

Treści urojeń w schizofrenii paranoidalnej

Content of delusions in paranoid schizophrenia

ANNA GRZYWA

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii AM w Lublinie

STRESZCZENIE. *Urojenia są fenomenami myślenia występującymi w różnych chorobach psychicznych. Mimo że od dziesiątków lat badacze próbują znaleźć klucz do ich tajemnicy, próby te dotychczas nie dostarczyły całościowego wyjaśnienia. Wiadomo, że jednym z kryteriów decydujących o tym, że dany proces myślowy ma charakter urojeniowy, jest ich treść. To teoretyczno-empiryczne opracowanie poświęcone jest właśnie treściom urojeń. Grupę badaną stanowiło 72 chorych na schizofrenię paranoidalną, u których przeanalizowano urojenia występujące w obserwowanym epizodzie chorobowym. Stwierdzono, że najczęściej występowały urojenia oddziaływania, ksobne i prześladowcze, natomiast nieco rzadziej występowały urojenia odślonięcia myśli, wielkościowe i depresyjne. Interesujące, że w wyselekcjonowanej grupie chorych na schizofrenię paranoidalną stosunkowo często miały miejsce te dwie ostatnie grupy urojeń, które zazwyczaj łączą się z zaburzeniami nastroju. Urojenia somatyczne, zmiany osoby i fantastyczne występowały jedynie sporadycznie.*

SUMMARY. *Delusions are thinking phenomena occurring in various mental disorders. Although for many decades now researchers have been seeking for a key to the mystery of delusions, no holistic explanation has been found so far. Thought content is known to be one of the criteria allowing to judge whether a given thinking process is delusional or not. It is to the content of delusions that this theoretical/empirical paper is devoted. Subjects in the study were 72 patients with paranoid schizophrenia. Their delusions during the schizophrenic episode under study were analyzed. The most frequent were delusions of control, of reference, and persecution, while delusions of thought exposure, of grandeur and depressive delusions were found somewhat less often. Interestingly, in the selected sample of patients with paranoid schizophrenia the latter two types of delusions, usually associated with mood disorders, were relatively frequent. Somatic delusions, as well as fantastic ones and delusions of personal change were only sporadic.*

Słowa kluczowe: urojenia / treść urojeń / schizofrenia paranoidalna

Key words: delusions / delusional content / paranoid schizophrenia.

Na ogół urojenia są spostrzegane jako objawy choroby psychicznej, jako jakość odmienna od "zdrowego" myślenia. Takie kategoryczne rozróżnienia są w praktyce możliwe tylko w pewnych przypadkach, natomiast bardziej odpowiednie jest podejście bardziej elastyczne, przyjmujące, że przejście między urojeniami a myśleniem tzw. normalnym nie jest ostro odgraniczone, że są pewne formy myślenia spełniające tylko niektóre kryteria urojeń. Można spróbować wyobrazić sobie linię, na któ-

rej w pobliżu jej krańców leżą z jednej strony urojenia, z drugiej tzw. myślenie normalne, a między nimi leżą takie formy myślenia, jak: myślenie życzeniowe, samooszukiwanie, idee nadwartościowe, przesady, myśli natrętne itd. Te formy myślenia są w różnym stopniu oddalone od obu krańców tego odcinka.

Według koncepcji Jaspersa urojenia są przeżywane przez chorego jako coś obcego dla "ego" i są zupełnie niepodobne do wcześniejszego modelu myślenia, uczuć i postrzegania

danego człowieka. Nie mają zakotwiczenia w uprzednich przeżyciach i doświadczeniach psychologicznych. Jaspers twierdził, że w myśleniu urojeniowym zaburzone jest symboliczne ujmowanie zjawisk i rzeczy, skutkiem czego myślenie staje się zbyt konkretne. Psychiatrzy zorientowani rozwojowo nie podzielali takiego punktu widzenia, sądząc, że urojenia mają związek z całością życia psychicznego, a ma w nich miejsce utrata harmonii między różnymi elementami [Katan 1979]. W urojeniach terażniejszość jest często nie do odróżnienia od przeszłości i przyszłości, umysłowe reprezentacje "ja" cielesnego i psychicznego stają się niezróżnicowane, selektywna uwaga ulega zaburzeniu, a myślenie traci niezależność od spostrzeżeń zewnętrznych. Słowa bywają używane w innym znaczeniu niż dotychczas.

Analiza myślenia urojeniowego pozwala na lepsze poznanie procesów myślowych w ogóle, urojenie dla teoretyków myślenia stanowi jakby naturalną sytuację eksperymentalną wytworzoną przez naturę, a problemem jest tylko umiejętność wykorzystania tej sytuacji w taki sposób, żeby było to pożyteczne przede wszystkim dla chorych, a po wtóre dla poszerzenia wiedzy o myśleniu.

Jak pisze Magaro [1983], urojenia można widzieć jako krańcowy przykład sztywności pojęciowej, co powoduje myślowe przetworzenie zdarzeń o małym prawdopodobieństwie w oczekiwane zdarzenia o dużym prawdopodobieństwie. Sytuacja wymagająca elastyczności schematów poznawczych jest trudna dla chorych na schizofrenię paranoidalną, ponieważ zaburzone jest u nich spostrzeganie kontekstu, w jakim występują dopływające do nich bodźce. Z obserwacji chorych psychicznie wiadomo, że urojenia dotyczą najczęściej osoby chorej oraz spostrzeganej przez nią rzeczywistości. W innych przypadkach pacjent może prawidłowo odbierać część zjawisk czy zdarzeń w otoczeniu, a inną część widzieć w sposób zmieniony, spostrzegać zagrażające mu działania innych osób lub sił. Może być jeszcze inaczej, a mianowicie zaburzeniu może

ulegać poczucie własnej tożsamości człowieka. Czuje się on wówczas kimś innym niż jest w istocie, a to poczucie inności wpływa na jego odbiór rzeczywistości. Urojenia są wówczas przyczyną swoistej interpretacji świata [Chlewiński, Grzywa 1992].

