

Urojenia - zaburzenia treści myślenia

Delusions - disorders of thought content

*Anna Grzywa, **Marek Gronkowski

*Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

**Oddział Psychiatryczny SPZ ZOZ w Nowej Dębce

Summary

Delusions typically occur in the context of neurological or mental illness, although they are not tied to any particular disease. However, they are of particular diagnostic importance in psychotic disorder and particularly in schizophrenia, paraphrenia, manic episodes of bipolar disorder, and psychotic depression. The psychiatrist Karl Jaspers was the first to define the three main criteria of delusion - certainty (held with absolute conviction), incorrigibility (not changeable by compelling counterargument or proof to the contrary), impossibility or falsity of content (implausible, bizarre or patently untrue). DSM defines delusion as a false belief based on incorrect inference about external reality that is firmly sustained despite what almost everybody else believes and despite what constitutes incontrovertible and obvious proof or evidence to the contrary. Delusions are often sole symptoms of mental disorders. They have significant role in psychopathology thus understanding the patients with this kind of symptoms plays important role in cure and medical treatment. The paper describes changes in psychopathologies concept and definition of delusion. Different types of delusions (delusions of control, nihilistic delusions, delusions of infidelity, delusions of guilt or sin, delusions of mind being read, delusions of reference, grandiose delusions, persecutory delusions, religious delusions) with their clinical examples are presented.

Key words: delusions, psychopathology

Dla badacza zajmującego się myśleniem i jego zaburzeniami, najbardziej interesującym fenomenem są urojenia i ich pogranicza, które na poziomie subklinicznym mogą się pojawić w każdym okresie życia, u osób obu płci i w różnych kontekstach socjokulturowych. Objawy te mogą być przemijające lub utrzymywać się przez dłuższy czas. W pełni rozwinięte urojenia występują u osób chorych psychicznie, jako objawy psychopatologiczne. Można uznać, że urojenia są objawem, który jako jedyny umożliwia u pacjenta rozpoznać psychozę. Inne objawy mogą towarzyszyć urojeniom, mogą łączyć się ze sobą tworząc zespoły objawów psychopatologicznych, ale do rozpoznania psychozy żaden z nich jako jedyny nie jest wystarczający.

W języku potocznym termin "urojenie" oznacza myśli albo pragnienia trudne do urzeczywistnienia, fantazje, mrzonki, marzenia, dziwactwa myślenia, uparte trzymanie się swoich niezbyt zrozumiałych dla otoczenia wypowiedzi. Termin "uroić sobie" ma raczej pejoratywne zabarwienie, oznacza wymyślanie rzeczy nieprawdziwych, absurdalnych, nedorzecznych i w takim znaczeniu jest używany w mass mediach, rozmowach czy nawet w przemówieniach. W terminologii naukowej głównie psychiatrycznej i psychologicznej termin ten oznacza objaw choroby psychicznej.

U chorego z urojeniami osobliwością jest to, że nie są przez niego kwestionowane ani rzeczywistość

ani wartość prawdy zawartej w wypowiedzi urojeniowej. Urojeniu przeżywanemu stanem rzeczy jest dla pacjenta już na wstępie czymś, co zawiera prawdę samą w sobie.

Analiza myślenia urojeniowego pozwala na lepsze poznanie procesów myślowych. Urojenie dla badaczy zajmujących się myśleniem stanowi jakby naturalną sytuację eksperymentalną wytworzoną przez Naturę, a problemem jest tylko umiejętność wykorzystania jej w taki sposób żeby było to pożyteczne przede wszystkim dla chorych, a po wtóre dla poszerzenia wiedzy o myśleniu.

Istnieje też podejście przyjmujące, że przejście między urojeniami a myśleniem tzw. normalnym nie jest ostro odgraniczone, że są pewne formy myślenia spełniające tylko niektóre kryteria urojeń. Trudne, a według niektórych autorów nawet niemożliwe jest znalezienie ścisłych kryteriów oceniających prawidłowość, czy nieprawidłowość myślenia. Najczęściej zamiast kryterium prawdziwości podaje się kryterium racjonalności, które też nie jest terminem jednoznacznym. Urojenie nie jest celem, który chory chce osiągnąć, ale raczej koniecznym warunkiem do utrzymania optymalnej integracji i bezpieczeństwa. Struktury urojeniowe są wynikiem złożonego systemu myślenia, który zawsze jest heurystyczny (czyli nie określony ścisłymi regułami), intuicyjny i nieciągły. Oprócz elementów reproduktywnych urojenia zawierają elementy

twórcze i intuicyjne. Psychiatrzy i psychologowie starali się zrekonstruować ten proces myślenia, który produkuje urojenia, ale jak dotąd brak jednoznacznych wyjaśnień.

Obecność urojeń u pacjenta pozwala na rozpoznanie choroby psychicznej i zaplanowanie postępowania leczniczego. Jaspers [1] opisał szczegółowo trzy podgrupy urojeń: 1/urojeniowa percepcja, 2/urojeniowe myśli, 3/urojeniowa świadomość.

Percepcja urojeniowa, inaczej urojenie prawdziwe jest pierwotnym przeżyciem, które nie ma zrozumiałego związku z dotychczasowymi przeżyciami pacjenta. Nie ma tu miejsca zaburzenie percepcji, wrażeń, czy myślenia, a zaburzone jest znaczenie symboliczne. Nasze dane zmysłowe są przede wszystkim symbolami, szczególnie w czasach, w których żyjemy. Uważa się, że powstawanie przekonań jest dwustopniowe; najpierw ma miejsce spostrzeżenie, które jest realne i ma takie znaczenie dla pacjenta jak i dla innych ludzi. W drugim etapie pacjent dochodzi do wniosku, że to, co spostrzegł ma specjalne znaczenie tylko dla niego i wtedy jest to już urojenie. Urojenia są utrzymywane z absolutnym przekonaniem, są dla pacjenta oczywistymi prawdami, zazwyczaj o wielkim znaczeniu osobistym. Nie są podatne na argumenty ani modyfikowane przez doświadczenie, nie są podzielane we wspólnocie kulturowej czy społecznej. Urojenia mogą być zjawiskiem wtórnym na przykład do przeżywanego omamów, są wtedy interpretacją patologicznych przeżyć. Bell i wsp. [2] próbowali wyjaśnić powstawanie urojeń z perspektywy funkcji poznawczych. Według nich istnieją trzy drogi, a mianowicie urojenia mogą być 1/ wynikiem odkształceń w trakcie tworzenia się normalnych przekonań (model pozytywny), 2/ mogą wyjaśniać inne objawy np. omamy (model negatywny) albo 3/ znajdować się na krańcu anormalnych zjawisk umysłowych (model ciągły).

