psychicznego w sytuacjach przypominających uraz. W tabeli przedstawiono zestawienie objawów schizofrenii i CPTSD jako różnicowanie w przedstawionym przypadku.

Tabela. Różnicowanie objawów stwierdzanych u przedstawionej pacjentki wg DSM-IV

Objawy nie występujące u pacjentki (oznaczone *)		
	Objawy typowe dla CPTSD	Objawy typowe dla schizofrenii
Zmiany w postrzeganiu i myśleniu	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Poczucie bezradności</li> <li>– Wstyd, poczucie winy</li> <li>– Poczucie stygmatyzacji</li> <li>– Poczucie samotności, izolacji</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dziwaczne, niewiarygodne, urojenia – ksbne, paranoidalne itp.*</li> <li>– omamy słuchowe, których treść nie wynika ze zmian nastroju (głosy komentujące lub dyskutujące)*</li> <li>– rozkojarzenie, nielogiczna forma myślenia*</li> </ul>

Zmiany w świadomości	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Amnezja lub hipermnezja wydarzeń</li> <li>– Przejściowe stany dysocjacji aż do rozszczepienia osobowości i objawów psychotycznych (omamów i urojeń)</li> <li>– Depersonalizacja/derealizacja</li> <li>– Ruminalne przeżycia traumatycznych</li> </ul>	– Świadomość zachowana w zakresie orientacji
Zmiany w sferze emocjonalnej	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Uporczywa dysforia</li> <li>– Ustawiczne myśli samobójcze</li> <li>– Skłonność do samookaleczenia się</li> <li>– Brak kontroli emocji gniewu</li> <li>– Kompulsywność w sferze seksualnej</li> </ul>	– Stępiący lub niedostosowany afekt*
Zmiany w relacjach z innymi, funkcjonowaniu społecznym	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Izolowanie i wycofanie</li> <li>– Zerwanie więzi</li> <li>– Trwały brak zaufania</li> <li>– Nieskuteczne próby samoobrony</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wycofanie się z życia społecznego</li> <li>– Izolacja emocjonalna</li> <li>– Zaniedbywanie higieny, wyglądu</li> <li>– Spadek zainteresowań, inicjatywy</li> <li>– Dziwaczne zachowania*</li> </ul>

Jak wynika z tabeli, u pacjentki stwierdzono przewagę objawów typowych dla CPTSD, ale również i dla schizofrenii, zatem można rozważyć też hipotezę o współzależności CPTSD i schizofrenii. W badaniach stwierdzono, że 46–67% chorych z ostrymi objawami psychotycznymi ma również objawy PTSD [16].

Należy zwrócić uwagę na fakt, iż ewidentna poprawa stanu psychicznego nastąpiła dopiero po zastosowaniu leczenia farmakologicznego, łącznie z psychoterapią celowaną, dla ofiar nadużyć seksualnych [11]. Terapia ta pokrótce polega na długotrwałych oddziaływaniach uwzględniających etapy dochodzenia do zdrowia, w tym: 1) nawiązanie związku terapeutycznego; 2) stworzenie poczucia bezpieczeństwa i nazwanie problemu; 3) przywracanie wspomnień i ich przekształcanie przez przeżycie żałoby; 4) odbudowywanie więzi społecznych. Upřednie leczenie farmakologiczne czy EW ostatecznie nie przyniosły ewidentnej poprawy stanu psychicznego pacjentki w stopniu umożliwiającym jej długotrwałe pozostawanie i funkcjonowanie poza szpitalem. Obecnie przebywa ona w hotelu. Ponieważ od roku jej stan psychiczny nie uległ znacznemu pogorszeniu – nie wymaga hospitalizacji.

### Wniosek

Wydaje się wysoce wskazane uwzględnienie historii przeżytej przemocy seksualnej w dzieciństwie w leczeniu niektórych pacjentów z rozpoznaną schizofrenią.



## **Психические нарушения у пациентки, подвергнутой сексуальным насилиям в детстве - шизофрения или симптомы сложного PTSD (CPT SD)**

### **Содержание**

В статье представлены определения, встречающиеся в литературе синонимы сексуального насилия ребенка и краткий литературный обзор настоящих сведений на тему позднейших последствий такого типа травмы. Представлено наблюдение над пациенткой, госпитализированной в Психиатрической клинике в г. Люблине с диагнозом параноидной шизофрении. В анамнезе больной обнаружены сексуальные насилия в детском возрасте. Проведена дискуссия относительно альтернативного распознавания сложного PTSD. Этот диагноз, в противоположность до PTSD описывает симптомы, появившиеся в результате длительной, повторяющейся травмы.