W literaturze można prześledzić kilka kierunków badania urojeń. Niektórzy autorzy wiążą ich powstawanie z nadwrażliwością, inni z biografią chorego i sposobem jego egzystencji w świecie. Benedetti [1983], z punktu widzenia psychodynamicznego twierdzi, że urojenia przedstawiają "psychotyczny ciąg rozwoju osobowości". Feldmann [1989], rozważając dynamikę urojeń, podkreśla, że urojenia w psychozach endogennych mogą być widziane albo jako skutek przekształconego sposobu przeżywania, albo jako wytwór umysłowy, który jest kształtowany językowo i wypowiedzany, co wskazuje na określony sposób widzenia przedmiotu lub zjawiska. Jeżeli pacjent przeżywa urojenia, to świat jest spostrzegany przez niego jako urządzony w inny, nowy sposób, rządzone nowymi prawami, a nie stosujący się do praw dawnych.

Można się zastanawiać nad tym, czy chory z urojeniami nie dochodzi do wypowiedzi urojeniowych dopiero podczas komunikowania się z nami, kiedy musi sformułować swoje wypowiedzi. W przypadku urojeń w zespołach paranoidalnych nasuwa się pytanie, jak dalece mają one dla chorego znaczenie własnej interpretacji, czyli jak dalece służą one nie tylko do odtwarzania przekształconego świata przeżyć - w sensie wewnętrznego modelu czegoś rzeczywistego - lecz również do dopomożenia choremu w nowym zrozumieniu jego psychotycznej inności. Człowiek z urojeniami tak ukierunkowuje swoje zachowanie, żeby stworzyć sobie otoczenie optymalnie bezpieczne i sprzyjające i w tym celu swoim zachowaniem stara się kontrolować zachowanie ludzi z nim związanych. Urojenie nie jest celem, który chory chce osiągnąć, ale raczej koniecznym warunkiem do utrzymania integracji i bezpieczeństwa.

Żadna logiczna definicja nie pozwala na ostre odgraniczenie urojeń od normalnego myślenia. Od kilkunastu lat spotyka się pogląd, że objawy paranoidalne wyrażają się nie tylko w postaci izolowanych form chorób, ale są także stwierdzane w bardzo różnorodnych kontekstach i z różnym stopniem intensywności w różnych kategoriach diagnostycznych. Następuje przesunięcie od deskryptywnej psychiatrii i zwrot do wysiłków w kierunku zrozumienia mechanizmów i procesów, a co za tym idzie przesunięcie od schizofrenii i paranoi jako patologii, do uwzględniania procesów schizofrenicznych i paranoicznych jako takich. Jeżeli mówi się o procesach, wówczas implikuje to zmiany dynamiczne i progresję w czasie. Myślenie jest niewątpliwie procesem i w jego ramach działają pewne mechanizmy, które są operacyjne zarówno w normalnym, jak i zaburzonym myśleniu. Jedynie produkty tych procesów są odmienne. Warto zwrócić uwagę na fakt, że po leczeniu farmakologicznym, które jest ukierunkowane na mózg, a nie na przekonanie jako takie, co mogłoby się dokonać przez zmianę rozumowania, urojenia ustępują, albo przynajmniej ulegają zmianie. Czysto mechaniczne rozumowanie może doprowadzić zatem do wniosku, że przyczyną urojeń są zmiany chemiczne w mózgu, wobec czego ich natura nie wymaga już badań. Taki punkt widzenia byłby ogromnym ograniczeniem suwerenności psychiki człowieka, pozwalałby na sprowadzenie czynności umysłowej, jaką jest myślenie, do poziomu wyłącznie biologicznego.

Najczęściej używanymi kryteriami podziału urojeń są: (1) sposób powstawania, (2) treść, (3) spójność. Przez sposób powstawania rozumie się proces, który powoduje, że myślenie staje się odmienne, zaczyna się różnić od myślenia osób w otoczeniu do tego stopnia, że zostaje uznane za chorobę. Kryterium treści polega na opisie wypowiedzianych urojeń i ma charakter wybitnie deskryptywny. Kryterium spójności ma charakter dychotomiczny, urojenia według tradycyjnej szkoły psychopatologii mogą być spójne (usystematyzowane) lub nie-

spójne, czyli fragmentaryczne. Rozróżnieniem między nimi jest sposób zorganizowania ich wobec siebie. Usystematyzowane są wówczas, kiedy poszczególne myśli urojeniowe wraz z faktami i dowodami na ich prawdziwość są powiązane razem w pozornie logiczny i spójny sposób.

Czasem są wyróżniane urojenia izolowane, inaczej zwane wysepkowymi, kiedy są odizolowane od innych myśli, tak jak gdyby znajdowały się w kapsułce. Przykładem może być pacjent niezłomnie przekonany, że jego ciało wydziela nieprzyjemny zapach, używa w domu przesadnie dużo dezodorantów i mydeł, ale w pracy funkcjonuje prawidłowo.