Są pewne objawy, w których istnieje związek między urojeniami a percepcją. Są one często opisywane jako urojenia odniesienia. Do takich objawów należy na przykład urojeniowe pojęcie związane z percepcją, kiedy urojenie jest jedynie zapoczątkowane przez jakieś spostrzeżenie, natomiast pacjent wierzy, że związek między jego spostrzeżeniem i wynikającym z niego sądem jest oczywisty. Dochodzi do nieprawidłowego ustalenia związku pomiędzy pacjentem, a jakimś elementem świata zewnętrznego. Przykładem może być pacjentka, która twierdziła, że jest w kontakcie ze swoim byłym narzeczonym, który telepatycznie wpływa na nią. Nie poszukiwała na to żadnych dowodów, ani potwierdzających, ani zaprzeczających, ponieważ była tego pewna.

Urojenia są przyczyną swoistej interpretacji świata. John Nash, genialny matematyk, zdobywca

nagrody Nobla wypowiadał w przebiegu swojej choroby bardzo różnorodne treści urojeniowe. W jego biografii [3] znajduje się wiele wypowiedzi o charakterze urojeniowym m.in. „[...] pewne prawdy można dostrzec w gwiazdach. Saturn jest związany z Ezawem i Adamem, a drugi księżyc Saturna, Tytan, to Jakub i Iblis, wróg Buddy. Źródłem wszelkiego zła są Żydzi, a zwłaszcza Jack Bricker, który jest Hitlerem i trójca zła, złożona z Mory, Iblisa i Napoleona. [...] Jestem w istocie uchodzącą od fałszywych symboli i niebezpiecznych symboli.”

W naszym kręgu kulturowym najczęściej występują urojenia paranoidalne. Utworzono wiele kategorii diagnostycznych, w których występuje ten typ myślenia. Należą do nich: psychozy paranoidalne o różnej etiologii, paranoja, schizofrenia paranoidalna. Urojenia paranoidalne mogą także towarzyszyć chorobom afektywnym, mogą występować w każdym rodzaju psychozy. Już dawno odkryto, że lęk zmniejsza się, jeżeli zostanie związany z jakąś przyczyną zewnętrzną, przy czym nie zawsze musi być ona prawdziwa. Wydaje się więc prawdopodobne, że pochodzenie urojeń prześladowczych dlatego ma charakter błędu interpretacji, że chory przypisuje otoczeniu pewne nieistniejące, albo zniekształcone cechy, bądź też snuje pewne domysły, np. że ktoś go inwigiluje. Obserwatorowi wydaje się to nieprawdopodobne, ale dla chorego ma to sens, ponieważ urojeniowe wyjaśnienie przynajmniej częściowo redukuje jego wcześniej niezrozumiałe poczucie zagrożenia i lęk.

W urojeniowym spostrzeganiu świata może pojawić się przekonanie o spisku małej grupy 2-3 osób, która w miarę rozwoju choroby może rozwinąć się aż do sieci prawie kosmicznych rozmiarów. W bardziej łagodnych i mniej patologicznych formach, paranoidalne konstrukcje mogą występować jako przekonania i systemy wartości różnego rodzaju, np. ideologie polityczne, systemy wierzeń religijnych, wartości społeczne i kulturowe. Swedenborg, który działał głównie jako uczony, badacz i polityk doświadczył w późnym wieku głębokiej przemiany, z powodu której porzucił badania naukowe na rzecz studiów psychologicznych i duchowych. Pod koniec życia napisał do Friedricha Christofa Oetingera, że najpierw został wprowadzony przez Boga w nauki przyrodnicze, a po latach przygotowań od 1710 do 1745, otwarło się dla niego niebo. To wydarzenie opisał w liście do Thomasa Hartleya, jako "otwarcie duchowej percepcji", "manifestację Boga skierowaną do niego osobiście", "wprowadzenie do duchowego świata".

Przed owym duchowym oświeceniem doświadczał snów i wizji, słyszał tajemnicze głosy. Twierdził, że Bóg napełnił go swym Duchem, by przekazać mu doktrynę Nowego Kościoła. Upo-

ważnił go do tej misji, dopuścił do świata duchowości, pokazał mu niebo i piekło, dał możliwość rozmowy z aniołami i duchami przez całe lata. Jednak to nie żaden anioł przekazał mu wiążące informacje na temat doktryny, ale sam Bóg - podczas lektury Słowa. Bóg objawił mu się i powiedział: Jestem Bogiem, Panem, Stwórcą i Odkupicielem świata. Wybrałem ciebie, by odsłonić duchowy sens Pisma Świętego. Sam podyktuję Ci, co masz napisać. Od tamtego czasu Swedenborg zaniechał wszystkich działań związanych z nauką doczesnego świata, zajmując się jedynie objaśnianiem spraw duchowych. Żył w sposób skrajnie prosty; jego dieta składała się głównie z chleba i mleka i znacznych ilości kawy. Nie zwracał uwagi na zmieniające się pory dnia i czasami leżał przez całe dni pogrążony w ekstazie.

Teozoficzny system Swedenborga jest najogólniej przedstawiony w jego Bożej miłości i mądrości. Od Boga emanuje święta kula, która ukazuje się w duchowym świecie jako słońce, a od tego duchowego słońca pochodzi słońce naturalnego świata. Duchowe słońce jest źródłem miłości i inteligencji - czyli życia, a rzeczywiste słońce - źródłem natury albo "naczyn" dla życia; pierwsze jest żywe, drugie martwe. Ostateczny koniec wszystkich rzeczy ma miejsce w Boskim Umyśle, przyczyny wszystkich rzeczy mają źródło w duchowym świecie, a ich skutki - w świecie naturalnym. Poprzez umiłowanie każdego z tych stopni, człowiek dochodzi do połączenia z nimi i światami przyrody, ducha i Boga. Końcem stworzenia jest to, że człowiek może to połączenie osiągnąć i stać się obrazem swego Stwórcy i stworzenia. To, że mógł dostrzec i zrozumieć duchowe i niebiańskie znaczenie słowa, zostało mu umożliwione poprzez bezpośrednie objawienie i kontakt z Bogiem, aniołami, przez co otrzymał klucz do wyjaśnienia skarbu Bożej mądrości. Swedenborg twierdził też, że poprzez dopuszczenie do duchowego świata nauczył się prawdy o przyszłym życiu ludzi, ujrzał niebo i piekło, zrozumiał prawdziwą doktrynę Opatrzności, dotarł do źródeł zła, pojął wagę świętości i nierozzerwalności małżeństwa, stał się świadkiem Sądu Ostatecznego i powtórnego.