## **Psychische Störungen bei Patientin, die in der Kindheit missbraucht wurde - Schizophrenie oder Symptome von PTSD (CPTSD)?**

### **Zusammenfassung**

Der Artikel beschreibt die Definition und die Synonyme des sexuellen Missbrauchs eines Kindes aus der Literatur und gibt eine kurze Übersicht über die späteren Folgen dieser Art von Trauma. Es wurde der Fall einer Patientin vorgestellt, die in der Klinik für Psychiatrie in Lublin hospitalisiert und bei der paranoide Schizophrenie diagnostiziert wurde. In der Anamnese wurde bei der Patientin festgestellt, dass sie in der Kindheit sexuell missbraucht wurde. Es wurde über die alternative Diagnosestellung diskutiert - zusammengesetzte PTSD. Diese Diagnose, im Gegensatz zu PTSD, beschreibt die Symptome, die infolge eines lange andauernden, sich wiederholenden Traumas entstanden sind.

## **Les troubles mentaux d'une patiente qui a souffert de l'abus sexuel pendant son enfance – schizophrénie ou symptômes de PTSD (CPTSD) complexe**

### **Résumé**

L'article présente la définition de l'abus sexuel, ses synonymes et la courte revue de la littérature en question décrivant les effets de long terme de ce trauma. On présente le cas d'une patiente de la Clinique Psychiatrique de Lublin, diagnostiquée «schizophrénie» qui a souffert de l'abus sexuel pendant son enfance. Les spécialistes ont discuté encore un diagnostic alternatif «PTSD complexe». Ce diagnostic contrairement à «PTSD» décrit les symptômes résultant du trauma répété et durable.

### **Piśmiennictwo**

1. *Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: Subject Review Committee on Child Abuse and Neglect*. *Pediatr.* 1999; 103: 186–191.
2. Izdebski Z. *Co trzeci nastolatek molestowany*. *Gazeta Wyborcza* z 18. 03. 2005 r., s. 2.
3. Namysłowska I. *Psychiatr.* *Dypl.* 2004; 6: 18 – komentarz.
4. Matza LS, Revicki DA, Davidson JR, Stewart JW. *Depression with atypical features in the National Comorbidity Survey: classification, description, and consequences*. *Arch. Gen. Psychiatry* 2003; 60 (8): 817–826.
5. Levitan RD, Rector NA, Sheldon T, Goering P. *Childhood adversities associated with major depression and/or anxiety disorders in a community sample of Ontario: issues of comorbidity and specificity*. *Depr. Anx.* 2003; 12 (1): 34–42.
6. Johnson i in. *Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood*. *Arch. Gen. Psychiatry* 1999; 56 (7): 600–606.

7. Heffernan K, Cloitre M. *A comparison of posttraumatic stress disorder with and without borderline personality disorder among women with a history childhood sexual abuse: etiological and clinical characteristics*. J. Nerv. Ment. Dis. 2000; 188 (9): 589-595.
8. Leonard S, Steiger H, Kao A. *Childhood and adulthood abuse in bulimic and nonbulimic women: prevalences and psychological correlates*. Int. J. Eat. Disord. 2003; 33 (4): 397-405.
9. Molnar BE i in. *Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behavior in the US*. Psychol. Med. 2001; 31 (6): 965-977.
10. Finkelhor D, Browne A. *The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization*. Am. J. Orthopsychiatry 1985; 55 (4): 530-541.
11. Herman JL. *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: GWP; 2004.
12. Heim Ch i in. *Pituitary-adrenal and autonomic response to stress in women after sexual and physical abuse in children*. JAMA 2000; 284: 592-597.
13. Walker E, Diforio D. *Schizophrenia: a neural diathesis stress model*. Psychol. Rev. 1997; 104: 667-685.
14. Read J, Perry B, Moskowitz A, Connolly J. *The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: a traumagenic Neurodevelopmental Model*. Psychiatry 2001; 64: 319-345.
15. Brown D, From E. *Hypnotherapy and hypnoanalysis*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum; 1986.
16. Frame L, Morrisom A. *Causes of PTSD in psychosis*. Arch. Gen. Psychiatry 2001; 58: 305-306.

Adres: Bożena Śpila  
20-809 Lublin, ul. Skoczylasa 8

Otrzymano: 28.04.2005  
Zrecenzowano: 18.10.2005  
Przyjęto do druku: 27.03.2007