W danym kręgu kulturowym ludzie postępując się tym samym językiem w komunikowaniu się, używają tych samych słów na oznaczenie podobnych ludzi, rzeczy i zdarzeń. W ramach tych wspólnych znaczeń, w miarę nabywania indywidualnych doświadczeń kształtują się pewne znaczenia subiektywne dla każdego człowieka, przez co warunkują różne, właściwe tylko jemu, wartościowanie znaczeń. Psychoza, podobnie jak marzenia sennie, związana jest z uwydatnieniem się indywidualnego systemu znaczeń, niejednokrotnie niezrozumiałego dla obserwatora. Najczęściej warstwa leksykalna treści urojeniowej jest zrozumiała, natomiast trudno dociec co sam pacjent rozumie przez tę wypowiedź, co chce zakomunikować otoczeniu, gdyż wprawdzie słowa i zdania są dla słuchacza zrozumiałe, ale sens tej wypowiedzi, jej znaczenie dla pacjenta, niejednokrotnie pozostaje zagadką. Żeby je zrozumieć, trzeba by znać źródła lęków pacjenta, jego niespełnione potrzeby, dokładnie przeanalizować patogenne układy społeczne i rodzinne. Należy również rozważyć jaką strukturę osobowości ma pacjent wypowiadający urojenia, gdyż może ona być jednym ze źródeł urojeń (np. osobowość paranoidalna, autorytarna czy dogmatyczna). Niejednokrotnie dokładna analiza rozwoju osobowości na tle środowiska społecznego, szczególnie rodzinnego, pozwala na zrozumienie treści komunikatu zawartego w urojeniu. W tym sensie urojenia są

pośrednim źródłem wiedzy o relacjach międzyludzkich, tym bardziej, że treść urojeń ma zazwyczaj aspekt społeczny.

Zadziwia czasem niezwykle duża rozpiętość tematyczna urojeń, ale właściwie nie ma możliwości dotarcia do świata urojeń w taki sposób, żeby je w pełni zrozumieć. Jednym z najpoważniejszych ograniczeń badania urojeń jest fakt, iż są one fenomenem myślenia, a do ich badania używa się również myślenia, czyli tego samego zjawiska. Przedmiot badany jest tego samego rodzaju co i przedmiot badający. Świadomość ograniczeń nie może jednak być przeszkodą w podejmowaniu badań, tworzeniu wciąż nowych koncepcji teoretycznych i poszukiwaniu ich empirycznego potwierdzenia.

CEL BADAŃ

Po szczegółowym przeanalizowaniu treści urojeń można doszukać się w nich dwóch warstw. Warstwa powierzchniowa jest uwarunkowana czynnikami historyczno-kulturowymi, warstwa głęboka natomiast zawiera uniwersalne i ponadczasowe problemy człowieka. Do tych problemów należą: lęk, wyrzuty sumienia, brak akceptacji siebie, zachwianie tożsamości itp. Pierwsza warstwa jest dla obserwatora łatwo dostępna i może być w jakimś stopniu zrozumiała, natomiast warstwa głęboka, leżąca u podstaw powierzchownej, decyduje o kierunku treści, tzn. albo u źródła urojeń leży lęk, albo niezrealizowane potrzeby. Warstwa głęboka treści urojeń jest podobna u ludzi różnych kultur i różnych czasów, natomiast fakt ich zmienności zależy od warstwy powierzchniowej.

Uniwersalne przeżycia człowieka, jak na przykład brak poczucia bezpieczeństwa, dawniej mogło się wyrażać w treściach urojeń jako zagrożenie ze strony złego ducha lub czarów, obecnie może się przejawiać w urojeniach, których treścią jest oddziaływanie laserów, wpływy kosmosu itp. Funkcje urojeń wiążą się z ich głęboką warstwą. Tak samo redukowały one lęk i realizowały potrzeby dawniej jak i obecnie.

Interesujących danych o treściach urojeń dostarczyły badania zorganizowane przez WHO, które obejmowały 1202 pacjentów z 9 krajów Europy, Azji, Afryki i obu Ameryk. Stwierdzono, że wspólnymi objawami schizofrenii w tak różnych kulturach i grupach etnicznych były między innymi halucynacje słuchowe, myśli i urojenia odnoszące (ksobne), urojenia prześladowcze, podejrzliwość i objawy "przekazywania myśli", takie jak: ugłośnienie, odciąganie i nasyłanie myśli.

Każdy pacjent wypowiadający urojenia jest odrębną indywidualnością i jego urojenia mają pewne cechy charakterystyczne, wynikające zarówno z jego osobowości, jak i dotychczasowych przeżyć. Istnieją jednak pewne typy treści urojeniowych, które wiążą się tematycznie z niektórymi powszechnie występującymi problemami wspólnymi dla ludzi, szczególnie dla żyjących w tym samym kręgu kulturowym. Pozwala to na opisywanie grup treściowych urojeń, ale trzeba pamiętać o tym, że mogą one być modyfikowane i tworzyć u poszczególnych osób niepowtarzalne całości.

W każdej klasyfikacji urojeń brano pod uwagę ich treść, np. według Spitzera i Endicotta [1978] istnieje 11 typów treści urojeń: urojenia odniesieniowe, kontroli, czytania myśli, przekazywania i nasyłania myśli, odciąganie i zabieranie myśli, prześladowcze, zazdrości, winy, wielkościowe i somatyczne. Według ustrukturalizowanego wywiadu Winga, Coopera i Sartoriusa [1974] istnieje 13 większych treściowych typów urojeń, którymi są: prześladowcze, winy, samoponiżenia, nihilistyczne, wielkościowe, oddziaływania, hipochondryczne, specjalnej misji, religijne, fantastyczne, seksualne, somatyczne i kontroli. Andreasen [1982] w skali do badania "objawów pozytywnych" schizofrenii wyróżnia urojenia prześladowcze, zdrady, winy lub grzeszności, wielkościowe, religijne, somatyczne, odnoszące, kontrolowania, odsłonięcia, rozprzestrzeniania, nasyłania i wykradania myśli.

Celem tej pracy jest analiza treści urojeń występujących w epizodzie schizofrenii paranoidalnej.