Zarówno w patologicznych postaciach, czy postaciach adaptacyjnych, urojeniowa paranoidalna konstrukcja tworzy matrycę, w której człowiek może znaleźć poczucie bezpieczeństwa i przynależności, co nadaje sens jego istnieniu. Gdyby zastanowić się nad faktem, że urojenia mają zdolność do okresowego pojawiania się i znikania, rodzi się pytanie, jakie warunki muszą być spełnione dla przewlekłości i powtarzalności urojeń w kolejnych epizodach chorobowych. Przeręformowanie strukturalne i zmiana systemu wartości występują tylko u części chorych z przewlekłymi, trwającymi dłużej niż rok stanami urojeniowymi. W takich przypad-

kach dochodzi do "chronicznienia" urojeń w podobny sposób jak w przewlekłych zespołach na podłożu organicznym.

W procesie przewleknięcia się urojeń zmiana ich struktury polega na przechodzeniu od ustrukturalizowanych urojeń do ich form fragmentarycznych, porozrywanych. Można przypuszczać, że na ten proces wywiera wpływ przedchorobowa struktura osobowości i stopień przystosowania. Niektórzy chorzy z przewlekłymi psychozami są dobrze społecznie przystosowani, spontanicznie nie ujawniają doznań urojeniowych, które też nie wpływają w sposób widoczny na ich zachowanie.

Nieprawidłowości osobowości przedchorobowej, takie jak przewaga introwersji, nieśmiałość, skłonność do izolacji, a zwłaszcza schizoidalne i paranoidalne cechy osobowości, częściej w czasie trwania choroby przejawiają się w przewlekłych urojeniach niż w ostrych epizodach urojeniowych. Gorsze przystosowanie przedchorobowe powoduje większą wrażliwość na psychospołeczne czynniki stresujące, prawdopodobnie w związku z małym poczuciem bezpieczeństwa u takich osób. Zdarzenia, które nie mają większego znaczenia dla osób dobrze przystosowanych doprowadzają do izolacji osoby źle przystosowanej, co wywołuje poczucie obcości, a to z kolei może prowadzić do zaburzonego spostrzegania zjawisk, nieprawidłowej interpretacji zachowania innych osób i wreszcie do urojeniowej oceny rzeczywistości [4]. Ostatnio wykazano [5], że osoby z neurotycznymi cechami osobowości, które powodują zwiększoną podatność na burzliwe, ale wewnętrzne przeżywanie w sytuacjach emocjonalnych, wykazują większe nasilenie objawów pozytywnych schizofrenii, szczególnie omamów i urojeń. Często takiej osobowości towarzyszy w czasie choroby uszkodzenie pamięci wzrokowej. Urojenia w takiej sytuacji są próbą wyjaśnienia świata, który jest zagrażający i obcy. 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, zwłaszcza, że treść urojeń ma zazwyczaj aspekt społeczny. Na przykładzie syna Johna Nasha, który tak jak ojciec choruje na schizofrenię można zauważyć pewne podobieństwa objawów. John David, podobnie jak jego ojciec w czasie trwania epizodów choroby miał omamy słuchowe i urojenia, że jest przywódcą religijnym.

Jakkolwiek urojenia stanowią zaburzenie myślenia, to dotyczą również procesów emocjonalno-motywacyjnych, percepcji świata, oraz postaw jakie pacjent przyjmuje wobec ludzi i wydarzeń. Urojenia zatem mają trzy komponenty: 1/ kognitywny (człowiek „wie”, że tak jest), 2/ afektywny (odczuwa

emocje związane z urojeniami), 3/ behawioralny (ukierunkowują działanie).

Obserwacje kliniczne i subiektywne opisy wskazują, że w głównych chorobach psychicznych występują zarówno zaburzenia poznawcze jak i emocjonalne, ale istota każdego z nich i związki pomiędzy nimi są zmienne. U osób z chorobami afektywnymi odchylenia od normy są globalne i szeroko rozprzestrzenione. W schizofrenii dysfunkcje poznawcze w miarę trwania choroby stają się coraz bardziej widoczne i charakterystyczne, ale zaburzenia emocjonalne są też znaczące. W zaburzeniach paranoicznych dość długo może się utrzymywać sprawność intelektualna i dostosowane formy zachowania poza dziedziną, która jest objęta urojeniami. Przed wprowadzeniem leków przeciwpsychotycznych II generacji leczenie skupiało się na usuwaniu objawów psychotycznych, obecnie uważa się, że zaburzenia poznawcze są bardziej istotne i utrudniające życie pacjentom niż objawy psychotyczne, między innymi dlatego że utrudniają współpracę w leczeniu oraz niejednokrotnie uniemożliwiają podjęcie celowej aktywności.

Coltheart i wsp. [6] rozróżniają system urojeń politematycznych i monotematycznych, mogących występować zarówno w przebiegu chorób endogennych jak i psychoz innego pochodzenia. Dawniej takie urojenia jak należące do Zespołu Capgrasa, Fregoli, Cotarda i in. wiązane były z psychozami w zaburzeniach organicznych, a Zespół Otella z alkoholizmem. Może warto przypomnieć jakie treści najczęściej występują jako urojenia monotematyczne: 1/ urojenia Capgrasa – pacjent twierdzi „to nie jest moja żona, to jest ktoś podstawiony, kto tylko wygląda jak ona”, 2/ urojenia Cotarda – pacjent mówi „ja już nie żyję”, 3/ urojenia Fregoli – „jestem ciągle śledzony przez znanych mi ludzi, ale nie mogę ich rozpoznać bo są przebrani”, 4/ nieprawidłowa identyfikacja siebie w lustrze – „to nie ja, to ktoś obcy, tylko wygląda jak ja”, 5/ somatoparafrenia – „ta kończyzna nie jest moja tylko twoja”, 6/ anosognozja związana z paraplegią – „moja lewa ręka nie jest sparaliżowana”, 7/ niedowład histeryczny – „moja lewa ręka jest sparaliżowana”, 8/ urojenia kontroli – „inni ludzie kierują ruchami mojego ciała”, 9/ erotomania – „pan X jest we mnie zakochany” (X zazwyczaj jest osobą znaną), 10/ zespół Otella – „moja żona ma romans z X”.

Utrzymywanie się przekonań zależy od oczekiwań współlistnienia zdarzeń i od bieżących informacji dostarczanych przez środowisko o obiektywnej zależności między zdarzeniami. Wpływ każdego z tych czynników zależy od siły drugiego. Bieżące informacje w przypadku przekonań urojeniowych nie są przyjmowane jako niezgodne z oczekiwaniami.

W utrzymywaniu się urojeń odgrywa niewątpliwie rolę fakt, że myśli wykazują większą inercję

niż stan nastroju, przez co ich zmiana jest utrudniona. Coś, co jest raz zapisane w umyśle nie jest łatwe do zatarcia, tym bardziej, że świadomie nie mamy na to wpływu. Utrata przekonań, które pozwalają na rozumienie pewnych zjawisk i nadają cel życiu powoduje bolesną pustkę, dopóki nie rozwinię się alternatywna struktura symboliczna.

