

# Psychozy



## Faza początkowa zaburzeń psychotycznych

W standardach społecznych psychoza jest dostrzegana dopiero wtedy, kiedy pacjent zaczyna wypowiadać swoje urojenia, ujawniać omamy i kiedy jego zachowanie wpływa destrukcyjnie na otoczenie. Jednak na początku rozwoju zaburzenia często dochodzi najpierw do dyskretnych zmian, np. pojawienia się poczucia osamotnienia i wyobcowania. Ma ono bardzo subiektywny charakter i przeżywane jest w sposób właściwy danej osobie, w związku z czym trudno je obiektywnie ocenić. Możemy się o nim dowiedzieć tylko z wypowiedzi, a nie jest to łatwe, gdyż o takich przeżyciach pacjenci mówią niechętnie, albo z powodu bolesnych dla nich treści myślenia, albo ze względu na trudności w komunikowaniu się z otoczeniem. Taki stan spr-

wia, że chorzy psychicznie w swoich przykrych przeżyciach pozostają samotni. W tym okresie duże znaczenie dla dalszego rozwoju choroby i jej przebiegu mają dobre stosunki w rodzinie, ciepły klimat emocjonalny i zainteresowanie wykazywane przez członków rodziny.

Virginia Woolf, cierpiąca na chorobę psychiczną, w książce „Pani Dalloway” przedstawia opis zaburzeń Septimusa przed wystąpieniem gwałtownego epizodu choroby: *„Septimus podskoczył przerażony. Pies zaczął zmieniać się w człowieka! Nie chce na to patrzeć! To straszne, to okropne, patrzeć jak pies zmienia się w człowieka! Ale pies podreptał w inną stronę. Nieskończona jest miłosierdzie, bezgraniczna łaska Niebios. Oszczędziły go, przebaczyły mu chwilę słabości. Ale jak wytłumaczyć naukowo to zjawisko? (bo do wszystkiego trzeba mieć podejście naukowe). Skąd się bierze ten jego dar widzenia na wskroś poprzez ciała, widzenia przyszłości, kiedy psy staną się ludźmi? Prawdopodobnie jest to wpływ fali ciepła na mózg wysublimowany podczas miliardów lat ewolucji. W sensie ściśle naukowym ciało roztapia się poza światem. Jego ciało jest zmacerowane i zostały tylko włókna nerwowe; jest rozpięte jak tiulowy welon na skale. Oparł się plecami o krzesło, wyczerpany, ale podniesiony na duchu. Leżał i odpoczywał, czekał, zanim zacznie znów w trudzie, w męce przekazywać ludzkości nowe prawdy. Leżał bardzo wysoko, na szczycie świata. Pod nim dygotała ziemia. Czerwone kwiaty wyrastały mu na ciele, słyszał w uszach szelest ich sztywnych liści. Od wysokich ścian skalnych odbijało się echo muzyki. – To klakson samochodu na ulicy – wyszeptał Septimus”*. Dalsza historia tego pacjenta opisana w powieści to rozwój psychozy, nieprawidłowe leczenie i samobójstwo.

Wystąpienie ostrego zaburzenia o charakterze psychotycznym bywa często poprzedzone objawami prodromalnymi, czyli zapowiadającymi, i ten okres w rozwoju choroby nazwano **fazą prepsychotyczną**. Pojawiają się w niej fantazje i niezgodności w procesie myślenia oraz stanie emocjonalnym, które zajmują bez reszty umysł pacjenta. Towarzyszy im niepokój, oczekiwanie i lęk. Te fantazje, konflikty i lęki zostają później wyrażone w urojeniach jako formy sublimowane. Spostrzegane zjawiska przyjmują nowe znaczenie, wiążą się ze sobą w dziwne, aluzyjne związki.

Freeman (1981) przedstawił rozwój urojeń u dwóch pacjentów, w których widoczny jest ścisły związek treści z przeżyciami poprzedzającymi wystąpienie ostrego epizodu schizofrenii. *Pierwszy, 19-letni pacjent był leczony przez kilka miesięcy z powodu lęku, że wywiera niekorzystny wpływ na osoby, które się z nim kontaktują; mówił np. „nie dotykaj mnie, bo doznasz wstrząsu, nie patrz w moje oczy, bo pęknie ci serce”*. Z drugiej strony był przekonany, że jest obserwowany, czuł się zagrożony, twierdził, że jest opany przez istotę, którą nazywał Paranoik. *Ta istota była pół kobietą, pół mężczyzną i pasożytowała na nim. Sam zastanawiał się, czy jest on kobietą,*

czy mężczyzną, miał wątpliwości, czy osoby, z którymi rozmawia, są sobą czy nim. Analiza okresu przed zachorowaniem wykazała, że kilka miesięcy wcześniej dziewczyna, z którą był związany, porzuciła go dla innego mężczyzny, co przeżył bardzo boleśnie. Tym faktem autor tłumaczy treści urojenio- we, w których doszło do internalizacji jego osoby z osobą utraconej dziewczyny. Początkowe myślenie życzeniowe tego pacjenta, żeby nie zostać porzuconym, nasiliło się w fazie prepsychotycznej, zaś w stanie psychotycznym przybrało formę urojenia.