BADANI PACJENCI

Grupę badaną stanowili pacjenci hospitalizowani po raz pierwszy w Klinice Psychiatrii AM w Lublinie w latach 1990-1995. Zasadniczym kryterium doboru była obecność zespołu paranoidalnego w aktualnym obrazie klinicznym oraz dobry kontakt słowny, umożliwiające wykonanie badań. Wymagane było wykształcenie więcej niż podstawowe (czas edukacji co najmniej 8 lat), brak objawów wskazujących na organiczne uszkodzenie o.u.n., wiek od 18 do 40 lat, brak uzależnień zarówno od alkoholu jak i innych środków. Każdy pacjent wyraził zgodę na uczestniczenie w badaniu. Badaniom poddano 190 osób, z czego 72 osoby spełniały kryteria diagnostyczne schizofrenii paranoidalnej według DSM-III i ICD-9. Analizie statystycznej dla celów tej pracy poddano wyniki uzyskane przez tych pacjentów. Grupa badana składała się z 36 mężczyzn i 36 kobiet, wszyscy mieścili się w przedziale wieku 18-36 lat, średnia wieku mężczyzn wynosiła 25,9 lat, a kobiet - 25,5 lat.

METODA BADANIA

Z narzędzi badawczych stosowano: (1) "Inwentarz Socjodemograficzny", obejmujący dane personalne, wywiad od rodziny, dane dotyczące przebiegu życia i osiągniętego statusu bytowego i zawodowego, (2) "Inwentarz treści urojeń", skonstruowany na podstawie danych z piśmiennictwa i z własnych doświadczeń. Obejmował on 10 najczęściej występu-

jących w zespołach paranoidalnych grup urojeń. Inwentarz ten był stosowany u każdego pacjenta co najmniej trzy razy: bezpośrednio po przyjęciu do szpitala, następnie co trzy tygodnie, aż do ustąpienia urojeń.

WYNIKI I OMÓWIENIE

Tablica 1 przedstawia częstość występowania poszczególnych treści urojeniowych w grupie badanej.

Urojenia oddziaływania (kontroli) najczęściej dotyczyły działania na pacjentów sił z zewnątrz, które określali jako "coś", "ktoś", "Bóg", "diabeł", "siły wyższe", "film", "ludzie", "kosmos", "radar" itp. Urojenia ksbne wyrażały szczególną interpretację zdarzeń mających miejsce w bezpośrednim otoczeniu pacjentów. Urojenia prześladowcze najczęściej dotyczyły przewidywań zabicia, napadu, otrucia, spisku, śledzenia. Urojenia odstonięcia myśli zawierały najczęściej treści mówiące o ugięciu myśli i przeświadczenia, że myśli są znane komuś z bliższego lub dalszego otoczenia. Urojenia wielkościowe najczęściej miały charakter specjalnej misji do spełnienia, np. do uzdrawiania, zbawienia świata, poczucie szczególnej siły. Często te treści miały związek z wiarą religijną. Urojenia depresyjne dotyczyły niezdolności do pracy, poczucia niemocy, oczekiwania kary za popełnione winy, w niektórych przypadkach występowały w nich elementy nihilistyczne.

Z badań zawartości treściowej urojeń w zespołach paranoidalnych schizofrenicznych

Tablica 1. Występowanie poszczególnych urojeń w badanej grupie

Treść urojeń	n	%
oddziaływania	52	72,2
sensytywne	43	59,7
prześladowcze	42	58,3
odstonięcia myśli	21	29,3
wielkościowe	17	23,6
depresyjne	7	9,7
somatyczne	6	8,3
zmiany osoby	3	4,2
fantastyczne	1	1,4

wynika, że w tego typu zaburzeniu najczęściej obecnie spotykanymi treściami urojeń są urojenia bycia kontrolowanym, kiedy pacjent przeżywa obawy, że jego myśli czy uczucia, jego pragnienia czy działania nie są jego własnymi, ale narzuconymi przez jakieś zewnętrzne siły [Grzywa 1992]. Należy je różnicować z normalnymi przekonaniemiami ludzi, że są przedstawicielami Boga, w społecznie akceptowanych sytuacjach, np. w roli misjonarzy, jak również z przekonaniem, że na życie ludzkie wpływa los, albo że są przeklęci czy wyklęci, jeżeli takie przekonanie jest akceptowane społecznie w ich subkulturze. Są dwie odmiany tych urojeń: (1) nasyłanie myśli, (2) zabieranie, czy wycofywanie myśli [Levy 1982]. Ten typ urojeń bywa nazywany inaczej urojeniami oddziaływania i w analizie ich treści w populacji polskiej najczęściej dotyczyły działania na pacjentów sił zewnętrznych, które określali oni jako "coś", "ktoś", "Bóg", "diabeł", "siły wyższe", "ludzie", "kosmos" itp. Można w tej grupie treściowej urojeń umieścić także przekonania chorego, że jego organizm jest opanowany przez jakąś siłę, która kieruje jego zachowaniem i postępowaniem. W polskiej tradycji nazewnictwej taki typ urojeń nazywany jest urojeniami owładnięcia lub oddziaływania.

W przedstawionej pracy, drugimi pod względem częstości występowania były treści ksobne, inaczej zwane *odnoszącymi albo sensorywnymi*. Polegają one zazwyczaj na tym, że chory odnosi do siebie zwykłe, przypadkowe wydarzenia, przypisując im specjalne znaczenie. Zachowaniu obcych mu ludzi jest wtedy przypisywane działanie celowe, zazwyczaj nieprzyjemne, czasem gesty, czy uśmiechy innych osób są traktowane przez chorego jako dawane mu znaki. Czasem takie specjalne znaczenie dla chorych mają przedmioty lub zdarzenia w ich otoczeniu, kiedy indziej wiążą ze swoją osobą wiadomości radiowe czy telewizyjne. Mogą być różne odmiany tego rodzaju przeżyć, np. jedna z pacjentek nie pozwalała rodzinie włączać telewizora, ponieważ wypowiedzi spikerów czy dziennikarzy przerażały

ją, bo były skierowane wprost do niej. Urojenia ksobne trzeba różnicować z myślami odniesieniowymi, które są słabiej utrzymywane niż urojenia. Człowiek, który zobaczył na niebie niezwykle światło i pomyślał, że jest to latający spodek musi być odróżniany od osoby z urojeniami, która zobaczyła na niebie niezwykle światło i także pomyślała, że jest to latający spodek, ale była przy tym przekonana, że ludzie z Kosmosu przybyli, aby z nią rozmawiać lub jej zaszkodzić. Niektórzy zaliczają do tej grupy tzw. "urojenia pochodzenia", to jest stwierdzanie związków rodzinnych tam gdzie ich nie ma, albo zaprzeczanie związkom prawdziwym.