Przykładem może być przeżywanie chorobliwej zazdrości, która w niektórych przypadkach może być początkiem urojeń. Wydaje się, że u podłoża tego zaburzenia leżą szczególne cechy osobowości człowieka u którego ona występuje. Brak tolerancji i czujna obserwacja może wynikać z niepewności co do całkowitego posiadania drugiej osoby, przy dużej potrzebie takiego poczucia. Mogą w takiej sytuacji odgrywać pewną rolę czynniki kulturowe, w tym normy społeczne obowiązujące w środowisku.

Chorobliwa zazdrość jest związana z prawdopodobieństwem zdrady partnera, przy czym może to wynikać z cech "zdradzającego" jak też i z poczucia niższości seksualnej, hypofallizmu, impotencji i lęku przed nieatrakcyjnością "zdradzanego". Urojenia tego typu częściej występują u mężczyzn, ale mogą też występować u kobiet. Jeżeli pojawi się myśl o zdradzie partnera, to jest dokładnie analizowana a następnie są rozważane działania, które powinny być podjęte. Najczęściej po dokładnym rozważeniu takiej myśli zostaje ona uznana za nieprawdę czy błąhostkę i nie jest dalej rozwijana. Jeżeli natomiast dalej się rozwija, to zajmuje całą uwagę zazdrosnej osoby. Staje się najpierw hipotezą, która jest badana przez obserwację partnera. Wyszukiwane są "dowody", co ułatwia nieprawidłowa interpretacja zwykłych zdarzeń. W końcu takiemu przekonaniu zostają podporządkowane działania. Cechą charakterystyczną chorych z urojeniami zazdrości jest to, że poza sferą objętą urojeniem zazwyczaj dość długo funkcjonują poprawnie. Mogą pracować nienagannie a po powrocie z pracy robią partnerce wymówki i sprawdzają czym się zajmowała w czasie ich nieobecności. Zdarza się, że zaprowadzają ją do kościoła w celu złożenia przysięgi, że ich nie zdradza, co zresztą niczego nie zmienia, bo po chwili znów są pewni że przysięga była fałszywa. Po pewnym czasie krąg mężczyzn podejrzewanych o to, że są kochankami partnerki rozszerza się, pacjent z urojeniami zazdrości przestaje pracować, żeby śledzić osoby podejrzane, a w skrajnych przypadkach wywołuje awantury. Często dopiero wtedy osoby z otoczenia nabierają wątpliwości co do prawdziwości jego podejrzeń i powodują, że osoba taka rozpoczyna leczenie.

Myślenie urojeniowe można traktować jako stopniowalne. Na jednym biegunie znajdują się względnie powszechne przekonania, dostosowane do rzeczywistości, dalej na kontinuum znajduje się

samooszukiwanie się, dalej myślenie życzeniowe, stereotypy myślenia i inne formy zaburzonego myślenia. Na drugim krańcu natomiast są przekonania urojeniowe z wysokim poziomem akceptacji, przeżywane jako wiarygodne [7].

Combs i wsp. [8] stosując własną Skalę Przekonań Urojeniowych uzyskali ciekawe wnioski, a mianowicie pacjenci urojenia prześladowcze uważali za urojenia nieoczekiwane często, a wydawać by się mogło, że są przekonani o ich realności. Mimo to wypowiadali te treści, co badacze przypisują ich właściwościom obronnym przed negatywnymi zdarzeniami czy odczuciami, które by mogły doprowadzić do pogorszenia ich obrazu własnego „ja”. Drugi wniosek mówi o tym, że im większe było przekonanie badanych o prawdziwości treści urojeniowych tym mniejszy był ich lęk. Lęk i inne stany emocjonalne podtrzymywały urojenia, dając większą pewność i odwrócenie uwagi od nieprzyjemnych sytuacji.

Ostatnio badacze zadają sobie pytanie jaka jest elastyczność urojeń, czyli w jakim stopniu pacjenci są zdolni do przyjęcia zaprzeczających im informacji, czy dowodów, a jeśli tak to jak wpływają one na zmianę ich treści [9]. Wcześniej sugerowano, że skrypty (np. zwyczajowe wykonywanie codziennych czynności) u pacjentów chorych na schizofrenię były mniej spójne i mniej szczegółowe niż u osób zdrowych, co powinno wpływać na większą ich skłonność do tworzenia konfabulacji w sytuacji eksperymentalnej. Konfabulacją w tych badaniach nazywa się błąd w przypominaniu, czyli włączanie do skryptu elementów nie pasujących do niego. Simpson i Done w zaplanowanym eksperymencie próbowali udowodnić, że jeżeli pacjenci będą opisywać skrypt, w który są włączone treści ich urojeń to będą tworzyć mniej konfabulacji. Okazało się, że granice skryptów pozostały nienaruszone szczególnie w przypadku, kiedy skrypt był relewantny do treści urojeń, natomiast pacjenci mniej trzymali się granic skryptu, kiedy nie był on związany z treścią ich urojeń. W wyniku tego badania nasuwa się wniosek, że urojenie jest dobrze zorganizowaną strukturą poznawczą, trudno ulegającą zmianie.

W niektórych przypadkach można przypuszczać, że chory dochodzi do wypowiedzi urojeniowych dopiero podczas komunikowania się z nami, w sytuacji kiedy musi sformułować w słowach swoje myśli. Być może mają tu miejsce trudności we właściwym doborze słów. Dla pacjenta te same słowa obecnie mają inne znaczenie niż dawniej, my zaś tego nowego znaczenia nie rozumiemy. Chory stara się zrozumieć tę nową, psychotyczną rzeczywistość i tak ukierunkowuje swoje zachowanie, żeby otoczenie było dla niego optymalnie bezpieczne i sprzyjające. W tym celu stara się kontrolować zachowanie ludzi z nim związanych. Urojenie nie

jest celem, który chory chce osiągnąć, ale koniecznym warunkiem do poradzenia sobie z ogarniającym go lękiem i uzyskania wsparcia.

Jeżeli przeżycia psychotyczne odrywają i izolują chorego od świata, w którym dotychczas funkcjonował, wtedy powstałe urojenie staje się czymś, co uzasadnia i tworzy nie tylko kontakt z rzeczywistością, lecz również nowe formy współlistnienia z innymi ludźmi. Istnieją jakieś związki pomiędzy wypowiedzianymi treściami urojeń a pierwotnym przeżyciem psychotycznym, czyli czymś, co powoduje wystąpienie tzw. nastroju urojeniowego. Są one tłumaczone na wiele różnych sposobów: od wyjaśnień psychoanalitycznych, poprzez psychodynamiczne do psychospołecznych i biograficznych. Te ostatnie opierają się na dokładnej analizie "życiorysu" pacjenta i poszukiwaniu w nim danych, uzasadniających wystąpienie urojeń o danej treści.