*Drugi, 38-letni pacjent twierdził, że jest Chrystusem, który w postaci astronauty przybył na Ziemię, żeby ją ocalić. Towarzyszyła mu grupa przybyszów z obcej planety. Twierdził także, że jest mężem kobiety, którą od dawna podziwiał, ale nie znał jej osobiście. Kilka tygodni później zauważył, że przybysze z innej planety są wrogo do niego nastawieni, obawiał się wyjść z domu. Czuł się prześladowany, odczuwał przykre sensacje w okolicy genitaliów, co przypisywał działaniom prześladowców. Twierdził, że ma gangrenę genitaliów, półksiężycowate znaki na skórze, świadczące o tym, że zmienił się w kosmitę. W okresie przed chorobą był smutny, zaczął czytać Biblię, czego dawniej nie robił, często chodził do kościoła.*

Autor wyjaśnia treści urojeń uczuciem zazdrości w stosunku do starszego brata, któremu w tym okresie urodził się syn. Pacjent w myśleniu życzeniowym chciał mieć żonę, co znalazło wyraz w późniejszych treściach urojenio- wych. Życzył bratu śmierci, kastracji. Początkowo treści wielkościowe pozwalały mu brać górę nad bratem, później jednak, być może w związku z poczuciem winy, treści destrukcyjne objęły jego samego.

Takie próby wyjaśnienia psychologicznego powstawania urojeń są kuszące, pozwalają nam lepiej zrozumieć pacjenta, jednak sprawiają czasem wrażenie dopasowywania naszego myślenia do myślenia pacjentów. Każdy inaczej rozumie wypowiedzi chorych. Wynika to z faktu, że zawsze słuchamy ich przez pryzmat własnych doświadczeń i emocji, aktualnego samopoczucia, sytuacji w szeroko pojętym świecie i w naszym najbliższym otoczeniu.

Garety i in. (1988) przedstawili model poznawczy objawów pozytywnych w psychozach. Uwzględnili w nim rolę automatycznych czynności poznawczych, świadomości, emocji i czynników społecznych. Autorzy ci postulują istnienie dwóch dróg powstawania omamów i urojeń: pierwsza to połączenie zaburzeń poznawczych z afektywnymi, druga zaś to wyłącznie zaburzenia afektywne.

W niektórych chorobach psychicznych można wyodrębnić dwie fazy poczucia osamotnienia. W pierwszej, obejmującej okres przed ujawnieniem się choroby, obserwuje się trudności w kontaktach z innymi ludźmi i ucieczkę od otoczenia. W drugiej pogłębia się izolacja, powodująca obniżenie możli-

wości komunikowania się z innymi osobami, koniecznego do kształtowania i utrwalania prawidłowych relacji z otoczeniem społecznym. Wtedy może pojawiać się zespół następujących doznań: poczucie inności, obcości siebie i otoczenia, poczucie bierności i zagrożenia. Ponieważ chory nie dzieli się z nikim tymi przykrymi doznaniem, jego niejednokrotnie dziwne zachowania oceniane są jako nieadekwatne do sytuacji, mogą wzbudzać śmiech lub dezaprobatę. Czasem rodzina i otoczenie pacjenta traktują taki początkowy okres jako dziwactwo albo lenistwo, nie dostrzegając cech rozwijającej się choroby. Dopiero kiedy objawy rozwiną się do takiego stopnia, że zachowanie i wypowiedzi rażąco różnią się od obserwowanych u zdrowych osób, zaburzenie zostaje zauważone i chory trafia do lekarza.

Często chorzy nie mają poczucia, że potrzebne jest leczenie, nie chcą pójść do lekarza, a jeżeli nawet uda się ich namówić, to nie zawsze chcą odkryć przed nim swoje przeżycia. Zadaniem lekarza jest rozpoznanie, czy przeżycia te są wynikiem choroby, oraz nakłonienie pacjenta do leczenia. Ważne jest pozyskanie zaufania pacjenta, ponieważ tylko wtedy można liczyć na to, że będzie stosował się do zaleceń i przyjmował leki.

## Rozwój psychozy

W chorobach psychicznych występują objawy, które wiążą się z zaburzeniem spostrzegania, czyli ustalania relacji pomiędzy docierającymi do narządów zmysłów bodźcami przenoszącymi informację a tworzeniem ich reprezentacji w umyśle. Pacjenci psychotyczni odbierają rzeczywistość jako zniekształconą, co może powodować niestabilność emocjonalną i prowadzić do stosowania prostych mechanizmów obronnych, np. regresji. Oderwanie od rzeczywistości prowadzi do izolacji, co z kolei wywołuje niepokój, oczekiwanie i lęk. Jeżeli proces nie rozwija się dalej, to pacjent może być postrzegany jako „neurotyczny” i nie musi dochodzić u niego do głębokiej dezintegracji psychiki. Próba zaadaptowania się do lęku wywołuje zespół objawów prowadzący do złego przystosowania, z leżącą u podstaw aurą nierealności.

Jeżeli proces chorobowy intensyfikuje się, dochodzi do zerwania myśli z rzeczywistością, wszystkie bodźce przyjmują nowe znaczenie i układają się w dziwne, aluzyjne związki. Procesy integrujące percepcję zostają rozerwane, co sprawia, że wypowiedzi pacjenta są dziwne, nieadekwatne do danej sytuacji. Taka utrata kontroli regulacji w psychozach jest prawdopodobnie wynikiem zaburzenia integracji korowo-podkorowej. Nasilanie się zaburze-