Trzecimi pod względem częstości, w analizowanym badaniu, były *urojenia prześladowcze*, kiedy pacjent czuje, że jest ofiarą, jest atakowany, nękan, prześladowany, niepokojony przez jakąś osobę lub grupę ludzi. W cytowanym badaniu najczęstszymi treściami były przewidywania zabicia, otrucia, napadu, bycia śledzonym. Bywają w tej grupie urojenia, że prześladowania mają na celu zaszkodzenie zdrowiu, wyeliminowanie pacjenta ze społeczeństwa. Czasem pacjenci twierdzą, że ich telefoniczne rozmowy są podsłuchiwane, że w pomieszczeniach, w których przebywają, jest zainstalowany aparat podsłuchowy. Urojenia prześladowcze częściej niż inne prowadzą do czynów, które mają im przeciwdziałać, czyli mają znaczenie obronne. Wiążą się one dość często z urojeniami o innych treściach, np. ksobnymi, wielkościowymi, depresyjnymi.

Urojenia odstąpienia polegają na przekonaniu pacjenta, że jego myśli są znane komuś innemu, lub że on zna myśli innych osób. Jeden z pacjentów nie oglądał programu telewizyjnego, bowiem reportaż lub filmy przedstawiały właśnie to, co on w danej chwili myślał. Niejednokrotnie przeżywał wstyd, kiedy w filmie oglądanym wspólnie ze znajomymi rozpoznał swoje myśli, które były jego najbardziej skrywaną tajemnicą, jako przekazywane przez aktorów. Zauważał potem, że

zachowanie osób, które oglądały z nim ten film, zmieniło się w stosunku do niego.

W badanej grupie chorych następnymi pod względem częstości występowania były *urojenia wielkościowe*. U podstaw urojeń o takiej treści leży przekonanie chorego, że jest on niezwykle osobistością, np. królem, prezydentem, Mesjaszem, Bogiem wreszcie. Niekiedy urojenia dotyczą posiadanego niezwykłego talentu, siły, możliwości. Czasem urojenia wielkościowe dotyczą wynalazków konstruktywnych lub destrukcyjnych, czasem posiadanego bogactwa, misji do spełnienia, możliwości uzdrawiania innych osób. Pacjent sprawia wrażenie jakby chciał podwyższyć poczucie własnej wartości, kiedy wyolbrzymia swoje, czasem nawet realne osiągnięcia, a minimalizuje porażki. Czasem z urojeniami wielkościowymi łączą się urojenia prześladowcze, kiedy pacjent czujący się w jakiś sposób wyróżniony twierdzi, że z tego powodu jest śledzony, czy prześladowany. U podstawy urojeń wielkościowych leży przekonanie chorego, że jest on niezwykle osobistością, np. osobą panującą, mężem stanu, wielkim wynalazcą bądź osobą świętą. Chory na przykład twierdzi, że jest Chrystusem, mesjaszem, cesarzem. Niekiedy urojenia dotyczą posiadania talentu, siły fizycznej lub duchowej. Czasem urojenia wielkościowe wyrażają się przekonaniem o dokonaniu niezwykłego wynalazku dla dobra ludzkości lub niezwykłego wynalazku do jej zniszczenia. Urojenia tego typu mogą być absurdalne i zmienne, w innych przypadkach rozwijają się w systemy urojeniowe tworzące całe światopoglądy, kiedy na przykład chory uważający się za proroka tworzy naukę, którą głosi innym. Do urojeń wielkościowych należą także urojenia bogactwa, np. kiedy chory twierdzi, że posiada wielki majątek nie tylko na ziemi, ale również na księżycu. Jeszcze nie tak dawno temu urojenia wielkościowe przejawiały się treściami dotyczącymi wielkich możliwości, np. chorzy proponowali innym ludziom "załatwienie" samochodu, mieszkania lub innych dóbr. Kolejną odmianą są urojenia specjalnej misji, polegające na wypowie-

dziach, że Bóg lub szatan natchnął pacjenta wielką siłą z nakazem, aby używał jej w celu zbawienia i nawrócenia innych. Jeden z pacjentów, przedstawiający się jako "Syn Boży", rozwinął szeroką działalność w celu oświecania i nawracania ludzi.

Mniej częstymi urojeniami, występującymi u około 10% grupy, były *urojenia depresyjne*, które najczęściej dotyczyły poczucia niezdolności do pracy, nieprzydatności, poczucia niemocy, grzeszności, winy i oczekiwania kary. Urojenia depresyjne to grupa urojeń, spotykanych w przebiegu różnych chorób psychicznych, którym towarzyszy depresja. Można je uważać za pewien rodzaj urojeń interpretacji, gdyż dotyczą negatywnego ustosunkowania się do siebie samego na podstawie przesłanek i ocen o charakterze pesymistycznym. Przyjmują wówczas postać bardzo nasilonych przekonań o dokonanych w przeszłości zbrodniach, wyrządzonych krzywdach, zdradach, sprzeniewierzeniach. Wypowiedzi te mają charakter samooskarżeń, chorzy tacy czasem zwracają się do sądu lub innych instytucji z prośbą o wymierzenie im kary. Urojenia depresyjne są czasem racjonalizacją uczucia przygnębienia, płynącego z nieuświadomionych wrogich tendencji odczuwanych wobec osób, przeciw którym nie powinny być kierowane. Glatzel [1974] upatruje przyczynę tworzenia się urojeń depresyjnych w pierwotnie zaburzonych stosunkach społecznych pacjenta dotkniętego depresją. Reakcje środowiska na zaburzone zachowanie chorego, piętnowanie go jako psychicznie chorego, powoduje konieczność stworzenia sobie nowej pseudo-tożsamości, która pozwala mu na ustanowienie nowych stosunków po to, żeby chociaż w małym zakresie osiągnąć powrót do życia społecznego.