Ważną cechą wielu urojeń jest ich forma perspektywna, 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 niejednokrotnie nastęczać 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.

Często wydaje nam się, że rozumiemy treść urojenia, ale niestety nie możemy wiedzieć, co sam pacjent rozumie przez tę wypowiedź, co chce przy jej pomocy zakomunikować otoczeniu. Żeby ją zrozumieć, trzeba by znać źródła lęków pacjenta, jego niespełnione potrzeby, dokładnie przeanalizować patogenne układy społeczne i rodzinne. Marsella [10] twierdzi, że kultura jest główną determinantą ludzkiego zachowania, że jest reprezentowana zewnętrznie jako rola człowieka w strukturach społecznych, a wewnętrznie jako wartości, przekonania, nastawienia, świadomość społeczna i biologiczne funkcjonowanie. Przynależność do pewnej grupy kulturowej oznacza przeżywanie świata w sposób w niej przyjęty, często bardzo odmienny od innych grup kulturowych.

Przekonania, że ktoś jest owładnięty przez innego człowieka, czy ducha było wyrażane w różnych formach i w różnych kulturach. Stany takie były opisywane w Brazylii, krajach Afryki i Haiti. Siły, którymi owładnięci bywają pacjenci różnią się w zależności od kultury, wierzeń i tradycji. Za siły takie są uważane duchy zwierząt, zmarły przodek, Bóg, szatan itd. [11]. Najczęściej takie treści wystę-

pują w psychozach egzotycznych, które w klasyfikacjach są zaliczane do zaburzeń dysocjacyjnych.

W literaturze, szczególnie niepsychiatrycznej, w starożytnych mitach, w powieściach i filmach często przewija się urojenie zmiany w zwierzę (lykantropia). W średniowieczu lykantropia uważana była za opętanie przez szatana, zatrucie lub chorobę. Lykantropia została opisana w literaturze medycznej już w drugim wieku naszej ery. W południowo-wschodniej Azji i Afryce chorzy z lykantropią są najczęściej przekonani o zmianie w tygrysa, hienę, krokodyla i rekina. Mogłoby się wydawać, że w epoce postindustrialnej, w XXI wieku urojenia o tej treści nie występują. Okazuje się jednak, że obecnie te treści w psychozach występują nadal. W szpitalu w Belmont (USA) w ciągu 12 lat stwierdzono takie urojenia u 12 osób, w tym najczęściej pacjenci uważali się za psa (2), kota (2), wilka (2), ptaka (1), tygrysa (1), królika (1). Pozostali zachowywali się jak różne zwierzęta, nie identyfikując ich dokładniej. Rozpoznanie u tych chorych były zróżnicowane np. schizofrenia, depresja, intoksykacja kannabinolami. U siedmiu z nich uzyskano całkowite ustąpienie urojeń, u 3 częściową, natomiast 2 okazało się opornymi na leczenie [12].

Czasem urojenia fantastyczne wiążą się ze zdobyciami techniki, z tematyką fantastyczno-naukową i występującymi w niej istotami z dalekich planet. Przykładem może być pacjent z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej, który na wiele lat przed filmem „Matrix” twierdził, że świat w którym żyjemy, my sami i otaczający nas ludzie nie istnieją w rzeczywistości, a są symulacją komputerową w świecie opanowanym przez myślące komputery. Ta symulacja służy do nauki historii dla „młodych komputerów”. Jesteśmy wszyscy materiałem pogładowym, istniejemy tylko dla celów dydaktycznych.

Inne treści urojeniowe występujące sporadycznie, to urojenia religijne. Urojenia te, jeżeli występują w schizofrenii, cechuje to, że myśl religijna w nich zawarta, jest dziwaczna, osobista i idiosynkratyczna oraz niezgodna z przekonaniem żadnej grupy wyznaniowej. Prawdopodobnie u podłoża niektórych sekt leży taka myśl urojeniowa ich guru, np. o pochodzeniu ludzi od Marsjan, czy mieszkańców innych planet. Religijne treści pojawiają się także w urojeniach depresyjnych, kiedy łączą się z poczuciem winy i kary, grzesznością.

O urojeniach interpretacji mówi się wtedy, gdy mamy do czynienia z błędną oceną realnych faktów i stosunków obecnych w otaczającej rzeczywistości, chociaż percepcja zmysłowa tejże rzeczywistości nie odbiega od normy, lub zmieniona jest tylko nieznacznie. Ta błędna ocena sytuacji może mieć pewien związek z wcześniej posiadanymi cechami osobowości. Przykładem może być człowiek po-

dejrzliwy, który może częściej interpretować pewne fakty, jako mające na celu szkodzenie mu, przesładowanie go. Człowiek nieufny łatwiej niż inni może z normalnego zachowania ludzi wyciągnąć wniosek, że zwracają oni na niego szczególną uwagę, śmieją się z niego, dają sobie znaki na jego temat. Jeżeli takie przekonanie staje się niekorygowalne, czyli nie udaje się go zmienić tłumaczeniem, albo przedstawianiem zaprzeczających mu faktom, wówczas staje się już urojeniem.

Porównując wiek, w którym pojawiają się poszczególne treści urojeń, stwierdzono, że urojenia prześladowcze najczęściej występowały u pacjentów w średnim wieku (73% między 30-50 r. życia). Urojenia zazdrości w około 75% występowały u osób powyżej 40 roku życia i tylko w około 12% przed 30 rokiem życia. Urojenia hipochondryczne w 45% występowały przed 30 rokiem życia i w 23% osób po 60 roku życia. Wysoką częstość urojeń prześladowczych w wieku dojrzałym można próbować wyjaśniać faktem, że w tym wieku dla większości ludzi ważne jest dążenie do osiągnięć, lub do obrony uzyskanej wcześniej pozycji społecznej. Lęk przed utratą tej pozycji może być jednym z czynników sprzyjających występowaniu urojeń, które niosą z sobą zagrożenie.