Pierwotne urojenia winy, zubożenia i hipochondryczne przedstawiają sobą według antropologicznej interpretacji Schneidera "odsłonięcie pierwotnego lęku człowieka", który wyraża się w urojeniach winy i grzeszności jako lęk o swoje sumienie, w urojeniach hipochondrycznych jako lęk o ciało i w urojeniach

zubożenia jako lęk przed brakiem zaspokojenia potrzeb. Te pierwotne lęki są ponadindywidualnymi cechami całego rodzaju ludzkiego, a w czasie psychozy zostają jedynie odsłonięte, odkryte i uwidocznione jako objaw choroby, najczęściej afektywnej.

Odmianą urojeń depresyjnych są urojenia pokrzywdzenia i zubożenia, kiedy te treści obejmują grono najbliższych choremu osób, o które chory troska się, że z jego powodu zostaną pozbawione środków do życia. Urojeniom depresyjnym może częściej niż innym towarzyszy czynnik dążeńiowy o charakterze tendencji samobójczych, co wynika z treści depresyjnych i przedstawia swoistą logikę tych urojeń - jeżeli jestem niegodny, grzeszny, to karą powinna być śmierć. Te tendencje samobójcze często zostają zrealizowane, po starannym ich zaplanowaniu i przygotowaniu. Inny szczególny rodzaj logiki występuje w myśleniu chorych popełniających tak zwane samobójstwo rozszerzone, kiedy pacjent pragnąc zaoszczędzić najbliższym osobom ubóstwa, czy kary za popełnione przez niego winy, zabija je sam, po czym często zabija też siebie.

Istnieje grupa urojeń, których treści mają bezpośredni związek z ciałem pacjenta. Są to *urojenia somatyczne*, które obejmują przekonania, że mają miejsce jakieś specyficzne zmiany w strukturze lub funkcjonowaniu jego ciała. Natomiast *urojenia hipochondryczne* zawierają lęk, że pacjent zachorował na jakąś nieuleczalną chorobę, taką jak nowotwór, AIDS lub inną chorobę, np. weneryczną. Chory, który utrzymuje, że jego penis zmniejszył się do mikroskopijnych rozmiarów i został wciągnięty do jamy brzusznej lub kobieta po menopauzie przekonana, że jest w ciąży, są przykładami urojeń somatycznych, podobnie jak dziewczyna, która pościła i utrzymywała dietę do czasu, kiedy wyglądała jak ofiara obozu koncentracyjnego, lecz nadal utrzymywała, że jest gruba. Przykładem urojeń hipochondrycznych może być pacjent przekonany, że jest chory na gruźlicę, mimo okazywania mu ujemnych wyników wykonanych w tym

kierunku badań. W pewnych przypadkach mogą występować trudności diagnostyczne, szczególnie wtedy, kiedy skargi sprawiają wrażenie urojeniowych, a wynikają z cech osobowości pacjentów. Bywają ludzie skoncentrowani na swoim zdrowiu i czynnościach organizmu, którzy ciągle o tym myślą i obawiają się wszystkich chorób, szczególnie kiedy o tych chorobach usłyszą lub przeczytają.

Skargi o charakterze hipochondrycznym mogą występować jako jeden z objawów nerwicy, ale wtedy trudności diagnostyczne wyjaśnia obecność innych objawów nerwicy oraz fakt, że tacy pacjenci poszukują lekarzy i leczenia. Jeżeli sądy hipochondryczne mają charakter urojeń - to chory nie domaga się leczenia, a jedynie potwierdzenia i upewnienia się o ciężkości swojego schorzenia. Zdarza się czasem, że chorzy tacy są leczeni w szpitalach, czasem nawet operowani, ale żadne postępowanie lecznicze nie zmienia ich pewności co do urojeniowej choroby. Odmianą urojeń hipochondrycznych są urojenia nihilistyczne, których tematem jest nieistnienie całości lub części jakiegoś narządu lub układu. Pacjent taki może twierdzić, że nie ma np. mózgu lub wątroby. Urojenia takie należy różnicować z urojeniami somatycznymi, jeżeli pacjent twierdzi, że jego mózg jest skurczony lub zepsuty, to wówczas mamy do czynienia z urojeniami somatycznymi. Ta grupa urojeń jest bardzo interesująca z psychologicznego punktu widzenia, nie wiadomo dotychczas dlaczego pacjenci tacy zadają sobie wiele trudu, żeby udowodnić sobie i otoczeniu, iż faktycznie chorobę taką posiadają. Może zresztą w wielu przypadkach są oni pewni, jak to wynika z definicji urojeń, a może ich działania mają na celu zwrócenie na siebie uwagi, może te działania, którymi się zajmują z tak dużym zaangażowaniem, są ekwiwalentem takich działań, które w innej sytuacji mogłyby być społecznie pozytywne.