Przykładem może być wypowiedź chorego na schizofrenię, 33-letniego mężczyzny, który choruje od 18 roku życia. Początkowo urojenia przez niego wypowiedziane miały różne mniej lub więcej powiązane ze sobą wątki, z czasem mimo leczenia urojenia trwały, a nawet ich treści stawały się coraz bardziej zwarte, powiązane ze sobą. W ostatnim czasie mówił: „Stale mam wrażenie, że jestem obserwowany przez CIA i FBI, zresztą to trwa już długi czas. Kierują na mnie urządzenia emitujące promieniowanie i wysysające moje myśli. Już dawniej pozbawili mnie komórek pamięci, a wiem, bo niczego z przeszłości nie pamiętam. Chciałbym skoncentrować swoje myśli na inspekcji ONZ w Iraku, chcę służyć Bogu i ojczyźnie. Wiem, gdzie ukryta jest ta broń masowego rażenia, dlatego interesuję się mną wywiady wszystkich krajów. Jestem niebezpieczny dla moich wrogów, dlatego straciłem już 60% swoich komórek mózgowych, które wyciągane są z mojego mózgu specjalnym urządzeniem. Oni nie mogą znieść, że otworzyłem ludziom oczy na zagrożenie, na głupotę wojny, trzeba pamiętać o faryzeuszach i lichwiarzach. Nie mogą mnie unicestwić, bo jestem zbyt znany w świecie, mam zwolenników, nie mogą mnie zabić, więc stosują tortury psychiczne”

Urojenia wielkościowe występują często jako element zespołu maniakalnego. 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, choć w ostatnich latach wydaje się znów powracać np. w postaci dodawania sobie przed nazwiskiem de lub von, tworzenie herbów, budowanie pałaców, gromadzenie antyków, które udają rodowe. Obecnie pacjenci w treściach urojeniowych często podwyższają swoje znaczenie, przypisując sobie tytuły naukowe, stanowiska, czasem odkrycia. Do urojeń wielkościowych absurdalnych 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 wypowiedziach, 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.

U podstaw urojeń wielkościowych leży przekonanie chorego, że jest on niezwykłą osobistością, np. królem, prezydentem, wielkim wynalazcą, Mesjaszem, Bogiem. Niekiedy urojenia dotyczą posiadanego niezwykłego talentu, siły, możliwości. Czasem pacjenci wypowiadają treści dotyczące posiadanego przez nich bogactwa, misji do spełnienia, możliwości uzdrawiania innych osób. Sprawiają oni wrażenie jakby chcieli podwyższyć poczucie własnej wartości, kiedy wyolbrzymiają swoje, czasem nawet realne osiągnięcia a minimalizują 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.

Przykładem takiego zaburzenia może być pacjent przyjęty do oddziału szpitalnego u którego od miesiąca występował stan podniecenia, ruchliwości, zachowań dwuznacznych seksualnie w stosunku do siostry i bratowej. Nastroj jego był podniosły, mówił o swoich osiągnięciach, o tym, że potrafi uzdrawiać nakładając na chorych swoje ręce, że ustanowił fundację, która zgromadziła już duże środki na cele edukacyjne dzieci wiejskich. Wyrażał obawy o swoje życie, ponieważ jako osoba niezwykle popularna może być narażony na prześladowanie.

W oddziale stwierdzono zaniedbanie higieniczne, bezsenność, nadaktywność ruchową i intelektualną. Pacjent zaczepiał każdą napotkaną osobę, mówił bez przerwy, głośno, aż do ochrypnięcia, jadł dużo a mało spał. Wypowiadał treści jak przed przyjęciem, obiecał skomputeryzować oddział w którym przebywał, oferował sprowadzenie no-

wych mebli na jego wyposażenie. Po leczeniu objawy ustąpiły, pacjent był zażenowany, kiedy przypominano mu składane w czasie choroby propozycje i obietnice.

Urojenia depresyjne to grupa urojeń, spotykanych w przebiegu różnych chorób psychicznych, którym towarzyszy patologicznie obniżony nastrój. Chorzy przypisują sobie różne zaniedbania, niedostateczny wysiłek, karygodne lekceważenie, niewłaściwe zużytkowanie zdolności, ekstrawaganckie życie, masturbację. Swoją chorobę uważają za karę. Pacjenci tacy mogą czuć się pogardzanymi i unikanyymi, są przekonani, że popełnione według nich "grzechy" wykluczają ich ze środowiska.

Przykładem jest pacjent który został przyjęty do szpitala w stanie skrajnego wyczerpania, wychudzony i zaniedbany higienicznie. Jego stan poza objawami był spowodowany tym, że żył samotnie a rodzina z odległego miasta nie wykazała zainteresowania, kiedy przestał się z nią kontaktować. W oddziale podał, że jest chory na nieuleczalną chorobę, której nabawił się podczas wyjazdu zagranicznego, który miał charakter turystyki seksualnej. Utrzymywał, że tą chorobą zaraził dwóch kolegów, z których jeden zmarł, że jest człowiekiem złym, godnym kary, a niegodnym jedzenia. Miał poczucie, że jego winą był zamach terrorystyczny na WTC w Nowym Yorku. Te urojenia powodowały zaburzenie jego zachowania, m. in. nocował poza domem, bo uważał że nie jest godny przebywać w mieszkaniu. Po leczeniu stan jego uległ poprawie, ustąpiły myśli samobójcze, długo jednak nie miał pewności, czy przypisywane sobie winy były nierealne.

Urojenia somatyczne, obejmują przekonania, że mają miejsce jakieś specyficzne zmiany w strukturze lub funkcjonowaniu jego ciała. Przykładem może być pacjent, który zgłosił się do poradni z powodu problemów z myśleniem, koncentracją i przypomnianiem sobie nawet niedawnych zdarzeń. Od kilku tygodni miał kłopoty ze snem, a mianowicie budził się po 4 godzinach od zaśnięcia, zazwyczaj nad ranem i ponownie nie udawało mu się zasnąć. W czasie tych bezsennych godzin przychodziły mu najczarniejsze myśli, między innymi o tym, że w jego mózgu zachodzą zmiany, powodujące trudności pamięciowe. Zastanawiał się, czy nie jest to proces nowotworowy, co wydawało mu się prawdopodobne, ponieważ matka zmarła na raka piersi. Zgłosił się do poradni za namową jego dziewczyny, której przyznał się do myśli samobójczych „bo życie straciło sens, a śmierć jest nieuchronna”. Po przyjęciu twierdził, że odczuwa w czaszce klucia, mrowienia, ucisk na mózg przez guz nowotworowy. Z obecnością nowotworu wiązał myśli samobójcze. Wykonano badanie komputerowe mózgu, które nie wykazało zmian, pacjent jednak nie był przekonany

co do jego wartości, podejrzewał, że pokazane mu zdjęcia są zdjęciami nie jego mózgu.

Urojenia hipochondryczne natomiast zawierają lęk, że pacjent zachorował na jakąś nieuleczalną chorobę. Odmianą urojeń hipochondrycznych są urojenia nihilistyczne, których tematem jest nieistnienie całości lub części jakiegoś narządu lub układu. Można za przykład osoby z taką treścią urojeń podać pacjentkę, która została przywieziona do szpitala z powodu zaprzestania jedzenia i picia po okresie przygnębienia i trudności ze snem. Po przyjęciu podała, że jest jej smutno i nie chce już dłużej żyć, że jest potępiona, czeka ją piekło, nie posiada żołądka, jej serce nie pracuje, a wnętrzności ulegają rozkładowi. Niechętnie poddawała się leczeniu, uważając swój stan za beznadziejny. Urojenia o tej treści częściej niż u innych, występują u pacjentów w podeszłym wieku i sprawiają trudności w terapii.