W badanej grupie występowały sporadycznie *urojenia zmiany osoby*, kiedy pacjent ma poczucie, że zmieniła się jego tożsamość, że jest inną osobą, czasem zwierzęciem. Czasem

urojenia tego typu są bliskie stanom transu, kiedy to człowiek może mówić różnymi głosami, przejawiać dziwaczne zachowania. Stany takie występują w rytuałach religijnych i ustępują bez śladu, a ich przyczyna jest upatrywana we wcielaniu się w daną osobę duszy przodka, Boga, szatana, itp. W pewnych społeczeństwach stany transu są kulturowo akceptowane i osoby, które im ulegają, cieszą się społecznym szacunkiem. Prawdopodobnie, jeśli wykluczyć występowanie takich stanów pod wpływem środków halucynogennych, to można przypuszczać, że są one związane ze szczególnymi cechami osobowości tych osób.

Urojenia fantastyczne charakteryzują się znacznego stopnia dziwacznością, mają bardzo odległy albo żaden związek z rzeczywistością. Levy jako przykład tego typu urojeń podaje twierdzenie mężczyzny, że lekarze w czasie operacji przepukliny tak przystosowali jego członek, że może mieć erekcję jedynie w stosunkach z lesbijkami. Czasem urojenia fantastyczne wiążą się ze zdobyciami techniki, z tematyką fantastyczno-naukową i występującymi w niej istotami z dalekich planet.

Inne treści urojeniowe w badanej grupie chorych na schizofrenię występowały sporadycznie, a należały do nich *urojenia religijne*, tzn. takie, w których dominowała tematyka religijna. Urojenia te cechuje to, że myśl religijna jest dziwaczna, osobista i idiosynkratyczna oraz niezgodna z przekonaniem żadnej grupy wyznaniowej.

Niektórzy autorzy wyróżniają *erotyczne reakcje paranoidalne*, kiedy pacjent ma urojenia, że ktoś go kocha, ale nie może mu wyznaczyć miłości ze względu na okoliczności. Często urojenia te dotyczą jakichś znanych osób przeciwnej płci. Miłość w tych urojeniach jest prawdopodobnie projekcją narcystycznej miłości używanej jako obrona przeciwko niskiej samoocenie i poczuciu krzywdy. Według psychoanalityków, urojenia te są sposobem obrony przeciwko tendencjom homoseksualnym. Niektórzy pacjenci działają w myśl urojeń pisząc listy lub dążąc do spotkania z osobami

objętymi urojeniami, inni czują się prześladowani tą miłością.

O urojeniach interpretacji mówi się wtedy, gdy mamy do czynienia z chorobliwie błędną oceną realnych faktów i stosunków obecnych w otaczającej rzeczywistości, chociaż percepcja zmysłowa też rzeczywistości nie odbiega od normy lub zmieniona jest tylko nieznacznie. Ta błędna ocena sytuacji może mieć pewien związek z wcześniej posiadanymi cechami osobowości, np. podejrzliwy człowiek może częściej interpretować pewne fakty jako mające na celu prześladowanie go, człowiek nieufny może oceniać sytuację jako zwracanie na niego szczególnej uwagi.

Urojenia są mniej lub bardziej *autystyczne*, tzn. wychodzą poza rzeczywistość, poza realia, w których znajduje się pacjent, zależą od wewnętrznych jego konfliktów, lęków czy pragnień. Dotyczą subiektywnej prawdy pacjenta, a nie prawdy rzeczywistej. Treść mniej autystycznych urojeń dotyczy realnie istniejących osób czy zjawisk, w bardziej autystycznych pacjent jest przekonany, że działają na niego osoby i zjawiska fikcyjne, które stanowią dla niego urojeniami rzeczywistość, a są zupełnie nierealne dla obserwatora. Od stopnia autystyczności urojeń zależy ich dziwaczność, czyli cecha, która może być oceniana wyłącznie przez obserwatora, gdyż dla pacjenta urojenia są jego rzeczywistymi przeżyciami i dlatego nigdy nie wydają mu się dziwaczne.

Ważną cechą wielu urojeń jest ich forma prospektywna, gdyż dotyczą najczęściej przyszłych losów pacjenta lub świata. Czasem mają one charakter systemu futurologicznego. Istnieją jednak różnice pomiędzy strukturami urojeniowymi a systemami filozoficznymi lub wiedzą potoczną, polegające głównie na tym, że urojenia są bardziej egocentryczne i autystyczne. Rozgraniczenie jednych i drugich może nastręczać wiele trudności. Prawdopodobnie urojenia są w mniejszym stopniu scalone niż systemy filozoficzne i bardziej od nich egocentryczne. Można je nazwać systemami prefilozoficznymi lub parafilozoficznymi, bez większej wartości społecznej.

Tematyka urojeń uzależniona jest od warunków historyczno-kulturowych. Na treści urojeniowe wpływają czas i środowisko człowieka, jego zwyczaje i przeżycia. Zjawisko to występuje zarówno w psychozach endogennych, jak i w zaburzeniach psychicznych, które powstały na innym podłożu. Analiza wpływów kulturowych, socjologicznych i politycznych umożliwia wniknięcie w przeżycia psychotyczne pacjenta. Poszczególne tematy urojeń występują częściej w pewnych jednostkach chorobowych niż w innych, chociaż trudno podać ściśle reguły w tym zakresie. W urojeniach osób chorych na schizofrenię ciągle rośnie rola treści fizyczno-chemiczno-technicznych, a słabną treści seksualne. Dawniej dominującą rolę, np. w urojeniach wielkościowych, odgrywali cesarze, książęta, a w urojeniach o treści religijno-demonicznej - diabły, wiedźmy i czarownice. W 1946 roku natomiast urojenia dotyczyły powrotów z wojny. Porównując lata 1950-1955 z rokiem 1925 stwierdzono, że po II wojnie światowej spadkowi dominującego poczucia winy towarzyszył wzrost tzw. skarg na utratę (np. odwagi, zdolności, wartości, celu, sensu).

Stwierdzono, że występowanie mesjanistycznych urojeń wielkościowych (przekonanie, że ktoś jest "Jezusem Chrystusem" albo "Mesjaszem") zwiększyło się wówczas, gdy pewne trendy kontrkulturowe stały się popularne wśród młodzieży w latach siedemdziesiątych. Opierając się na badaniach Kranza [1969] można stwierdzić, że kultura do pewnego stopnia wpływa na treść urojeń. Ilustracją tego jest zanikanie treści genealogicznych o charakterze wielkościowym, które były często spotykane, szczególnie u pacjentów maniakalnych. Pacjent, twierdząc że jest potomkiem Napoleona, przedstawiał skomplikowane drzewo genealogiczne sprawiające wrażenie prawdopodobieństwa. Opisy tego typu urojeń spotykamy już tylko w starszych podręcznikach, ostatnio występują one niezwykle rzadko. Prawdopodobnie wiąże się to z faktem, że problematyka ta straciła swą aktualność i znaczenie. Obecnie pacjenci w treściach urojenio-

wych podwyższają swoje znaczenie, przypisując sobie tytuły naukowe, stanowiska, czasem odkrycia. Z kolei spadkowi urojeń grzeszności i winy towarzyszy wzrost treści hipochondrycznych, poniżenia i niewydolności. Można więc przyjąć, że spadek częstości tych urojeń będzie kompensowany przez tendencję do deprecjacji własnej osoby, własnego działania. Wzrost treści urojeń obejmujących ogólnie ujmowaną niewydolność, wcześniej znacznie zabarwioną religijnie, a obecnie raczej poczuciem nieudacznictwa życiowego, jest przejawem racjonalizacji. Do owych zmian doszło prawdopodobnie w związku z wprowadzeniem leków psychotropowych. Objawy psychoz także uległy zmianom, dotyczą one nie tylko treści, ale również częstotliwości i dynamiki owych przeżyć. Regułą stały się nietypowe przebiegi zaburzeń, w których dominują zaburzenia myślenia i koncentracji. Jednak nie wszystko da się wytłumaczyć wpływem czynników farmakologicznych i chorobowych, znaczące są także wpływy społeczno-kulturowe.

Kępiński [1972] twierdzi, że w tematyce urojeń istnieją pewne rysy metafizyczne. Nurt ontologiczny dotyczy istoty bytu i koncepcji egzystencji w kosmosie, przy czym charakterystyczne dla urojeń schizofrenicznych są treści fantastyczne, magiczne, kiedy pacjent ma wrażenie, że działają na niego tajemnicze siły i energie, promienie, siły dobre lub złe, fale, które przenikają myślenie itp. Nurt eschatologiczny dotyczy zagadnień ostatecznych, jak np. koniec świata, zagrażająca katastrofa, z którymi łączy się poczucie bezradności, bezsilności. Nurt charyzmatyczny zawiera zagadnienia dotyczące znaczenia i sensu życia ludzkiego, jego prawdziwego celu. Światem choroego wstrząsają apokaliptyczne wydarzenia, a on znajduje się w centrum tych wydarzeń, może czuć się nieśmiertelny, wszechmocny, wybrany przez los, albo odwrotnie - może mieć poczucie swojego małego znaczenia.

WNIOSEK

Najliczniejsze w badanej grupie 72 pacjentów w obserwowanym epizodzie chorobowym

były urojenia oddziaływania, ksobne i prześladowcze, które najczęściej występowały łącznie. W następnej kolejności były urojenia odstonięcia myśli, wielkościowe i depresyjne. Obecność tych ostatnich treści przemawia za istnieniem u dość znacznej liczby pacjentów komponentów afektywnych, mimo że dokładnie spełniali oni kryteria diagnostyczne schizofrenii paranoidalnej. Urojenia somatyczne, zmiany osoby i fantastyczne występowały w badanej grupie sporadycznie.

PIŚMIENNICTWO

1. Andreasen N.C., Olsen S.: Negative versus positive schizophrenia: Definition and validity. *Arch. Gen. Psychiatry* 1982, 39, 789-794.
2. Benedetti G.: *Todeslandschaften der Seele*. Vandenhoeck and Ruprecht, Göttingen 1983.
3. Chlewiński Z., Grzywa A.: *Urojeniowa wizja świata*. Wiedza Powszechna 1992.
4. Feldmann H.: Aspekte der Wahndynamik, *Fortsschr. Neurol. Psychiatr.* 1989, 1, 57, 14-21.
5. Glatzel J.: Zur Psychopathologie zyklotym-depressiver Verlaufe. *Psychiat. Clin.* 1974, 7, 120-127.
6. Grzywa A.: Psychologiczne mechanizmy kształtowania się przekonań urojeniowych. *Post. Psychiat. Neurol.* 1992, 1, 34-41.
7. Katan M.: Further exploration of the schizophrenic regression to the undifferentiated state. A study to the assessment of the unconscious. *Int. J. Psychoanalysis* 1979, 60, 145-176.
8. Kępiński A.: *Schizofrenia*. PZWL, Warszawa 1972.
9. Kranz H.: Symptomwandel schizophrener und zyklotyper Psychosen? W: Huber G. (red.): *Schizophrenie und Zyklotymie, Ergebnisse und Probleme*. Thieme, Stuttgart 1969.
10. Levy R.: *The new language of psychiatry*. Little, Brown and Company, Boston, Toronto 1982.
11. Magaro P.A., Chamond D.L.: Information processing and lateralization in schizophrenia. *Biol. Psychiatry* 1983, 18, 1, 29-44.
12. Spitzer R.L., Endicott J., Robins E.: Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Arch. Gen. Psychiatry* 1978, 35, 773-782.
13. Wing J.K., Cooper J.E., Sartorius N.: *The measurement and classification of psychiatric symptoms: An instruction manual for the PSE and Catego Program*. Cambridge University Press, London 1974.

*Adres: Dr hab. Anna Grzywa, Katedra i Klinika Psychiatrii A.M.,
ul. Abramowicka 2, 20-442 Lublin*