U chorych na schizofrenię najczęściej urojenia somatyczne dotyczą wnikania lub przenikania ciała np. przebijanie ciała nożem, wnikanie oparów do ciała przez skórę, stukanie w żołądki, implant metalowy w mózgu lub w uchu, zmiany kształtu ciała lub koloru np. jedno oko na czole, prawa noga dłuższa, skóra koloru żółtego, brak jakiejś części ciała.

Wśród pacjentów depresyjnych najczęściej urojenia dotyczyły choroby lub dysfunkcji jakiejś części organizmu np. zanik jelit i żołądka, brak stolca od kilku miesięcy, robaki w żołądki, mrówki w nogach, blokada funkcji serca.

Pacjenci w stanie manii, szczególnie pacjentki często wypowiadały urojenia ciąży np. „jestem w ciąży przez samozapłodnienie, noszę w sobie dziecko szatana”. W różnych kategoriach diagnostycznych występowały jeszcze inne urojenia związane z ciałem np. przenikanie ciała przez prąd elektryczny, magnes zlokalizowany w lewej nodze, biały dym wydzielający się z penisa, ciało sterowane przez kogoś z zewnątrz, współzycie seksualne w nocy z wieloma osobami, przykry zapach ciała, zamiana ciała w ciało innej osoby, zamiana genitaliów z inną osobą i używanie ich w tym czasie, poczucie opuszczania własnego ciała i oglądanie go z wysokości.

Urojenia indukowane, są skutkiem zasugerowania osobie zdrowej psychicznie, treści urojeniowych najczęściej identycznych lub bardzo zbliżonych do wypowiedzianych przez osobę chorą psychicznie. Folie a deux - obłąd udzielony to szczególnie przypadek zaburzeń urojeniowych.

Choroba polega na udzieleniu się osobie zdrowej psychicznie treści urojeniowych identycznych lub bardzo zbliżonych do wypowiedzianych przez osobę chorą. Najczęściej ma charakter systemu paranoicznego, z tym, że większą zawartość mają zazwyczaj urojenia u osoby indukującej niż indukowanej. Dotyczy osób silnie związanych emocjo-

nalnie, przebywających w tym samym otoczeniu, relatywnie odizolowanych od świata zewnętrznego. Przeważnie osoba indukująca dominuje intelektualnie nad osobą indukowaną, jest dla niej autorytetem, a osoba indukowana może mieć zaburzoną osobowość, szczególnie submisywną z obniżoną samooceną. Incorvaia i Helmes [13] stwierdzili, że urojenia indukowane najczęściej występują w parach rodzic-dziecko, mąż-żona, siostra-siostra, brat-brat, siostra-brat, z tym, że częściej rodzic jest osobą indukującą dziecko. Zazwyczaj indukowane urojenia występują u jednej osoby, ale zdarza się, że u 3 albo 4, a wyjątkowo obejmują całą rodzinę. Czasem indukowane są nie tylko urojenia, ale i omamy, szczególnie jeżeli osoba indukująca cierpi na obłąd pasożytniczy.

Występują trzy formy obłądki udzielonej: 1/ Osoba silniejsza, u której występują omamy i urojenia narzuca system urojeniowy osobie słabszej, która zaczyna wypowiadać te same treści urojeniowe, lecz najczęściej nie doświadcza omamów. Objawy udzielone łatwo ustępują po rozdzieleniu chorych. 2/ U obu osób, na które działają takie same czynniki stresujące mogą równocześnie wystąpić omamy i urojenia o podobnej treści. Po rozdzieleniu osób, objawy u osoby indukowanej nie zawsze ustępują (obłąd równoczesny). 3/ Osoba indukowana opiera się osobie indukującej, lecz po pewnym czasie przejmuje jej omamy i system urojeń a następnie mogą one ulec zmianom, co powoduje wystąpienie odrębnej jednostki chorobowej (obłąd przekazany). Taka psychoza nie ustępuje po rozdzieleniu.

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: lęki, 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 powierzchniowej 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. W niektórych przypadkach zaburzeń treści myślenia istnieje zamieszanie terminologiczne, które powoduje, że przez jednych są one rozumiane jako urojenia a przez innych nie. Może też być odwrotnie, czasem za urojenia są uważane zaburzenia myślenia, które nimi nie są.

W piśmiennictwie anglojęzycznym jest jeden termin (paranoid), obejmujący różne rodzaje stanów paranooidalnych. W polskiej tradycji diagnostycznej

wyróżnia się stany paranoidalne i stany paranoiczne ze względu na stopień zorganizowania treści urojeniowych, osobowość przedchorobową i stopień związku działania pacjentów w myśl przesłanek urojeniowych.

Jeżeli urojenia tworzą systemy, ich treści są logicznie ze sobą powiązane, nazywane są urojeniami paranoicznymi. Takie usystematyzowane urojenia występują u ludzi ze zwartą osobowością. Im bardziej są usystematyzowane, tym trudniej ustępują podczas leczenia.

Przykład rozwoju systemu urojeniowego znajduje się w przytoczonym przez Chlewińskiego i Grzywę [14] liście pacjenta do prokuratury, w którym oskarża otoczenie o szkodzenie mu od kilku lat. Fragmenty tego listu: „W roku [...] zacząłem zapadać na chorobę umysłową. Choroba moja polegała na tym, że wydawało mi się, że jestem chory wenerycznie [...]. Badałem się wszędzie, gdzie tylko miałem okazję [...]. Początkowo przychodziłem do Poradni co 2 tygodnie i mimo, że wyniki wszystkich badań wskazywały na to, że nie jestem chory wenerycznie, nic nie mogło mnie o tym przekonać [...]. W życiu zachowywałem się normalnie [...] na moim najbliższym otoczeniu, w zakładzie pracy, oraz w poradni robiłem wrażenie człowieka normalnego. Nawet moja najbliższa rodzina nie orientowała się w jakim jestem stanie. Jednocześnie czytałem różne czasopisma lekarskie i gdy tylko dowiedziałem się o jakimś objawie, natychmiast moja wyobraźnia działała w ten sposób, że odczuwałem go u siebie i biegłem do Poradni nawet co 3 dni. Doszło nawet do tego, że sam postarałem się o penicylinę i robiłem sobie zastrzyki i już przygotowywałem się do odebrania sobie życia, gdyż sądziłem, że jestem nieuleczalnie chory. Od tego lekarza otrzymałem różne leki, nie pamiętam jakie [...]. Bywały dni, że czekałem na tego lekarza 5 godzin, żeby zamienić z nim choć parę zdań. Po każdej wizycie wychodziłem trochę uspokojony. Nie zdawałem sobie sprawy kim ten lekarz jest i co mi wyrządził. Jak dowiedziałem się rok później lekarz ten jest pracownikiem milicji, czy urzędu bezpieczeństwa i sądził on, że jestem jakimś przestępcą, który symuluje chorobę umysłową i wezwał na mnie pracowników milicji [...] wzywał ich już wcześniej i w jednym pokoju mnie badał, a w drugim siedzieli pracownicy milicji i przez otwarte drzwi wysłuchiwali bredni chorego człowieka [...]. Dalej sprawa potoczyła się następująco. Cały aparat miejscowej milicji formalnie runął na mnie i na moją rodzinę. Pracownicy milicji wpadli we wściekłość, że jest jakiś człowiek, który na pewno coś ukradł i teraz ośmiela się uniknąć odpowiedzialności. Zdjęcia moje oraz członków mojej rodziny rozproszony zostały wśród wszystkich pracowników milicji. W mieszkaniu zainstalowano podsłuch radiofonicz-

ny, przekopano dwie ulice w celu założenia jakichś drutów sygnalizacyjnych. Śledzono każdy mój krok, gdyż wyraźnie to odczuwałem [...] wszyscy członkowie mojej rodziny otoczeni zostali pracownikami milicji [...] W tym czasie zaprowadzono mnie do lekarza chorób umysłowych [...] w pracy wzięłem urlop wypoczynkowy i leczyłem się otrzymanymi lekami. Po długim czasie leczenia mój stan się poprawił i był nawet dzień, że poszedłem do poradni podziękować lekarzowi oraz pielęgniarce [...]. Nie wiedziałem wtedy, że ten lekarz wydał mnie w ręce urzędu bezpieczeństwa i rzucił na mnie takie podejrzenie wytwarzając wokół mnie atmosferę nienawiści [...] w zakładzie pracy specjalnie zorganizowano braki [...] nikt nie wiedział, że od 2 miesięcy szykowałem się do pozbawienia się życia [...]. Po kilku dniach znoszenia złośliwych uwag dyrektora opuściłem zakład pracy i udałem się do mieszkania i połknąłem cały zapas środka nasennego i popiłem ogromną ilością alkoholu [...] Domyślałem się, że uratowany zostałem tylko dlatego, że mieszkanie moje znajdowało się na podsłuchu. Od tej chwili milicja była przekonana, że jestem przestępcą i zostałem otoczony lekarzami milicyjnymi [...] lekarka z milicji bełkot chorego człowieka notowała i budowała zdania i przekazała do akt milicyjnych [...]. Pod pretekstem leczenia zastosowano na mnie ogromne dawki [...]. Muszę rzeczywiście być strasznym wrogiem, o czym przez tyle lat nie wiedziałem, skoro taka potęga na mnie runęła, a koszt użycia całego aparatu milicyjnego wyniósł wiele tysięcy [...]. Zgłaszam do prokuratora fakt stosowania na ludziach środków chemicznych w celu wymuszenia na nich zeznań [...].

Treści urojeniowe zawarte w tym liście są dość bogate, dotyczą głównie pacjenta, rodziny tylko marginalnie. Stanowi on centrum swoich myśli, wszystko co dzieje się w otoczeniu interpretuje w szczególny sposób. Sposób narracji jest logiczny i świadczy o dobrym intelekcie. Widoczne jest rozszerzanie się kręgu prześladowców. Najpierw pojawiło się urojenie hipochondryczne, następnie pacjent spostrzegł związek lekarza z milicją, zauważył wrogów w zakładzie pracy, którzy przypisywali mu braki w zakładzie, czuł się śledzony.

Osoba, której myślenie jest urojeniowe nie próbuje przeciwstawić się treściom urojeniowym, w przeciwieństwie do osób, które cierpią na myśli natrętne. Przekonania urojeniowe są źródłem subiektywnego stresu i zazwyczaj przeszkadzają w funkcjonowaniu społecznym. Należy także pamiętać, że przekonania urojeniowe mogą współistnieć z przekonaniami prawidłowymi. W urojeniach wyraża się to co można sobie wyobrazić (w prześladowczych obawa, zagrożenie, w depresyjnych obawa o przyszłość lub przeszłość, grzeszność,

w manii życzenia, fantazje). Gdzie znajduje się moment w którym człowiek schodzi z utartej ścieżki myślenia i inaczej zaczyna widzieć swoje istnienie w świecie?

Piśmiennictwo

1. Jaspers K. General Psychopathology, 7th ed(1923), Manchester; Manchester University Press: 1962.
2. Bell V., Halligan P.W., Ellis H.D. Explaining delusions: a cognitive perspective. *TRENDS in cognitive Sciences*, 2006; 10(5): 219-226.
3. Nasar S. Piękny umysł. Warszawa; Wydawnictwo Albatros Andrzej Kuryłowicz, Warszawskie Wydawnictwo Muza: 2002.
4. Jorgensen P., Aagard J. A multivariate predictor analysis of course and outcome in delusional psychosis. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1988; 77: 543-550.
5. Lysaker P.H., Lancaster R.S., Nees M.A., Davis L.W. Neuroticism and visual memory impairments as predictors of the severity of delusions in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 2003; 119: 287-292.
6. Coltheart M., Langdon R., McKay R. Schizophrenia and monothematic delusions. *Schizophrenia Bull.*, 2007; 1-6.
7. Strauss J. S. Hallucinations and delusions as points on continua function. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 1969; 21(5): 581-586.
8. Combs D.R., Adams S.D., Michael C.O., Penn D.L., Basso M.R., Gouvier W.D. The conviction of delusional beliefs scale: Reliability and validity. *Schizophrenia Res.*, 2006; 86: 80-88.
9. Simpson J., Done D.J. Elasticity and confabulation in schizophrenic delusions. *Psychol. Med.*, 2002; 32: 451-458.
10. Marsella A.J. Cross-cultural research on severe mental disorders: issues and findings. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1988; 78, suppl. 344: 7-22.
11. Goff D.C., Brotman A.W., Kindlon D., Waites M., Amico E. The delusion of possession in chronically psychotic patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1991; 179(9): 567-571.
12. Garlipp P., Godecke –Koch T., Dietrich D.E., Haltenhof H. Lykantropy-psychopathological and psychodynamical aspects. *Acta Psychiatr. Scand.*, 2004; 109: 19-22.
13. Incorvaia D., Helmes E. Shared psychotic disorder: A psychosocial psychosis? *Current Psychiatry Rev.*, 2006; 2: 353-360.
14. Chlewiński Z., Grzywa A. Urojeniowa wizja świata. *Wiedza Powszechna*: 1992.

Adres do korespondencji:

Prof. dr hab. Anna Grzywa
Katedra i Klinika Psychiatrii UM w Lublinie
ul. Głuska 1
20-439 Lublin